Governo italiano
Dipartimento politiche antidroga
Presidenza del Consiglio dei Ministri

Relazione annuale al Parlamento 2015 sullo stato delle tossicodipendenze in Italia

Presentazione ..... **III**

Nota metodologica **1**

Il quadro giuridico di riferimento **24**

PARTE I OFFERTA DI SOSTANZE

Capitolo 1. Tendenze del mercato e dimensione dell'offerta **33**

1.1 Sequestri delle sostanze 33

1.2 Purezza delle sostanze 62

1.3 Dimensione del mercato 64

Capitolo 2. Dimensione della criminalità **73**

2.1 Denunce a piede libero, in stato di irreperibilità e arresti 73

2.2 Stima del costo della criminalità 83

2.3 Stima della popolazione coinvolta nel mercato illegale di sostanze stupefacenti 90

2.4 Procedimenti giudiziari per reati connessi all"offerta di droga 102

Capitolo 3. Le nuove sostanze **112**

3.1 Sistema di Allerta Precoce 112

3.2 Procedura di aggiornamento delle tabelle delle sostanze sotto controllo 141

PARTE II DOMANDA DI SOSTANZE: USO E PROBLEMATICHE

Capitolo 1. Potenzialità e limiti delle rilevazioni **148**

1.1 Nota metodologica 148

Capitolo 2. Prevalenza e incidenza di uso **154**

2.1 Analisi sui dati disponibili sulla popolazione generale 154

2.2 Analisi sui dati sulla popolazione studentesca 179

2.3 Uso illegale di farmaci psicotropi, in particolare tra i giovani 228

2.4 Stima dell"indicatore High Risk Drug Use (HRDU) per cannabis, cocaina e oppiacei: aspetti critici e possibili soluzioni 238

2.5 Uso di sostanze stupefacenti/psicotrope nei praticanti di attività sportive 266

2.6 Incidenza di positività tra le Forze Armate 268

2.7 Stime dell"uso di sostanze attraverso l"analisi delle acque reflue 280

Capitolo 3. Comorbilità droga correlata **302**

3.1 Diffusione di HIV - AIDS 302

3.2 Diffusione di patologie sessualmente trasmissibili 317

3.3 Diffusione di epatiti virali 329

3.4 Ricoveri ospedalieri droga correlati 334

3.5 Nota su importanza dello studio della comorbilità droga correlata 340

Capitolo 4. Mortalità **349**

4.1 Mortalità acuta 349

4.2 Mortalità Indotta 353

Capitolo 5. Accertamenti lavorativi 364

5.1 Dati sugli accertamenti sanitari di assenza tossicodipendenze e di assunzione di sostanze stupefacenti o psicotrope negli ambienti di lavoro 364

PARTE III INTERVENTI SANITARI E SOCIALI

Capitolo 1. Rete dei Servizi e modelli di funzionamento 369

1.1 Le politiche nazionali e regionali 369

1.2 Organizzazione della rete dei servizi 377

1.3 Risorse umane ed economiche 385

1.4 Utenti con disturbo da uso di sostanza illegale e/o farmaci non prescritti 389

1.5 Considerazioni conclusive 407

1.6 Misure alternative al carcere per i tossicodipendenti 407

1.7 Le Comunità Terapeutiche 428

1.8 Interventi di riduzione del danno 434

1.9 Percorsi trattamentali ed esiti 451

Capitolo 2. Trattamenti in carcere 474

2.1 Salute dei detenuti 474

2.2 Studio sulla salute dei detenuti in carcere 495

2.3 Minorenni in carcere. 503

Capitolo 3. Le segnalazioni ai sensi dell'art. 75 del DPR 309/90 521

3.1 Premessa 521

3.2 Dati sulle persone segnalate e in trattamento presso le strutture socio-riabilitative 521

3.3 Sanzioni amministrative e segnalazioni ex artt.75 e 121 TU 309/90 523

PARTE IV MISURE DI PREVENZIONE

Capitolo 1. Gli interventi di prevenzione 573

1.1 I programmi di prevenzione nelle scuole 573

1.2 I programmi di prevenzione tra le Forze Armate 584

1.3 Efficacia dei trattamenti di prevenzione. Buone pratiche 591

APPROFONDIMENTI

1. Le indagini sulle comunità terapeutiche e i servizi a bassa soglia 602

2. Incidenti stradali per assunzione di sostanze 645

3. Altre dipendenze: dati sul tabagismo 665

4. Altre dipendenze: il disturbo da gioco d'azzardo 669

La Relazione al Parlamento sui dati relativi allo stato delle tossicodipendenze in Italia 2015

Presentazione

A cura del Dipartimento Politiche Antidroga

La "Relazione al Parlamento sui dati relativi allo stato delle tossicodipendenze in Italia 2015" è l'esito di un processo di concertazione interistituzionale avviato il 24 novembre 2014 dal Dipartimento Politiche Antidroga (di seguito DPA) della Presidenza del Consiglio dei Ministri con l'istituzione di un Tavolo composto dai Ministeri e dagli Enti cui la legge assegna compiti di prevenzione e contrasto in materia di droga e che sono altresì responsabili della raccolta ed elaborazione di dati e informazioni sul fenomeno delle dipendenze.

Sono stati chiamati a far parte del Tavolo i Ministeri della Salute, dell'Interno, della Giustizia, del Lavoro e della Difesa, l'Istituto Superiore di Sanità, il Consiglio nazionale delle ricerche, l'ISTAT, l'Istituto nazionale per l'assicurazione contro gli infortuni sul lavoro.

Hanno partecipato per la prima volta ai lavori del Tavolo anche i rappresentanti del coordinamento tecnico in materia di salute delle Regioni e Province autonome, costituito presso la Conferenza Stato-Regioni, e una rappresentanza delle associazioni del privato sociale accreditato e dei servizi pubblici, quale espressione della società civile che si occupa sui territori della prevenzione, della cura e della presa in carico delle persone tossicodipendenti.

Hanno partecipato altresì esperti individuali, appartenenti al mondo scientifico e accademico, da tempo impegnati nello studio del fenomeno.

La presenza di un numero così elevato di attori ha consentito di conseguire due obiettivi: mettere in rete tutti i soggetti istituzionali (e non) che in Italia si occupano del fenomeno droga, evidenziando la qualità e lo spessore degli apporti di ciascuno e nel contempo dare effettività al ruolo di coordinamento della Presidenza del Consiglio dei Ministri, che ha svolto il compito (attraverso l'azione del Dipartimento Politiche Antidroga) di imprimere al lavoro collettivo un indirizzo unitario in linea con le politiche governative.

Si può sostenere che il Tavolo nel suo complesso rappresenti un elemento di assoluta novità nella preparazione della Relazione al Parlamento, dal momento che il metodo di lavoro, basato sulla partecipazione attiva e sulla condivisione delle tematiche, come pure sulla scrittura "collettiva" dei testi, non era stato sin d'ora mai adottato.

Il Tavolo interistituzionale ha a sua volta nominato un Gruppo redazionale che ha condiviso la struttura del documento, redatto i testi, sistematizzato i dati, preparato le tabelle e commentato le principali novità intervenute nel 2014 per ciò che attiene il fenomeno della droga e delle dipendenze.

Il Gruppo redazionale si è riunito, su formale convocazione, (oltre che il 24 novembre) l'11 dicembre 2014, il 9 febbraio, il 23 marzo, il 14 maggio, il 12 giugno e il 1° luglio 2015, e durante i sei mesi di preparazione della Relazione sono stati innumerevoli i contatti informali, gli scambi di dati, le verifiche e le interlocuzioni tra i vari redattori, nel comune intento di fornire agli organi parlamentari e alla società italiana nel suo complesso le informazioni più affidabili ed utili possibili

sui caratteri assunti dal fenomeno nell'anno di riferimento e sui trend riscontrabili rispetto a specifici indicatori.

Il processo è stato animato da una così convinta partecipazione che, nel corso dell'ultima riunione del Gruppo redazionale tenutasi il 01 luglio 2015, è stato da più parti richiesto che tale modalità di lavoro comune non si esaurisca con la presentazione al Parlamento della Relazione, ma continui nel tempo per consolidare l'impostazione metodologica acquisita e per migliorare i sistemi di conoscenza del fenomeno.

La struttura della Relazione è in linea con quella dell'Osservatorio europeo delle droghe e delle tossicodipendenze *(European Monitoring Centre on Drugs and Drug Addiction*, EMCDDA) con sede a Lisbona, cui l'Italia aderisce con un proprio rappresentante nel consiglio di amministrazione. Attualmente per l'Italia l'incarico nel *board* dell'Osservatorio è ricoperto dal Dipartimento per le Politiche Antidroga.

La Relazione, articolata in quattro Parti, a loro volta suddivise in capitoli e paragrafi, comprende anche una sezione introduttiva e una conclusiva. Le quattro Parti, "Offerta di sostanze", "Domanda di sostanze: uso e problematiche", "Interventi sanitari e sociali" e "Misure di prevenzione", delineano il percorso concettuale che il Tavolo interistituzionale ha ritenuto più idoneo per fornire al Parlamento i necessari elementi conoscitivi sullo stato del fenomeno nel 2014. Non casualmente la Relazione apre con una serie di avvertenze sulle potenzialità, ma anche sui limiti, delle metodologie di indagine attualmente in uso, proponendo una lettura sinergica, puntuale e rigorosa dei numerosissimi dati che annualmente vengono raccolti e diffusi in Italia dai diversi soggetti che ne hanno titolarità, ma che il più delle volte, laddove presentati fuori da un quadro conoscitivo organico, sono in grado di restituire solo aspetti parziali del fenomeno, quando non distorti.

La presente Relazione al Parlamento ha l'ambizione di superare i limiti appena descritti mettendo insieme le tante esperienze, i dati amministrativi e quelli derivanti da indagini effettuati prevalentemente nell'anno di riferimento (2014) e in quelli immediatamente precedenti, sottolineando i punti di incontro.

La **Parte prima** sull'offerta di sostanze riferisce delle attività di contrasto messe a punto nel 2014 dalle Forze dell'ordine.

La **Parte seconda** è relativa alla domanda di droga e approfondisce i profili relativi al consumo di droga e alle caratteristiche di chi ne fa uso evidenziando anche le difficoltà di reperimento delle informazioni dovute alla natura illegale del fenomeno, che obbliga a ricorrere a stime e a inferenze piuttosto che a fonti dirette.

La **Parte terza** attiene agli interventi sanitari e sociali, quindi alle risposte di salute pubblica che i sistemi sanitari e sociali, a livello nazionale e territoriale, hanno messo a punto nel 2014, per curare le persone con dipendenze, per la riduzione del danno e per favorire il reinserimento sociale e lavorativo.

La **Parte quarta** è dedicata alle misure di prevenzione e alle iniziative che nel 2014 sono state programmate e realizzate per informare sulle sostanze psicoattive e per promuovere la cultura della salute e del benessere della persona.

Quattro Parti, dunque, per saldare le diverse fonti informative e per costruire un linguaggio comune tra i diversi attori. La terminologia adottata nel presente testo fa riferimento non più soltanto alla "droga" intesa come un unico oggetto di esame, ma bensì alle "sostanze vecchie e nuove", vale a dire a quella molteplicità di "roba" che invade il mercato illegale, in strada e anche

attraverso il web, in parte conosciuta e classificata, in parte sconosciuta, almeno fino a quando non viene sequestrata dalle Forze dell‟ordine ed analizzata dalle autorità sanitarie.

La pluralità di sostanze offerte nel mercato illegale determina l‟aumento del poliuso e l‟assunzione incontrollata di droghe di varia natura, cui si aggiunge con sempre maggiore frequenza l‟abuso di farmaci prescritti e non prescritti, che sta interessando tutte le generazioni.

Il poliuso a sua volta complica il quadro sanitario di chi vi ricorre e nuove patologie si aggiungono a quelle già conosciute e si parla, pertanto, non solo di morbilità legata all‟uso e all‟abuso di droga, ma sempre più frequentemente di comorbilità droga correlata, quale insieme di patologie che derivano dall‟assunzione di sostanze psicoattive.

Infine, la Relazione volge la propria attenzione al fenomeno delle "dipendenze" nell‟accezione più generale del termine, piuttosto che alla sola "dipendenza da droga", intendendo anche in questo caso affrontare la problematica in tutte le sue forme, riferendosi ove possibile anche all‟alcol, al fumo e al gioco d‟azzardo patologico.

La Relazione è **introdotta da una nota metodologica** che esplicita come sia necessario affrontare la conoscenza del fenomeno droga con approcci multidisciplinari, soprattutto di tipo quali-quantitativo. La popolazione dei consumatori – dato il carattere di illegalità della droga - non può infatti essere "misurata" in maniera esauriente e la nota metodologica spiega le ragioni per le quali gli strumenti dell‟epidemiologia classica, basati sullo studio degli aspetti quantitativi e sul loro confronto spazio/temporale (trend), siano risultati nel tempo troppo lenti, se non inefficaci, per studiare e monitorare un fenomeno in rapida evoluzione. L‟epidemiologia classica ha dovuto quindi ricorrere al supporto di metodologie utilizzate in campo sociologico ed etnografico dove ampio spazio è dedicato alla ricerca qualitativa.

Nel contempo, tuttavia, anche l‟analisi di tipo quantitativo è stata affinata e la nota metodologica dà conto di come – a livello europeo – l‟attività di studio e monitoraggio svolta dall'Osservatorio europeo di Lisbona stia consentendo di leggere i molteplici aspetti, anche i più nascosti, del fenomeno e di misurare l'impatto delle politiche di intervento attuate a livello locale, nazionale e internazionale, sia per la prevenzione, sia per l'assistenza ai consumatori "problematici", sia ancora per il contrasto della produzione e del commercio. Risulta, infatti, necessario fornire elementi di decisione razionale alle autorità preposte data l‟incidenza sul fenomeno di tali politiche e in considerazione anche del loro costo.

Alla nota metodologica segue **"Il quadro giuridico di riferimento"**, che tratta degli effetti della sentenza della Corte Costituzionale n. 32 del 12 febbraio 2014 in ambito sanitario e sotto il profilo sanzionatorio e detentivo. Con tale sentenza la Corte Costituzionale ha dichiarato l‟illegittimità costituzionale – per violazione dell‟art.77, secondo comma della Costituzione, che regola la procedura di conversione dei decreti legge – degli artt. 4 bis e 4 vicies ter del d.l. 30 dicembre 2005, n.272, come convertito con modificazioni dall‟art.1 della legge 21 febbraio 2006, n.49, così rimuovendo le modifiche apportate con le norme dichiarate illegittime agli artt. 73, 13 e 14 del d.p.r. 9 ottobre 1990, n. 309 (Testo Unico in materia di stupefacenti).

Il testo relativo all‟inquadramento giuridico chiude la parte introduttiva della Relazione, che presenta una articolazione in quattro parti, la prima delle quali è denominata **"Offerta di sostanze".** Questa parte della Relazione riporta quale fonte principale le informazioni che la Direzione centrale dei Servizi Antidroga (DCSA) del **Ministero dell'Interno** acquisisce ed elabora in base agli esiti delle attività di contrasto che le Forze dell‟ordine (Polizia di Stato, Carabinieri, Guardia di Finanza) svolgono in ambito nazionale e internazionale.

Si tratta di dati che la DCSA pubblica annualmente nella "Relazione Annuale", che dà conto delle attività e dei risultati ottenuti nella lotta al traffico illecito delle sostanze stupefacenti nel corso del 2014. Si legge nella Relazione del Ministero dell'Interno che "*Il dato nazionale relativo ai sequestri di droga mostra poderosi incrementi a proposito dei derivati della cannabis e, in particolare, dell'hashish (+211,29%), a conferma dell'impegno delle Forze di Polizia nel perseguire il narcotraffico e nel sottrarre rilevanti quantitativi di stupefacente dal mercato clandestino di consumo"* da ricondurre "(…) *a due consistentissimi sequestri, per complessive 70 tonnellate, operati da unità navali nazionali nel Mediterraneo successivamente al fermo di imbarcazioni contrabbandiere il cui illecito carico non era destinato al territorio italiano".* Dati caratterizzanti la situazione del 2014, come si legge sempre nella Relazione della DCSA, sono "*il fenomeno del cosiddetto politraffico, in virtù del quale i narcotrafficanti non si dedicano in maniera esclusiva alla commercializzazione di un sol tipo di stupefacente, ma selezionano, di volta in volta, le partite da immettere sul mercato clandestino in base alla disponibilità della droga e alla rimuneratività dell'illecita transazione. (...) Se restano immutate le direttrici del traffico che attingono i confini dello Stato, sempre più significativo appare il canale d'introduzione della droga in Italia proveniente dal Nord Europa e, in particolare, dall'Olanda e dalla Germania.(...)*

L'esame del narcotraffico nella sua dimensione associativa conferma, anche per il 2014, il ruolo egemone dell'„Ndrangheta calabrese, che si conferma leader nella commercializzazione, a livello mondiale, della cocaina e nella gestione dei traffici di questa sostanza attraverso importanti infrastrutture nazionali come gli hub portuali di Genova e Gioia Tauro".

La presente Relazione al Parlamento non si limita a riportare i principali esiti di tale rapporto nel primo capitolo "**Tendenze del mercato e dimensione dell'offerta"** della Parte I, ma cerca piuttosto di rivelarne tutte le potenzialità conoscitive attraverso elaborazioni originali. Il primo capitolo, oltre a dar conto dei "Sequestri delle sostanze" (DCSA , vale a dire delle quantità di sostanze illegali sequestrate nel 2014, introduce un approfondimento in cui le operazioni di contrasto all'offerta di droga, registrate nel *data base* della DCSA, vengono esaminate rispetto a diverse variabili (territorio, sostanza, soggetti coinvolti, ecc.) per conoscere indirettamente aspetti "nascosti" di chi opera nel mercato illegale. Seguono un'analisi sulla "Purezza delle sostanze" (esperti individuali) e un paragrafo sulla "Dimensione del mercato", in cui Istat stima il valore finanziario del traffico di droga. L'economia illegale (di cui la commercializzazione di stupefacenti fa parte insieme con l'attività di prostituzione e il contrabbando di sigarette) è entrata, infatti, per la prima volta nel calcolo degli aggregati economici con la revisione dei conti nazionale diffusa a partire da settembre del 2014.

Il secondo capitolo della Parte I (parte dedicata all'offerta di sostanze) tratta della **"Dimensione della criminalità"** fornendo, sulla base dei dati della DCSA prima richiamati, le "Denunce a piede libero, in stato di irreperibilità e arresti", dando conto di quante persone sono state nel 2014 oggetto di provvedimenti giudiziari per reati connessi allo spaccio o al commercio di droga. Sempre per dar conto della dimensione del fenomeno, il capitolo in questione contiene una "Stima del costo della criminalità" (esperti), effettuata esaminando esclusivamente i costi diretti relativi al fenomeno droga per tre settori della giustizia penale: i costi di detenzione; i costi sostenuti dalle forze dell'ordine e i costi dei tribunali penali. L'ultimo paragrafo "Stima della popolazione coinvolta nel mercato illegale di sostanze stupefacenti" (esperti) stima la dimensione della manodopera del mercato illegale a partire dai dati del Ministero della Giustizia sui detenuti per reati compresi nell'art.73 del DPR 309/90, applicando un metodo "di cattura/ricattura ampiamente usato a livello

internazionale. Il paragrafo "Procedimenti giudiziari per reati connessi all'offerta di droga" chiude la sezione dedicata alla dimensione della criminalità (Ministero della Giustizia).

Il terzo capitolo della Parte I affronta il tema delle "**Le nuove sostanze psicoattive**", la cui diffusione nel 2014 è accresciuta nel mondo rispetto alle quantità (e alle varietà) registrate nel 2012. Per dar conto della dimensione di questa nuova emergenza, il capitolo in questione ha un paragrafo sui dati relativi al 2014 del "Sistema di allerta precoce" (esperti), istituito nel 2009 dal Dipartimento Politiche Antidroga della Presidenza del Consiglio dei Ministri in conformità alle disposizioni europee, proprio con il compito di individuare la comparsa di nuove droghe e di nuove modalità di consumo sul territorio, dandone immediata allerta.

Il terzo paragrafo di questo capitolo è relativo alla "Procedura di aggiornamento delle tabelle delle sostanze sotto controllo" (Ministero della Salute), che descrive le modalità con le quali annualmente le sostanze identificate come psicoattive e aventi capacità di indurre dipendenza vengono poste sotto controllo in conformità alle convenzioni internazionali in materia di droghe.

La Parte II della Relazione è relativa alla "Domanda di sostanze: uso e problematiche" e tratta una delle questioni di maggiore interesse per le istituzioni, i media e l'opinione pubblica, riguardando la dimensione sociale del fenomeno droga, la numerosità e le caratteristiche di coloro che ne fanno uso. Proprio in ragione delle comprensibili aspettative che i dati forniti possono creare, la Relazione riporta (anche in questo caso per la prima volta) nel capitolo **"Potenzialità e limiti delle rilevazioni"** l'analisi di qualità che Istat, su mandato del Dipartimento Politiche Antidroga, ha effettuato sulle rilevazioni sul campo realizzate nel 2014, relative alla popolazione generale e alla popolazione studentesca. L'avvertenza che tale analisi di qualità riporta (e che il Dipartimento Politiche Antidroga sottolinea) è che le indagini sul consumo di droga nella popolazione, pur condotte in Italia e in tutti i Paesi europei secondo le linee guida dell'Osservatorio europeo di Lisbona, sono particolarmente difficili da realizzare perché affrontano temi sensibili, potenzialmente illegali e oggetto di stigma sociale. L'alto tasso di "non risposta" e una diffusa resistenza a rispondere da parte di chi fa uso di sostanze fanno sì che l'affidabilità dei dati che risultano da tali indagini sia limitata per cui è necessario leggerli unitamente alle altre misurazioni disponibili (di cui la presente Relazione fornisce un ampio spaccato), indirette ma con informazioni maggiormente attendibili.

Il secondo capitolo **"Prevalenza e incidenza d'uso"** della Parte II riferisce comunque i risultati delle "Analisi sui dati disponibili sulla popolazione generale" e delle "Analisi sui dati sulla popolazione studentesca" (Dipartimento Politiche Antidroga e Consiglio Nazionale delle Ricerche) nei due paragrafi di pari denominazione, cui si aggiunge il paragrafo "Uso illegale di farmaci psicotropi, in particolare tra i giovani" che inquadra l'analisi del commercio online e del consumo dei farmaci psicotropi senza prescrizione medica in ambito nazionale e internazionale. Si procede inoltre con le "Stime di prevalenza e incidenza dell'uso di droga (High Risk Drug Use)" (esperti), che tratta della costruzione e misurazione dell'indicatore che stima quella parte dei consumatori che, in relazione all'uso problematico di sostanze stupefacenti, necessiterebbe di un intervento assistenziale socio-sanitario.

Il secondo capitolo affronta inoltre la problematica (fino all'anno in corso mai trattata nella Relazione al Parlamento) del "Uso di sostanze stupefacenti/psicotrope nei praticanti di attività sportive" (Istituto Superiore di Sanità), dando conto degli esiti dei controlli sull'uso di sostanze illegali effettuati nel 2014 dalle autorità sanitarie italiane in occasione di un elevato numero di manifestazioni sportive.

L'uso di droga è analizzato altresì nell'ambito di specifiche categorie di popolazione adulta nel paragrafo "Incidenza di positività rilevata tra le Forze armate" (Ministero della Difesa), in cui sono riportati gli esiti dei controlli effettuati nel 2014 sul personale in servizio.

Il capitolo relativo alla prevalenza e incidenza d'uso si conclude con il paragrafo "Stime dell'uso di sostanze attraverso l'analisi delle acque reflue" (esperti), in cui si riportano gli esiti di un metodo di stima, applicato in un progetto dell'Istituto Mario Negri in alcune città italiane, dei consumi di sostanze psicotrope a partire dalla misurazione nelle acque reflue dei principali residui metabolici.

Il terzo capitolo della Parte II è dedicato alla problematica della **"Comorbilità droga correlata",** vale a dire alle patologie derivanti dall'uso di droga o ad essa connesse, che rendono necessario un approccio diagnostico e di cura multispecialistico. Sono in particolare trattate le tematiche della "Diffusione di HIV-AIDS, della "Diffusione di patologie sessualmente trasmissibili" e della "Diffusione di epatiti virali" (Istituto Superiore di Sanità), cui si aggiunge il paragrafo il contributo su "Ricoveri ospedalieri droga correlati" (ISTAT), che sulla base dell'analisi delle schede di dimissione ospedaliera (SDO) fornisce il numero dei pazienti ricoverati nelle strutture sanitarie per disturbi correlati all'abuso di droghe. Il capitolo si chiude con un contributo di riflessione sull'importanza dello studio della comorbilità droga correlata. Il capitolo si chiude con una riflessione su "Importanza dello studio della comorbilità droga-correlata".

Il quarto capitolo fornisce i dati sulla **"Mortalità"** e riporta dati sui decessi determinati dall'uso di droga "Mortalità acuta" (esperti) e sui decessi per cause droga-correlate "Mortalità indotta" (ISTAT), in cui si registra che il consumo di droghe determina morti per overdose, per malattie associate al consumo e per comportamenti violenti connessi all'uso di droghe.

Il quinto capitolo **"Accertamenti lavorativi"** diffonde i "Dati sugli accertamenti sanitari di assenza tossicodipendenze e di assunzione sostanze stupefacenti o psicotrope negli ambienti di lavoro" (Ministero della Salute) rilevati nell'ambito delle attività di sorveglianza e prevenzione che le autorità sanitarie svolgono sulla salute dei lavoratori.

La Parte III attiene agli "Interventi sanitari e sociali", che nel primo capitolo **"Rete dei Servizi e modelli di funzionamento"** fornisce un quadro dettagliato del sistema dei servizi a livello nazionale e territoriale. La stretta collaborazione tra Regioni e Province autonome, Ministero della Salute e associazioni del privato sociale e dei servizi pubblici ha consentito un organico approfondimento dei dati disponibili sul sistema SIND e una riflessione sugli elementi di omogeneità e sulle differenze esistenti nelle varie realtà regionali. L'intero capitolo affronta una riflessione condivisa sulla qualità delle prestazioni, sulla dotazione dei servizi in termini di risorse umane e strumentali, sui sistemi di accreditamento regionali, affrontando questioni complesse quali la riduzione del danno e i trattamenti socio-sanitari.

La Parte III della Relazione comprende un secondo capitolo su **"I trattamenti in carcere",** con un paragrafo su "Salute dei detenuti" (Ministero della Giustizia, Ministero della Salute, DPA, esperti), in cui viene fornito un quadro conoscitivo – relativo al 2014 - sulle persone detenute con dipendenze, i presidi sanitari interni ed esterni al carcere, i trattamenti di cura predisposti, le misure alternative alla detenzione. Un paragrafo distinto è dedicato ai "Minorenni in carcere" (Ministero della Giustizia e DPA).

Chiude questa parte il capitolo dedicato alle segnalazioni ai senti dell'articolo 75 del D.P.R. 309/90 relativo ai casi di uso o possesso di sostanze illecite che comportano, quindi, sanzioni amministrative.

La parte IV tratta delle "Misure di prevenzione" con un capitolo dedicato agli **"Interventi di prevenzione"** e con contributi che presentano approfondimenti e programmi finalizzati a scoraggiare l'uso di sostanze psicotrope, in particolare in ambito scolastico, attraverso una corretta informazione e il coinvolgimento attivo delle persone. Dai dati forniti dal Ministero dell'Interno, il Servizio di Polizia scientifica e i Gabinetti regionali e interregionali anche nel 2014 hanno effettuato sessioni informative sul tema "Le droghe d'abuso e le nuove sostanze psicoattive, rivolti agli studenti delle scuole medie inferiori e superiori. Gli incontri, di tipo conoscitivo e divulgativo, sono stati complessivamente nell'anno di riferimento, 108 (di cui 55 al Nord, 15 al Centro e 38 al Sud). Il paragrafo "I programmi di prevenzione nelle scuole" (CNR) illustra le iniziative di prevenzione sull'uso di sostanze psicoattive, lecite ed illecite, sul gioco d'azzardo e sul doping, attuate negli istituti superiori di secondo grado che negli anni hanno partecipato allo studio ESPAD Italia (indagine illustrata nella Parte II di questa Relazione).

Di prevenzione trattano il paragrafo "I programmi di prevenzione tra le Forze Armate (Ministero della Difesa) e il paragrafo "Efficacia dei trattamenti di prevenzione. Buone pratiche" (Cochrane), che dà conto degli esiti della valutazione di efficacia dei programmi di prevenzione analizzati a livello internazionale sulla base di collaudate metodologie.

La parte conclusiva della Relazione è dedicata agli approfondimenti su alcune tematiche di particolare interesse. Lo studio "Le indagini sulle Comunità Terapeutiche e i Servizi a bassa soglia" deriva da una indagine di un progetto europeo e analizza i soggetti che sono assistiti dalle comunità terapeutiche o ricorrono all'ausilio dei sistemi caratterizzati dal massimo livello di accessibilità per i tossicodipendenti e utilizzatori di sostanze.

Lo studio sugli "Incidenti stradali per assunzione di sostanze" prende in esame i dati ufficiali sull'incidentalità stradale legata all'uso di alcol o all'uso di droghe e attraverso un progetto pilota mette in evidenza quali aspetti andrebbero ulteriormente approfonditi per acquisire informazioni maggiormente attendibili e utili per pianificare interventi di prevenire.

La Relazione propone, infine, riflessioni sulle "altre dipendenze", come il tabagismo (Istituto Superiore di Sanità) e il disturbo da gioco d'azzardo (Ministero della Salute e CNR).

Il numero e la qualità dei dati (in molti casi inediti) e l'ampiezza dei contributi rendono la presente "Relazione Annuale al Parlamento 2015 sullo stato delle tossicodipendenze in Italia" uno strumento essenziale per il dibattito sul "fenomeno droga". Si tratta di un processo conoscitivo non del tutto compiuto e che necessita di continui approfondimenti.

Il Tavolo interistituzionale cui ha partecipato per la prima volta anche la società civile, coordinato dalla Presidenza del Consiglio dei Ministri, è garanzia che il processo conoscitivo non solo non si interromperà, ma bensì si arricchirrà di ulteriori contributi per rendere il ruolo dell'Italia in sede europea e internazionale qualificato e autorevole. Il 2015 sarà, infatti, anche l'anno di preparazione della sessione speciale dell'Assemblea Generale delle Nazioni Unite sul problema della droga nel mondo (UNGASS 2016), un appuntamento fondamentale cui l'Italia si sta preparando per affrontare le nuove sfide che la complessa materia delle dipendenze pone alle istituzioni e alla società intera.

Nota metodologica

A cura dell'Istituto Superiore di Sanità e di Esperti

L'approccio qualitativo alla conoscenza del fenomeno droga

Date le caratteristiche di illegalità legate al mondo della droga, la popolazione dei consumatori non può essere "misurata" in maniera esauriente e l'accesso ai gruppi degli assuntori richiede diversi approcci metodologici.

La comprensione del fenomeno è stata di massima affidata alla scelta/studio di alcuni aspetti quantitativi ed al loro confronto spazio/temporale (trend) facendo ricorso all'epidemiologia classica i cui strumenti, da soli, sono risultati via via troppo lenti, se non inefficaci, per studiare e monitorare un fenomeno in rapida evoluzione. L'epidemiologia classica ha dovuto quindi ricorrere al supporto di metodologie utilizzate in campo sociologico ed etnografico dove ampio spazio è dedicato alla ricerca qualitativa. L'approccio qualitativo è tanto più necessario quanto più "inaccessibili" risultano i sotto-gruppi target di popolazione e quanto più velocemente cambiano i consumi. E' molto probabile, infatti, che nuovi trend (in termini di modalità di consumo e tipologia di sostanze) nell'uso di droghe nascano e si sviluppino nell'ambito di gruppi di soggetti non rilevabili nelle consuete indagini di popolazione generale. L'approccio qualitativo rappresenta per questo uno strumento necessario dato che consente di entrare in contatto con la popolazione oggetto di studio direttamente sul territorio ed apprendere subito le novità anche da non consumatori. La natura più flessibile, a vantaggio anche della rapidità di indagine, è un'altra caratteristica della ricerca qualitativa, e solo una tempestiva identificazione di nuovi trend di consumo consente una risposta rapida per contrastare e contenere potenziali problemi sanitari e sociali associati a tali cambiamenti.

E' sperimentalmente dimostrato che i dati quantitativi, da soli, poco o nulla ci dicono circa il contesto e le caratteristiche con cui il fenomeno evolve. A fronte di un cambiamento di questi dati, in mancanza di informazioni di contesto non è possibile capire se qualche mutamento sia realmente intervenuto nei consumi di droga o se sia cambiato qualcosa nelle istituzioni che raccolgono e forniscono i dati. Questo dubbio origina problemi di non poco conto poiché mette in discussione l'utilizzo esclusivo degli indicatori basati sui soli dati quantitativi, che si riferiscono alla sola punta di un iceberg e che dovrebbero descrivere un fenomeno dinamico con molteplici interazioni tra i fattori ed in rapida evoluzione.

L'osservazione qualitativa, quando adeguata, fornisce un contributo essenziale alla comprensione e lettura di indici e trends costruiti su dati provenienti da fonti ufficiali di rilevamento. In altri termini, i dati ufficiali andrebbero letti, interpretati e confrontati con un complementare qualitativo che tenga conto del contesto in cui sono prodotti, che consideri situazioni, abitudini, variazioni in termini di sostanze utilizzate, delle pratiche assuntive, effetti psico-farmacologici a breve e lungo termine, setting, fonti di approvvigionamento, motivazioni di consumo e di richiesta di intervento, caratteristiche personali e relazionali dell'assuntore nel contesto sociale, familiare, lavorativo. Questi aspetti sono essenziali per formulare risposte e per impostare politiche di intervento che tengano conto dei nuovi assuntori, dell'incremento nell'uso di nuove sostanze psicoattive e dei rischi sanitari e sociali connessi al loro consumo, delle nuove articolate facce del mercato che si avvale sempre più frequentemente del web.

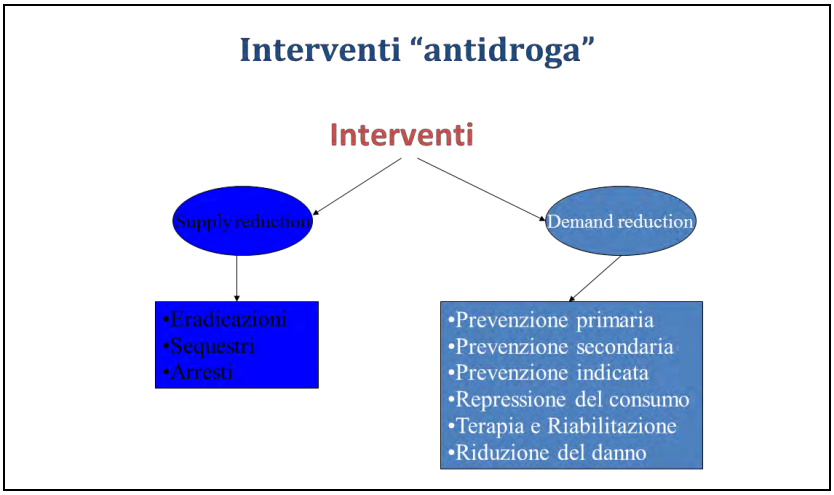
Approcci integrati di ricerca qualitativa e quantitativa si sono sviluppati in Italia, come in altri Paesi, e rafforzati nel corso degli ultimi anni anche a fronte delle esigenze del Sistema Nazionale di Allerta Precoce sulle Droghe. La convinzione che un approccio integrato possa fornire un quadro del fenomeno droga più aderente alla realtà si riflette nell‟attenzione che, a livello pilota, la presente Relazione Annuale al Parlamento sull‟uso di sostanze stupefacenti e Tossicodipendenze in Italia dedica alle osservazioni dirette effettuate sul territorio, a possibili nuovi indicatori ed all‟inserimento di case studies.

L'approccio quantitativo secondo la metodologia europea

Introduzione

Il fenomeno "droghe e tossicodipendenze" è, in gran parte, "nascosto", a causa della riprovazione sociale e dell'apparato di controllo in atto. Il monitoraggio diventa sempre più complesso, anche a causa della continua evoluzione del mercato, e la metodologia deve essere regolarmente aggiornata. A livello europeo, l'ente che se ne occupa è l'Osservatorio europeo di Lisbona (EMCDDA).
Molte e diversificate sono anche le politiche di intervento, attuate a livello locale, nazionale e internazionale, sia per la prevenzione, sia per l'assistenza ai consumatori "problematici", sia per il contrasto della produzione e del commercio. Data la loro incidenza sul fenomeno e dato il loro costo, è necessario misurarne l'impatto per fornire elementi di decisione razionale alle autorità preposte.
La Figura 1 offre una sintesi degli interventi che vengono attuati e che devono essere valutati.
Come in qualunque altro campo, anche in questo le valutazioni complessive necessitano di una "misura", cioè una conoscenza quantitativa, che derivi da "dati", cioè da evidenze empiriche, sintetizzati tramite opportuni "indicatori", cioè risultati di appropriate aggregazioni dei dati e di loro rapporti anche con quantità di riferimento quali, per esempio, la popolazione e il PIL.
Per definire gli indicatori più adatti in relazione a fenomeni nascosti, come la produzione, il commercio e il consumo di sostanze illegali, occorre identificare eventi e manifestazioni osservabili che risultino correlati ad essi. Sulla base di questi, e dei relativi dati reperibili, possono essere definiti gli indicatori; in taluni casi la quantificazione di essi richiederà che si acquisiscano, con apposite indagini, ulteriori dati che ne permettono il calcolo o la stima. Una volta disponibili dati e calcolati gli indicatori si può procedere ad effettuare le analisi di interesse. Alcune quantità complessive di interesse fondamentale quali il numero di consumatori, il numero di spacciatori, il volume del mercato, potranno essere stimate a partire dagli indicatori, attraverso ulteriori elaborazioni statistiche.
Possiamo fin d'ora distinguere diverse classi di indicatori. Fra quelli di "domanda", alcuni già standardizzati a livello europeo, possono essere considerati, ad esempio: la percentuale di consumatori di droghe nella popolazione, la percentuale di consumatori problematici, il numero di consumatori che chiedono e che ottengono assistenza, la percentuale di decessi droga-correlati, l'incidenza di infezioni droga-correlate.

Figura 1.



Fra gli indicatori di "offerta", non ancora definitivamente standardizzati a livello europeo, si possono tipicamente includere quelli che misurano anche gli effetti dovuti agli interventi repressivi. Per esempio: prezzi di mercato delle droghe, interventi di repressione del traffico, reati commessi da tossicodipendenti, interventi di eradicazione di coltivazioni, ecc..
Osservando gli indicatori dal lato della domanda e dal lato dell'offerta risulta possibile monitorare anche come il mercato reagisce agli interventi di repressione. Un esempio di particolare importanza è quello dell'introduzione di sostanze sempre nuove; i dati contenuti nel report annuale dell'EMCDDA, in collaborazione con Europol, dicono che nel 2010 sono state identificate 41 nuove sostanze, nel 2011 49, nel 2012 74, nel 2013 81. Il mercato si evolve anche a seguito della globalizzazione: ci sono nuove rotte e nuove "popolazioni" colpite, e quindi anche nuovi interventi.

Indicatori

Si possono definire gli "indicatori", in generale, come delle funzioni dei dati osservati (cd. "statistiche"), che hanno una relazione abbastanza stretta ("correlazione") con il fenomeno di interesse. Un esempio banale: la quantità giornaliera di rifiuti urbani prodotta a Roma è correlata con il numero di persone presenti in città giorno per giorno; pertanto può fungere da indicatore "di presenza" e infatti si suole stimare il tasso di partenze per Ferragosto proprio a partire da tale dato.
Nella prassi, talvolta, si usa il termine "indicatore" per designare anche un intero complesso di statistiche (sotto-indicatori) legate a un singolo aspetto del fenomeno.
Per la dimensione globale del fenomeno droga (in sé nascosto) qualche anno fa si usava come indicatore il numero di decessi per overdose (essenzialmente da eroina, la sostanza "pesante" maggiormente utilizzata in quel periodo). Con l'evoluzione, che si è verificata nel mercato, non è più sufficiente conteggiare i decessi "acuti", ma è divenuto necessario stimare anche le morti indotte dall´uso, ma non rilevabili direttamente dai dati forniti dalla DCSA. Occorre, pertanto, meglio comprendere come si sviluppa il fenomeno nascosto, quali eventi osservabili produce e, di conseguenza, identificare i dati che occorre acquisire (o rilevare ex novo) per ricostruirne "all'indietro" le dimensioni e le altre caratteristiche nascoste (cd. "problema inverso", dal punto di vista statistico).
Alcuni indicatori sono direttamente calcolabili dai dati di fonte amministrativa, disponibili presso diversi Enti, quali i servizi di recupero o le forze di polizia. Altri possono solo essere stimati dopo aver raccolto nuovi dati attraverso indagini campionarie su diversi strati di popolazione; in altri casi

si può ricorrere a modelli di inferenza statistica che sfruttano dati disponibili sulla base di ragionevoli ipotesi. Ne consegue un'ampia varietà di indicatori, anche rispetto al modo di calcolarli o stimarli.
E' fondamentale, per avere robustezza scientifica, che gli indicatori siano definiti e calcolati in modo trasparente e confrontabile. Su tali basi si può procedere con le analisi di interesse e trarre conclusioni affidabili, esplicitando anche gli inevitabili margini di errore.
La Figura 2 (Box 1), estratta da una pubblicazione sulla misura del mercato della droga, spiega i diversi percorsi possibili per determinare il valore di un indicatore.

Box 1

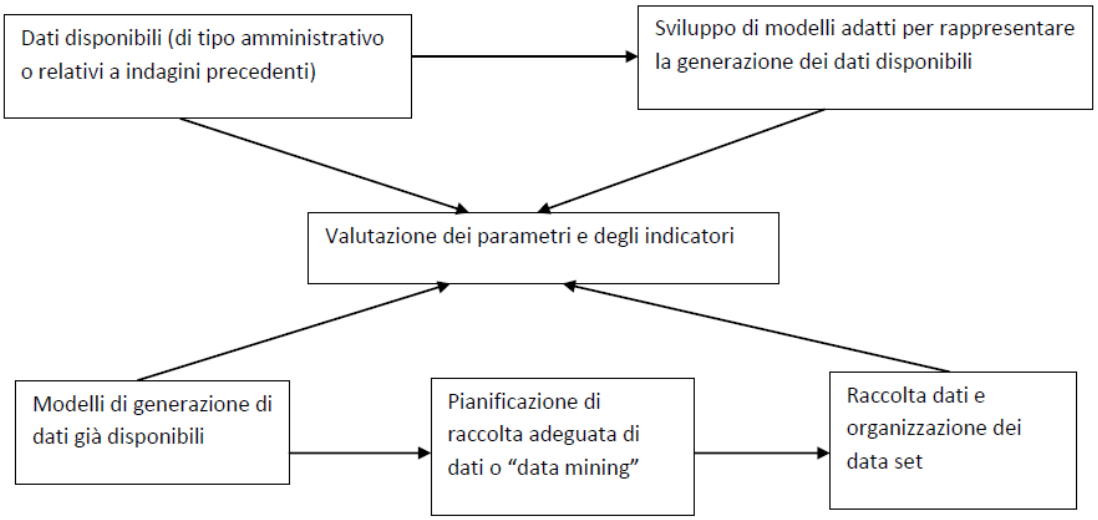
Come interagiscono i dati disponibili e gli indicatori definiti per la conoscenza del fenomeno

I metodi sviluppati nel mondo per la stima delle popolazioni nascoste richiedono dati di buona qualità. E‟ possibile sviluppare modelli di stima che rispecchiano i processi di generazione dei dati oppure adattare modelli già sviluppati ai dati disponibili o svilupparne di nuovi. I due approcci sono complementari ed entrambi necessari per valutare le questioni legate al fenomeno "droga" e ottenere una conoscenza affidabile dei diversi aspetti e delle interazioni.

Per esempio, se si considerano i dati dei soggetti registrati per spaccio di sostanze e si assumono ipotesi adatte, il modello di generazione dei dati può essere approssimato con un "processo di Poisson troncato". Allora i dati e il modello permettono la stima di parametri di interesse come la prevalenza degli spacciatori, il diverso tasso di cattura per maschi e femmine ecc.. Se interessa stimare la distribuzione del primo uso di cannabis e l‟eventuale passaggio successivo ad altre sostanze, è necessaria una indagine appropriata tra i consumatori di sostanze e l‟analisi dei dati raccolti permette la stima dei parametri di interesse.

Se si utilizzano entrambi gli approcci, si ottiene uno studio più completo del fenomeno di interesse. I due approcci sono rappresentati nella Figura 2.

Figura 2: Relazioni possibili tra modelli e dati per la valutazione dei parametri e degli indicatori di interesse



Entrando maggiormente nello specifico, Tabella 1 riporta un esempio di utilizzo di dati rilevati a fini "amministrativi" da Enti pubblici italiani e sfruttabili per uno scopo diverso, quale quello del monitoraggio del fenomeno droga. L'esempio è tratto dal primo *World Drug Report (WDR)*, pubblicato nel 1997 dall"organismo apposito dell'ONU, allora detto *UNDCP* (ora *UNODC);* dal 2000 il WDR è divenuto il report ufficiale annuale dell'ONU.

Tabella 1: Esempi di indicatori e fonti dei dati disponibili in Italia.

Indicatore	Fonte
Soggetti in trattamento presso i Ser.T.	Min. Salute
Soggetti in trattamento presso le strutture del Privato Sociale	DCDS - Min. Interno
Soggetti segnalati ai Prefetti ai sensi dell"Art. 75 del D.P.R. 309/90	DCDS - Min. Interno
Operazioni antidroga e sequestri di sostanze	DCSA
Detenuti tossicodipendenti negli Istituti Penitenziari	Min. Giustizia e Min. Salute
Decessi (acuti) per abuso di sostanze stupefacenti	DCSA

Definiti al meglio gli indicatori e rilevati o acquisiti i dati per calcolarli, si può procedere con analisi volte a ricostruire al meglio il fenomeno nascosto. Gli indicatori e gli eventi osservabili sono legati a più di un aspetto nascosto.
La Figura 3 riporta degli esempi tratti dal WDR 1997. I primi quattro e gli ultimi quattro indicatori sono calcolabili a partire da dati di fonte amministrativa disponibili presso diversi Enti pubblici. I tre intermedi possono solo essere stimati attraverso indagini campionarie o modelli statistici.

Figura 3: Indicatori misurati su fenomeni visibili e aspetti del fenomeno nascosto correlati.

Indicatore misurato (fenomeno visibile)	Fenomeno nascosto correlato
Decessi legati all"uso di sostanze	Uso pesante di sostanze / numerosità di utilizzatori di sostanze / aree a rischio / "letalità" delle sostanze sul mercato
Ammissioni ospedaliere per uso di sostanze	Morbidità legata all"uso / numerosità di utilizzatori di sostanze
Utenti dei servizi terapeutici	Politiche di riabilitazione e loro efficacia / numerosità di utilizzatori di sostanze
AIDS e altre malattie infettive legale all"uso di sostanze	Comportamenti a rischio nell"uso /numerosità di utilizzatori di sostanze
Uso per via iniettiva (proporzione sugli utilizzatori)	Comportamenti a rischio nell"uso
Uso frequente o giornaliero (proporzione sugli utilizzatori)	Comportamenti a rischio nell"uso / numerosità di utilizzatori di sostanze
Prevalenze di uso	Numerosità di utilizzatori
Numero dei sequestri e quantità sequestrate	Politica di repressione / ampiezza del mercato / flussi commerciali / aree a rischio

Segnalazioni di utilizzatori	Politica di repressione / ampiezza del mercato / aree a rischio
Detenuti per reati relativi alle leggi antiroga	Politica di repressione / ampiezza del mercato
Utilizzatori di droghe detenuti per altri reati	Criminalità legata all'uso / numerosità di utilizzatori di sostanze
Investimenti per azioni di controllo del fenomeno	Politica di controllo

Alcuni fenomeni che generano dati osservabili, per esempio i decessi legati all'uso delle sostanze o gli utenti dei servizi terapeutici, sono legati a più di un fenomeno nascosto. Ogni tentativo di utilizzare tali indicatori per stimare direttamente, con il semplice metodo di calibrazione, uno solo di tali fenomeni è scorretto e fuorviante e può condurre ad analisi completamente distorte.

Gli indicatori europei fondamentali

Per parlare degli indicatori standard dell'EMCDDA alcune definizioni tecniche sono preliminari.
Si dice "prevalenza" il numero di soggetti che possiedono una caratteristica di interesse; è un dato di "stock" nonché una misura statica della dimensione del fenomeno di interesse ("quanti casi?"). Può essere espressa con un conteggio, una proporzione o un rapporto, può essere osservata o stimata. Può essere puntuale ("quanti casi presenti in un dato momento?") oppure di periodo ("quanti casi presenti in un dato periodo di tempo?").
Si dice invece "incidenza" una misura della velocità con cui evolve un certo fenomeno, calcolata contando i nuovi casi per unità di tempo (tasso). E' un dato di "flusso" nonché una misura dell'evoluzione del fenomeno.
L'incidenza cumulata su un certo arco di tempo misura globalmente la dimensione di un fenomeno visibile o non in tale periodo (esempio: il totale delle segnalazioni per art. 73 in provincia di Roma dall'entrata in vigore del D.P.R. 309/90 a oggi).

L'EMCDDA per il monitoraggio della domanda ha definito, con il supporto di gruppi di esperti, gli indicatori chiave (*http://www.emcdda.europa.eu/themes/key-indicators*). Attualmente in uso sono 5:

- General Population Survey (GPS), che prevede **stime** di prevalenza ottenute attraverso indagini sulla popolazione generale e sulla popolazione della scuola secondaria (*http://www.emcdda.europa.eu/the-mes/key-indicators/gps*).
- Problem Drug Use (PDU) che prevede **stime** di prevalenza e di incidenza ottenute in base a dati amministrativi, ma anche a rilevazioni adeguate, e opportuni modelli di stima (*http://www.emcdda.europa.eu/themes/key-indicators/pdu*) (attualmente modificato in High Risk Drug Users HRDU per le modifiche osservate nel mercato e tra gli utilizzatori).
- Therapy Demand Indicator (TDI), che raccoglie e sintetizza i **dati** sugli utenti dei servizi per il trattamento delle tossicodipendenze, le caratteristiche dei servizi e i trattamenti offerti (*http://www.em-cdda.europa.eu/themes/key-indicators/tdi*).
- Drug Related Deaths (and Mortality) (DRD), che raccoglie e sintetizza i **dati** sui decessi droga correlati e sulla mortalità dei tossicodipendenti attraverso archivi amministrativi e studi longitudinali ad hoc, non sempre attivi (stime) (*http://www.emcdda.europa.eu/themes/key-indicators/drd*).
- Drug Related Infectious Diseases (DRID), che raccoglie **dati** sulle malattie infettive droga-correlate e, in particolare su HIV, HBV e HCV, tra i consumatori principalmente per via iniettiva (stime) (*http://www.emcdda.europa.eu/themes/key-indicators/drid*).

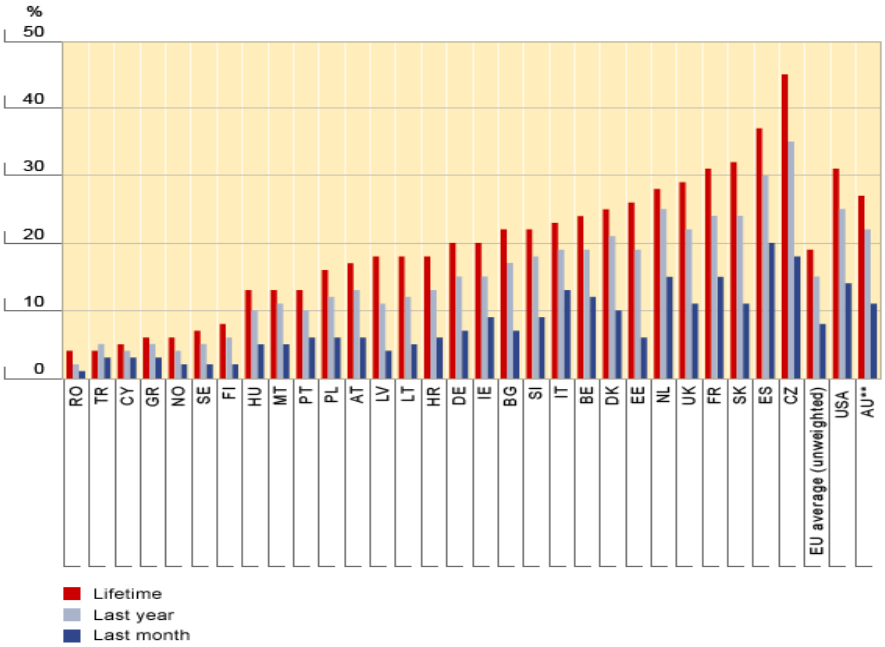
I 5 indicatori comportano elaborazioni statistiche diverse: mentre i primi 2 sono stime e necessitano dunque di un lavoro di tipo "inferenziale", inevitabilmente soggetto ad incertezza statistica, gli altri 3 si limitano a "descrivere" la situazione rilevata, anche se possono richiedere al loro interno stime per aspetti particolari.
Gli indicatori TDI, DRD e DRID sono fra i più facilmente calcolabili e confrontabili fra paesi diversi, data la buona disponibilità di dati. Applicando metodi di stima opportuni a tali dati, si possono anche ottenere, per esempio, alcune stime previste dall'indicatore PDU (HRDU).
Le stime basate sulle survey come la General Population Survey (GPS), dove i dati sono raccolti ad hoc mediante questionari, sarebbero forse le più interessanti per l'ampiezza della casistica "teoricamente" esaminata. Tuttavia, il raggiungimento di un livello qualitativo e quantitativo standard appare ancora lontano, in particolare in Italia.
Ogni indicatore mette in luce aspetti particolari sia statici sia dinamici. L'utilizzo sinergico permette di mettere a fuoco il fenomeno nel suo complesso. Gli indicatori attualmente utilizzati per il monitoraggio vengono continuamente aggiornati per tener conto delle nuove tendenze emerse nel mercato. In particolare, è stato effettuato da esperti esterni e ricercatori dell'EMCDDA un lavoro di revisione dell'indicatore PDU, introdotto nella seconda parte degli anni ´90, in cui poche erano le sostanze pericolose citate nella definizione dell'indicatore (eroina, cocaina e amfetamine); ora si parla di HRDU (high-risk drug use) definizione più flessibile e adeguata all'andamento del mercato e del consumo.

Esempi di utilizzo degli indicatori per descrivere il fenomeno

Nelle figure che seguono si riportano direttamente i grafici pubblicati nei rapporti annuali EMCDDA e sono molto chiari gli effetti che mostrano.

La Figura 4 mostra alcuni risultati dell´indagine *ESPAD (The European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs*) che viene compiuta ogni 4 anni in molti paesi, uno studio con il supporto dell'EMCDDA. Lo studio, che negli anni ha riguardato un numero sempre crescente di Paesi fino a coinvolgerne 39 nel 2011, ha l'obiettivo di raccogliere, tramite un questionario, dati comparabili sull'uso di alcol, tabacco ed altre sostanze ad azione psicoattiva, tra gli studenti di età compresa tra i 15 ed i 16 anni (http://www.espad.org/).
Nella figura, in particolare, si rappresentano: la prevalenza nella vita, la prevalenza nell´ultimo anno e nell´ultimo mese di utilizzo di cannabis, come stimate dalle risposte al questionario, degli studenti di 15-16 anni che lo hanno compilato nei diversi paesi. Nel grafico vengono poi confrontate con analoghi risultati ottenuti da simili rilevazioni negli Stati Uniti e in Australia.

Figura 4: Lifetime, Last year and Last month cannabis prevalence (15-16 anni)- ESPAD (anno 2007.)



L'indagine europea più specifica per acquisire informazioni sui consumatori di sostanze è la ***GPS.*** Essa mira, in primo luogo, a fornire dati per stimare la prevalenza di uso nella popolazione generale di un paese, una regione, una città e utilizza "interviste" tramite questionari su un campione della popolazione di interesse. Sono svariati i metodi di somministrazione dei questionari (interviste dirette, questionari per posta o via web). Per essere efficace, come è ben noto, però devono essere soddisfatti alcuni requisiti importanti:

- il campione rilevato deve essere rappresentativo della popolazione di interesse,
- le risposte devono essere veritiere.

Il primo punto richiede che il tasso di risposta degli intervistati sia "alto", ovvero che almeno il **70-80%** degli intervistati risponda. Se questo non accade, il campione non è più rappresentativo della popolazione generale, ma di una sotto-popolazione incognita e non si può stimare la prevalenza nella popolazione generale, ma è opportuno capire a quale sotto-popolazione si riferisce il campione osservato (solo anziani, principalmente donne …), per poter utilizzare almeno in parte il dato rilevato è fondamentale fare ciò.

La rispondenza al secondo punto può essere in parte verificata se il questionario contiene domande di controllo adeguate.

Purtroppo pochi Paesi europei forniscono un campione osservato rappresentativo della popolazione generale, ma i dati entrano nelle descrizioni dell'EMCDDA.

La Figura 5**Errore. L'origine riferimento non è stata trovata.** riproduce l'andamento della prevalenza annuale in diversi paesi riportata nel rapporto EMCDDA del 2009. In generale i dati (ovvero le stime ottenute) si fermano al 2008 o in anni precedenti, tranne per il Regno Unito (2009). La Figura 4 riporta il dato analogo (stima) di diversi Paesi nel rapporto del 2014.

Per l'Italia l'indicatore prevalenza di uso, inviato sulla base di GPS, dopo il 2008 non viene utilizzato a livello europeo perché è rilevato in modo diverso dai precedenti; in particolare, la popolazione di utilizzatori risulta ancora più sottostimata per tasso di risposta più basso che in precedenza e i rispondenti rappresentano una sotto-popolazione diversa da quella rilevata fino al 2008 e quindi non confrontabile. In realtà nessuno dei campioni è rappresentativo della popolazione generale dei diversi paesi perché, comunque, i tassi di risposta sono molto bassi, fino al 2008 non superano il 40%, negli anni successivi non superano il 20%. Sarebbe **indispensabile** l'identificazione della popolazione dei rispondenti reali per utilizzare più correttamente e scientificamente il dato.

Figura 5: Trends in last year prevalence of cannabis among young adults (15–34), measured by national surveys. Countries with three or more surveys –GPS 2009

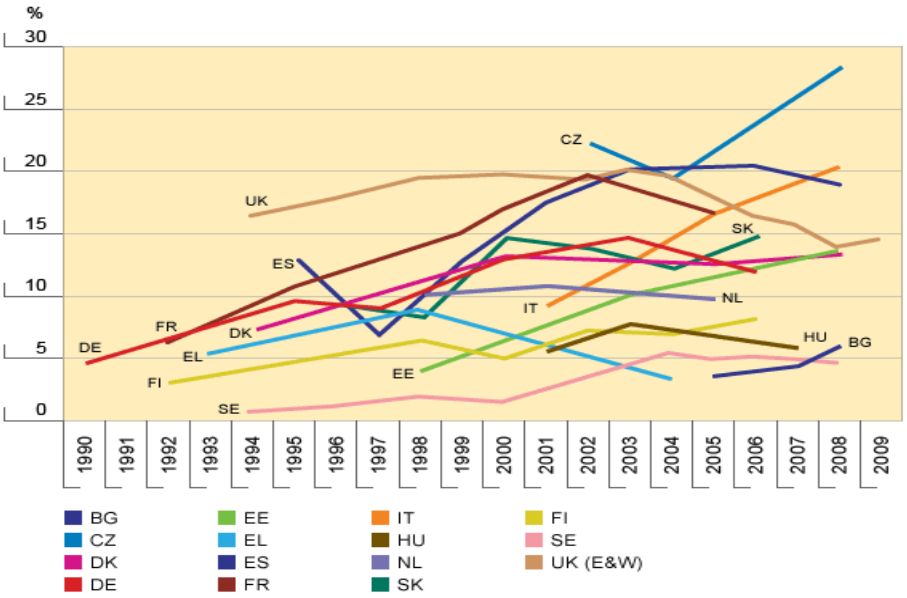
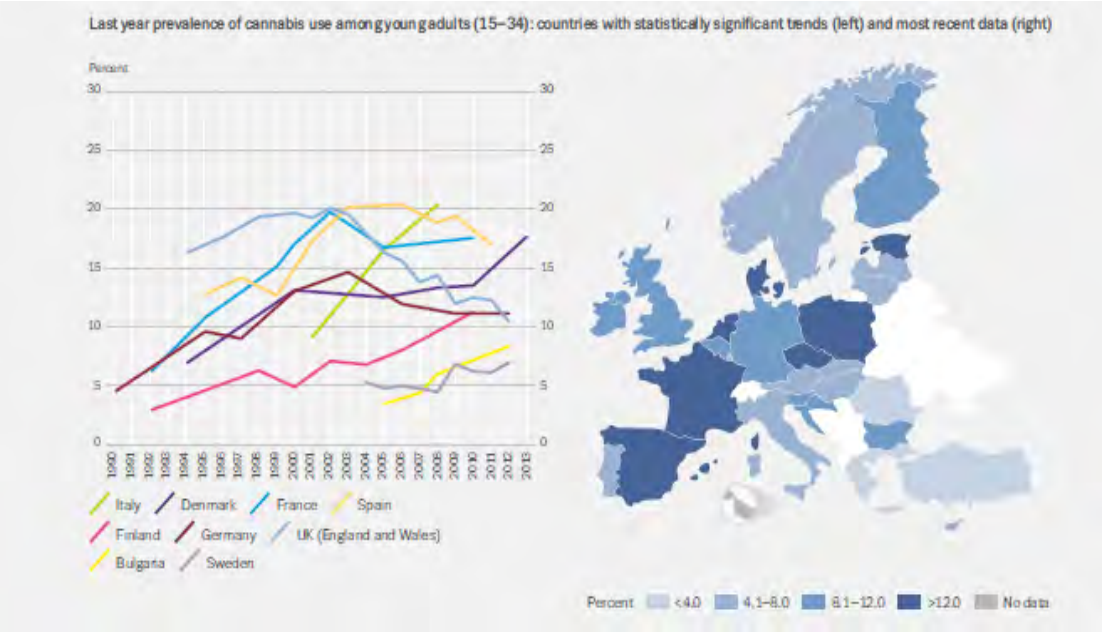


Figura 6.



La Figura 7 **Errore. L'origine riferimento non è stata trovata.** e la Figura 8 riportano analoghi risultati.

Figura 7:Trends in last year prevalence of cocaine among young adults (15–34), measured by population surveys– GPS 2009. Countries with three or more surveys.

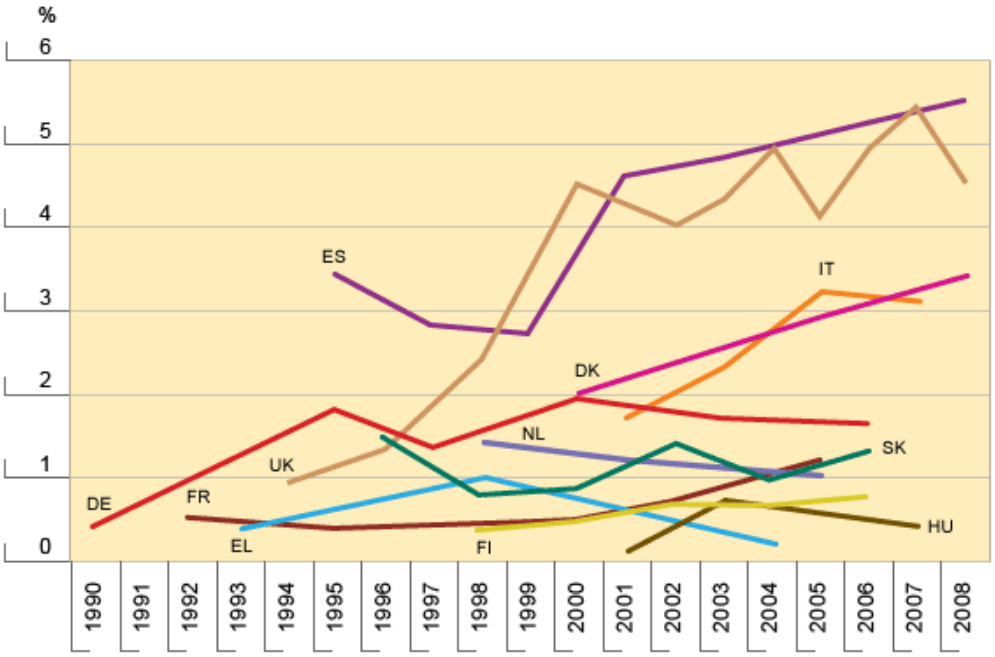
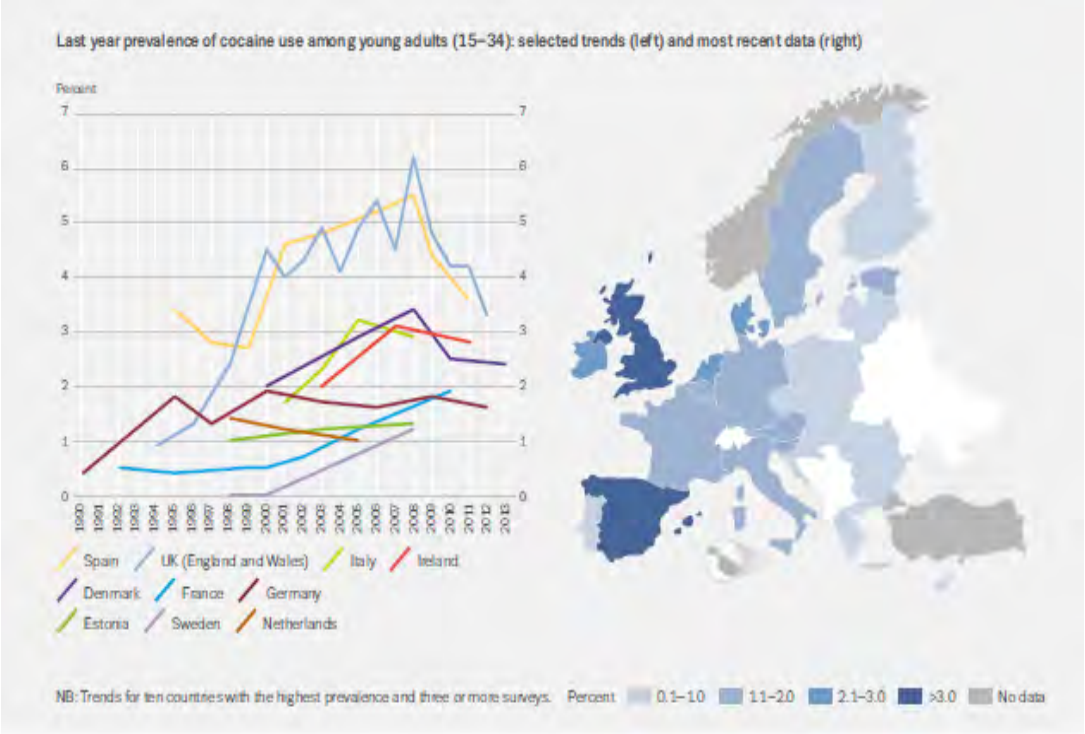
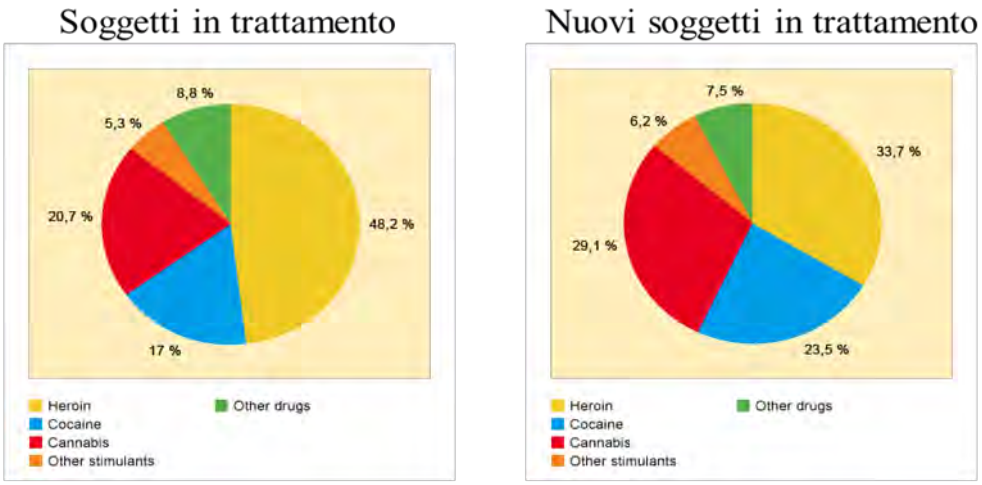


Figura 8.



L'indicatore TDI si basa su vari tipi di dati e monitora diversi aspetti che riguardano la richiesta di terapia e la presa in carico. Rileva le caratteristiche dei soggetti che vengono presi in carico dai servizi di assistenza e la loro storia di utilizzo delle sostanze. La Figura 7 per esempio, un aspetto che è molto legato alle modifiche di uso di sostanze, fenomeno al quale si collega anche la modifica dell'indicatore PDU in HRDU, già fin dal rapporto del 2009, si noti l'aumento delle "altre sostanze" nei nuovi arrivi in terapia.

Figura 9: Distribuzione delle sostanze di uso primario tra i soggetti in trattamento e tra i nuovi soggetti in trattamento nel 2008 (TDI).



Nella Figura 9 si riportano i risultati ottenuti dall'uso congiunto di due indicatori chiave nel rapporto del 2009. Il rapporto tra un valore dell'indicatore TDI e una stima dell'indicatore PDU.
Nella Figura 10, si riporta l'indicatore chiave DRD a livello globale. Come si vede c'è una serie temporale che si assesta, data la diminuzione di uso di eroina e il conseguente calo delle morti acute per overdose.

Figura 10: Opioid maintenance treatment clients as a % of the estimated number of Problem Opioids Users – TDI e PDU.

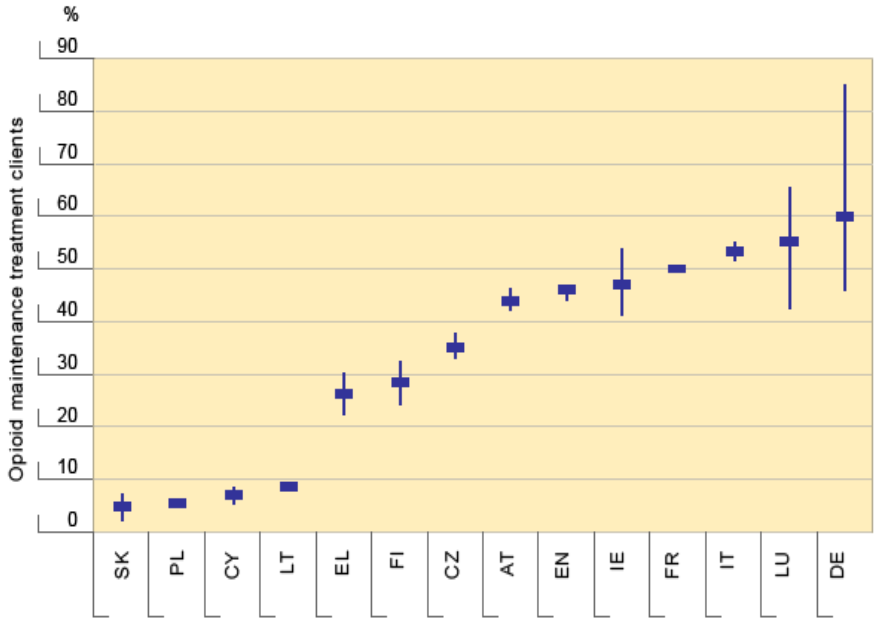
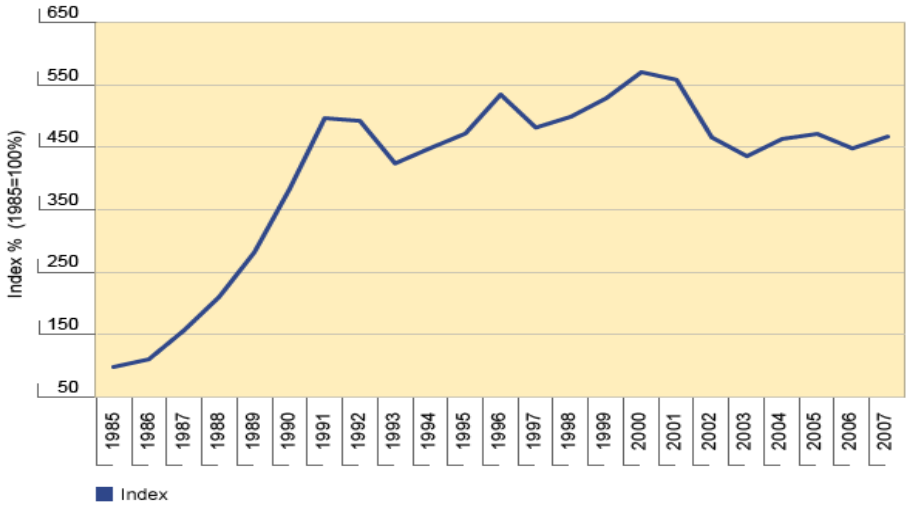


Figura 11: Trend in drug induced deaths, EU 15 –DRD.

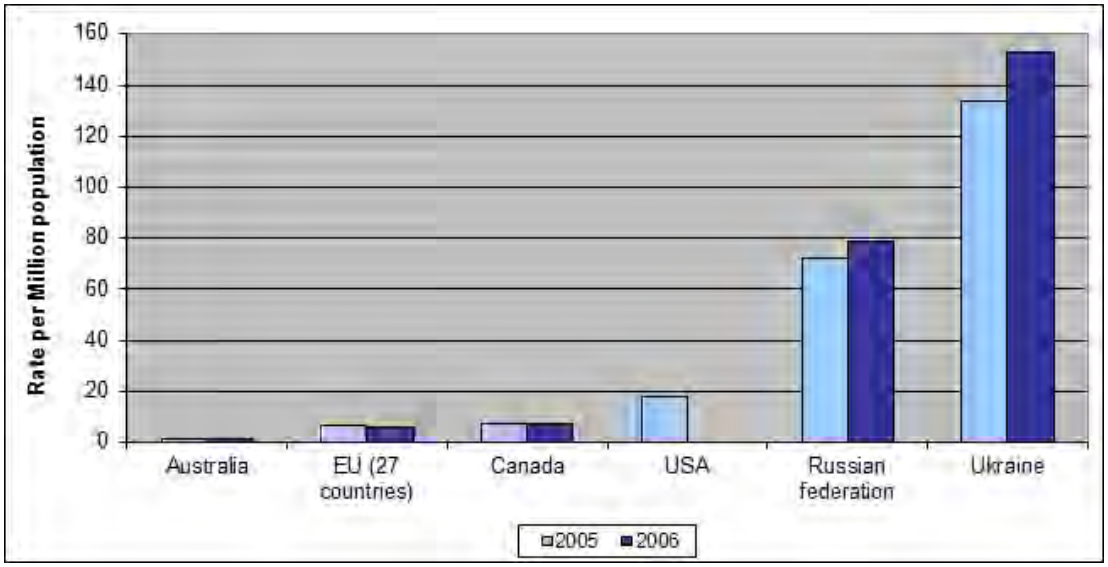


L'indicatore DRID, riferito alle malattie infettive, viene rilevato per diversi scopi:

- si può usare, attraverso un'inferenza statistica ("metodo di calibrazione") per stimare la popolazione di soggetti a rischio, più adeguata quando il consumo di sostanze pesanti era legato soprattutto all'eroina per via iniettiva (Rossi, 1999).
- si può usare come sistema di monitoraggio e sorveglianza del complessivo stato di salute dei tossicodipendenti e per programmare interventi conseguenti.

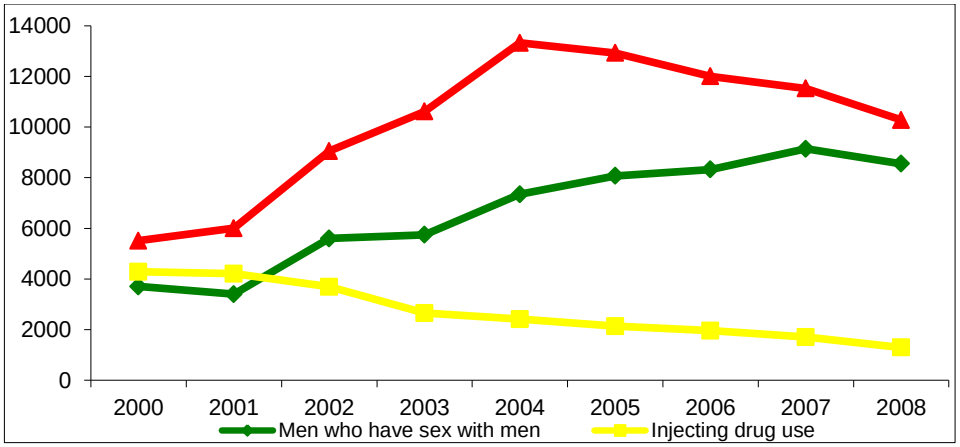
La Figura 12 riporta dati europei relativi al DRID per un confronto con altri paesi sugli anni 2005 e 2006.

Figura 12: Diagnosed HIV incidence among IDUs (2005-2006) – DRID.



Nella Figura 13, invece, si riporta la serie temporale della modalità di trasmissione dell'AIDS dal 2000 al 2008.

Figura 13: HIV infections by transmission mode and year of diagnosis. EU, Croatia, Turkey and Norway (2000–2008) - DRID



Indicatori in fase di sviluppo metodologico

In epoca relativamente recente (2010) la Commissione europea e l'Osservatorio europeo hanno avviato lo studio e l'introduzione di indicatori per misurare l'effetto della politica e degli interventi nel controllo dell'offerta di droghe. Sono stati introdotti ufficialmente tre indicatori, articolati in sotto-indicatori. I tre indicatori base sono: Drug Markets, (DM), Drug Supply Reduction (DSR) e Drug Related Crime (DRC), i sotto-indicatori sono riportati nei documenti ufficiali (Conferences on Drug Supply Indicators: *http://www.emcdda.europa.eu/events/supply-indicators*).

Benché non ancora utilizzati a livello standard europeo, esistono loro elaborazioni pilota nell'ambito di un progetto europeo. La dimensione del mercato (DM) è stata stimata per Svezia, Repubblica Ceca, Portogallo, Olanda, Bulgaria, Italia, Regno Unito, come riportato nel sito della Commissione europea (*http://ec.europa.eu/justice/anti-drugs/files/eu_market_summary_en.pdf*).
Si riporta sotto il metodo di stima utilizzato in Italia per il progetto europeo; si riportano anche altre tre stime prodotte ufficialmente in Italia, che si potrebbero definire di proxy, come viene evidenziato nei commenti finali.
Per produrre una stima della quantità di droghe vendute, almeno quelle classiche, è stata innanzitutto stimata la prevalenza degli spacciatori al dettaglio, riportata nella Figura 14, dove sono indicati anche gli indicatori di mercato discendenti da questa stima. Per stimare le quantità vendute in media da ciascuno spacciatore (

Figura **15**), si sono utilizzati i dati della rilevazione effettuata tra i soggetti presso le Comunità e i servizi di bassa soglia, molti dei quali ex-spacciatori o spacciatori, a cui si è chiesto quanto vendevano o vendono ancora in media ogni settimana. I dati importanti sono pubblicati nel libro citato nella Tabella.
Una stima di mercato è stata effettuata con metodo analogo sulla base della domanda. Utilizzando risultati riportati nella letteratura internazionale si è stimata la prevalenza dei consumatori delle sostanze illegali (Figura 16). E, avendo dall'indagine presso i consumatori in comunità e bassa soglia, anche notizie su quanto loro stessi consumavano o consumano, si è prodotta la stima del mercato anche dal lato della domanda (Figura 17), come richiesto da EUROSTAT all´ISTAT e agli analoghi Enti europei.
Questo approccio alla stima dei consumatori evita la grande sottostima prodotta dalle indagini GPS che sottostimano proprio i consumatori "problematici", che, pur essendo una minoranza, rappresentano almeno la metà di tutto il consumo (Rey, Rossi e Zuliani, 2011).

Figura 14: Italia: Stime del numero totale di spacciatori (drug supply reduction e drug related crime).

Anno	Numero di spacciatori fermati	Stima del numero totale di spacciatori	Intervallo di stima (95%)
2005	43,066	353,877	337,119 - 371,895
2006	45,337	359,199	338,906 - 373,433
2007	48,168	374,891	358,586 - 392,328
2008	50,520	387,940	371,152 - 405,932
2009	47,361	389,956	371,694 - 409,654

Figura 15: Stime del mercato delle droghe in Italia(dal lato dell"OFFERTA).

- **Fonte dati ulteriori:** Roberto Ricci and Carla Rossi editors. *Lifestyles and history of use of drug users in four EU countries: exploratory analysis of survey data*, Universitalia di Onorati s.r.l..ISBN 978-88-6507-403-9, Roma 2013.

Substance	Estimated active dealers	Median number of doses sold per week of activity	Sample size dose	Mean price per dose	Sample size price	Total amount (billion euro)
Cannabis	125,184	110	91	10	351	7.16
Cocaine	43,991	70	164	75	387	12.01
Opiates	34,206	55	156	35	504	3.42
Total	203,381					22.59

Figura 16: Stime del numero di consumatori di droghe in Italia (a partire dall"OFFERTA).

Substance	Estimated active dealers	Ratio (Reuter)	Ratio (Bouchard & Tremblay)	Estimated active consumers (Reuter)	Estimated active consumers (Bouchard & Tremblay)	Average
Cannabis	125,184	40	32	5,007,360	4,005,888	**4,506,624**
Cocaine	43,991	25	28	1,099,776	1,231,749	**1,165,763**
Opiates	34,206	15	16	513,090	547,296	**530,193**
Total	203,381	These estimates are affected by double counting for poly-use and poly-dealing				

Figura 17: Stime del mercato delle droghe in Italia (dal lato della DOMANDA)

Substance	Estimated active consumers	Average number of doses per month per person	Mean price per dose	Total amount (billion euro)
Cannabis	**4,506,624**	13	10	7.03
Cocaine	**1,165,763**	12	75	12.59
Opiates	**530,193**	15	35	3.34
Total	**6,202,580**			22.96

Le stime del mercato delle droghe in Italia – Metodologie e relativi problemi

La quantificazione di un fenomeno illegale come il mercato della droga è ovviamente soggetta a forti difficoltà di reperimento e attendibilità di informazioni basilari.

Le stime possono riguardare direttamente l'ampiezza del mercato in termini di aggregato monetario complessivo, senza preoccuparsi della composizione interna. In tal caso, discendono spesso da una stima della percentuale del PIL "illegale" rispetto a quello ufficiale.

Altro approccio, maggiormente seguito, è quello per componenti, del tipo:

Mercato = QuantitàTotale * PrezzoUnitario.

In tal caso, è necessario anche distinguere i diversi mercati delle diverse sostanze. Inoltre, le quantità possono a loro volta derivare da una schema del tipo:

QuantitàTotale = N.Consumatori * ConsumoMedio (lato "domanda")

oppure

QuantitàTotale = N.Spacciatori * SpaccioMedio (lato "offerta").

Elementi quali il PrezzoUnitario, il ConsumoMedio e lo SpaccioMedio sono conoscibili con discreta precisione, soprattutto in base a informazioni fornite dai servizi sanitari e da quelli di polizia. Molto più difficili da conoscere sono i numeri relativi al numero di consumatori e di spacciatori.

Possiamo distinguere le informazioni attualmente sfruttabili per la stima del mercato, e i metodi statistici da esse dipendenti, in **tre categorie**.

1ª categoria. Esistono anzitutto le **indagini statistiche campionarie** orientate a rilevare direttamente il numero di consumatori e i consumi medi giornalieri di ciascuno, distinti a seconda della sostanza considerata. Queste indagini sono maggiormente diffuse e complete nei paesi anglosassoni. L'indagine più importante è il GPS (*General Population Survey*), effettuato in un gran numero di paesi, fra cui il nostro.

Se le risposte fossero sufficientemente complete e veritiere, da esso si potrebbero trarre stime abbastanza precise sul numero di consumatori e sull'ampiezza del mercato. Purtroppo, per la natura stessa del fenomeno indagato, i dati di queste fonti sono inevitabilmente affetti da forti lacune connesse a risposte mancanti o non veritiere.

In Italia, poi, le percentuali di risposta risultano bassissime, anche a causa delle modalità poco efficaci di somministrazione dei questionari (postali). Sempre in Italia, appare meglio somministrata l'indagine SPS (*Students Population Survey*), il cui ambito però è limitato alla popolazione scolastica, come anche il progetto ESPAD.

2ª categoria. Esistono poi **fonti informative ("amministrative")** piuttosto attendibili e riferibili direttamente al consumo e allo spaccio di droga, ma che riguardano solo particolari individui direttamente implicati. Si tratta delle fonti di natura sanitaria e giudiziaria, che riguardano la parte "emersa" del fenomeno, cioè, in sostanza: il numero di utilizzatori identificati in quanto hanno in corso un trattamento sanitario o giudiziario; le quantità consumate da costoro; il numero di spacciatori fermati; le quantità di merce sequestrata.

Per mezzo di appropriate tecniche statistiche è possibile stimare il numero totale di utilizzatori e spacciatori, noti ed ignoti, presenti nella popolazione. Le tecniche suddette, tuttavia, richiedono

ipotesi di uniformità spaziale e temporale dei comportamenti di ciascuna delle diverse categorie di attori (consumatori di droghe, spacciatori, presìdi sanitari, forze dell'ordine).

3ª categoria. Ulteriori fonti informative, anche non direttamente riferite al fenomeno droga, consentono tuttavia una approssimativa quantificazione del mercato in via aggregata. Considerati ad esempio i flussi di denaro contante nell'intera economia (informazione conosciuta con buona affidabilità), si può tentare di scomporli per via econometrica fra quelli riferibili alle attività pienamente legali, a quelle "sommerse" 1 e a quelle "illegali" 2 .

Se ne possono trarre stime degli aggregati monetari totali relativi alle tre suddette categorie di attività. Fra le attività illegali, il mercato della droga è una componente sicuramente rilevante, ma non a sua volta isolabile per questa via. Naturalmente, i dati riferibili all'economia legale sono molto più abbondanti e sicuri; per questo, le stime relative alla parte illegale sono da considerare come "residuali".

Dati e tecniche di tutte e tre le categorie suddette presentano **limitazioni molto diverse ai fini delle stime** ed è importante comprendere il verso dell'errore che causano (l'entità è ovviamente più difficile). Sarebbero certamente opportuni trattamenti integrati di tutti i dati a disposizione, ma essi creano a loro volta ulteriori difficoltà pratiche, legate soprattutto all'interazione dei diversi fattori di incertezza; di fatto sono scarsamente praticati. Quasi tutte le stime si appoggiano pressoché esclusivamente a una delle tre categorie informative; è quindi necessario almeno effettuare confronti.

L'uso di informazioni e tecniche della **prima categoria** rappresenta la strada più battuta, nonostante siano ben noti e riconosciuti i limiti dei dati su cui si basano. In Italia, è stata di recente seguita dall'Istat e dal gruppo di ricerca Transcrime.

La stima del mercato delle droghe fatta da **Transcrime** è nel range **4,5 – 10,9** mld €. Quella dell'**Istat**, per i consumi, è di **12,7** mld.

Queste elaborazioni possono essere utili soprattutto per calcolare delle stime di minimo ("floor") del mercato (proxy).

I dati emergenti dal GPS inevitabilmente sono distorti nel senso di non riuscire a includere notevole parte di consumatori di droga, soprattutto quelli molto intensivi, per via di mancata inclusione nel campione oppure a causa di risposte mancanti o non veritiere; quindi, di per sé sottostimano il mercato.

E' certamente possibile operare correzioni, sulla base di ipotesi sui consumi dei non-rispondenti, sul numero di consumatori intensivi non considerati, ecc.. Tuttavia, ipotesi del genere sono necessariamente "caute"; se non lo fossero, diverrebbero contraddittorie con l'uso stesso dei dati del GPS. E' dunque verosimile che la fondamentale sottostima non venga corretta quanto occorrerebbe.

Le stime ottenute per questa via sono comunque utili perché il mercato non può sicuramente attestarsi al di sotto di tali valori.

---

1 Si intendono "sommerse" quelle attività economiche non vietate dalla legge ma occultate al fisco.
2 Si includono nelle "illegali" quelle attività vietate dalla legge ma pur sempre svolte in regime di scambio volontario fra domanda e offerta, come da definizione Eurostat. Principalmente: il traffico di droga, la prostituzione e il contrabbando.

Le informazioni della **seconda categoria** vengono sfruttate essenzialmente osservando l'ambito degli utilizzatori e spacciatori "catturati" in un dato arco temporale e contando quelli che, in tale ambito, vengono catturati ripetutamente. Per mezzo di appropriate tecniche statistiche (metodo di "cattura e ricattura") è possibile stimare il numero totale di utilizzatori o spacciatori, noti ed ignoti, presenti nella popolazione. (E' intuitivo che, tendenzialmente, più alta è la quota di "ricatturati", più bassa sarà la stima del numero di utilizzatori o spacciatori totali).

Questa strada, più spesso battuta per la stima del numero di consumatori, è stata recentemente seguita in Italia anche con riferimento alla stima degli spacciatori, in particolare da C. Rossi dell'**Univ. di Roma Tor Vergata** e suoi collaboratori per il progetto della Commissione europea. Il mercato delle droghe è stimato a **22,6** mld, come riportato sopra. Stante la sostanziale affidabilità delle informazioni di base, i dubbi sulle metodologie statistiche derivano soprattutto dalle sottostanti ipotesi di "omogeneità" (degli utilizzatori fra di loro e degli spacciatori fra di loro, dei comportamenti di ciascuno nel corso del tempo). In linea di massima, la presenza di disomogeneità crea un effetto di sottostima rispetto al vero, come si vedrà in seguito.

Le informazioni e tecniche della **terza categoria** sono state sfruttate ultimamente soprattutto da alcuni ricercatori della Banca d'Italia (senza che i vertici dell'Istituto li abbiano fatti propri, pur citandoli). Appaiono efficaci soprattutto per produrre stime di massimo ("ceiling") del mercato 3.

Queste stime soffrono tendenzialmente del problema opposto rispetto a quelle della prima categoria. Infatti, la scomposizione econometrica di un aggregato monetario nelle quote riferibili ad attività economiche "legali", "sommerse" ed "illegali" 4 potrebbe attribuire alla parte stimata in via residuale (quella dell'economia sommersa ed illegale) anche quantità derivanti dall'errore puramente statistico sulla stima effettuata in via principale (quella dell'economia legale). Come del resto la stessa Banca d'Italia riconosce, i valori ottenuti possono essere presi in considerazione come ordini di grandezza del fenomeno.

Secondo questo lavoro, le attività "illegali" potrebbero raggiungere addirittura il 10% del PIL, quindi circa 150 mld. All'interno delle stime dell'economia illegale andrebbe poi isolata la componente relativa al mercato della droga; ciò non è agevole, anche se tale mercato è comunemente considerato come la più importante fra le attività suddette 5.

Pur nella grande incertezza, il mercato delle droghe ammonterebbe comunque a **svariate decine di miliardi di euro.**

In definitiva, le stime ottenute per questa via possono servire a determinare un livello al di sopra del quale non è concepibile che il mercato della droga si attesti realmente. E sono comunque tali da far ritenere inattendibili talune stime del tutto qualitative che pure sono state pubblicizzate da varie parti.

---

3 Anche in altri casi di stime di un mercato illegale (quello dei prestiti a usura), la Banca d'Italia ha seguito un approccio più adatto a valutare livelli massimi potenziali.

4 I ricercatori della Banca d'Italia stimano econometricamente l'economia "illegale" sforzandosi di allinearla alla definizione Eurostat; tuttavia, è verosimile che tale stima includa anche quote di attività criminali ulteriori. Essi usano infatti come regressore la quota di reati per droga e prostituzione sul totale dei reati; però, la loro variabile dipendente (i flussi di contante) comprende anche flussi dovuti a estorsioni, corruzione, prestiti usurari; che, verosimilmente, sono meglio spiegati dal suddetto regressore che non da quelli riferibili all'economia legale o sommersa.

5 Si può tenere presente che, secondo l'Istat, il mercato delle droghe costituirebbe i due terzi dell'intera economia illegale. Tuttavia l'Istat stima una dimensione di mercato molto inferiore ed esclude il giro d'affari della criminalità organizzata. Non appare dunque immediato trasporre la suddetta quota per stime di origine diversa.

Confronto stime Mercato Droghe e Attività illegali PIL (2011) (Mld €) 1589

		Transcrime (2009)		Rossi (2011)		ISTAT (2011) (*)	
		Mln €	% del PIL	Mln €	% del PIL	Mln €	% del PIL
Eroina	min/med/max	1842	0.12%	3420	0.22%		
Cocaina	min	772	0.05%				
	med	1711	0.11%	12010	0.76%		
	max	2649	0.18%				
Cannabis	min	1649	0.11%				
	med	3140	0.21%	7160	0.45%		
	max	4632	0.31%				
Amfetamine	min	99	0.01%				
	med	367	0.02%				
	max	636	0.04%				
Ecstasy	min	180	0.01%				
	med	666	0.04%				
	max	1153	0.08%				
Totale Droghe	min	4541	0.30%				
	med	7727	0.52%	22590	1.42%	12700	0.80%
	max	10912	0.73%				

		Transcrime		Banca d'Italia	Eurispes	ISTAT (*)	
		Mln €	% del PIL	% del PIL	% del PIL	Mln €	% del PIL
Totale Attività illegali	min	17700	1.17%				
	med	25700	1.70%	10.90%	11.00%	17000	1.07%
	max	33700	2.23%				

(*) Escluse attività di "organizzazioni" criminali

Gli aspetti brevemente illustrati possono essere approfonditi nella bibliografia.

Bibliografia

Nichter,M., Quintero,G., Nichter,M., Mock, J. and Shakib, S. (2004) “Qualitative Research: Contributions to the Study of Drug Use, Drug Abuse, and Drug Use(r)-Related Interventions” Substance Use & Misuse , Vol. 39, No. 10-12 , Pages 1907-1969;

Yamagata-Lynch, L.C. (2010) “Activity Systems Analysis Methods: Understanding Complex Learning Environments”Springer Publications;

NIDA (1995) “Qualitative Methods in Drug Abuse and HIV Research”. NIDA Research Monograph 157;

Griffiths, P., Gossop, M., Powis, B. and Strang, J. (1993) „Reaching hidden populations of drug users by privileged access interviewers: methodological and practical issues“, Addiction, 88, 1617–1626;

EMCDDA. (2000) “Understanding and responding to drug use: the role of qualitative research”;

EMCDDA Scientific Monograph Series No 4;

Gilman, M. (1998) EMCDDA workgroup review, in J. Fountain and P. Griffiths (Eds.);

Coordination of Working Groups of Qualitative Researchers to Analyse Different Drug Use;

Patterns and the Implication for Public Health Strategies and Prevention, Lisbon/London: EMCDDA/NAC (also available on http://www.qed.org.uk);

Agar, M. H. and Kozel, N. (Eds.) (1999) „Ethnography and substance use: talking numbers“, Substance Use and Misuse, 34, 1935–1949;

Fountain, J. and Griffiths, P. (1999) „Synthesis of qualitative research on drug use in the European Union: report on an EMCDDA project“, European Addiction Research, 5, 4–20 (updated version available on http://www.qed.org.uk);

Biernacki, P. and Waldorf, D. (1981) „Snowball sampling: problem and techniques of chain referral sampling“, Sociological Methods and Research, 10, 141–163;

Carlson, R., Wang, J., Siegal, H., Falk, R. and Guo, J. (1994) „An ethnographic approach to target sampling: problems and solutions in AIDS prevention research among injection drug and crack cocaine users“, Human Organisation, 53, 279–286;

Griffiths, P., Gossop, M., Powis, B. and Strang, J. (1993) „Reaching hidden populations of drug users by privileged access interviewers: methodological and practical issues“, Addiction, 88, 1617–1626;

Power, R. and Harkinson, S. (1993) „Accessing hidden populations: a survey of indigenous interviewers“, in P. Davies, G. Hart and P. Aggleton (Eds.) Social Aspects of AIDS, Falmer: Falmer Press;

Spreen, M. (1992) „Rare populations, hidden populations and link-tracing designs: what and why?“, Bulletin Methodologie Sociologique, 36, 34–58;

Klee, H. (1992) „A new target for behavioural research: amphetamine misuse“, British Journal of Addiction, 87(3), 439–446;

Wright, S., Klee, H. and Reid, P. (1998) „Interviewing illicit drug users: observations from the field“, Addiction Research, 6(6), 517–535;

Taylor, C. (1997) „Estimating the prevalence of drug use using nomination techniques: an overview", in G. V. Stimson, M. Hickman, A. Quirk, M. Fischer and C. Taylor (Eds.) Estimating the Prevalence of Problem Drug Use in Europe, Lisbon: EMCDDA;

Hartnoll, R., Griffiths, P., Taylor, C., Hendriks, V., Blanken, P., Nolimal, D., Weber, I., Toussirt, M. and Ingold, R. (1997) Handbook on Snowball Sampling, Strasbourg: Council of Europe;

Feldman, H. W. and Aldrich, M. R. (1990) „The role of ethnography in substance abuse research and public policy: historical precedent and future prospects", in E. Y. Lambert (Ed.) The Collection and Interpretation of Data from Hidden Populations, Monograph 98, Rockville, MD: NIDA;

Schimank, U. (1995) „Transformation of research systems in central and eastern Europe: a coincidence of opportunities and trouble", Social Studies of Science, 25, 633–653;

Ardizzi, Guerino, Carmelo Petraglia, Massimiliano Piacenza e Gilberto Turati: "*Measuring the underground economy with the currency demand approach: a reinterpretation of the methodology, with an application to Italy*". In: Banca d'Italia, Temi di Discussione n.864, aprile 2012.

Baldassarini, Antonella e Federico Sallusti (ISTAT)- "Estimating illegal drug flows in Italy: a statistical approach" - paper presentato alla "8th ISSDP Conference (Rome, CNR, 21-23 May 2014)".

Guiso, Luigi - "*Quanto è grande il mercato dell'usura* ?". In: Banca d'Italia – Temi di discussione n.260 – dicembre 1995.

ISTAT - "*L'economia illegale nei conti nazionali*", audizione del Presidente Giorgio Alleva alla Commissione parlamentare d'inchiesta sul fenomeno della mafia altre associazioni criminali -Roma, 8 ottobre 2014.

Rey, Guido Mario, Carla Rossi e Alberto Zuliani. *Il mercato delle droghe: dimensione, protagonisti e politiche.* Marsilio editori, Venezia, 2011.

Rossi, Carla - "Monitoring the Size and Protagonists of the Drug Market: Combining Supply and Demand Data Sources and Estimates" - *Current Drug Abuse Reviews*, 2013, 6, 122-129.

Transcrime (Joint Research Centre on Transnational Crime) – Rapporto "*Gli investimenti delle mafie*", nell'ambito del "Programma Operativo Nazionale Sicurezza per lo Sviluppo – Obiettivo Convergenza 2007-2013" (cofinanziato dall'Unione Europea e gestito dal Ministero dell'Interno – Dipartimento della Pubblica Sicurezza) – ottobre 2014.

European Commission. (2013) *Further insights into aspects of the illicit EU drugs market, http://www.trimbos.org/~/media/Programmas/Internationalisering/Further%20insights%20into%20aspects%20of%20the%20EU%20illicit%20drugs%20market.ashx*

Il quadro giuridico di riferimento

A cura del Ministero della Salute e del Ministero della Giustizia

Per effetto del d.l. 23 .12.2013, n. 146, convertito in data 19 febbraio 2014, La condotta di cui al comma 5 dell‟art. 73 d.P.R. 309/90 è stata trasformata in reato autonomo (cfr. Cass. Sez. VI, sentenza depositata il 20 gennaio 2014) e l‟incidenza della trasformazione del fatto di lieve entità da circostanza attenuante ad effetto speciale a reato autonomo ha avuto evidenti ripercussioni sulla determinazioni della pena nella valutazione dei casi concreti da parte del giudice.

La stessa legge ha ampliato la possibilità di accesso alla misura dell‟affidamento in prova al servizio sociale "terapeutico", ora applicabile ai condannati con pene, anche residue, fino a 4 anni anziché tre. La concessione della misura presuppone un periodo di osservazione della personalità "nell'anno precedente alla presentazione della richiesta" e l'osservazione puo‟ fare riferimento anche alla condotta tenuta dal soggetto in libertà. La novella, per incentivare l'accesso all'affidamento in prova nei confronti dei condannati già detenuti, conferisce al magistrato di sorveglianza la possibilità di applicare la misura in via provvisoria in caso di grave pregiudizio derivante dalla protrazione dello stato di detenzione, prima della decisione definitiva del tribunale di sorveglianza, che dovrà intervenire entro 60 giorni.

La legge ha anche abrogato il comma 5 dell‟art. 94 dpr 309\1990 che impediva di applicare per più di due volte l'affidamento in prova terapeutico per condannati tossicodipendenti ed alcol dipendenti.

Con la sentenza n.32 del 12 febbraio 2014 la Corte Costituzionale ha dichiarato l‟illegittimità costituzionale – per violazione dell‟art.77, secondo comma della Costituzione, che regola la procedura di conversione dei decreti legge – degli artt. 4 bis e 4 vicies ter del d.l. 30 dicembre 2005, n.272, come convertito con modificazioni dall‟art.1 della legge 21 febbraio 2006, n.49, così rimuovendo le modifiche apportate con le norme dichiarate illegittime agli artt. 73, 13 e 14 del D.P.R. 9 ottobre 1990, n. 309 (Testo Unico in materia di stupefacenti)[6].

---

6 Normativa vigente: Testo coordinato D.P.R. 09.10.1990 n° 309, G.U. 31.10.1990, *Testo unico delle leggi in materia di disciplina degli stupefacenti e sostanze psicotrope, prevenzione, cura e riabilitazione dei relativi stati di tossicodipendenza* e Testo Unico delle leggi in materia di stupefacenti, Legge 22 dicembre 1975, n. 685, che ha subito numerose modifiche, le più rilevanti delle quali sono:

1. Legge *26 Giugno 1990, n.162* (c.d. legge Vassalli Jervolino) - *Aggiornamento, modifiche ed integrazioni della legge 22 dicembre 1975, n. 685 , recante disciplina degli stupefacenti e sostanze psicotrope, prevenzione, cura e riabilitazione dei relativi stati di tossicodipendenza.*
2. *Legge 8 febbraio 2001, n.12* (c.d. legge Veronesi) *Norme per agevolare l'impiego dei farmaci analgesici oppiacei nella terapia del dolore.*
3. *Legge 21 febbraio 2006, n.49* (c.d. legge Fini Giovanardi) *Conversione in legge, con modificazioni del decreto-legge 30 dicembre 2005, n. 272, recante Misure urgenti per garantire la sicurezza ed i finanziamenti per le prossime Olimpiadi invernali, nonché la funzionalità dell'Amministrazione dell'interno e le disposizioni per favorire il recupero di tossicodipendenti recidivi.*
4. *Legge 15 marzo 2010, n.38* - Disposizioni per garantire l‟accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore.
5. Legge 16.05.2014 n. 79 recante Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 20 marzo 2014, n. 36, recante "Disposizioni urgenti in materia di disciplina degli stupefacenti e sostanze psicotrope, prevenzione, cura e riabilitazione dei relativi stati di tossicodipendenza, di cui al decreto del Presidente della Repubblica 9 ottobre 1990, n. 309, nonché di impiego di medicinali meno onerosi da parte del Servizio sanitario nazionale".

Con l‟intervento della Corte Costituzionale e‟ venuta meno la possibilità di accesso al lavoro sostitutivo di cui all‟art. 73 comma 5 bis, introdotto dall‟art. 4 bis del d.l. 30 dicembre 2005, n.272 e abrogato per effetto della dichiarazione di incostituzionalità.

Il decreto legge 20 marzo 2014, n. 36 ha introdotto la possibilità per il giudice di irrogare la pena del lavoro di pubblica utilità limitatamente al reato di cui all‟art. 73 dpr 309\90 commessi da persona tossicodipendente o da assuntore di sostanze stupefacenti o psicotrope. Il lavoro di pubblica utilita' ha una durata corrispondente a quella della sanzione detentiva irrogata e non puo' sostituire la pena per piu' di due volte.

Gli effetti della sentenza della Corte Costituzionale n.32/2014 in ambito sanitario

A seguito della sentenza della Corte costituzionale del 12 febbraio 2014, n. 32, sono tornate in vigore le norme previgenti all‟emanazione della legge 21 febbraio 2006, n.49. Sono state caducate le tabelle dalla stessa introdotte, i relativi aggiornamenti e tutti i decreti applicativi e comunque riconducibili al Testo Unico, oltre che le disposizioni per garantire l‟accesso alle cure palliative ed alla terapia del dolore introdotte dalla legge 15 marzo 2010, n. 38.
La sentenza della Consulta ha operato una rivisitazione della normativa i cui effetti si sono riversati principalmente sull‟applicazione delle misure di repressione e controllo degli illeciti e su quelle sanzionatorie, di fatto ripristinando una maggiore modulazione legata soprattutto al tipo di sostanza utilizzata e all‟obiettivo di assistenza e prevenzione delle ricadute del soggetto utilizzatore.
Il DPR 309/90 stabiliva che l‟uso personale di droga fosse un illecito, prevedendo sanzioni soprattutto di tipo amministrativo: un avvertimento del prefetto, cui seguivano dalla volta successiva provvedimenti concreti come la sospensione della patente o del passaporto, per un massimo di tre mesi e che attribuiva poi all‟autorità giudiziaria la scelta di ulteriori provvedimenti restrittivi.
Il quadro normativo venutosi a creare dopo la sentenza della Corte Costituzionale ha reso necessario intervenire con urgenza per evitare la decadenza di provvedimenti amministrativi di rilievo intervenuti dopo il 2006, come l‟inclusione nelle tabelle di nuove sostanze e l‟utilizzo dei medicinali per la terapia del dolore.
A tal fine è stato emanato il decreto-legge 20 marzo 2014, n. 36, recante "Disposizioni urgenti in materia di disciplina degli stupefacenti e sostanze psicotrope, prevenzione, cura e riabilitazione dei relativi stati di tossicodipendenza, di cui al decreto del Presidente della Repubblica 9 ottobre 1990, n. 309, nonché di impiego di medicinali meno onerosi da parte del Servizio sanitario nazionale", convertito con la Legge 16.05.2014 n. 79 (in G.U. 20.05.2014). Con tale Decreto sono state apportate modifiche sostanziali al Testo unico sugli stupefacenti (DPR 309/90).

Le modifiche di maggiore impatto possono essere così sintetizzate:

1 Il ripristino del sistema sanzionatorio collegato agli illeciti relativi alle sostanze stupefacenti e psicotrope, con la suddivisione in quattro tabelle (tabelle I e III, con la previsione di sanzioni maggiori per le sostanze a maggiore impatto); (tabelle II e IV con la previsione di sanzioni minori per le sostanze a impatto minore compresa la cannabis).

2 La predisposizione di una nuova tabella separata dei medicinali che consente la completa continuità nella produzione, prescrizione, distribuzione e dispensazione dei medicinali a base di sostanze stupefacenti o psicotrope, con particolare riferimento alle prescrizioni dei medicinali per

la terapia del dolore e dei medicinali impiegati in corso di trattamento per la disassuefazione degli stati di dipendenza. Le modalità di prescrizione e di dispensazione restano pertanto invariate per tutte le terapie con medicinali a base di stupefacenti, restando invariate anche le modalità di gestione dei medicinali da parte degli operatori sanitari e del settore farmaceutico. Tutti gli stupefacenti e le sostanze psicotrope sono iscritti in cinque tabelle che vengono aggiornate ogni qualvolta si presenti la necessità di inserire una nuova sostanza o di variarne la collocazione o di provvedere ad una eventuale cancellazione. I medicinali che usufruiscono delle modalità prescrittive semplificate sono inclusi nell"allegato III bis. Nelle prime quattro tabelle, collegate al sistema sanzionatorio per gli usi illeciti, sono elencate le sostanze stupefacenti e psicotrope poste sotto controllo internazionale e nazionale. Nella tabella dei medicinali sono indicati i medicinali a base di sostanze attive stupefacenti e psicotrope di corrente impiego terapeutico ad uso umano o veterinario ed il relativo regime di dispensazione, ad uso di medici, farmacisti e operatori del settore farmaceutico. Le tabelle, che ricomprendono anche le oltre 400 sostanze classificate a decorrere dal 2006, sono ridisegnate in maniera tale da renderle coerenti con il regime sanzionatorio antecedente alla legge 49/06. In modo sintetico le tabelle comprendono:

Tabella I

- Oppio e derivati (morfina, eroina, metadone ecc.)
- Foglie di Coca e derivati
- Amfetamina e derivati amfetaminici (ecstasy e designer drugs)
- Allucinogeni (dietilammide dell"acido lisergico, mescalina, psilocibina, fenciclidina, ketamina ecc.)

Tabella II

- Cannabis (foglie e infiorescenze, olio e resina)

Tabella III

- Barbiturici

Tabella IV

- Benzodiazepine

Tabella dei medicinali - nella Tabella dei medicinali sono inserite le sostanze attive che hanno attività farmacologica e pertanto sono usate in terapia e le relative preparazioni farmaceutiche. La tabella è suddivisa in cinque sezioni indicate con le lettere A, B, C, D ed E dove sono distribuiti i medicinali in relazione al decrescere del loro potenziale di abuso, nelle tabelle è anche indicato il regime di dispensazione. Alcune sostanze come la morfina, il metadone e altre , si possono trovare contemporaneamente nelle Tabelle degli stupefacenti e nella Tabella dei medicinali. Le tabelle sono aggiornate generalmente con decreto ministeriale (pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale della Repubblica italiana) ogniqualvolta se ne presenti la necessità.

3 Eventuali modifiche e aggiornamenti spetteranno al Ministro della Salute, sentiti il Consiglio e l'Istituto superiore di sanità. Al Ministro della salute è attribuito il compito di stabilire con proprio decreto il completamento e l'aggiornamento delle tabelle, sentiti il Consiglio Superiore di Sanità e l"Istituto Superiore di Sanità.

4 Nella tabella II delle cosiddette droghe leggere confluiscono tutti i tipi di è collocata la cannabis, senza distinzione tra indica o sativa. Tuttavia le droghe sintetiche riconducibili per struttura

chimica o effetti tossicologici al THC (delta-9-tetraidrocanabinolo) il principale principio attivo della cannabis, rientrano invece nella Tabella I.

5 L'acquisto o la detenzione di sostanze per uso personale non hanno rilevanza penale.

6 Restano ferme le sanzioni amministrative (sospensione della patente, porto d'armi, passaporto o permesso di soggiorno) che hanno durata variabile a seconda che si tratti di sostanze incluse nelle tabelle I e III droghe pesanti (da 2 mesi a un anno) o di sostanze incluse nelle tabelle II e IV leggere (da uno a 3 mesi). Nell'accertare l'uso personale, oltre ad altre circostanze sospette, occorrerà in particolare considerare l'eventuale superamento dei "livelli soglia" fissati dal Ministero della Salute nonché le modalità di presentazione delle sostanze stupefacenti con riguardo al peso lordo complessivo o al confezionamento frazionato.

7 I lavori pubblica utilità si applicano nel caso di piccolo spaccio o altri reati minori commessi da un tossicodipendente. Il giudice può applicare, anziché detenzione e multa, la pena del lavoro di pubblica utilità. Tale sanzione alternativa deve essere chiesta dall'imputato e ha una durata equivalente alla condanna detentiva. E' revocabile se si violano gli obblighi connessi al lavoro e non può sostituire la pena per più di due volte.

Rilevano, altresì, le modifiche introdotte al Titolo XI "Interventi preventivi, curativi e riabilitativi" del d.p.r. 309/90 dalla Legge 16 maggio 2014, n. 79 di conversione del Decreto-legge 20 marzo 2014, n. 36, in argomento, e in particolare all'art.120 "Terapia volontaria ed anonimato", che a seguito delle modifiche fa riferimento non più al servizio pubblico per le tossicodipendenze, bensì al servizio pubblico per le dipendenze, in tal modo recependo appieno le linee strategiche in materia di droga fissate dall'Unione Europea per il periodo 2013-2020.

In tale quadro, le misure di contenimento della domanda di droga devono tenere conto di altre variabili quali la poliassunzione, in combinazione con sostanze psicoattive legali, quali il tabacco, l'alcol e i farmaci psicotropi. Le misure principali suggerite dalla UE riguardano:

- la prevenzione iniziale dell'assunzione di droghe;
- l'intervento tempestivo sui modelli di comportamento a rischio;
- la previsione di programmi di trattamento efficaci e mirati;
- la predisposizione di programmi di riabilitazione e reinserimento sociale;
- la riduzione dei danni e dei rischi per la salute connessi alla droga.

Queste linee strategiche possono essere più proficuamente realizzate muovendosi in un contesto allargato a tutte le dipendenze, che tenga conto anche della comorbilità psichiatrica e renda possibili interventi coordinati e integrati con tutte le aree del dipartimento per le dipendenze, in alcuni casi già inseriti nei dipartimenti di salute mentale.

Si segnalano inoltre, sempre con riferimento all'articolo 120, le modifiche apportate al comma 7, indirizzate a rafforzare il rapporto di fiducia tra l'assistito e gli operatori del servizio pubblico per le tossicodipendenze e delle strutture private autorizzate.

In aggiunta alla disposizione già introdotta della facoltà per questi operatori di avvalersi del segreto professionale dinanzi all'autorità giudiziaria o ad altra autorità, viene anche eliminato in questo articolo, l'obbligo di segnalare all'autorità competente le violazioni commesse dalla persona

sottoposta al programma terapeutico alternativo a sanzioni amministrative o a esecuzione di pene detentive.

Anche l‟articolo 122, relativo alla definizione del programma terapeutico e socio-riabilitativo, risulta modificato rispetto alla versione precedente, poiché fa riferimento anch‟esso al servizio per le "dipendenze".

Il comma 1 del predetto articolo stabilisce inoltre che il servizio per le dipendenze è tenuto a verificare l‟efficacia del trattamento e la risposta del paziente al programma, mentre nella versione precedente la verifica era limitata alla mera attuazione, tal quale, del programma assegnato. In tal modo si dà il giusto rilievo al monitoraggio dei risultati concreti ottenuti nel corso del trattamento, operando i necessari aggiustamenti e le correzioni nei casi in cui il trattamento non risulti apportare miglioramenti.

Infine, anche all‟articolo 123 "Verifica del trattamento in regime di sospensione di esecuzione della pena, nonché di affidamento in prova in casi particolari", sono apportate le modifiche conseguenti alla diversa organizzazione delle tabelle (al comma 1).

Ai fini, infatti, dell‟applicazione degli istituti previsti dall‟articolo 90 –sospensione dell‟esecuzione della pena detentiva – e dall‟articolo 94 - affidamento in prova al servizio sociale - la relazione di sintesi sull‟andamento e sui risultati del programma terapeutico che l‟Azienda sanitaria locale è tenuta ad inviare, su richiesta dell‟autorità giudiziaria, fa riferimento alla cessazione di assunzione delle sostanze e dei medicinali di cui alla nuova tabella I e alla tabella dei medicinali.

Terapia del dolore. Accordo per la produzione di sostanze a base di cannabis.

Il 18 settembre 2014 è stato sottoscritto dal Ministro della Salute e dal Ministro della Difesa l'accordo di collaborazione per l'avvio di un progetto pilota per la produzione nazionale di sostanze e preparazioni di origine vegetale a base di cannabis.

Il progetto ha lo scopo di garantire l'unitarietà nell'impiego sicuro di preparazioni magistrali di sostanze di origine vegetale a base di cannabis e di evitare il ricorso a prodotti non autorizzati, contraffatti o illegali. La produzione nazionale di tali fitoterapici consentirà l'accesso a tali terapie a costi adeguati.

Attualmente esiste un solo medicinale a base di estratti di cannabis sativa, disponibile sul territorio nazionale autorizzato all'immissione in commercio, indicato come trattamento per alleviare i sintomi a pazienti adulti affetti da spasticità, moderata o grave, dovuta a sclerosi multipla. I medici che intendono prescrivere ai loro pazienti sostanze o preparazioni di origine vegetale a base di cannabis, diversi da tale medicinale o per altre condizioni patologiche devono richiedere l'importazione di prodotti in commercio all'estero.

La produzione di sostanze e preparazioni di origine vegetale a base di cannabis si svolgerà presso lo SCFM - Stabilimento Chimico Farmaceutico Militare di Firenze. "L'individuazione dello SCFM come officina di produzione garantisce - ha sottolineato il Ministro della Difesa - elevate capacità chimico-farmaceutiche e la produzione in un luogo in sicurezza". "É la risposta ai pazienti con patologie gravi come Sla, sindrome di Tourette e sclerosi multipla. - ha commentato il Ministro della Salute - Persone che necessitano dei farmaci con il principio attivo della cannabis. I farmaci costeranno meno della metà di quanto ora si spende per importare il principio attivo, circa 15 euro al grammo. La produzione nello stabilimento di Firenze abbatterà ancora di più i costi e ci garantisce la sicurezza necessaria. Non è un via libera all'auto-coltivazione". I farmaci prodotti verranno impiegati dietro prescrizione medica nella terapia del

dolore, in particolare per alcune patologie del sistema neurovegetativo. Il Ministro della Salute ha sottolineato l'impegno del Ministero nella promozione della terapia del dolore, che ha voluto inserire nell'Agenda del semestre europeo. Il testo dell‟accordo di collaborazione è consultabile sul sito istituzionale del Ministero.

Gli effetti della sentenza n.32/2014 sul sistema sanzionatorio e detentivo

1.

A seguito della sentenza n. 32 del 12 febbraio 2014 della Corte Costituzionale ha dichiarato l‟illegittimità costituzionale – per violazione dell‟art. 77, secondo comma, della Costituzione, che regola la procedura di conversione dei decreti legge – degli artt. 4 bis e 4 vicies ter del d.l. 30 dicembre 2005, n. 272, come convertito con modificazioni dall‟art. 1 della legge 21 febbraio 2006, n. 49, così rimuovendo le modifiche apportate con le norme dichiarate illegittime agli artt. 73, 13 e 14 del D.P.R. 9 ottobre 1990 n. 309 (Testo Unico in materia di stupefacenti), le norme di cui è stata dichiarata l‟illegittimità costituzionale hanno cessato di avere efficacia ai sensi dell‟art. 136, primo comma, Cost. dal giorno successivo alla pubblicazione della sentenza ed importanti conseguenze ne sono derivate sulla presenza di detenuti nei nostri istituti penitenziari.

In proposito, l‟Ufficio Studi Ricerche Legislazione e Rapporti Internazionali del Dipartimento Amministrazione penitenziaria del Ministero della Giustizia con nota del 17 febbraio 2014 aveva evidenziato tempestivamente il problema di successione della legge penale conseguente alla pronuncia della Corte Costituzionale per avere la predetta sentenza inciso sul trattamento sanzionatorio di fatti che già prima costituivano reati e continuano ad essere considerati tali.

La norma originaria, che ha ripreso vigore, era stata introdotta con il d.p.r. 9 ottobre 1990 n. 309 (Testo Unico in materia di stupefacenti e sostanze psicotrope), il cui art. 73, primo comma, prevedeva il comportamento di "chiunque senza l‟autorizzazione di cui all‟art. 17 coltiva, produce, fabbrica, estrae, raffina, vende, offre o mette in vendita, cede o riceve a qualsiasi titolo, distribuisce, commercia, acquista, trasporta, esporta, importa, procura ad altri, invia, passa o spedisce in transito, consegna per qualunque scopo o comunque illecitamente detiene, fuori dalle ipotesi previste dagli artt. 75 e 76, sostanze stupefacenti o psicotrope di cui alle tabelle I e III previste dall‟art. 14", comminando la pena della reclusione da otto a venti anni e la multa da € 25.822 a € 258.228.

Si trattava delle cosiddette "droghe pesanti" che nell‟art. 73 erano nettamente distinte dalle cosiddette "droghe leggere"; queste ultime infatti erano previste nel quarto comma dello stesso articolo e indicate nelle tabelle II e IV. Le stesse condotte criminose indicate nel primo comma con riguardo alle droghe pesanti, nel quarto comma erano punite per le droghe leggere con la più lieve pena della reclusione da due a sei anni e la multa da € 5.164 a € 77.468.

Con l‟art. 4 bis del decreto legge 30.12.2005 n. 272 convertito con modificazioni dall‟art. 1 della legge 21.2.2006 n. 49 (non interessa qui l‟altra norma dichiarata incostituzionale cioè l‟art. 4 vicies ter che aveva disciplinato le tabelle di cui all‟art. 14) fu innovata la disciplina dell‟art. 73 nel senso che il testo del comma 1, relativo alle droghe pesanti, fu sostituito da altro testo che, prevedendo i medesimi comportamenti, diminuiva a sei anni il minimo della pena e determinava la multa da € 26.000 a € 260.000.

Quanto alle droghe leggere l‟art. 4 bis inserì un nuovo comma (1 bis) così formulato: "con le medesime pene di cui al comma 1 è punito chiunque senza l‟autorizzazione di cui all‟art. 17

importa, esporta, acquista, riceve a qualsiasi titolo o comunque illecitamente detiene" le sostanze variamente indicate nella stessa norma fra cui le droghe leggere.

Con la nuova legge del 2005, quindi, e con una valutazione che non teneva conto della diversa nocività e pericolosità delle droghe pesanti e di quelle leggere, fu inasprita la sanzione per queste ultime mediante l"unificazione, nei commi 1 e 1 bis, del trattamento sanzionatorio per entrambe le fattispecie, a prescindere dalla tipologia dello stupefacente.

L"art. 4 bis previde infine, nel comma 5, che "quando per i mezzi, per la modalità o le circostanze dell"azione ovvero per la qualità e quantità delle sostanze, i fatti previsti dal presente articolo sono di lieve entità, si applicano le pene della reclusione da uno a sei anni e della multa da € 3.000 a € 26.000".

2.

Con la declaratoria di illegittimità costituzionale dell"art. 4 bis del d.l. 272/2005 sono state rimosse le modifiche che da questa norma erano state apportate all"art. 73 del Testo Unico sugli stupefacenti, il cui testo originario ha ora ripreso vigore e ne è scaturito un problema di successione della legge penale nel tempo che l"art. 2 cod. pen. Disciplina diversamente a seconda che per un medesimo fatto la nuova legge determini una nuova incriminazione o l"abolizione di una incriminazione precedente oppure una modificazione della disciplina.

La sentenza del 12 febbraio 2014 è nell"ambito della terza ipotesi perché ha inciso soltanto sul trattamento sanzionatorio di fatti che già prima costituivano reati e continuano ad essere considerati tali. Invero, per quanto riguarda la droga leggera, i reati di cui al comma 1 bis dell"annullato art. 4 bis del d.l. 272/2005, pur essendo autonomamente formulati e pur prevedendo un minor numero di fattispecie, si differenziano soltanto sotto il profilo sanzionatorio dai reati di cui al quarto comma dell"art. 73 d.p.r. n. 309/1990 che prevede pene più lievi. Di conseguenza ai sensi del quarto comma dell"art. 2 cod. pen. Deve ora essere applicata la disciplina previgente di cui al quarto comma dell"art. 73 (reintrodotto in virtù della sentenza costituzionale) che è più favorevole al reo.

La sentenza costituzionale ha avuto immediata applicazione nei procedimenti di cognizione con ripercussioni sul numero delle presenze in carcere, sia per effetto delle condanne a pene meno gravi con le conseguenze derivanti per l"ammissione ai benefici, sia perché sono divenuti più brevi i termini di prescrizione e meno rigorosi i criteri di scelta delle misure cautelari, le quali devono essere proporzionate alla sanzione che il giudice ritiene possa essere irrogata (art. 257 comma 2 e art. 299 comma 2 cod. proc. Pen.).

In ordine alle misure cautelari gli effetti della decisione costituzionale si sono prodotti anche prima della pubblicazione della sentenza per effetto dell"affievolimento delle esigenze cautelari; queste infatti devono considerarsi attenuate quando la misura applicata non è più proporzionata alla sanzione che si ritiene possa essere irrogata, con la conseguenza che il giudice dovrebbe sostituire o revocare la misura in tutti i casi in cui procede nei confronti di imputati detenuti in carcere.

Per quanto riguarda invece i procedimenti definiti con sentenza passata in giudicato, e con riferimento alle fattispecie relative alle droghe leggere, per le quali se allora fosse stato applicato il quarto comma dell"art. 73 sarebbe stata inflitta una pena meno grave rispetto a quella effettivamente irrogata, si è posta la questione relativa alla esecuzione o eliminazione della parte di pena irrogata per effetto dell"applicazione della norma dichiarata costituzionalmente illegittima.

In proposito l"art. 673 cod. proc. Pen. Opera soltanto quando una fattispecie criminosa nel suo complesso viene eliminata, il che avviene solo nel caso di vera e propria abolitio criminis o di declaratoria di illegittimità costituzionale dell"intera fattispecie incriminatrice. In tal caso è pacifico che può aver luogo la revoca da parte del giudice dell"esecuzione che ha il potere di cancellare la

sentenza definitiva di condanna dichiarando che il fatto non è previsto dalla legge come reato. Ma nel caso in esame è stato modificato soltanto l‟aspetto sanzionatorio interno al giudicato.
Nella giurisprudenza della Corte di Cassazione è stata dibattuta la questione che concerne la non eseguibilità del giudicato di condanna per la parte riferibile all‟applicazione della circostanza aggravante dichiarata illegittima, cioè in relazione a un aspetto meramente circostanziale e sanzionatorio interno al giudicato formale (analogamente al caso in esame).
La questione è stata affrontata e risolta in base alla disciplina generale degli effetti della dichiarazione di illegittimità costituzionale, vale a dire sulla base dell‟art. 30, commi 3 e 4, della legge 11.3.1953 n. 87 e dell‟art. 136 della Costituzione. Sulla base di queste norme vi è stato un costante e concorde indirizzo della Corte di Cassazione nel senso che "l‟ultimo comma dell‟art. 30 della l. 11.3.1953 n. 87, che dispone la cessazione dell‟esecuzione e di tutti gli effetti penali delle sentenze irrevocabili di condanna pronunciate in base a norme dichiarate incostituzionali, si riferisce alle sole norme incriminatici dichiarate incostituzionali" (sez.V, 21.1.1968 n. 296, ric. Vanenti; sez. I, 19.1.2012, ric. P.M. contro Hamrouny Razak).
Due sentenze della stessa Corte di Cassazione, sempre in riferimento all‟art. 30 della legge n. 87/1953, hanno in contrario ritenuto che "l‟ambito applicativo della norma non è limitato alla fattispecie incriminatrice in senso stretto, ma riguarda qualunque parte della condanna pronunciata in applicazione di una norma dichiarata incostituzionale e impedisce perciò anche solo una parte della esecuzione della sentenza irrevocabile, quale appunto quella relativa alla porzione di pena irrogata in attuazione della norma poi dichiarata costituzionalmente illegittima" (sez. I, 25.5.2012, ric. P.M. contro Harizi Kastriot; sez. I, 27.10.2011 ric. P.M. contro Hauohu Adel).

3.

Tali incertezze interpretative sono state sciolte con l‟intervento della Corte di Cassazione che a Sezioni Unite (sentenza 42858 del 29.5.2014 motivazione depositata il 14.10.2014) ha affermato che:
L‟irrevocabilità della sentenza di condanna non impedisce la rideterminazione della pena in favore del condannato, quando interviene la dichiarazione d‟illegittimità costituzionale di una norma penale diversa da quella incriminatrice, incidente sul trattamento sanzionatorio, e quest‟ultimo non sia stato interamente eseguito, pur se il provvedimento „correttivo‟ da adottare non è a contenuto predeterminato;
Il giudice dell‟esecuzione, per effetto della sentenza della Corte costituzionale n. 251 del 2012, che ha dichiarato l‟illegittimità costituzionale dell‟art. 69, quarto comma, Cod. Pen., nella parte in cui vietava di valutare prevalente la circostanza attenuante di cui all‟art. 73, comma 5, D.P.R. 9 ottobre 1990, n. 309, sulla recidiva di cui all‟art. 99, quarto comma, Cod. Pen., può affermare la prevalenza dell‟attenuante anche compiendo attività di accertamento, sempre che tale valutazione non sia stata esclusa dal giudice della cognizione.
Al pubblico ministero, in ragione delle sue funzioni istituzionali, per effetto della sentenza della Corte costituzionale n. 251 del 2012, spetta il compito di richiedere al giudice dell‟esecuzione l‟eventuale rideterminazione della pena inflitta anche in applicazione dell‟art. 69, quarto comma, Cod. Pen., nel testo dichiarato costituzionalmente illegittimo, pur se il trattamento sanzionatorio sia già in corso di attuazione.
Gli effetti prodotti sulla popolazione carceraria dalla pronuncia della Corte Costituzionale, sono stati costantemente monitorati dall‟Amministrazione penitenziaria a cui gli istituti penitenziari hanno comunicato in quanti casi si fosse proceduto alla scarcerazione per effetto della rideterminazione della pena inflitta.

PARTE I. OFFERTA DI SOSTANZE

Capitolo 1. Tendenze del mercato e dimensione dell'offerta

A cura del Ministero dell'Interno- Direzione Centrale Servizi Antidroga, dell'Istat e di Esperti

1.1 Sequestri delle sostanze

Attività di contrasto a livello nazionale

Attraverso complesse e articolate rotte, in continua evoluzione, le multinazionali della droga, radicate in tutto il mondo, trasferiscono le sostanze illecite dai luoghi di produzione a quelli di consumo, incentivate dai cospicui guadagni che tali traffici sono in grado di generare. Il nostro Paese, nel quale operano organizzazioni criminali fra le più agguerrite, tanto italiane che straniere, si colloca fra i principali poli europei come area di transito, di consumo e, in minima parte, di produzione limitatamente alla cannabis (marijuana).

L"analisi dei dati rilevati dalla Direzione Centrale per i Servizi Antidroga nel 2014 con riferimento alle operazioni antidroga, alle segnalazioni all"Autorità Giudiziaria e ai sequestri di stupefacenti, consente di affermare che la domanda e l"offerta di droga permangono elevate malgrado il traffico illecito sia stato incisivamente contrastato dalle forze di polizia.

L"andamento dei sequestri, raffrontato all"anno precedente, registra:

DATO IN AMBITO NAZIONALE			2014	% sul 2013
SOSTANZE SEQUESTRATE *di cui :*		(kg)	**152.198,46**	**111,09**
Cocaina		(kg)	3.883,30	-21,90
Eroina		(kg)	931,13	5,30
Cannabis	Hashish	(kg)	113.157,29	211,29
	Marijuana	(kg)	33.440,86	15,93
	Piante di cannabis	(nr)	121.659	-86,41
AMFETAMINICI				
	in dosi		6.597	25,32
	in polvere		32,14	-42,92
L.S.D.		(nr)	1.549	-25,21
OPERAZIONI		(nr)	**19.449**	**-11,47**
PERSONE SEGNALATE		(nr)	**29.474**	**-13,25**
in stato di:				
	arresto		20.752	-16,82
	libertà		8.373	-2,32
	irreperibilità		349	-23,30
dei quali:				
	stranieri		10.585	-9,55
	minori		1.041	-18,35

- per la cocaina un decremento del 21,90%;
- per l"eroina un incremento del 5,30%;
- per la marijuana un incremento del 15,93%;
- per l"hashish un cospicuo incremento del 211,29%;
- per gli amfetaminici un incremento del 25,32% per ciò che concerne i sequestri "in dosi", mentre un decremento dei rinvenimenti di "polvere" pari al 42,92%;
- un decremento pari al 10,32% dei decessi per abuso di stupefacenti.

L"azione di contrasto si è mantenuta su livelli elevati e ha portato al sequestro di kg 152.198,462 (+111,09%) complessivi di droga e alla denuncia all"Autorità Giudiziaria, a vario titolo, di 29.474 (-13,25%) soggetti responsabili, di cui 10.585 stranieri (-9,55%) e 1.041 minori (-18,35%).

Operazioni antidroga

Nel 2014 le operazioni antidroga sono state 19.449, con un decremento rispetto al 2013 pari all‟11,47%. Tale sensibile riduzione potrebbe trovare ragionevole spiegazione nel susseguirsi degli interventi sulla disciplina normativa in materia di sostanze stupefacenti e, in particolare, nelle modifiche operate nel 2014 sul quadro sanzionatorio penale e amministrativo che presidia l‟attività di repressione delle Forze dell‟Ordine. Tale repentina evoluzione del contesto normativo può aver rappresentato un verosimile fattore di regressione, ancorché temporaneo, lungo la strada della certezza operativa, soprattutto nel contesto dell‟azione di contrasto al fenomeno del cosiddetto "piccolo spaccio". A riprova di ciò, può ben rammentarsi che analoga flessione (-7,47% nelle segnalazioni all‟A.G.) fu registrata nel 2006, nei mesi subito successivi all‟approvazione della legge "Fini Giovanardi", che, come nella fase attuale, apportò modifiche importanti alla disciplina normativa degli stupefacenti. Si rammenta che tali operazioni si riferiscono esclusivamente al contrasto di illeciti di carattere penale, escludendo, quindi, tutti gli interventi che sfociano in violazioni di carattere amministrativo sanzionate dal Prefetto (ex art. 75 T.U. 309/90).
Le operazioni hanno interessato indistintamente tutte le droghe inserite nelle tabelle allegate al Testo unico in materia di sostanza stupefacenti, il cui uso, traffico e spaccio è vietato dalla legge.

Operazioni antidroga: distribuzione regionale

La regione Lombardia, con un totale di 2.795 operazioni, emerge come valore assoluto rispetto alle altre regioni, seguita dal Lazio (2.479), dalla Campania (1.871), dall‟Emilia Romagna (1.659), dalla Puglia (1.581) e dalla Sicilia (1.454). I valori più bassi sono stati registrati in Molise (115) e in Valle d‟Aosta (36).
Rispetto al 2013 gli interventi di polizia sono aumentati in Valle d‟Aosta (+63,64%) e in Umbria (+16,44%).
I cali più vistosi, in percentuale, sono stati rilevati in Lombardia (-23,19%) e in Trentino Alto Adige (-21,79%).
Prendendo in esame le macroaree, nel 2014 il Nord è in testa con il 40,59% delle operazioni antidroga complessive, seguito dal Sud e Isole con il 35,49% e dal Centro con il 23,92%.

Figura 1: Distribuzione regionale del numero di operazioni. Anno 2014

Fonte: Direzione Centrale per i Servizi Antidroga – Ministero dell'Interno

Sostanze Sequestrate

Nel 2014 sono stati registrati, rispetto all"anno precedente, incrementi nei sequestri di hashish (+211,29%), di marijuana (+15,93%), di eroina (+5,30%) e di droghe sintetiche in dosi (+23,99%). Sono risultati, invece, in diminuzione i sequestri di cocaina (-21,90%), di droghe sintetiche in polvere (-56,32%), di L.S.D. (-25,21%) e di piante di cannabis (-86,41%).

Il sequestro più rilevante, pari a kg 42.672 di hashish, è stato effettuato nel mese di giugno nelle acque antistanti l"isola di Pantelleria (TP).

Meritevoli di menzione sono anche i dati relativi ai sequestri di sostanze psicoattive il cui uso e impiego non sono tradizionalmente diffusi nel nostro Paese: kg 74,92 di oppio, kg 69,50 di khat, kg 12 di bulbi di papavero, kg 8,77 di psilocibina, kg 7,14 di ketamina e kg 3 di nandrolone.

I narcotrafficanti di cocaina operanti in Italia si sono riforniti per lo più presso il mercato colombiano, trasportando la sostanza attraverso

Sostanze sequestrate 2014			2014	% sul 2013
Cocaina		(kg)	3.883,30	-21,90
Eroina		(kg)	931,13	5,30
Cannabis	Hashish	(kg)	113.157,29	211,29
	Marijuana	(kg)	33.440,86	15,93
	Piante di cannabis	(nr)	121.659	-86,41
Droghe sintetiche		(nr)	9.344	23,99
		(kg)	42,52	-56,32
Altre droghe		(nr)	30.841	86,60
		(kg)	743,36	-21,91
Totale		**(kg)**	**152.198,46**	**111,09**
		(nr)	**40.185**	**66,99**
		(piante)	**121.659**	**-86,41**

l‟Ecuador, Panama, Venezuela, Brasile e Repubblica Dominicana e, una volta in Europa, attraverso la Spagna e l‟Olanda. L‟eroina venduta nel nostro Paese è prevalentemente di produzione afghana e attraversa la Turchia e la penisola balcanica prima di arrivare in Italia. Per l‟hashish i sodalizi criminali utilizzano le rotte che transitano dal Marocco, Spagna e Francia. Il mercato olandese riveste tuttora un ruolo significativo per l‟Italia per quanto concerne in particolare le droghe sintetiche. Per la marijuana la maggior parte delle rotte partono dall‟Albania e dalla Grecia.
I gruppi criminali maggiormente coinvolti nei traffici che attengono il territorio nazionale sono stati:
- per la cocaina la „ndrangheta, la camorra e le organizzazioni balcaniche e sud americane;
- per l‟eroina la criminalità campana e pugliese in stretto contatto con le organizzazioni albanesi e balcaniche;
- per i derivati della cannabis la criminalità laziale, pugliese e siciliana, insieme a gruppi maghrebini, spagnoli e albanesi.

Sostanze sequestrate: distribuzione regionale

La regione Sicilia, con kg 85.651,30 di droga e oltre 48.185 piante di cannabis sequestrate, emerge come valore assoluto rispetto alle altre regioni, seguita dalla Puglia (kg 14.529,08), dal Lazio (kg 7.081,49), dalla Lombardia (kg 6.100,17), dalla Toscana (kg 3.725,07) e dalla Calabria (kg 3.126,93).

I valori più bassi si sono avuti in Molise (kg 19,54) e in Valle d‟Aosta (kg 5,73).

Rispetto al 2013 sono stati registrati aumenti consistenti nei sequestri in Basilicata (+824,19%), in Valle d‟Aosta (+311,94%), in Toscana (+207,50) e in Sicilia (+179,46).

I cali più vistosi, in percentuale, sono stati registrati in Friuli Venezia Giulia (-73,53%) e nelle Marche (-72,18%).

Prendendo in esame le macroaree, nel 2014 il Sud e Isole è in testa con l‟81,05% dei sequestri complessivi, seguito dal Nord con il 10,21% e dal Centro con l‟8,74%.

Figura 2: Distribuzione regionale dei quantitativi (kg) di droga sequestrata. Anno 2014

Fonte: Direzione Centrale per i Servizi Antidroga – Ministero dell'Interno

Cocaina sequestrata: distribuzione regionale

Le regioni nelle quali sono stati sequestrati i maggiori quantitativi di cocaina sono la Calabria con kg 1.448,28, la Lombardia con kg 720,62, la Liguria con kg 633,17 e il Lazio con kg 316,21.

I valori più bassi in Valle d"Aosta (0,24) e in Molise (0,63).

Rispetto al 2013 sono stati registrati aumenti consistenti di sequestri in Friuli Venezia Giulia (+264,39%), in Abruzzo (+121,26%), in Valle d"Aosta (+65,52) e nelle Marche (+41,32).

I cali più vistosi, in percentuale, sono stati registrati in Trentino Alto Adige (-98,54%), in Piemonte (-63,96%), in Toscana (-61,44%) e nel Lazio (-40,88%).

Prendendo in esame i dati per macroaree nel 2014 il Sud e Isole è in testa con il 49,92% dei sequestri complessivi, seguito dal Nord con il 40,78% e dal Centro con il 9,30%.

Figura 3: Distribuzione regionale dei quantitativi (kg) di cocaina sequestrata. Anno 2014

Fonte: Direzione Centrale per i Servizi Antidroga – Ministero dell'Interno

Eroina sequestrata: distribuzione regionale

Le regioni nelle quali sono stati sequestrati i maggiori quantitativi di eroina sono la Lombardia con kg 298,79, il Veneto con kg 141,63, le Marche con kg 120,50, la Puglia con kg 105 e l'Emilia Romagna con kg 60,84.

I valori più bassi in Valle d'Aosta (kg 0,15) e nel Friuli Venezia Giulia (kg 0,57).

Rispetto al 2013 sono stati registrati aumenti consistenti di sequestri in Basilicata (+1.428,55%), in Molise (+1.070,69%), in Sardegna (+352,63) e in Valle d'Aosta (+197,96).

I cali più vistosi, in percentuale, sono stati registrati in Friuli Venezia Giulia (-90,91%), in Emilia Romagna (-73,98%), in Campania (-67,49%) e in Piemonte (-53,96%).

Prendendo in esame i dati per macroaree nel 2014 il Nord è in testa con il 56,33% dei sequestri complessivi, seguito dal Sud e Isole con il 23,65% e dal Centro con il 20,02%.

Figura 4: Distribuzione regionale dei quantitativi (kg) di eroina sequestrata. Anno 2014

Fonte: Direzione Centrale per i Servizi Antidroga – Ministero dell'Interno

Cannabis sequestrata: distribuzione regionale

Le regioni nelle quali sono stati sequestrati i maggiori quantitativi di hashish sono la Sicilia con kg 78.676,64, la Lombardia con kg 4.083,09 e la Toscana con kg 3.311,82. Per la marijuana i sequestri più consistenti sono stati effettuarti in Puglia con kg 14.231,39, in Sicilia con kg 6.911,99 e nel Lazio con kg 4.667,77.

Per quanto riguarda le piante di cannabis coltivate illegalmente in ambito nazionale l"anno 2014 ha fatto registrare un decremento dell"86,41% rispetto al 2013.

Il maggior numero di sequestri è stato operato in Sicilia con 48.185 piante eradicate, in Puglia con 13.588 e in Calabria con 12.985 piante, avendo anche cura di precisare che, per le favorevoli condizioni geoclimatiche, queste regioni rappresentato luoghi particolarmente adatti a questo tipo di coltivazioni.

Figura 5: Distribuzione regionale dei quantitativi (kg) di cannabis sequestrata. Anno 2014

Hashish

Marijuana

Piante di cannabis

Fonte: Direzione Centrale per i Servizi Antidroga – Ministero dell'Interno

Droghe sintetiche sequestrate: distribuzione regionale

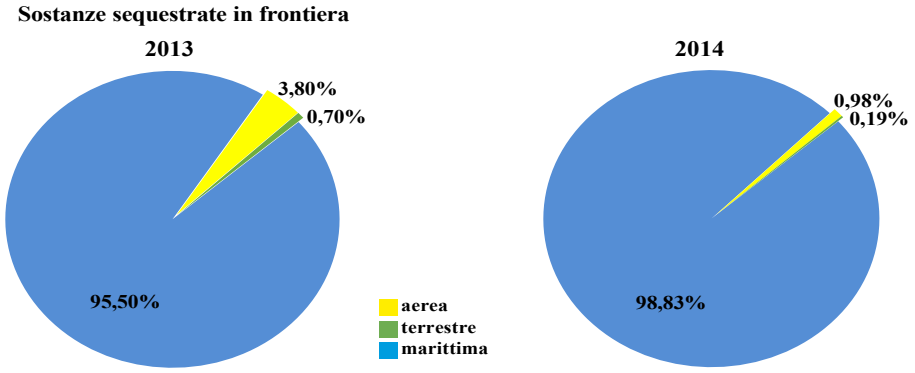
Le regioni nelle quali sono stati sequestrati i maggiori quantitativi di droghe sintetiche in polvere sono il Veneto con kg 21,45, la Lombardia con kg 10,68, mentre, per i sequestri in dosi, spicca la Toscana con 3.415 dosi e il Trentino Alto Adige con 1.197 dosi.
Rispetto al 2013 sono stati registrati aumenti consistenti di sequestri in polvere in Veneto (+778,8%) e in Puglia (+327,89%), mentre per i sequestri in dosi in Abruzzo (+2.175%) ed in Puglia (+1.950%).
I cali più vistosi per i sequestri in polvere, in percentuale, sono stati registrati in Friuli Venezia Giulia (-96,11%) e in Trentino Alto Adige (-95,36%), mentre per i sequestri in dosi in Valle d"Aosta (-100%), in Campania (-100%), in Sicilia e Umbria (-98,46%), in Calabria (-89,47%).

ATTIVITÀ DI CONTRASTO NELLE AREE DI FRONTIERA ITALIANE

La penisola italiana, grazie alla sua baricentrica posizione nel Mar Mediterraneo e alla sua peculiare conformazione geografica caratterizzata da ottomila chilometri di coste, rappresenta una delle principali porte d"accesso delle droghe al vecchio continente, ancora oggi il primo mercato mondiale di consumo dell"eroina e il secondo, dopo il Nord America, della cocaina. A questi elementi di ordine geografico si somma la presenza di agguerrite organizzazioni criminali, caratterizzate da diffuse e consolidate ramificazioni all"estero nonché da un dominio assoluto del territorio, che consente loro di gestire i traffici internazionali di stupefacenti mantenendo il controllo dei rispettivi mercati interni.

Nel 2014 i sequestri di sostanze stupefacenti in Italia sono stati pari a kg 152.198,46, di cui kg 114.031,46 (74,92%) sequestrati presso le aree di frontiera, mentre nell'intero 2013 erano stati pari a kg 72.102,78, dei quali kg 37.480,71 (51,98%) erano stati intercettati nelle aree frontaliere.
L'impennata dei sequestri, registrata soprattutto nel 2014, è in larga parte riconducibile a diversi maxi-sequestri effettuati dalle Forze di Polizia italiane nelle acque antistanti le coste nazionali e nelle acque internazionali del bacino del mediterraneo.
Gli istogrammi di seguito riportati evidenziano l'incidenza dei sequestri in frontiera marittima rispetto al totale frontaliero nel biennio 2013/2014.

Figura 6: Attività di contrasto nelle aree di frontiera. Anni 2013-2014



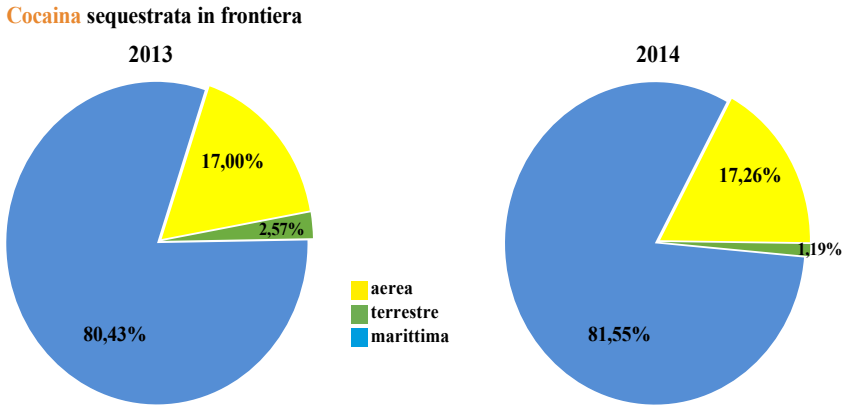
Fonte: Direzione Centrale per i Servizi Antidroga – Ministero dell'Interno

Se fino al 2008, la maggior parte della droga destinata al territorio nazionale veniva sequestrata presso gli aeroporti internazionali, attualmente la frontiera marittima ha decisamente assunto un ruolo strategico determinante.
Per quanto attiene alle droghe sintetiche, i sequestri in ambito frontaliero continuano a rimanere di scarsa rilevanza.

Cocaina

Dei kg 2.659,65 di cocaina sequestrati nel 2014, kg 2.168,88 sono stati intercettati presso le aree di frontiera. Nel 2013 i sequestri frontalieri erano stati pari a kg 3.205,53, di cui kg 2.578,24 in ambito marittimo.

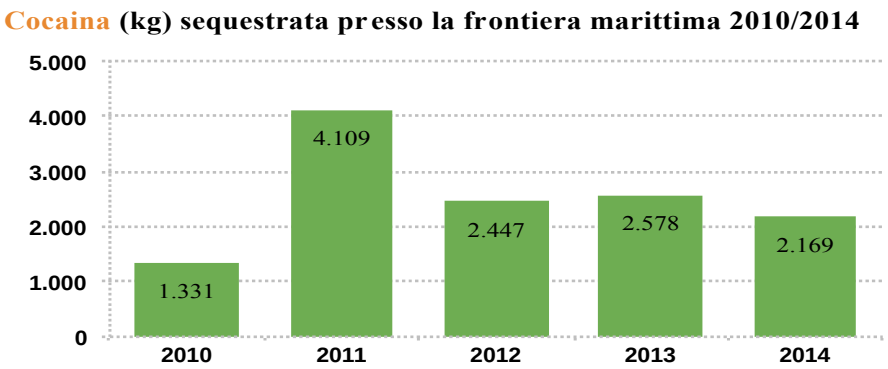
Figura 7: Attività di contrasto nelle aree di frontiera: cocaina. Anni 2013-2014



Fonte: Direzione Centrale per i Servizi Antidroga – Ministero dell'Interno

Il grafico successivo mostra i sequestri di cocaina effettuati presso le aree portuali nel quinquennio 2010 – 2014, dai quali emerge una linea tendenzialmente stabile ove si escluda il picco registrato nel 2011.

Figura 8: Attività di contrasto nelle aree portuali: cocaina. Anni 2010-2014



Fonte: Direzione Centrale per i Servizi Antidroga – Ministero dell'Interno

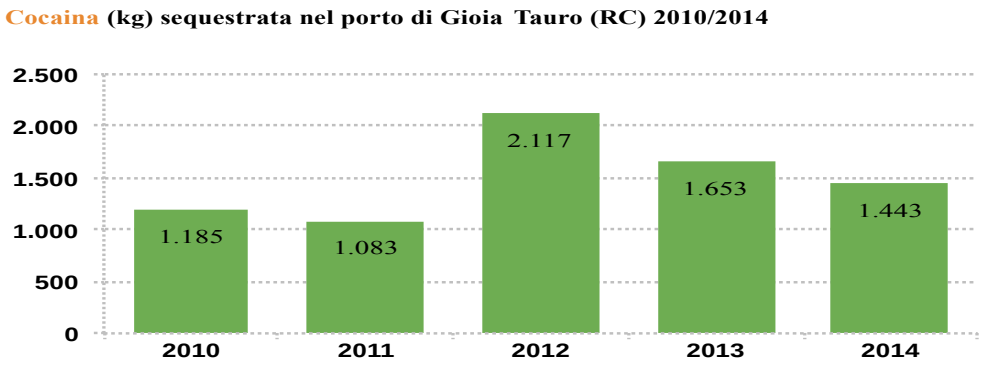
Per quanto concerne la cocaina il dato che emerge chiaramente dall'analisi dei sequestri è la particolare incidenza (pari all'81,55% del totale sequestrato in frontiera) dei rinvenimenti nelle aree di frontiera marittima. Le ragioni di questo fenomeno sono da ricercare in due ordini di fattori: da un lato, le organizzazioni criminali negli ultimi anni, approfittando dello sviluppo e/o del potenziamento del sistema portuale mediterraneo, hanno aumentato il volume di traffico di questa sostanza lungo le rotte marittime, dall'altro, le stesse organizzazioni (in primis la "ndrangheta" e la "camorra"), al fine di massimizzare i profitti, hanno privilegiato l'introduzione dello stupefacente

direttamente sul territorio nazionale piuttosto che farlo transitare attraverso la Spagna o il Nord Europa, consuete aree di ingresso, transito e stoccaggio della cocaina destinata al mercato europeo.

La droga è introdotta nel territorio nazionale soprattutto attraverso le aree portuali del versante occidentale, provenendo direttamente dalle zone di produzione del Sud America ovvero transitando dai Paesi dell'Africa Occidentale.

Nello specifico, il porto di Gioia Tauro si conferma la principale area di ingresso di tale stupefacente in Italia. Nel 2014 la cocaina sequestrata presso questo hub portuale è stata pari a kg 1.442,98, il 66,53% del totale dei sequestri frontalieri marittimi.

Figura 9: Quantità di cocaina sequestrata nel porto di Gioia Tauro. Anni 2010-2014



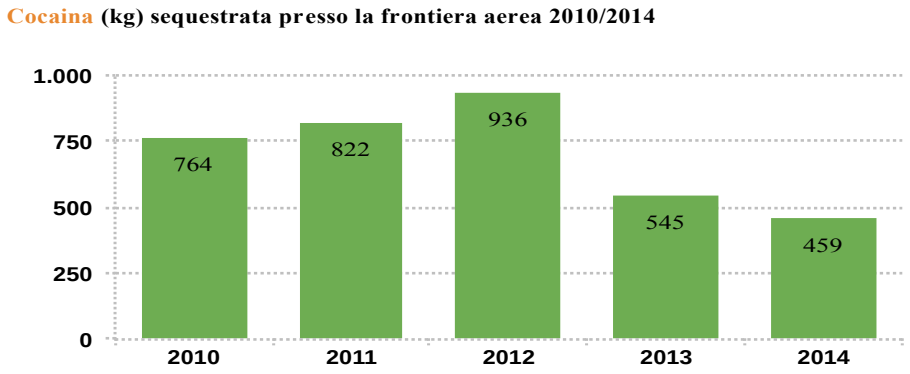
Fonte: Direzione Centrale per i Servizi Antidroga – Ministero dell'Interno

Nel 2014 gli altri porti interessati dal traffico di cocaina sono stati soprattutto quelli di Vado Ligure (SV) con kg 330,08, di Genova con kg 209,97 e di Cagliari con kg 141,37.

Per quanto riguarda i Paesi di accertata provenienza della cocaina sequestrata presso le citate aree portuali italiane, si segnalano soprattutto Ecuador (porto di Guayaquil), Cile (porti di Chile Coronel e di Valparaiso), Brasile (porti di Manaus, di Santos e di Vila do Conde), Costarica (Puerto Limon) e Perù (porto di Callao).

Con riferimento alla frontiera aerea, a conferma del fatto che i narcotrafficanti utilizzano sempre più la via marittima per l'inoltro delle partite di cocaina, nel 2014 si conferma la flessione dei sequestri (kg 458,99), già evidenziata nel 2013, annualità in cui, peraltro, erano stati riscontrati valori in controtendenza rispetto al triennio precedente.

Figura 10: Attività di contrasto nelle frontiere aeree: cocaina. Anni 2010-2014



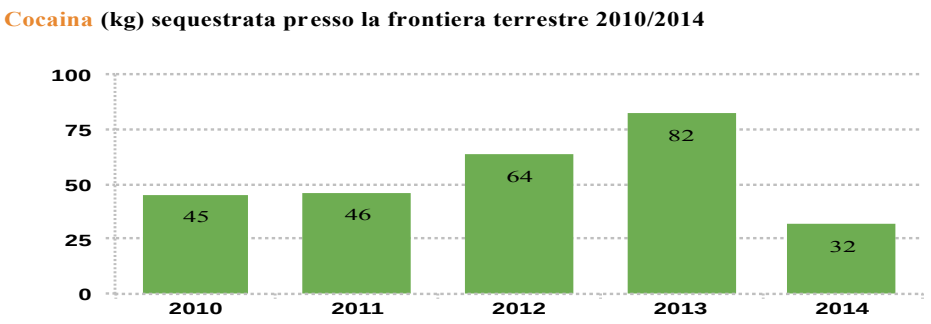
Fonte: Direzione Centrale per i Servizi Antidroga – Ministero dell'Interno

Resta comunque evidente come tale sostanza stupefacente sia quella maggiormente sequestrata presso gli aeroporti italiani, tra i quali spiccano Malpensa (VA) con kg 198,58 e Fiumicino (RM) con kg 192,92, che insieme determinano un'incidenza dell'85,30% in rapporto al totale dei sequestri presso le frontiere aeree.

Le maggiori quantità provengono dalla Repubblica Dominicana (kg 149,84), dal Brasile (kg 145,5) e dal Venezuela (kg 44,75), mentre i corrieri utilizzati per il trasporto della cocaina sono risultati principalmente di nazionalità italiana (n. 42), dominicana (n. 16), spagnola (n. 16) e nigeriana (n. 14).

Nel 2014, presso le ***frontiere terrestri,*** si è evidenziato un calo dei sequestri (kg 31,78) in rapporto all'andamento progressivamente crescente dei dati riferiti al quadriennio precedente, come rappresentato nel grafico che segue.

Figura 11: Attività di contrasto nelle frontiere terrestri: cocaina. Anni 2010-2014

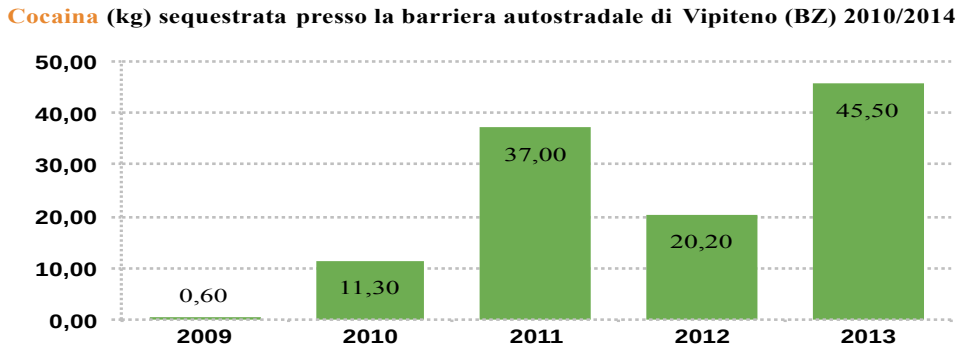


Fonte: Direzione Centrale per i Servizi Antidroga – Ministero dell'Interno

Anche se la portata dei sequestri presso queste aree è di modesta rilevanza (1,19% sul totale dei sequestri frontalieri), non si può escludere un progressivo aumento dei transiti delle quantità di cocaina, specie nelle aree di confine del Nord e del Nord-Est d'Italia, in ragione di diversi fattori

primo fra tutti il ruolo assunto dalla criminalità balcanica, in particolare serbo-montenegrina, nelle dinamiche del traffico internazionale di cocaina.
Questa regione, tradizionalmente interessata dai traffici di eroina, di marijuana, di droghe di sintesi e di precursori, potrebbe essere sfruttata nei prossimi anni in modo più intenso, anche per i transiti di cocaina.
A supporto di tali considerazioni, oltre alle risultanze investigative prodotte dalle autorità di polizia dei Paesi dell'area balcanica, si segnalano: nel 2014 il sequestro presso il valico di Fernetti (TS) di kg 9,51 di cocaina proveniente dall'Ucraina e nel quinquennio 2009 - 2013 il sequestro complessivo di kg 114,6 avvenuto presso la barriera autostradale di Vipiteno (BZ).

Figura 12: Quantità di cocaina sequestrata nel Vipiteno. Anni 2010-2014



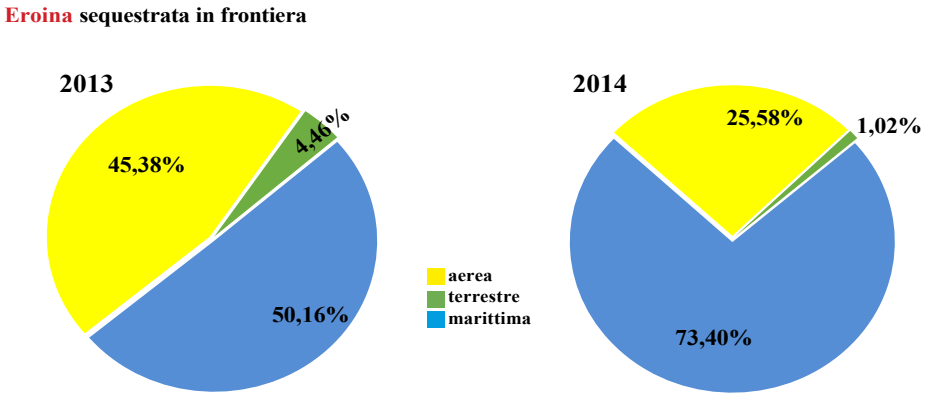
Fonte: Direzione Centrale per i Servizi Antidroga – Ministero dell'Interno

Eroina

Nel 2014 i sequestri presso le aree di frontiera sono stati kg 180,38, con una flessione del 27% circa rispetto al 2013 in cui aveva raggiunto l'ammontare di kg 247,87.

I maggiori sequestri sono stati effettuati presso le ***zone frontaliere marittime*** (kg 132,39). I grafici sottostanti evidenziano l'incidenza percentuale dei sequestri di tale stupefacente, suddivisi per tipo di frontiera.

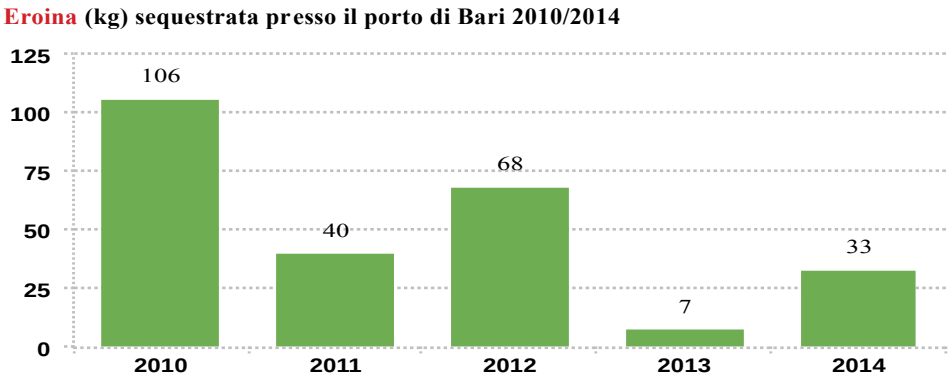
Figura 13: Attività di contrasto nelle aree di frontiera: eroina. Anni 2013-2014



Fonte: Direzione Centrale per i Servizi Antidroga – Ministero dell'Interno

Le aree portuali del versante adriatico, tradizionalmente interessate dall"ingresso di eroina e marijuana, si confermano come i principali terminali dei flussi di eroina provenienti dalla rotta balcanica.
In questo contesto spicca il porto di Ancona, dove dopo un triennio (2009-2012) senza alcuna segnalazione di sequestro, nell"ultimo biennio sono invece stati intercettati kg 98,18 nel 2013 e kg 94,77 nel 2014, con un"incidenza rispettivamente del 79% e 72% sul totale frontaliero marittimo.
Il porto di Bari si attesta al secondo posto (kg 32,93), anche se la linea tendenziale dei sequestri riferiti al quinquennio 2010-2014 evidenzia una flessione che, in generale, riguarda tutte le aree portuali della regione Puglia.

Figura 14: Quantità di eroina sequestrata nel porto di Bari. Anni 2010-2014



Fonte: Direzione Centrale per i Servizi Antidroga – Ministero dell'Interno

La maggior parte dell"eroina sequestrata nei porti è risultata provenire dalla Grecia (kg 94,77), in particolare dai porti di Igoumenitsa e Patrasso, e dall"Albania (kg 21,29).

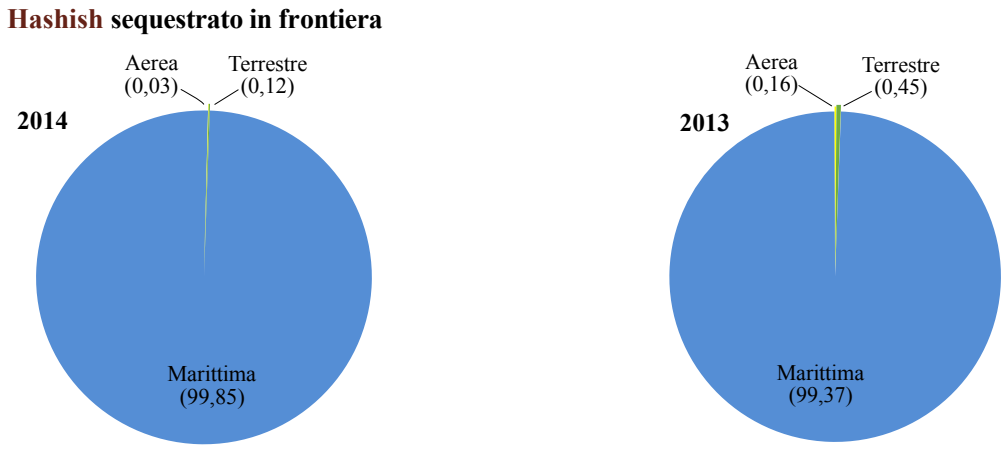
Nel 2014 i sequestri di eroina alle ***frontiere aeree*** costituiscono il 25,58% del totale dei sequestri frontalieri, con kg 46,15, mentre nel 2013 avevano raggiunto la consistenza di kg 112,49, il 45,38% del totale intercettato in frontiera.
Gli aeroporti maggiormente interessati dai traffici di eroina sono quelli di Fiumicino (RM) con kg 15,86, di Orio al Serio (BG) con kg 8,60, di Venezia (Marco Polo) con kg 6,95 e di Malpensa (VA) con kg 6,46: insieme rappresentano l'82% circa del totale dei sequestri in ambito aeroportuale.
Il 57% circa dell'eroina sequestrata (kg 26,43) presso gli aeroporti italiani è giunta principalmente da Paesi europei. Il Pakistan (aeroporti di Islamabad e di Lahore) e il Kenya (aeroporti di Nairobi e Mombasa) spiccano tra gli altri Paesi di provenienza, rispettivamente con kg 5,75 e kg 6,78.
Si è dunque evidenziato un dato in controtendenza rispetto al triennio 2011-2013, periodo durante il quale detto stupefacente, in larga parte proveniente dai porti e dagli aeroporti pakistani, è stato immesso nei mercati occidentali transitando dai Paesi dell'Africa orientale (soprattutto dalla Tanzania e dal Kenya).
I corrieri coinvolti nel traffico di eroina lungo le tratte aeree (n. 40) sono risultati principalmente di nazionalità nigeriana (n. 16) e pakistana (n. 13).
Per quanto attiene all'eroina intercettata presso le ***frontiere terrestri*** (kg 1,84) i valori assumono scarsa rilevanza atteso che, complessivamente, hanno un'incidenza dell'1,02% del totale sequestrato in frontiera e interessano unicamente il valico ferroviario di Ventimiglia (IM), con kg 1,77, e stradale di Autofiori (IM), con kg 0,07.

Hashish

Il 2014 ha fatto registrare un notevole incremento (284% circa rispetto al 2013) dei sequestri di hashish presso la ***frontiera marittima*** per quantitativi pari a kg 98.513,33, che hanno rappresentato più del 99% del totale dei sequestri frontalieri.

Deve essere evidenziato che il sensibile aumento dei sequestri di hashish è in gran parte riconducibile a quattro maxi-operazioni di polizia, tre condotte nelle acque antistanti le coste siciliane e conclusesi con il rinvenimento complessivo di kg 78.246 ed una effettuata in acque internazionali che ha portato al recupero di kg 18.669 di stupefacente.

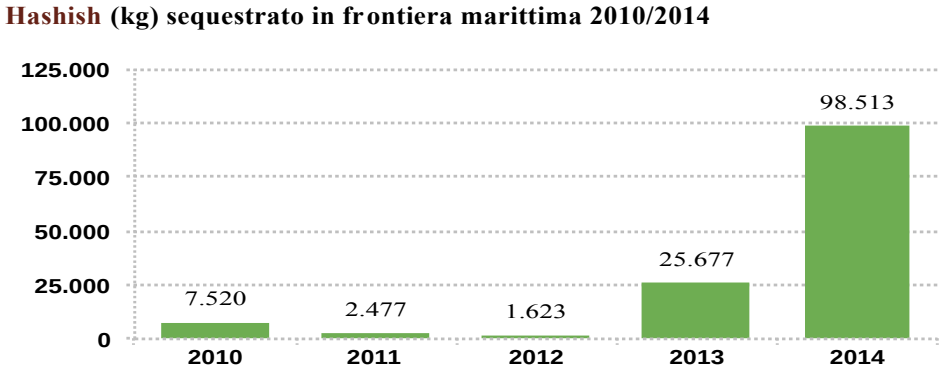
Figura 15: Attività di contrasto nelle aree di frontiera: hashish. Anni 2013-2014



Fonte: Direzione Centrale per i Servizi Antidroga – Ministero dell'Interno

La rappresentazione grafica successiva pone in evidenza i sequestri di hashish in ambito marittimo nel quinquennio 2010 - 2014.

Figura 16: Attività di contrasto nella frontiera marittima: hashish. Anni 2010-2014



Fonte: Direzione Centrale per i Servizi Antidroga – Ministero dell'Interno

Così come per la cocaina, i porti del versante occidentale della penisola rappresentano i terminali del flusso marittimo della resina di cannabis. In tale ambito, nel 2014 si colloca al primo posto il porto di Genova (kg 863,25), seguito dal porto di Civitavecchia (RM) con kg 547,62. Sul versante adriatico, le uniche eccezioni sono rappresentate dai porti di Otranto e di Ancona, rispettivamente con kg 31,52 e kg 25,52.

In merito ai Paesi di provenienza dell'hashish sequestrato in frontiera marittima, il Marocco, principale fornitore del mercato europeo, si pone al primo posto con kg 71.829,2. Meritevole di attenzione è l'ingente sequestro di hashish (kg 7.280) proveniente dalla Moldavia effettuato nelle acque antistanti la provincia di Ragusa.

Sono principalmente cittadini italiani (n. 38), siriani (n. 20), indiani (n. 18) e egiziani (n. 16) i soggetti coinvolti nelle operazioni di polizia che hanno portato ai citati sequestri di hashish presso la frontiera marittima.

Per le aree ***frontaliere terrestri,*** l'unico valico da segnalare è quello di Autofiori (IM) tradizionalmente interessato dal transito di hashish proveniente, in larga misura, dal Marocco, dove sono stati sottoposti a sequestro kg 115,75 di questa sostanza (quantitativo che rappresenta la quasi totalità dei sequestri di resina di cannabis presso le aree di frontiera terrestri, il cui ammontare complessivo è pari a kg 116,19).

Le aree di ***frontiera aerea*** sono quelle meno interessate dai flussi di hashish. Negli aeroporti di Malpensa (VA), di Fiumicino (RM) e di Linate (MI) sono stati effettuati i sequestri più consistenti. Il quantitativo complessivo (kg 28,27) sequestrato presso queste tre aeree aeroportuali ha un'incidenza dell'86% sul totale (kg 32,82) dei sequestri in scali aeroportuali.

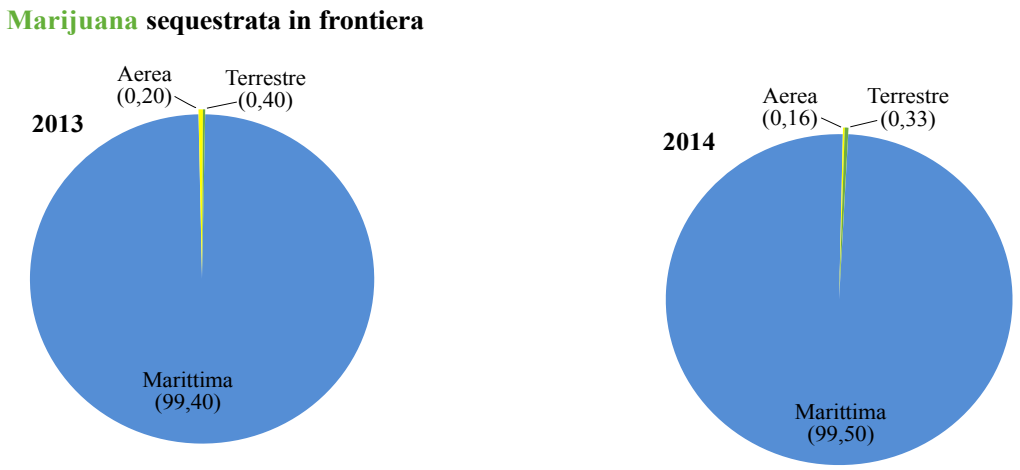
Marijuana

Anche per l'altra tradizionale presentazione della cannabis, la marijuana, seppur in misura minore, nel 2014, si registra un incremento del 58,54% rispetto al 2013 nei sequestri frontalieri

che hanno portato al rinvenimento complessivo di kg 11.830,84 di sostanza stupefacente contro i 7.462,13 dell'anno precedente.

Il 99,5% dei sequestri di questa droga, pari a kg 11.772, è avvenuto presso la ***frontiera marittima***.

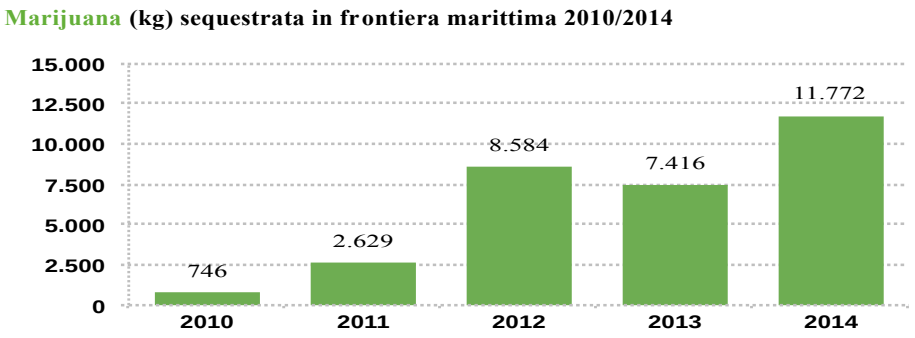
Figura 17: Attività di contrasto nelle aree di frontiera: marijuana. Anni 2013-2014



Fonte: Direzione Centrale per i Servizi Antidroga – Ministero dell'Interno

L'istogramma successivo mostra i sequestri di marijuana in ambito marittimo nel quinquennio 2010 – 2014.

Figura 18: Attività di contrasto nella frontiera marittima: marijuana. Anni 2010-2014



Fonte: Direzione Centrale per i Servizi Antidroga – Ministero dell'Interno

Il versante adriatico è quello più utilizzato per l'importazione della sostanza stupefacente nel territorio nazionale, anche se nello scorso anno deve essere annotato un considerevole sequestro, pari a 3.512 di sostanza, avvenuto nel porto di Catania.

Con riferimento, invece, ai sequestri effettuati lungo la costa orientale italiana, il porto di Bari è al primo posto con kg 4.137,15 di sostanza sequestrata, seguito dal porto di Otranto (LE) con kg 466,74, dal porto di Ancona con kg 375 e da quello di Venezia con kg 204,88.

Presso le acque antistanti le coste italiane sono stati sequestrati kg 2.824 circa, di cui kg 2.604 di fronte alle coste pugliesi.

In relazione ai Paesi di provenienza della marijuana, le maggiori quantità provengono dall"Albania (kg 6.180,74) e dalla Grecia (kg 650,72). Con riferimento alle nazionalità dei soggetti coinvolti nelle attività illecite d"importazione della droga emergono l"Italia e l"Albania con rispettivamente n. 46 e n. 14 cittadini segnalati all"Autorità Giudiziaria.

I quantitativi di marijuana intercettata presso i ***valichi terrestri*** non sono particolarmente significativi anche se in questo contesto merita di essere segnalato il valico Autofiori (IM), dove sono avvenuti sequestri per un totale di kg 36,18, il 91% circa del quantitativo complessivo intercettato presso le frontiere terrestri.

Circa la ***frontiera aerea***, tradizionalmente poco utilizzata per le operazioni di introduzione nel territorio dello Stato di questo tipo di stupefacente, i maggiori sequestri si segnalano presso gli aeroporti di Malpensa (VA), di Linate (MI) e di Pisa, il cui ammontare complessivo costituisce la quasi totalità dei sequestri effettuati (kg 18,61).

Droghe sintetiche

Nel 2014 sono state intercettate n. 1.016 dosi e kg 9,11 di droghe sintetiche (nel 2013 le dosi e i chilogrammi erano stati rispettivamente 1.777 e 12,92).

Come evidenziato nei grafici successivi, la maggior parte di queste sostanze sono state sequestrate nel 2014 presso le frontiere terrestri e quelle aeroportuali.

Nello specifico, nel 2014, presso i ***valichi terrestri*** sono state sequestrate n. 981 dosi di droghe sintetiche (978 delle quali alla sola barriera autostradale di Vipiteno), pari al 96,5% circa del totale frontaliero mentre, nelle ***frontiere aeree***, le quantità complessive sottoposte a sequestro, espresse con valori ponderali, hanno raggiunto la soglia dei kg 5,79, pari al 63,56% circa del totale frontaliero, con interessamento, in via preferenziale, degli aeroporti di Linate (kg 4,54) e di Malpensa (kg 1,22).

Come in passato, anche nel 2014, i Paesi di provenienza delle droghe sintetiche sono soprattutto l"Olanda e la Spagna.

1.1.1 Analisi della "manodopera" del mercato illegale

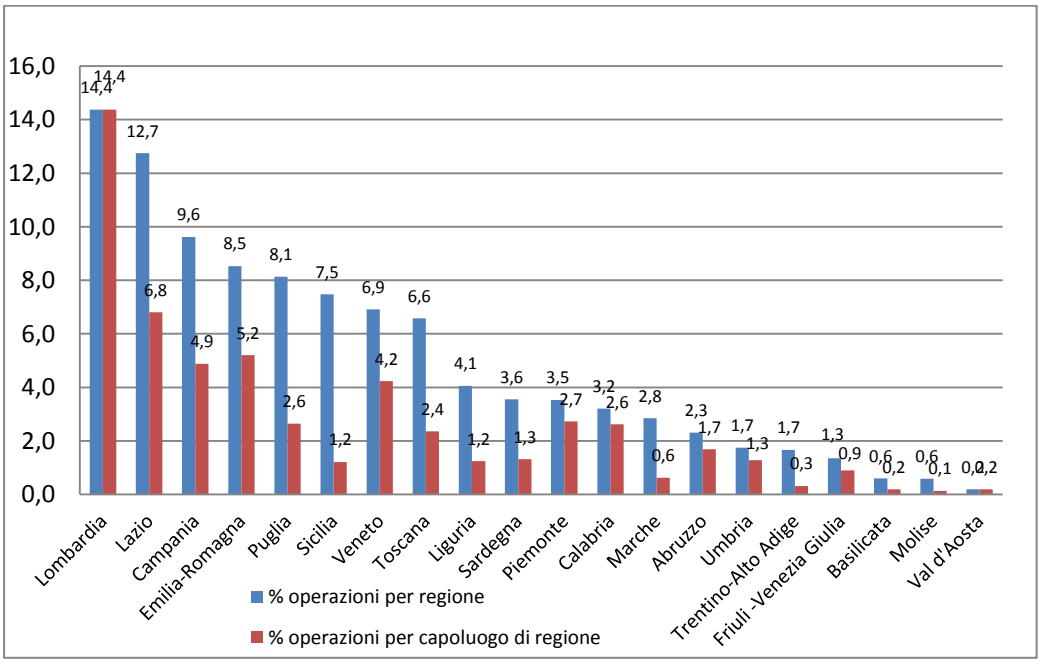
Le operazioni di contrasto all'offerta di droga, registrate nel data base DCSA, si possono esaminare rispetto a diverse variabili (territorio, sostanza, soggetti coinvolti, ecc.) per valutare indirettamente aspetti "nascosti" legati al mercato illegale delle sostanze psicotrope.

Una prima analisi scompone il totale delle operazioni (19.449) rispetto alla "tipologia". In particolare si evidenziano 3 tipi di operazioni che coprono il 99,5% dei casi: "rinvenimento" (10,5%), "scoperta di reato" (8,5%), "sequestro" (80,5); solo lo 0,5% riguarda altre tipologie come solo una, per esempio, la "scoperta di un laboratorio".

Le operazioni sono classificate per regione, con ulteriore "di cui" relativo al capoluogo di regione. Il totale delle operazioni compiute nei capoluoghi è 9190, pari al 47,25% del totale (la popolazione residente nei capoluoghi è solo il 38,0%). La Figura 19 rappresenta le distribuzioni percentuali per regione del 2014. Per il Trentino-Alto Adige si è assunta come capoluogo la città di Trento per semplicità di rappresentazione. A Bolzano sono state effettuate 126 operazioni delle 323 della regione.

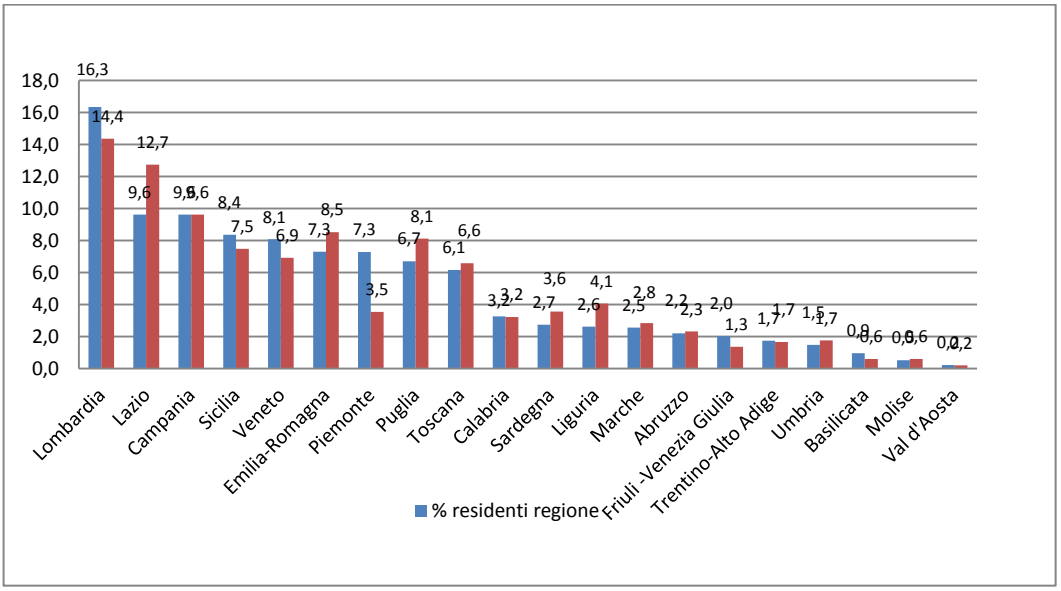
Dalla Figura 19 emergono situazioni territoriali piuttosto diversificate quando il numero di operazioni viene confrontato con la popolazione residente, sia per ciascuna regione nel suo insieme, sia per i soli capoluoghi.

Figura 19: Distribuzione percentuale delle operazioni per regione e per capoluogo di regione nel 2014.



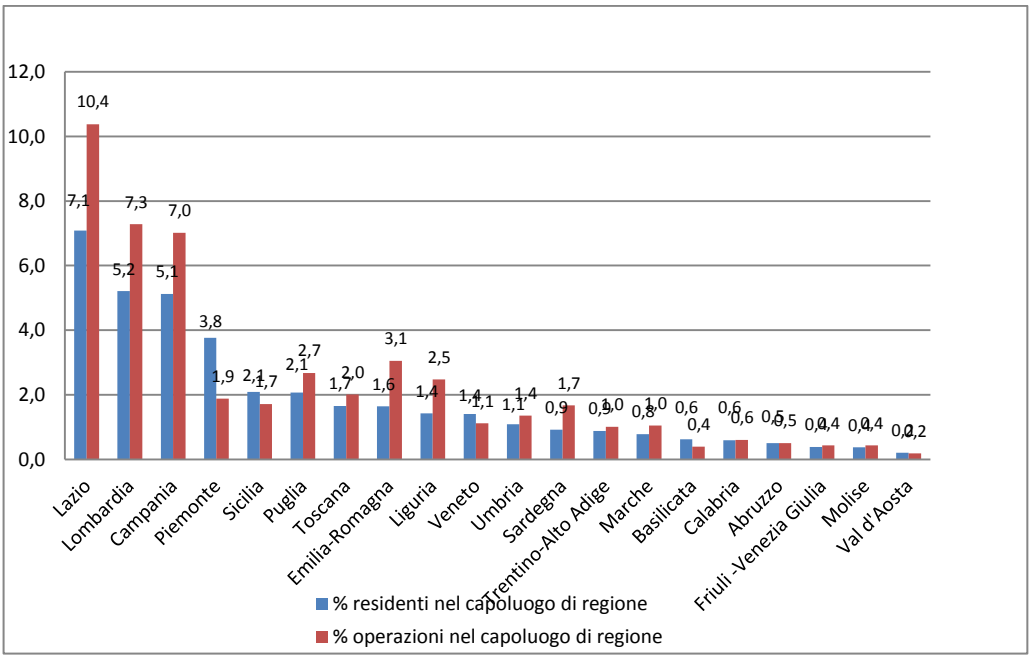
Come si vede dalla Figura 20, la distribuzione delle operazioni per regione è abbastanza simile a quella della popolazione residente. Fa eccezione il Piemonte, dove la percentuale di operazioni è meno della metà della percentuale della popolazione residente; la circostanza appare legata alla bassa quota di operazioni nella città di Torino.

Figura 20: Distribuzioni percentuali dei residenti e delle operazioni nelle regioni.



Dalla Figura 21 emerge che la percentuale di operazioni nei capoluoghi (47,25%) è maggiore della percentuale di popolazione dei capoluoghi, che è il 38,0%. Ciò appare legato alla maggiore offerta di sostanze illegali nelle grandi città. Anche in questo caso si nota l'eccezione piemontese, con la già citata bassa quota di operazioni nella città di Torino.

Figura 21: Distribuzioni percentuali dei residenti e delle operazioni dei capoluoghi di regione



Passando ad analizzare le conseguenze penali delle operazioni, nella

Figura **22** si rappresenta, per regione, il numero di denunciati. In generale, il numero medio di denunciati per operazione è più basso nelle regioni del Nord, più alto in quelle del Sud-Isole, abbastanza alterno nel Centro. La media del numero di denunciati per operazione è 1,5. La mediana è 1. Se ne può già dedurre che la grande maggioranza delle operazioni (di fatto, circa l'80%) coinvolge una sola persona denunciata; molto rare le operazioni "massive": solo l'1% delle operazioni implica 15 o più denunciati; solo nello 0,04% delle operazioni si superano i 50 denunciati; il numero massimo di denunciati in una singola operazione è 77; il 10% delle operazioni non ha denunciati. La distribuzione percentuale cumulata, troncata a 20 denunciati, è riportata in Figura 5. Come si vede, circa il 90% delle operazioni ha un numero di denunciati pari a 0 o a 1.

Figura 22: Distribuzione percentuale delle operazioni (19.449) per regione e di denunciati (in totale 29.474) per regione di reato.

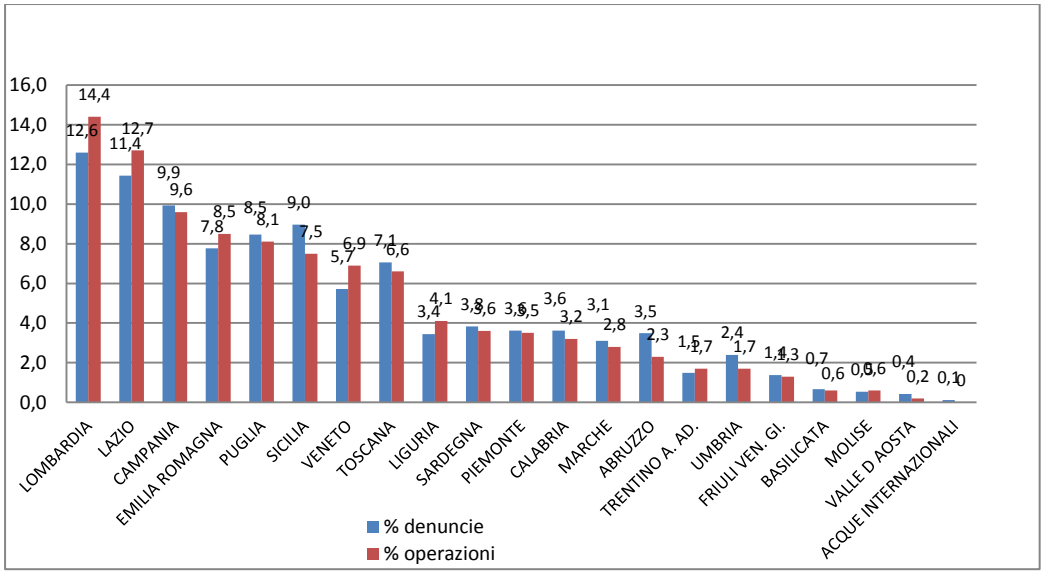
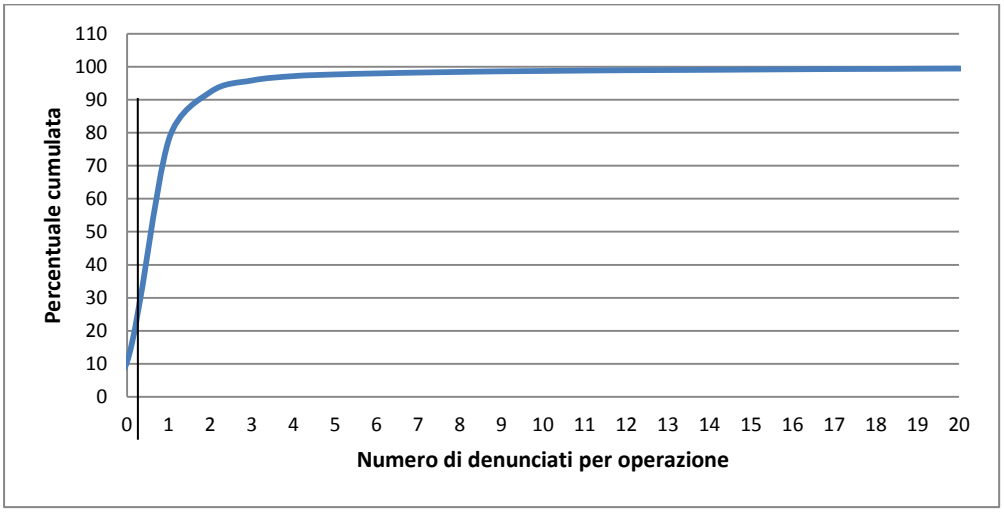


Figura 23: Distribuzione percentuale cumulata del numero dei denunciati per operazione (fino a 20).



Passando ad analizzare la "regione" (compresa quella dell' "estero") di residenza dei denunciati in Figura **24**, risulta chiaro che la "regione estera" rappresenta già il 25,1%. La percentuale sale al 37% fra i soli maschi; i maschi denunciati dei primi 3 paesi (Albania, Marocco e Tunisia), sono 5591 e rappresentano circa il 19% di tutti i denunciati e oltre il 52% di tutti gli stranieri. Fra le femmine denunciate, le straniere sono il 22%. E' importante osservare anche la notevole percentuale di denunciati residenti in paesi nord-africani occidentali e sahariani, i più toccati dalle nuove rotte della cocaina dal Sud America verso l'Europa (
Figura **25**), e cioè Burkina-Faso, Costa d'Avorio, Gabon, Ghana, Gambia, Guinea, Liberia, Mali, Mauritania, Niger, Nigeria, Senegal, Tanzania, Egitto, Libia e Sudan; sono in totale 1553; il 5,3% di tutti i denunciati e quasi il 15% di tutti gli stranieri.

Figura 24: Distribuzione percentuale di denunciati (in totale 29.474) per regione o luogo di residenza.

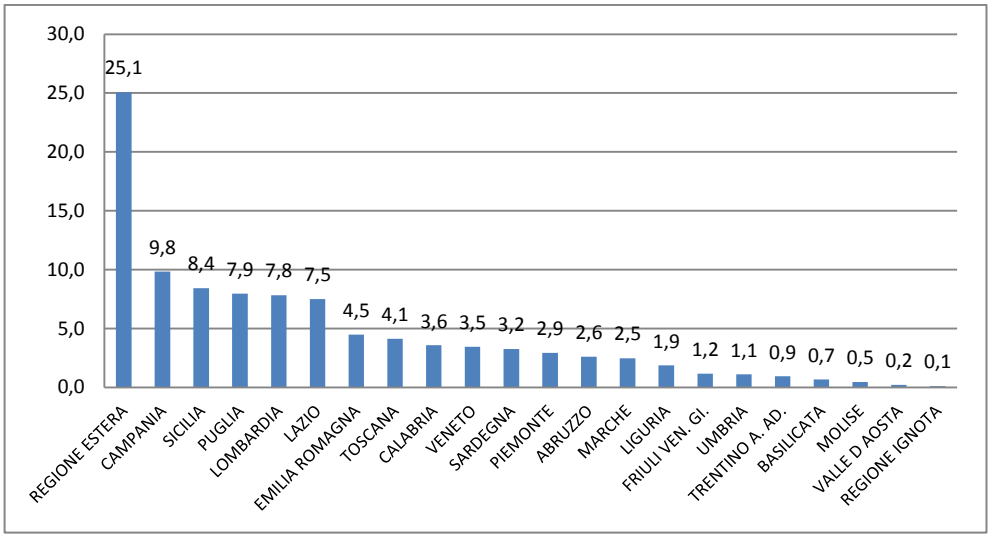
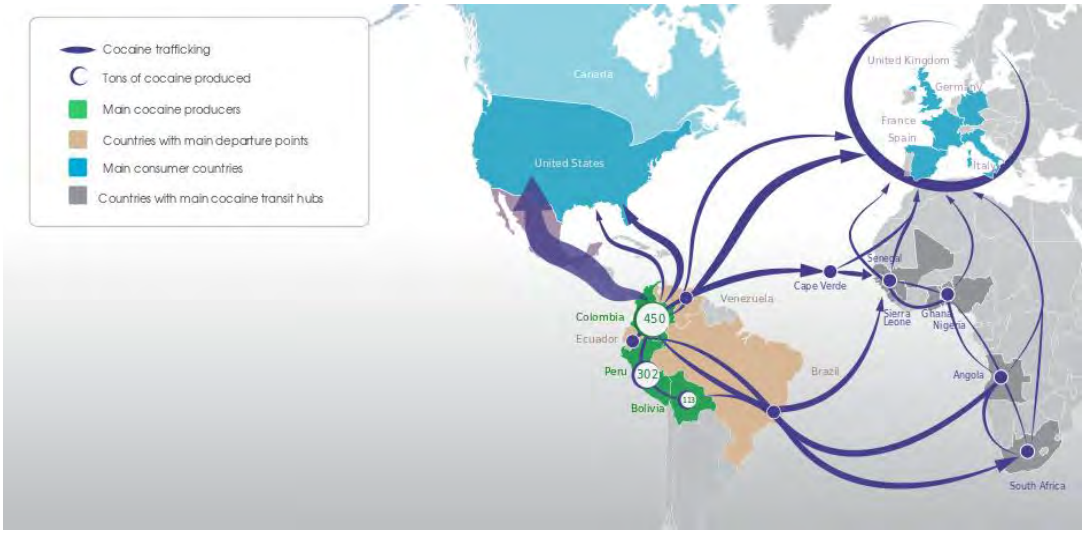


Figura 25: Mappa da UNODC COLOMBIA Coca cultivation survey 2013, June 2014

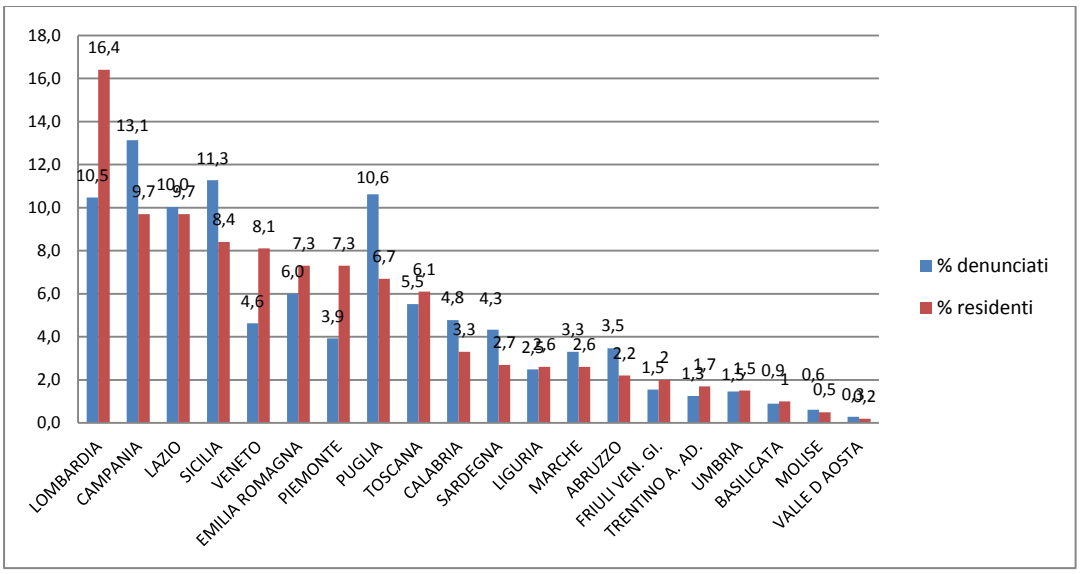
http://www.unodc.org/documents/crop-monitoring/Colombia/Colombia_coca_cultivation_survey_2013.pdf



Se ora si esclude la "regione estera" e si confrontano, per regione, i denunciati con i residenti, si ottiene la Figura 26, che mostra una situazione analoga a quella della

Figura **22** per Nord, Centro e Sud-Isole, in modo anche più evidente.

Figura 26: Distribuzioni percentuali di residenti e di denunciati nelle regioni.



E' anche interessante analizzare la distribuzione per sesso, età e cittadinanza dei denunciati, come riportato nella Tabella e nella Figura 27.

Tabella 1: Persone denunciate secondo il sesso, la classe di età (in parentesi %) e la cittadinanza.

Maschi								
Nazionalità	**< 15**	**15 - 19**	**20 - 24**	**25 - 29**	**30 - 34**	**35 - 39**	**> = 40**	**TOTALE**
ITALIANI	28 (0,2)	2 (12,0)	3 (19,7)	3 (15,5)	2 (12,9)	2 (12,3)	5 (27,5)	17 (100)
STRANIERI	10 (0,1)	688 (6,8)	1.889 (18,7)	2.601 (25,8)	2.156 (21,4)	1.343 (13,3)	1.388 (13,8)	10.075 (100)
TOTALE	**38** **(0,1)**	**2.742** **(10,1)**	**5.247** **(19,3)**	**5.243** **(19,3)**	**4.356** **(16,0)**	**3.446** **(12,7)**	**6.090** **(22,4)**	**27.162** **(100)**

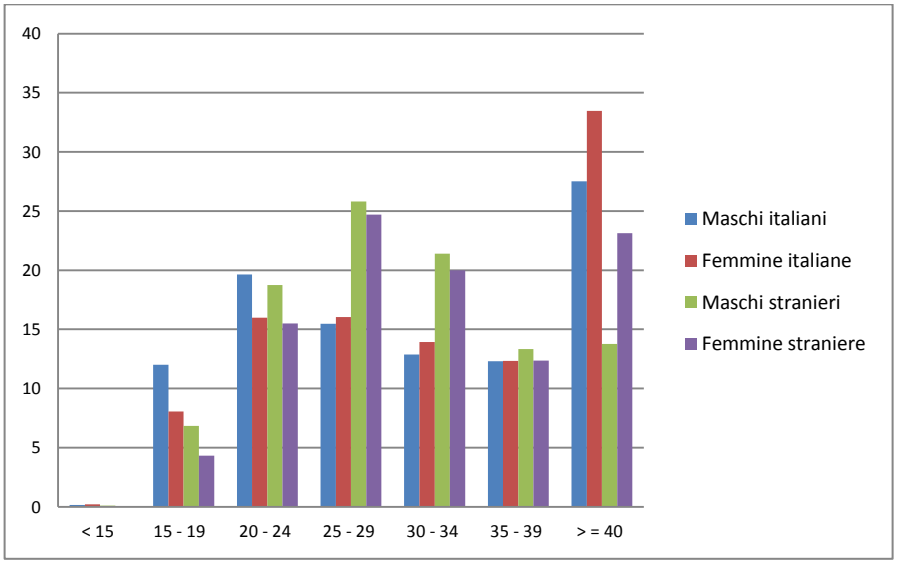
Femmine								
Nazionalità	**< 15**	**15 - 19**	**20 - 24**	**25 - 29**	**30 - 34**	**35 - 39**	**> = 40**	**TOTALE**
ITALIANE	4 (0,2)	145 (8,0)	288 (16,0)	289 (16,0)	251 (13,9)	222 (12,3)	603 (33,5)	1.802 (100)
STRANIERE	0 (0,0)	22 (4,3)	79 (15,5)	126 (24,7)	102 (20,0)	63 (12,4)	118 (23,1)	510 (100)
TOTALE	**4 (0,2)**	**167 (7,2)**	**367 (15,9)**	**415 (17,9)**	**353 (15,5)**	**285 (12,3)**	**721 (31,2)**	**2.312 (100)**

Le distribuzioni per età sono abbastanza diverse tra italiani e stranieri, ma l"età media e mediana sono abbastanza simili (per gli stranieri, distribuzioni più concentrate sulle età centrali). Da notare, fra gli italiani, l'elevata percentuale di ultraquarantenni (27,5% nei maschi; addirittura 33,5% nelle femmine). Fra le classi di età più giovanili, quella "sotto i 15 anni" rimane di peso scarsissimo; invece quella successiva, "15-19", per gli italiani, sia maschi sia femmine, ha un peso pressoché doppio che per gli stranieri; è già confrontabile con i pesi delle classi di età più critiche (20-25, 26-30, 30-34).

Tabella 2: Età medie e mediane dei denunciati.

	Maschi		Femmine	
Nazionalità	Età media	Età mediana	Età media	Età mediana
Italiani	31	31	32	34
Stranieri	30	28	31	30

Figura 27: Distribuzione percentuale dell"età dei denunciati.



Si riportano le persone denunciate per classi d"età e natura del provvedimento adottato. Se si calcola il rapporto tra "in stato di arresto" e "in stato di libertà", si ottengono i valori dell"ultima riga della tabella. Per i minori di 15 anni l"arresto si osserva in meno di un terzo dei casi; per la classe d"età successiva è più frequente che "in libertà", ma non di molto; poi il rapporto cresce, fino a raggiungere il massimo per la classe d"età 35-39, ma con sostanziale stabilità dopo i 24 anni.

Tabella 3: Persone denunciate secondo la classe di età e la natura del provvedimento adottato.

	Classi di età							
Tipo Denuncia	**<15**	**15-19**	**20-24**	**25-29**	**30-34**	**35-39**	**>40**	**Totale**
ARRESTO	13	1.603	3.924	4.106	3.435	2.711	4.960	20.752
IN LIBERTA'	29	1.299	1.642	1.463	1.212	951	1.777	8.373
IRREPERIBILITA'		7	48	89	62	69	74	349
Totali	**42**	**2.909**	**5.614**	**5.658**	**4.709**	**3.731**	**6.811**	**29.474**
ARRESTO/ IN LIBERTA'	0,45	1,23	2,39	2,81	2,83	2,85	2,79	2,48

Per quanto riguarda i tipi di reato, la sintesi è riportata nella Tabella 4, che riporta la distribuzione rispetto al primo e secondo reato in una denuncia. Come osservazione sui denunciati occorre dire che i 29.474 soggetti riportati in tutte le analisi non sono necessariamente tutti soggetti diversi perché il data base della DCSA non permette la distinzione dei soggetti denunciati, ma solo delle operazioni, è possibile che uno stesso soggetto venga denunciato in più di un"operazione nel corso di un anno.

Tabella 4: Persone denunciate per tipo primo e secondo reato.

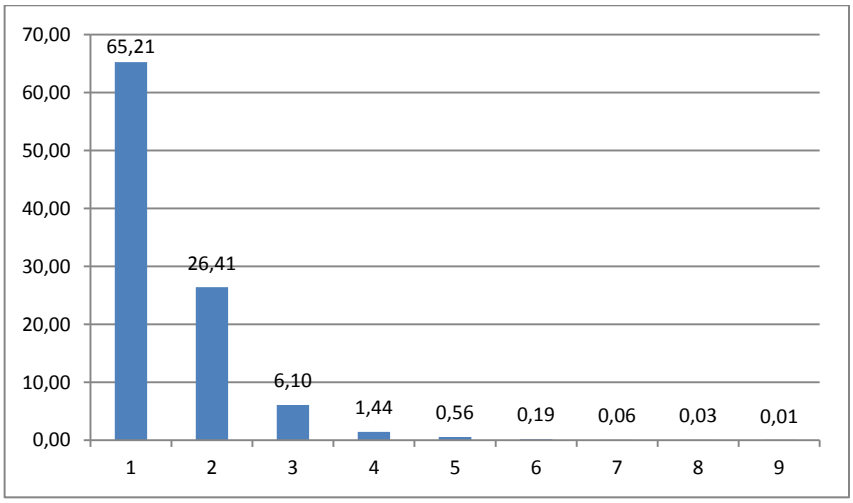
	II REATO	26	62	74	79	80	81	82	**Totali**
I REATO	NUMERO DENUNCIATI								
60			3						**3**
73	24.160	1.917		2.776	4	568	36	7	**29.468**
79	3								**3**
Totali	**24.163**	**1.917**	**3**	**2.776**	**4**	**568**	**36**	**7**	**29.474**

E" evidente che tutti i denunciati (meno 6) mostrano l"art.73 della legge 309/90 come primo reato e in oltre il 9% dei casi anche l"art.74 della stessa legge.

La classificazione dei denunciati in base alla loro occupazione appare di scarso interesse, dato che il 90,69% dei denunciati risulta con "nessuna occupazione" o "occupazione imprecisata".

Per quanto riguarda le sostanze rinvenute e sequestrate la Figura 28 riporta la distribuzione del numero di sostanze per operazione. Mettendola a confronto con la Figura 23 (numero di denunciati per operazione), la maggior parte delle operazioni risulta di puro controllo di spaccio locale, con pochi soggetti implicati (massimo 2 in più del 90% delle operazioni) e poche sostanze (massimo 2 nel 91% delle operazioni). Inoltre, i denunciati nell"82% dei casi hanno solo ascritto il reato di cui all"art.73. In Figura 29 si mostra l'elenco delle sostanze e relative percentuali.

Figura 28: Distribuzione percentuale del numero di sostanze per operazione.



Come si vede, appare che il 95% delle operazioni riguarda sequestri di cocaina, eroina, hashish, cannabis e piante di cannabis. Il mercato tuttavia risulta molto più variegato, come appare dalla

Tabella **5**, dove sono elencate tutte le numerose sostanze chimiche sequestrate, compresi i medicinali (soprattutto tranquillanti).

Figura 29: Distribuzione percentuale delle sostanze sequestrate nelle operazioni.

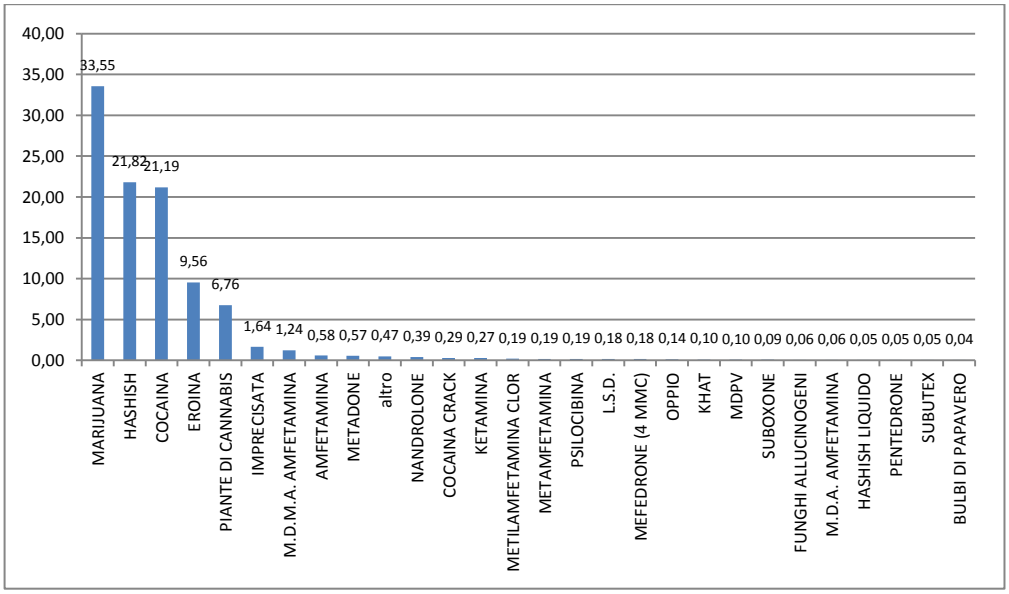


Tabella 5: Quantitativo dei Sequestri per tipo di sostanza.

SOSTANZA	*totale*		*massimo sequestro*	
	Gr.	*Dosi,Piante o Millilitri*	*Gr.*	*Dosi,Piante o Millilitri*
4 MEC	328,16	0	230	0
5APB	8	0	3,5	0
5APDB	3,3	0	3,3	0
6APB	7,3	0	3,9	0
6APDB	1,9	0	1,9	0
A PVP	16,4	0	10	0
ALPRAZOLAM	12	30	12	30
ALTRI ALLUCINOGENI	9	4	9	4
ALTRI OPPIACEI	0	7	0	7
AMFEPRAMONE PROPIONE	4,2	250	4,2	250
AMFETAMINA	3.302,424	587	212	443
BULBI DI PAPAVERO	18.210	448	12.000	228
BUPRENORFINA	0	33	0	29
CAPSULE PAPAVERO	554,45	463	476,45	239
CLONAZEPAM	0	10	0	10
COCA FOGLIE	340,68	1	260	1
COCAINA	3.865.797,113	775	226.675	98
COCAINA CRACK	1.738,688	19	500	9
COCAINA LIQUIDA	15.765,14	0	10.212,14	0
CODEINA	40,7	1	40,7	1
CONTRAMAL	0	1	0	1
D.M.T.	0,8	0	0,8	0
DEMEROL	60	0	60	0
DIAZEPAM	70	30	45	30
DOB	0	978	0	978
DROGHE MISTE	4,05	6	3,55	6
EROINA	931.129,436	213	69.129	43
FENTERMINA	0	250	0	250
FUNGHI ALLUCINOGENI	272,76	11	48,6	11
G.H.B.	0	2.200 ml	0	2.200 ml
GARDENALE	0,6	0	0,6	0
GBL	0	12.500 ml	0	12.500 ml
HASHISH	113.151.894,5	446	42.672.000	71
HASHISH LIQUIDO	5.392,84	0	5.050	0
IMPRECISATA	1.701,024	71	866	38
JWH 018	1.183,5	0	394	0

JWH 073	225,5	0	225,5	0
KETAMINA	10.498,1	4	7.140	3.000 ml
KHAT	559.812	0	69.500	0
L.S.D.	34,463	1.549	5	500
LEXOTAN	0	10	0	10
LUMINALE	0,2	0	0,2	0
M.D.A. AMFETAMINA	305,8	8	100	8
M.D.E.A. AMFETAMINA	0,1	0	0,1	0
M.D.M.A. AMFETAMINA	28.527,107	6002	21.027	3.269
MARIJUANA	33.415.774,98	1709	2.240.000	276
MDPV	820,85	0	500,8	0
MEFEDRONE (4 MMC)	2.624,395	1	1.463,25	1
MESCALINA	54,74	0	53,44	
METADONE	624,76	722	158,24	124
METAMFETAMINA	2.673,595	134	664	53
METILAMFETAMINA CLOR	3.277,725	85	951	85
METILFENIDATO	12,14	0	6,14	0
METOSSIETAMINA	8,5	0	2,8	0
MINIAS	0	2	0	2
MONOACETILMORFINA	5.012	0	5.000	0
MORFINA	110	15	108	8
NANDROLONE	22.191,9	25.919	3.000	25.110
OPPIO	106.514,37	516	74.920	504
OPTALIDON	0	10	0	10
OXYCONTIN	0	44	0	33
PENTEDRONE	171,19	0	112,3	0
PIANTE DI CANNABIS	0	121.659	0	35.000
PIANTE DI PAPAVERO	0	1046	0	800
PSILOCIBINA	16.030,14	14	8.770	10
RIVOTRIL	0,002	148	0,002	81
RIVOTRIL 2	0	0		80 ml
SALVIA DIVINORUM	149	0	149	0
SKUNK	25.088	0	25.000	0
SUBOXONE	15,49	529	14,6	111
SUBUTEX	56,359	207	56	57
TAVOR	0	36	0	20
TEMGESIC	0	3	0	3
VERONAL	0,08	0	0,08	0

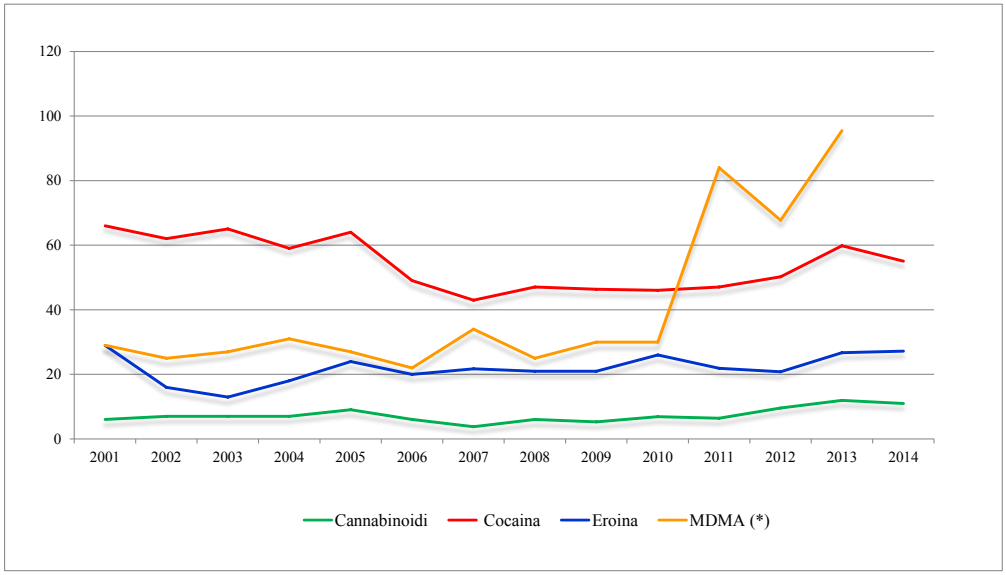
1.2 Purezza delle sostanze

I dati sulla 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.

Nel 2014, la percentuale media di principio attivo rilevata nei campioni analizzati è rimasta stabile sia per l'eroina (27%) che per i cannabinoidi (THC) (11%), per la cocaina si osserva invece una diminuzione passando dal 60% nel 2013 al 55% nel 2014. Per quanto riguarda l'MDMA, per l'anno di riferimento non è disponibile il peso in mg per pasticca/unità, l'ultimo dato disponibile è riferito all'anno 2013 con un peso di 96 mg. E' da evidenziare che le analisi vengono condotte su un campione esiguo di sostanze, questo è perciò soggetto ad elevata variabilità sia all'interno del campione che tra campioni di sostanze rilevati in periodi differenti (Figura 30,

Tabella 6).

Figura 30: Percentuale media di sostanza pura riscontrata nelle sostanze rinvenute dalle FFOO negli anni dal 2001 al 2014.



(*) 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

Nella

Tabella 6 sono contenuti i valori massimi, minimi, medi e mediani di principio attivo riscontrato nelle sostanze psicoattive illegali nel 2014. La variabilità è molto elevata: dall"1% al 25% per i cannabinoidi, dal 55 all"88% per la cocaina e dal 2% al 64% per l"eroina.

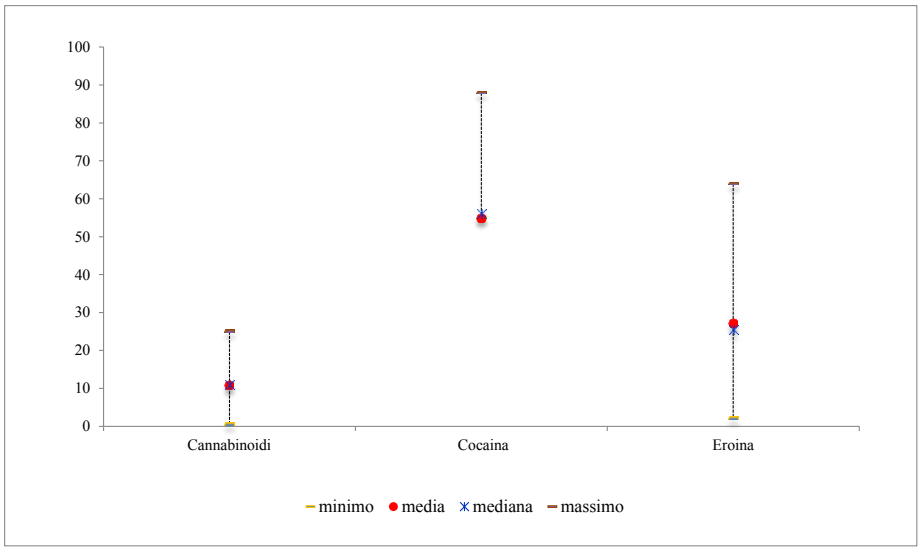
Tabella 6: Valori medi, minimi e massimi di principio attivo riscontrato nelle sostanze psicoattive illegali. Anno 2014

	Cannabinoidi	Cocaina	Eroina
minimo	1	55	2
media	11	55	27
mediana	11	56	26
massimo	25	88	64

(*) 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 31: Variabilità nella quantità di principio attivo riscontrato nelle sostanze psicoattive illegali rinvenute dalle FFOO nel 2014



(*) 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

L"analisi della purezza delle sostanze stupefacenti può dipendere molto dal mixing della tipologia dei sequestri (grosse partite o sequestri al dettaglio), questo può causare forti differenze di percentuale di principio attivo riscontrato nelle variabili registrate.

1.3 Dimensione del mercato

Introduzione

L"Istat elabora correntemente delle stime sulla componente non osservata dell"economia, ossia quell"area che per motivi diversi sfugge all"osservazione diretta. Si tratta essenzialmente dell"economia sommersa e dell"economia illegale, quest"ultima circoscritta alle sole attività di prostituzione, commercializzazione di sostanze stupefacenti e contrabbando di sigarette. L"economia illegale è entrata per la prima volta nel calcolo degli aggregati economici con la revisione dei conti nazionale diffusa a partire da settembre del 2014, mentre l"economia sommersa è già da tempo compresa nelle stime[7].

L"inclusione di specifiche attività illegali nella stima del Pil è una decisione che è stata presa a livello europeo e rende operativo, con modalità comuni tra gli Stati membri, il principio presente nel regolamento europeo dei conti nazionali (Sec) secondo il quale le misure che esprimono il reddito di una nazione devono tener conto anche di attività vietate dalle leggi nazionali ma che hanno caratteristiche di scambio volontario tra soggetti economici[8]. L"inclusione delle attività illegali risponde, in particolare, al criterio dell"esaustività dei conti nazionali e ha l"obiettivo di accrescere la comparabilità delle stime consentendo, tra l"altro, l"utilizzo del reddito nazionale lordo ai fini del calcolo delle risorse proprie UE[9].

Stimare la dimensione economica di un fenomeno non osservato è un"attività complessa che richiede l"utilizzo di strumenti teorici e tecniche di analisi statistica appropriate per consentirne l"inserimento nei conti nazionali. L"insieme delle attività oggetto di analisi è stato, pertanto, circoscritto e le metodologie impiegate sono state finalizzate a misurare aspetti specifici del fenomeno. I metodi di stima impiegati non consentono, quindi, di misurare il volume d"affari delle organizzazioni criminali o l"insieme di operazioni economiche (legali o illegali) riconducibili a questo tipo di operatori.

---

7 L"economia sommersa deriva dall"attività di produzione di beni e servizi che pur essendo legale sfugge all"osservazione diretta in quanto connessa alla frode fiscale e contributiva.

8 Sono inserite nei conti nazionali le sole attività illegali che hanno la caratteristica di transazioni economiche e come tali comportano il mutuo consenso tra le parti. Conseguentemente, alcune azioni illegali, come i crimini contro la persona o contro la proprietà, non sono incluse nei confini della produzione e non sono inserite nella stima degli aggregati economici.

9 Alcune attività, infatti, possono essere legali e riconosciute dalle istituzioni fiscali e contributive in un paese e non in un altro. Inoltre, i redditi guadagnati dalla produzione di beni e servizi illegali possono essere impiegati per l"acquisto di beni e servizi legali mentre il risparmio generato dalle attività illegali può essere utilizzato per l"acquisizione di beni patrimoniali o per operazioni finanziarie.

In generale, poiché le attività illegali sono praticate da soggetti con forti incentivi a occultare il proprio coinvolgimento, sia come produttori sia come consumatori, le relative stime sono affette da un margine di errore decisamente superiore a quello che caratterizza altre componenti del Pil.

Le fonti e il metodo di stima del mercato delle droghe

In Italia non esistono indagini statistiche dirette utili ai fini della stima del valore degli aggregati economici associati al consumo di sostanze stupefacenti. I dati di base utilizzati sono di natura pubblica ma non provengono da rilevazioni della statistica ufficiale che, sino ad ora, non ha affrontato la misurazione diretta di queste attività. Le fonti informative, pertanto, sono rappresentate da un variegato insieme di informazioni proveniente da enti pubblici, organizzazioni internazionali, associazioni private e di ricerca.

Come in altri paesi europei, anche in Italia si evidenzia una situazione piuttosto difficile riguardo alla disponibilità e alla qualità dei dati. Le fonti amministrative fornite dagli organi di polizia, dai ministeri e dalle dogane, così come le ricerche di associazioni non-profit o universitarie utilizzano spesso concetti e modalità di rilevazione tra loro molto diverse e non standardizzate.

Informazioni che rispondono a degli standard di raccolta dati sulle quantità, i prezzi e i consumatori di droga, sono deducibili principalmente dalle due agenzie internazionali EMCDDA (European Monitoring Center for Drug and Drug Addiction) e UNODC (United Nations Organization on Drug and Crime) che da molti anni monitorano il mercato della droga per diversi ordini di finalità (in particolare, controllo, prevenzione e lotta al terrorismo internazionale).

Anche in questo caso, tuttavia, la qualità del dato non è del tutto assicurata, perchè le rilevazioni sono affidate ai singoli paesi e non è possibile stabilirne il grado di accuratezza.

Coerentemente con quanto raccomandato dall‟Ufficio statistico europeo (EUROSTAT), gli aggregati da stimare e le metodologie di misurazione sono definiti sulla base di criteri di prudenza. Data la scarsa qualità delle fonti informative di base, gli approcci si basano su assunzioni semplificatrici, utili per evitare eccessive disomogeneità nelle stime tra i paesi.

Un‟analisi preliminare sulla domanda di sostanze stupefacenti ha consentito all‟Istat di individuare gli aggregati economici da stimare in relazione all‟effettiva significatività del mercato interno in termini di produzione, commercializzazione e interscambio con l‟estero.

L‟analisi preliminare ha consentito di classificare l‟Italia come paese prevalentemente importatore di stupefacenti, con una significativa quota di commercializzazione interna e una modesta attività di ri-esportazione di cocaina e di eroina[10].

L‟approccio alla stima prende a riferimento prevalentemente indicatori di domanda e informazioni relative agli utilizzatori finali e ai loro comportamenti di consumo per tipologia di sostanza stupefacente. In questo modo, quindi, si analizzano i diversi mercati della droga, uno per ogni sostanza stupefacente oggetto di analisi, e si determinano i corrispondenti valori di consumo

10 Data la non significativa produzione di sostanze stupefacenti, limitata comunque alla cannabis e ad altre droghe sintetiche, il risultato dell‟attività di traffico e spaccio è considerato nei conti nazionali alla stregua di qualunque altra attività commerciale, in cui la produzione è pari al margine tra il valore della merce venduta e i costi necessari per acquistare la merce.

procedendo alla stima del numero degli utilizzatori, della quantità media consumata e dei prezzi di mercato unitari.

Tali variabili sono state stimate sulla base delle informazioni fornite dall'EMCCDA e di altre informazioni rese disponibili da vari enti (Ministero della Salute, Dipartimento delle Politiche Antidroga e dal Consiglio Nazionale delle Ricerche).

Le difficoltà di misurazione hanno riguardato, in particolare, la mancanza d'indicatori esaustivi sul numero di soggetti coinvolti e il rischio della doppia contabilizzazione di fasi del processo produttivo, dalla distribuzione allo scambio finale. Tale problema, che nel contesto dei conti nazionali genera una sovrastima della domanda di beni e servizi, potrebbe essere causato da un'errata classificazione all'interno dei consumi finali di costi intermedi legali utilizzati per l'attività di produzione di beni e servizi illegali[11].

La stima del consumo di sostanze stupefacenti

Informazioni dirette sul consumo di droga non sono disponibili. L'accessibilità di indicatori sull'uso di sostanze stupefacenti e ad altre informazioni, in particolare sui comportamenti di consumo della popolazione, consente, tuttavia, di pervenire indirettamente ad una stima del valore del consumo di droga.

Il punto di forza di tale approccio è che le informazioni sugli utilizzatori, la frequenza d'uso e la quantità media consumata possono essere considerate variabili piuttosto stabili nel medio periodo e confrontabili tra paesi.

L'approccio che utilizza informazioni dal lato della domanda può essere così formalizzato:

$$HFCj = Nj * Q_{HFC}j * P_{HFC}j$$

Dove HFC_j è il valore del consumo finale per la tipologia di sostanza j, Nj è il numero di individui coinvolti nel consumo di droga per sostanza, $Q_{HFC}j$ le quantità consumate e $P_{HPC}j$ sono i prezzi al dettaglio. Il consumo finale HFC è la risultante della somma dei consumi per le diverse sostanze stupefacenti j.

Il numero dei consumatori N si ottiene utilizzando i dati d'indagini che stimano la prevalenza del consumo, in termini di tassi, per tipologia di sostanza: eroina, cocaina, cannabis, amfetamine, ecstasy e LSD. Il tasso di prevalenza annuale (*last year prevalence rate*) è un indicatore chiave dell'Osservatorio europeo (EMCDDA) e viene stimato sulla base della General Population Survey (GPS). Fornisce l'informazione sulla proporzione di soggetti che hanno fatto uso di sostanze

11 Si può verificare, tuttavia, anche una sottostima dei flussi di produzione se le informazioni disponibili non consentono di stimare l'ammontare di produzione che si genera nell'economia legale come indotto delle attività illegali.

stupefacenti nei 12 mesi precedenti il momento della rilevazione rispetto alla popolazione di riferimento (15-64 anni).

Dal 2010, i tassi di prevalenza sono diffusi dal Dipartimento delle Politiche antidroga nella Relazione annuale al Parlamento sulle tossicodipendenze. L‟analisi dei dati per tipologia di sostanza ha evidenziato alcuni problemi di qualità dell‟informazione raccolta. In particolare, la rappresentazione del fenomeno non risultava coerente con quanto pubblicato da altri paesi europei[12] e rispetto ad altre fonti nazionali come, ad esempio, l‟indagine sulla popolazione generale condotte dal Consiglio Nazionale delle Ricerche (CNR). Il tasso di prevalenza annuale, inoltre, può essere considerato come valore soglia minimale per la misurazione del numero di consumatori.

I dati pubblicati nella Relazione sono stati, quindi, sottoposti a verifica tenendo conto anche di altre informazioni sia nazionali che sovranazionali. In particolare, sono stati utilizzati gli indicatori sui consumatori problematici forniti dall‟EMCDDA[13] e i dati sugli utenti in trattamento presso i Ser.T. per abuso di eroina come sostanza primaria per correggere il numero dei consumatori di eroina[14].

L‟approccio indiretto considerato porta a stimare un numero di consumatori di eroina molto più alto rispetto a quello che si otterrebbe utilizzando gli indicatori presenti nella Relazione al Parlamento e fornisce un fattore di correzione che è stato poi applicato a tutte le tipologie di droghe[15].

In questo modo si ottiene per il 2010 un numero di consumatori per tipologia di sostanza validato e corretto in funzione di tutte le fonti disponibili sul fenomeno e coerenti con altri studi analoghi pubblicati dalla Commissione Economica Europea[16.]

Poiché le indagini hanno cadenza biennale, i dati sul numero di consumatori per l'anno 2011 sono stati costruiti applicando ai dati del 2010 i tassi di variazione medi annui registrati nel periodo 2010-2012.

Per determinare la quantità media di sostanza consumata nell‟anno, è necessario definire delle assunzioni relative ai comportamenti individuali di consumo.

Il numero di utilizzatori per tipologia di sostanza è stato quindi dettagliato in modo da applicare comportamenti di consumo differenziati per tre diverse tipologie di consumatori: problematici,

---

12 L‟osservatorio EMCDDA riporta in tutti i bollettini di diffusione dei dati europei, la seguente nota: "*The most recent general population survey reported by Italy display a wide variation in results compared with the previous surveys which may reflect methodological differences. The data is provided for information, but given the lack of comparability between surveys should be treated with caution.*" (*http://www.emcdda.europa.eu/stats13#display:/stats13/gpstab1d*)

13 Si veda "Estimated trends in the prevalence of problem and injecting drug use, rate per 1.000 population aged 15–64", EMCDDA.

14 Quest‟ultimi erano nel 2010 circa 115 mila mentre i consumatori potenziali ottenuti con i tassi di prevalenza risultavano nello stesso anno circa 95 mila.

15 I consumatori di cocaina sono stati sottoposti ad un ulteriore aggiustamento utilizzando come fonte informativa una ricerca scientifica che mette in relazione i consumatori di cocaina con quelli di cannabis ("*Monitoring the size and protagonist of drug market: combining supply and demand data sources and estimates"*, a cura di Carla Rossi in Current Crug Abuse Reviews, 6, 2013.

16 La Commissione europea ha fatto svolgere nel 2012 un‟indagine sulla dimensione del mercato in 7 paesi europei: Olanda, Svezia, Portogallo, Repubblica Ceca, Bulgaria, Regno Unito e Italia. I risultati fanno parte di un rapporto della Commissione europea (Trautman F, Kilmer B, Turnbull P. Eds. "Further insights into aspects of the illicit EU drugs market", European Commission, 2013) mentre la stima del mercato italiano è pubblicata su una rivista internazionale (Carla Rossi, "*Monitoring the size and protagonists of the drug market: combining supply and demand data sources and estimates*", Current Drug Abuse Reviews, 2013).

regolari, occasionali[17]. La distinzione tra le tre diverse tipologie di consumatori è possibile prendendo a riferimento informazioni di esperti riportate in letteratura[18].

I livelli di consumo possono essere molto diversi tra un consumatore occasionale e un consumatore regolare. Inoltre, alcuni studi osservano che oggi la maggior parte dei consumatori acquista la droga al momento disponibile sul mercato rendendo, quindi, diffuso il poli-consumo, ovvero l'assunzione da parte di una stessa persona di più sostanze stupefacenti, specialmente fra i consumatori regolari e problematici[19].

Nel 2011 il numero di utilizzatori di cannabis stimati dall'Istat è di 5,5 milioni mentre 1,1 milioni sono gli utilizzatori di cocaina. I consumatori di eroina risultano 188 mila e 480 mila sono gli utilizzatori di altre sostanze chimiche (exctasy, LSD, anfetamine). La somma degli utilizzatori per sostanza non consente di stimare il numero dei consumatori di droga in quanto nelle stime una stessa persona può essere conteggiata una o più volte essendo misurato anche il poli-consumo.

Dopo aver definito il numero degli utilizzatori per tipo di sostanza e per comportamento di consumo (consumatori problematici, regolari e occasionali) è possibile pervenire alla stima della quantità di droga immessa nel mercato interno, inserendo alcune assunzioni sulla frequenza e le quantità d'uso delle diverse tipologie di consumatori. I comportamenti di consumo della popolazione, che riguardano sia la frequenza di consumo in un anno sia le dosi giornaliere, si basano su ipotesi condivise in ambito Europeo[20] e su indicazioni di esperti (Direzione Centrale Servizi Antidroga).

Il consumo in termini di valore è individuato moltiplicando le quantità consumate per i prezzi al dettaglio. Mentre i dati relativi al numero di consumatori ed alle quantità assunte richiedono un lavoro di raccordo tra fonti diverse, nonché la formulazione di ipotesi sui comportamenti di consumo, le informazioni sui prezzi appaiono più univoche e affidabili, e dunque l'elemento meno controverso tra quelli che concorrono alla determinazione della spesa.

Le informazioni sui prezzi sono disponibili nelle relazioni annuali della Direzione del Servizio Antidroga del Ministero dell'Interno. I dati forniti per tipo di sostanza si riferiscono al prezzo unitario (per dose o per grammo, a seconda dei casi) minimo, massimo e medio. Ai fini della stima della spesa, è stato considerato un prezzo al consumo intermedio tra le due quotazioni estreme indicate per le vendite al dettaglio. I prezzi risultano coerenti con quelli diffusi dalle Nazioni Unite.

Gli aggregati dell'offerta

Una volta stabilita la dimensione del mercato interno, rappresentata dalla quantità di sostanze stupefacenti consumate, si è proceduto alla stima del valore delle importazioni, delle esportazioni e

17 Si definiscono come problematici i consumatori che tendono a fare uso di droga tutti i giorni o quasi, spesso anche più volte al giorno, regolari i consumatori che fanno un uso settimanalmente di sostanze psicotrope, specialmente nel fine settimana, occasionali quei consumatori che hanno provato qualche sostanza stupefacente e che, se continuano nell'uso, riescono a limitarsi nella frequenza.

18 Si veda Fabi et al. "Segmentazione e valutazione del mercato dal lato domanda. In G.M. Rey, C. Rossi, A. Zuliani, (2011), "Il mercato delle droghe: dimensione, protagonisti, politiche" e "Further insights into aspects of the EU illicit drugs market", European Commission 2013.

19 Si veda "Il mercato delle droghe", a cura di G.M. Rey, C.Rossi e A. Zuliani, Franco Angeli, 2011, pag. 193.

20 Si rimanda all'Ebook di Vopravil J. e Rossi C "Illicit drug market and its economic impact" del 2014.

della produzione interna, tramite assunzioni riguardanti il grado medio di purezza delle sostanze, la quota di ri-esportazione e i prezzi di riferimento degli aggregati da stimare (prezzo di acquisto sui mercati internazionali, di vendita all‟ingrosso e al dettaglio sul mercato nazionale).

Questi ultimi sono rilevati dal Ministero degli Interni e dall‟agenzia delle Nazioni Unite per il controllo e la prevenzione del crimine (UNODC).

Le quantità di sostanze stupefacenti esportate e quelle utilizzate sul mercato interno rappresentano l‟ammontare di droga gestito da residenti. Considerando le fasi tipiche del traffico di stupefacenti (commercio all‟ingrosso internazionale, commercio all‟ingrosso nazionale, commercio al dettaglio), si è proceduto alla stima del valore della produzione (definito come il margine derivante dalla vendita delle sostanze stupefacenti), dei costi intermedi e, conseguentemente, del valore aggiunto generato. Tale stima è basata su informazioni indirette fornite da analisti operanti presso le diverse istituzioni che svolgono attività di contrasto al fenomeno e relative alle "tecnologie di produzione" e ai prezzi della merce ai diversi stadi del processo.

Ciascuna fase del processo implica un diverso ammontare di ricavi e costi mentre le transazioni che si determinano lungo la filiera consentono di stimare la distribuzione del valore aggiunto tra i vari operatori. Al fine di determinare per ciascuna tipologia di transazione l‟ammontare di produzione e di valore aggiunto, si sono stimati i margini commerciali (differenza fra valore del venduto e valore dei beni da rivendere) e i costi intermedi impiegati nella produzione. In particolare, per la definizione dei margini commerciali sono stati individuati i prezzi di riferimento lungo la filiera (ottenuti sulla base di elaborazioni di dati ufficiali e informazioni fornite da esperti della DCSA, Direzione Centrale dei Servizi Antidroga) e l‟entità dell‟adulterazione per tipologia di sostanza stupefacente (rispetto alla quale sono forniti dati dal Ministero degli Interni). I costi intermedi sono definiti in quota rispetto al valore della produzione, non essendo disponibili informazioni puntuali sui prezzi praticati per i beni e servizi acquistati dai trafficanti.

I risultati

Come per tutte le innovazioni introdotte nell‟ultima revisione dei conti nazionali diffuse a partire da settembre 2014, i calcoli analitici di base sono stati sviluppati con riguardo all‟anno 2011 che ha costituito ciò che in termini tecnici si definisce anno di riferimento (o di benchmark).

Le stime effettuate rilevano che nel 2011 le attività connesse agli stupefacenti rappresentano circa il 60% del complesso delle attività illegali stimate dalla Contabilità Nazionale e pesano per circa lo 0,8% sul Pil[21]. In particolare, il consumo di sostanze stupefacenti sul territorio nazionale è stimato in 12,7 miliardi di euro, di cui circa la metà attribuibili al consumo di cocaina e un quarto all‟utilizzo di derivati della cannabis (Tabella 7).

Tabella 7: Consumo di droga per tipologia di sostanze stupefacenti. Anno 2011 (valori in milioni di euro)

21 Istat (2014), I nuovi conti nazionali in Sec 2010 - Innovazioni e ricostruzione delle serie storiche (1995-2013), Nota informativa, 6 ottobre.

Tipologia di droga	Consumi finali
Eroina	1.6
Cocaina	6.4
Cannabis	3.4
Altro	1.3
Totale	**12.7**

In sintesi, l‟obiettivo perseguito nella costruzione delle misure di contabilità nazionale è stato quello di stimare nel modo più preciso possibile i valori per l‟anno di riferimento 2011 e adottare ipotesi prudenziali e conservative per gli anni precedenti e successivi.

Stimare il valore economico delle attività illegali è un compito molto complesso e numerose sono le difficoltà che si incontrano: le informazioni disponibili da fonti ufficiali sono limitate e i metodi di stima comportano necessariamente l‟utilizzo di ipotesi che presentano un carattere di discrezionalità. Nel complesso, l‟Istat ritiene che le stime presentino un livello di fondatezza accettabile e tale da migliorare l‟esaustività delle misure di contabilità nazionale.

Bibliografia

European Commission, IMF, OECD, United Nations, Word Bank (2009), *System of National Accounts 2008* , Brussels/Luxembourg, New York, Paris, Washington, D.C.

Fabi et al. (2011), *Segmentazione e valutazione del mercato dal lato domanda*, in "Il mercato delle droghe: dimensione, protagonisti, politiche" a cura di G.M. Rey, C. Rossi, A. Zuliani.

Groom, C. and Davies, T. (1998), *Developing a methodology for measuring illegal activity for the UK National accounts*, Economic trends, No. 536 July.

EMCDDA (2003), *The state of the drugs problem in the European Union and Norway*, Annual Report 2003, Lisbon.

EMCDDA (2008), *Guidelines for estimating the incidence of problem drug use*, Lisbon.

EMCDDA (2011), *Annual report on the state of the drugs problem in Europe. 2011*, Lisbon.

European Commission (2013), *Further insights into aspects of the EU illicit drugs market*, Editors Franz Trautmann (Trimbos Institute), Beau Kilmer (RAND) and Paul Turnbull (ICPR).

Eurostat (1996), *European system of accounts ESA 1995*, Luxembourg.

Eurostat (2013), *European system of accounts ESA 2010*, Luxembourg.

Heij, R. de (2007), *Linking the illegal economy to National accounts*, Statistics Netherlands.

Istat (2014), *I nuovi conti nazionali in Sec 2010 - Innovazioni e ricostruzione delle serie storiche (1995-2013)*, Nota informativa, 6 ottobre.

OECD (2002), *Handbook for Measurement of the Non-Observed Economy*, Paris.

REITOX (2012), *2012 National Report to the EMCDDA. Italy*.

Rey. G.M., Rossi C., Zuliani A. (2011), *Il mercato delle droghe: dimensione, protagonisti, politiche*, Franco Angeli.

Rossi, C. (2013), *Monitoring the size and protagonists of the Drug Market: combining supply and demand data sources and estimates*, Current Drug Abuse Reviews, 6, 2013.

Rossi C. e altri (2014), *A chi compete la raccolta, l'interpretazione dei dati e lo studio della parte sommersa del „fenomeno droga'?*, UniversItalia Editrice.

UNODC (2000-2013), *World Drug Report*, Vienna.

UNODC (2013), *Illicit flows*.

Vopravil J., Rossi C. (2014), *Illicit drug market and its economic impact*, Ebook, UniversItalia Editrice.

Capitolo 2. Dimensione della criminalità

A cura del Ministero dell'Interno- Direzione Centrale Servizi Antidroga, del Ministero della Giustizia e di Esperti

2.1 Denunce a piede libero, in stato di irreperibilità e arresti

Nel 2014 sono state segnalate all'Autorità Giudiziaria 29.474 persone, con un decremento pari al 13,25% rispetto all'anno precedente. Più in dettaglio, è stata rilevata una diminuzione delle denunce per i reati correlati all'eroina (-13,53%), alla cocaina (-22,85%), all'hashish (-29,69%), alle droghe sintetiche (-21,99%) e alle altre droghe (-6,97%) ed un aumento per quelle relative alla marijuana (+12,76%) e alle piante di cannabis (+13,19%).

La sostanza stupefacente che ha prodotto il più alto numero di denunce è stata la cocaina (9.070 casi), seguita dalla marijuana (8.076), dall'hashish (4.885), dall'eroina (4.116) e dalle piante di cannabis (1.527).

Le denunce hanno riguardato in 18.889 casi cittadini italiani (64,09%) e in 10.585 cittadini stranieri (35,91%). L'incidenza delle donne e dei minori è stata rispettivamente del 7,84% e del 3,53%.

Su un totale di 29.474 informative di reato, 2.776 di esse hanno riguardato l'art. 74 del T.U. 309/90 (associazione finalizzata al traffico di stupefacenti) un numero che ben riflette l'impegno operativo e l'attenzione degli organi investigativi nei confronti della Criminalità Organizzata.

Persone segnalate		2014	% sul 2013
Tipo di denuncia	Arresto	20.752	-16,82
	Libertà	8.373	-2,32
	Irreperibilità	349	-23,30
Tipo di reato	Traffico illecito (Art.73)	26.692	-12,40
	Ass. finalizzata al traffico (Art.74)	2.776	-20,53
	Altri reati	6	-50,00
Nazionalità (prime 10)	Italiani	18.889	-15,19
	Stranieri	10.585	-9,55
	di cui:		
	Marocchini	*2.216*	*-18,26*
	Albanesi	*1.815*	*-19,90*
	Tunisini	*1.666*	*-7,44*
	Nigeriani	*919*	*22,86*
	Senegalesi	*463*	*13,76*
	Gambiani	*412*	*65,46*
	Romeni	*335*	*-7,20*
	Egiziani	*193*	*-15,72*
	Algerini	*164*	*0,00*
	Dominicani	*154*	*-25,24*
	Altre nazionalità	*2.248*	*-12,22*
Sesso	Maschile	27.162	-13,22
	Femminile	2.312	-13,57
Età	Maggiorenni	28.433	-13,05
	Minorenni	1.041	-18,35
Fasce di età	< 15	42	-12,50
	15 ÷ 19	2.909	-18,15
	20 ÷ 24	5.614	-16,72
	25 ÷ 29	5.658	-13,59
	30 ÷ 34	4.709	-13,77
	35 ÷ 39	3.731	-10,57
	≥ 40	6.811	-8,58
	Totale	**29.474**	**-13,25**

Persone segnalate: distribuzione regionale

La regione Lombardia, con un totale di 3.714 soggetti coinvolti nel traffico di stupefacenti, emerge come valore assoluto rispetto alle altre, seguita dal Lazio (3.368), dalla Campania (2.925), dalla Sicilia (2.642) e dalla Puglia (2.494). I valori più bassi in Molise (156) e Valle d'Aosta (126). Rispetto al 2013 aumentano in maniera consistente le denunce in Valle d'Aosta

(+641,18%) e in Umbria (+63,19%). I cali più vistosi, in percentuale, in Trentino Alto Adige (-37,11%) e nel Lazio (-25,96%). Prendendo in esame le macroaree, i soggetti segnalati all"Autorità Giudiziaria risultano distribuiti per il 39,52% al Sud e Isole, per il 36,47% al Nord e per il 24,01% al Centro.

Figura 32: Distribuzione regionale delle persone segnalate all"Autorità Giudiziaria. Anno 2014

Fonte: Direzione Centrale per i Servizi Antidroga – Ministero dell'Interno

STRANIERI SEGNALATI

Nel 2014 sono stati 10.585 i soggetti stranieri denunciati in Italia per reati concernenti gli stupefacenti. Questo numero, che rappresenta il 35,91% del totale dei denunciati, pur evidenziando un decremento del 9,55% rispetto all"anno precedente, appare comunque particolarmente rilevante.

Sono soprattutto marocchini (il 20,94% del totale) gli stranieri denunciati per droga a livello nazionale, seguiti da soggetti di nazionalità albanese (17,15%), tunisina (15,74%), nigeriana (8,68%) e senegalese (4,37%).

La cocaina, i derivati della cannabis e l"eroina sono le droghe maggiormente commercializzate dalle consorterie formate da stranieri (in particolare albanesi, marocchini, tunisini e nigeriani) attive nel nostro Paese. Volendo, invece, specificare l"ambito criminale in cui è prevalente una particolare etnia, sembra emergere una tendenza dei cittadini di nazionalità albanese, nigeriana

e marocchina alla partecipazione ad associazioni dedite al traffico illecito di droga mentre si confermano leader nelle attività di spaccio i cittadini di origine marocchina, i tunisina e albanese.

Stranieri segnalati: distribuzione regionale

In termini assoluti le regioni maggiormente interessate dalla presenza di stranieri coinvolti nel narcotraffico, pari al 63,82% del totale, sono la Lombardia, il Lazio, l'Emilia Romagna, la Toscana e il Veneto.

Anche la Liguria, luogo di transito dell'hashish proveniente dal Marocco via Spagna e Francia, raggiunge livelli significativi nell'incidenza di stranieri denunciati in rapporto alla popolazione.

Le regioni che, invece, registrano una minore presenza di stranieri denunciati sono quelle del meridione d'Italia dove però anche le attività di spaccio della droga sono rigidamente controllate dalle organizzazioni criminali endogene.

Si rileva, inoltre, la seguente maggiore concentrazione per nazionalità: marocchini in Lombardia, Toscana, Emilia Romagna e Veneto; albanesi in Lombardia, Toscana, Emilia Romagna; tunisini in Emilia Romagna, Veneto e Toscana; nigeriani in Veneto, Emilia Romagna e Lazio.

Figura 33: Distribuzione regionale degli stranieri segnalati all"Autorità Giudiziaria. Anno 2014

Fonte: Direzione Centrale per i Servizi Antidroga – Ministero dell'Interno

DONNE SEGNALATE

Le donne segnalate all"Autorità Giudiziaria nel 2014 sono state 2.312 (1.466 in stato di arresto) corrispondenti al 7,84% del totale nazionale, con un decremento, rispetto all"anno precedente, del 13,57%. Fra queste, 510 sono di nazionalità straniera, in particolare romene, nigeriane, marocchine e albanesi.

La fascia di età maggiormente coinvolta è stata quella ≥ 40 anni con 721 casi.

Le segnalazioni hanno riguardato per l"89,71% il reato di traffico/spaccio e per il 10,29% quello di associazione finalizzata al traffico di stupefacenti.

Donne segnalate: distribuzione regionale

La regione Campania, con un totale di 295 donne coinvolte nel traffico di stupefacenti, emerge come valore assoluto rispetto alle altre regioni, seguita dal Lazio (270), dalla Lombardia (246), dalla Puglia e dalla Sicilia (164).

I valori più bassi in Basilicata (14) e Valle d"Aosta (10).

Rispetto al 2013 sono stati registrati aumenti consistenti di denunce in Valle d"Aosta (+900%), in Umbria (+82,86%), in Friuli Venezia Giulia (+43,33) e in Abruzzo (+25,58).

I cali più vistosi, in percentuale, nel Lazio (-34,31%), nella Toscana (-30,74%), nella Campania (-28,57%) e in Liguria (-22,45).

Prendendo in esame le macroaree le donne segnalate all"Autorità Giudiziaria nel 2014 risultano distribuite per il 42,65% al Sud e Isole, per il 32,18% al Nord e per il 25,17% al Centro.

Figura 34: Distribuzione regionale delle donne segnalate all"Autorità Giudiziaria. Anno 2014

Fonte: Direzione Centrale per i Servizi Antidroga – Ministero dell'Interno

MINORI SEGNALATI

I minori segnalati all"Autorità Giudiziaria nel 2014 sono stati 1.041 (424 in stato di arresto) pari al 3,53% del totale delle persone segnalate a livello nazionale, con un decremento del 18,35% rispetto all"anno precedente.

Come evidenziato nella seguente tabella, le denunce, 42 delle quali sono a carico di quattordicenni, presentano incrementi costanti man mano che ci si avvicina alla soglia della maggiore età. Tra i denunciati 188 sono di nazionalità straniera, in particolare tunisini, romeni, albanesi e marocchini.

Relativamente al tipo di reato, 1.015 minori sono stati segnalati per l"art. 73 (traffico/spaccio) e 26 per l"art. 74 (associazione finalizzata al traffico).

Minori segnalati: distribuzione regionale

La regione Toscana, con un totale di 110 minori coinvolti nel traffico di stupefacenti, emerge in termini assoluti rispetto alle altre, seguita dalla Lombardia (106), dal Lazio (92), dalla Puglia (79), dal Veneto (76), dalla Sicilia (73) e dalla Campania (67).

I valori più bassi in Basilicata (6) e in Valle d"Aosta (1). Rispetto al 2013 sono stati registrati aumenti consistenti di denunce in Umbria (+260%), in Calabria (+72,22%), nelle Marche (+55,26%) e in Abruzzo (+22,73%).

I cali più vistosi, in percentuale, in Molise

(-45,45%), in Sardegna (-42,62%), in Lombardia (-41,11%) e in Trentino Alto Adige (-37,74%).

Prendendo in esame le macroaree i minori segnalati all"Autorità Giudiziaria nel 2014 risultano distribuiti per il 41,57% al Nord, per il 31,40% al Sud e Isole e per il 27,03% al Centro.

Figura 35: Distribuzione regionale dei minori segnalati all"Autorità Giudiziaria. Anno 2014

Fonte: Direzione Centrale per i Servizi Antidroga – Ministero dell'Interno

Denunce per sostanza: cocaina

Nel 2014 sono risultate in calo sia le operazioni di contrasto al traffico (-21,87%) che le denunce (-22,85%). Di segno negativo anche il dato dei sequestri (-21,90%), in linea con il trend che, negli ultimi anni, ha visto la stabilizzazione della domanda di questa specifica sostanza.

Nel complesso le operazioni rivolte al contrasto della cocaina sono state 4.758 e le denunce 9.070, mentre la sostanza sequestrata è risultata pari a kg 3.883,30.

Tra le 9.070 persone denunciate per i delitti aventi per oggetto la cocaina, 736 (8,11%) sono state donne e 100 (1,10%) minori.

I cittadini stranieri coinvolti sono stati 3.479, corrispondenti al 38,36% del totale dei denunciati per cocaina.

Le nazionalità straniere maggiormente coinvolte nel traffico di questo stupefacente sono quelle albanesi, marocchine, tunisine e nigeriane.

Rispetto al tipo di reato le denunce hanno riguardato per l‟83,54% il traffico/spaccio e per il 16,45% quello più grave di associazione finalizzata al traffico.

Dall‟esame dei casi in cui la provenienza è stata compiutamente accertata, si rileva che il mercato italiano è alimentato per la maggior parte dalla cocaina prodotta in Colombia e proveniente dall‟Ecuador, Brasile, Costa Rica, Repubblica Dominicana, Cile e Perù.

La cocaina sequestrata nel corso delle operazioni antidroga è stata, il più delle volte, rinvenuta occultata sulla persona (523 casi), nelle abitazioni (436), in auto (209), in lettere o pacchi postali (94), nel bagaglio (91) e nel corpo in cavità rettale o ingerita (61).

I sequestri più significativi sono stati effettuati nel porto di Gioia Tauro (RC) per complessivi kg 441,58, al porto di Vado Ligure (SV) per kg 160,03, al porto di Genova per kg 154,09 e a Desenzano del Garda (BS) per kg 140.

Denunce per sostanza: eroina

Nel 2014 i sequestri di eroina in Italia sono risultati in aumento. Si è passati da kg 884,284 del 2013 a kg 931,129 del 2014 (+5,30%). In diminuzione le operazioni e le denunce relative a questa sostanza, che sono state rispettivamente 2.220 (-13,72%) e 4.116 (-13,53%).

Tra le 4.116 persone denunciate per eroina, 466 (11,32%) sono donne e 34 (0,83%) minori. I cittadini stranieri coinvolti sono stati 2.059, corrispondenti al 50,02% del totale dei denunciati per eroina.

Sono quelle tunisina, marocchina, albanese, nigeriana e pakistana, le nazionalità straniere maggiormente coinvolte nel traffico e nello spaccio dell‟eroina in Italia.

Relativamente al tipo di reato le denunce hanno riguardato per il 91,11% il traffico/spaccio e per l‟8,89% quello più grave di associazione finalizzata al traffico.

Dall‟esame dei casi in cui la provenienza è stata accertata, si rileva che i principali paesi di provenienza di questo stupefacente sono la Grecia, il Pakistan, l‟Albania, il Belgio, il Kenya, la Spagna e la Danimarca.

L‟eroina sequestrata nel corso delle operazioni antidroga è stata il più delle volte rinvenuta occultata sulla persona (240 casi), nelle abitazioni (182), in autovetture (94), nelle cavità corporee (58) e nei bagagli (23).

I sequestri più significativi sono avvenuti nel Porto di Ancona (kg 69,13), a S. Giuliano Milanese (MI) (kg 55), a Cerea (VR) (kg 41,50), a Milano (kg 41,50) e a Padova (kg 40).

Denunce per sostanza: cannabis

Il 2014 ha portato un rilevante incremento nei sequestri di hashish (+211,29%) ed un aumento in quelli di marijuana (+15,93%) sul territorio nazionale. Per la marijuana il segno è positivo

sia per le operazioni (+11,75%) che per le segnalazioni all'Autorità Giudiziaria (+12,76%); sono, invece, entrambi di segno negativo per l'hashish, rispettivamente con -28,80% e con -29,69%. Nel complesso le operazioni di polizia finalizzate al contrasto dei derivati della cannabis sono state 11.528; le denunce per hashish 4.885, quelle per la marijuana 8.076 e quelle per la coltivazione di piante 1.527. I sequestri, invece, hanno raggiunto la soglia di kg 113.157,29 per l'hashish e di kg 33.440,86 per la marijuana.

Tra le 14.488 persone denunciate per condotte concernenti i derivati della cannabis, 939 (6,48%) sono donne e 855 (5,90%) minori. I responsabili di nazionalità straniera sono 4.458, corrispondenti al 30,77% del totale dei denunciati per questo tipo di sostanze.

Le nazionalità straniere maggiormente coinvolte nel traffico dei derivati della cannabis sono quelle marocchina, nigeriana, tunisina, albanese e senegalese.

Rispetto al tipo di reato le denunce hanno riguardato per il 95,51% il traffico/spaccio e per il 4,47% il reato più grave di associazione finalizzata al traffico.

Dall'esame dei casi in cui la provenienza è stata puntualmente accertata, si rileva che il mercato italiano è stato rifornito prevalentemente dall'hashish proveniente dal Marocco e dalla marijuana albanese.

I sequestri più significativi sono stati effettuati, per la resina di cannabis, nelle acque antistanti l'isola di Pantelleria (TP) (complessivamente kg 70.966 all'esito di due operazioni aeronavali) e, per la marijuana, a Roma (RM) (kg 2.240) e nel Porto di Catania (CT) (kg 2.062).

I quantitativi di cannabis sequestrati erano per lo più occultati in abitazioni (1.829 casi), sulla persona (1.349 casi), all'interno di corrispondenza postale (597 casi) e in auto (353 casi).

Denunce per sostanza: droghe sintetiche

Nel 2014, in Italia, i sequestri di droghe sintetiche in dosi nel loro complesso hanno registrato un incremento del 23,99%, mentre quelle rinvenute in polvere evidenziano un decremento pari al 56,32%. Le operazioni dirette al contrasto delle droghe sintetiche sono state 222 e le denunce 305, mentre le dosi sequestrate ammontano a 9.344 unità.

Il sequestro più significativo è stato quello relativo a 3.269 pastiglie di ecstasy, eseguito a Firenze nel mese di ottobre, mentre a Peschiera del Garda (VR), nel mese di gennaio sono stati sequestrati kg 21,03 di ecstasy.

Delle 305 persone denunciate per attività illecite aventi per oggetto le droghe sintetiche, 30 (9,84%) sono donne e 10 (3,28%) minori. I cittadini stranieri coinvolti sono stati 127, corrispondenti al 41,64% del totale dei denunciati per questo tipo di sostanze.

Le nazionalità straniere maggiormente coinvolte nei traffici e nelle attività di spaccio sono quelle filippina (48), cinese (27), bengalese (7), vietnamita (6), romena e tunisina (4).

Le droghe sintetiche sequestrate nel corso delle operazioni antidroga sono state rinvenute per lo più occultate all'interno di pacchi o lettere postali, sulla persona e in abitazioni.

Relativamente al tipo di reato, le denunce hanno riguardato, per il 97,38%, le condotte di traffico/spaccio e, per il 2,62%, il reato più grave di associazione finalizzata al traffico.

Anche nel 2014 il mercato olandese ha rivestito un ruolo essenziale nelle operazioni di approvvigionamento delle piazze di spaccio nazionali. Non a caso le principali direttrici d'ingresso di questo stupefacente provengono da quel Paese, oltreché dalla Spagna e dalla

Svizzera. Fra le droghe sintetiche sequestrate i quantitativi più significativi appartengono al gruppo dell"ecstasy.

Quadro riepilogativo

Sostanze stupefacenti sequestrate

		Cocaina (kg)	Eroina (kg)	Hashish (kg)	Marijuana (kg)	Droghe sintetiche (kg)	Altre droghe (kg)	Piante di cannabis (nr)	Droghe sintetiche (nr)	Altre droghe (nr)	Totali (kg)	Totali (nr)
Andamento quinquennale	**2010**	3.847	944	20.455	5.505	50	698	72.538	78.904	6.396	**31.499**	**157.838**
	2011	6.348	813	20.326	10.924	50	994	1.008.236	16.582	16.318	**39.457**	**1.041.136**
	2012	5.306	940	21.917	21.527	68	428	4.122.619	22.727	27.231	**50.187**	**4.172.577**
	2013	4.972	884	36.351	28.846	97	952	894.890	7.536	16.528	**72.103**	**918.954**
	2014	3.883	931	113.157	33.441	43	743	121.659	9.344	30.841	**152.198**	**161.844**
Ripartizione geografica (2014)	**Italia Nord**	1.584	524	7.577	3.396	36	357	10.165	3.159	27.858	**13.474**	**41.182**
	Italia Centro	361	186	5.095	5.518	4	363	18.911	4.182	1.076	**11.528**	**24.164**
	Italia Sud e isole	1.939	220	80.192	24.527	2	23	92.583	2.003	1.907	**106.904**	**96.493**
	Acque Internazionali	-	-	20.292	-	-	-	-	-	-	**20.292**	**-**

Persone segnalate all'Autorità Giudiziaria

		Nazionalità		Età		Sesso		Fasce di età							
		Italiani	Stranieri	Maggiorenni	Minorenni	Maschi	Femmine	< 15	15 ÷ 19	20 ÷ 24	25 ÷ 29	30 ÷ 34	35 ÷ 39	≥ 40	Totale
Andamento quinquennale	**2010**	27.173	12.164	38.188	1.149	35.960	3.377	42	3.620	8.247	8.220	6.637	4.869	7.702	**39.337**
	2011	24.433	12.793	36.033	1.193	34.038	3.188	44	3.568	7.606	7.458	6.427	4.526	7.597	**37.226**
	2012	23.124	12.381	34.225	1.280	32.484	3.021	62	3.464	7.286	6.972	5.747	4.534	7.440	**35.505**
	2013	22.272	11.702	32.699	1.275	31.299	2.675	48	3.554	6.741	6.548	5.461	4.172	7.450	**33.974**
	2014	18.889	10.585	28.433	1.041	27.162	2.312	42	2.909	5.614	5.658	4.709	3.731	6.811	**29.474**
Ripartizione geografica (2014)	**Italia Nord**	5.026	5.710	10.307	429	9.992	744	19	1.103	2.006	2.094	1.824	1.334	2.356	**10.736**
	Italia Centro	3.694	3.374	6.789	279	6.486	582	12	730	1.324	1.440	1.205	897	1.460	**7.068**
	Italia Sud e isole	10.169	1.467	11.312	324	10.650	986	11	1.065	2.280	2.115	1.678	1.499	2.988	**11.636**
	Acque Internazionali	-	34	25	9	34	-	-	11	4	9	2	1	7	**34**

2.2 Stima del costo della criminalità

Stimare quanto costa il contrasto e la repressione del "fenomeno droga" non è cosa semplice in quanto la raccolta dei dati è eseguita in alcuni casi in modo aggregato senza la possibilità di rintracciare la specifica voce di spesa, quindi è necessario adottare delle riproporzioni che possono indicativamente restituire il costo della specifica componente all'interno della macro voce economica.

La stima comprende tre componenti di spesa: la prima componente sono i costi dei detenuti "droga correlati"; la seconda componente sono i costi della pubblica sicurezza "droga correlati", la terza componente sono i costi dei procedimenti giudiziari "droga correlati".

La stima è effettuata sulla base dei dati provenienti da fonti amministrative: Ministero di Giustizia, Dipartimento Amministrazione Penitenziaria, Ragioneria Generale dello Stato, Istat.

Stima dei costi droga correlati della Giustizia italiana

Lo studio ha esaminato solo i costi diretti relativi al fenomeno droga per tre settori della giustizia penale: 1) i costi di detenzione 2) i costi sostenuti dalle forze dell'ordine e 3) i costi dei tribunali penali.

La raccolta dei dati e l'analisi dei costi sono state compiute in conformità a una serie d'indicatori, con l'obiettivo di determinare la quota di giustizia penale del bilancio nazionale dedicata agli interventi derivanti dal mercato delle droghe e dalla attuale legislazione.

La stima dei costi è stata realizzata al fine di fornire una comprensione generale dell'impatto economico o "peso" attribuibili al contrasto e repressione del fenomeno droga sul bilancio nazionale e di rapportare questo costo rispetto al PIL e alla spesa media pro-capite. I costi per i tre settori considerati, polizia, magistratura e prigioni, sono stati successivamente normalizzati per il PIL e per la popolazione residente al fine di fornire una dimensione comparabile degli stessi per gli anni osservati e la possibilità di comparazione con altri paesi, come in corso nel progetto europeo "Alice rap".

Per il settore di detenzione, l'analisi condotta permetta di determinare il costo dei detenuti per "legge droga". La stima per la detenzione è stata ottenuta moltiplicando il numero di detenuti per reati legati alla droga per il costo medio giornaliero per un detenuto. Il costo giornaliero di tutti i detenuti droga è stato moltiplicato per 365, per ottenere una stima del totale annuo.

La stima sui costi delle forze dell'ordine è stata ottenuta dividendo il costo totale degli stipendi per il personale stabile dei corpi di polizia dipendente dalle pubbliche amministrazioni (esclusa la polizia penitenziaria i cui costi sono già inclusi nella stima per la detenzione) per il numero totale di delitti denunciati dalle forze di polizia all'autorità giudiziaria. Il costo medio risultante per reato è stato poi moltiplicato per il numero di reati relativi alla normativa sugli stupefacenti.

Per il settore giudiziario, la stima è stata ottenuta, dividendo il totale dei costi del personale dipendente ed estraneo all'amministrazione della magistratura ordinaria per tutti i procedimenti penali e civili ottenendo il costo medio per ogni procedimento, successivamente moltiplicato per i procedimenti penali "droga". Questa stima è solamente indicativa per tre motivi: il primo, perché non è possibile un calcolo accurato della spesa penale, i capitoli di spesa per i tribunali sono composti sia dai costi dei tribunali penali sia da quelli civili; il secondo perché è stato considerato non il costo totale della giustizia ma solo i compensi della magistratura ordinaria quindi una parte

dei costi sostenuti dal sistema giudiziario. Infine se si avesse l'indicazione sul costo di un procedimento droga la stima sarebbe più precisa. La stima deve essere considerata a titolo indicativo.

I dati sono stati raccolti da fonti istituzionali nazionali. Le principali fonti di dati accessibili e gli oggetti cercati sono elencati di seguito:

- ISTAT (popolazione, PIL prezzi correnti; reati registrati dalla polizia; numero procedimenti penali 309/1990).
- Ragioneria Generale dello Stato (numero personale Corpi di Polizia; Costo personale Corpi di Polizia; costo personale Magistratura ordinaria)
- Direzione Amministrativa Penitenziaria (numero totale di detenuti; numero detenuti 309/1990; Costo giornaliero detenuti).
- DCSA (Direzione centrale servizi antidroga) (Denunciati legge 309 1990 articolo 73 sostanza primaria "Cannabis")
- Ministero della Giustizia (Numero procedimenti penali; numero procedimenti civili)

E" stato possibile raccogliere tutti i dati per gli anni dal 2008 al 2012.

Costi della reclusione

I dati relativi alla detenzione per un paese sono una preoccupazione importante ed è uno dei principali problemi che qualsiasi indagine su tematiche criminalità-correlate deve affrontare. I costi di detenzione attribuibili alla droga sono chiaramente legati al numero totale di detenuti (tra cui i detenuti in attesa di giudizio), condannati per reati legati alla droga. Questo indicatore è comunemente noto come la *prison stock*. Di solito, il numero totale dei detenuti comprende le categorie standard di detenuti, come le persone detenute in un istituto penale a una determinata data e, più specificamente, detenuti in custodia cautelare e prigionieri condannati.

Il costo stimato per la detenzione per reati legati alla droga è stato ottenuto moltiplicando il numero di giorni-persona di persone detenute per motivi legati alla droga per il costo medio al giorno per i diversi anni presi in considerazione. Per prevalenza riportata in un giorno specifico, i numeri sono stati moltiplicati per 365 per ottenere una stima media del totale annuo. La stima per il 2014 non è stata effettuata in quanto non disponibile il costo giornaliero per detenuto (Tabella 8).

Tabella 8: Costi annuali di detenzione.

	2008	2009	2010	2011	2012	2013
(Costo medio giornaliero per singolo detenuto)	152,05	120,95	116,67	119,01	124,73	123,78
DETENUTI LEGGE DROGA	23.505	26.931	28.199	27.459	26.160	24.273
COSTO DETENUTI DROGA PER ANNO	**1.304.486.366**	**1.188.916.124**	**1.200.841.725**	**1.192.781.890**	**1.190.971.932**	**1.096.646.858**

Fonte: Ministero della Giustizia, Direzione Amministrativa Penitenziaria

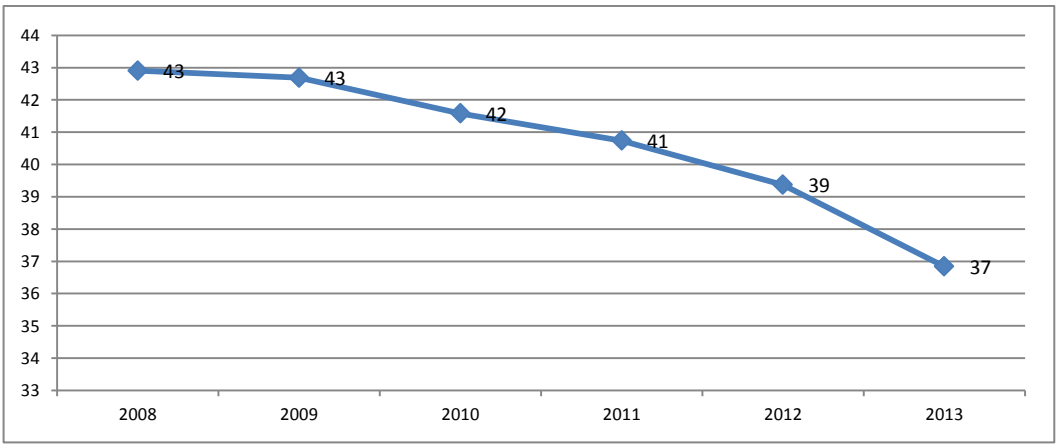
La spesa per i detenuti droga negli anni presi in considerazione è particolarmente elevata, l‟anno in cui si registra la spesa più alta è il 2008, mentre la spesa più bassa è del 2013, questo decremento non corrisponde a un calo dei detenuti droga, bensì da una riduzione del costo giornaliero per detenuto (Tabella 9, Figura 36).

Tabella 9: Costo penitenziario.

	Costo detenuti droga	Costo detenuti totale	• % spesa detenuti droga sul totale dei detenuti
2008	**1.304.486.366,25**	**3.040.693.619,25**	• 42,9
2009	**1.188.916.124,25**	**2.785.439.191,25**	• 42,7
2010	**1.200.841.725,45**	**2.888.084.181,00**	• 41,6
2011	**1.192.781.890,35**	**2.927.982.203,25**	• 40,7
2012	**1.190.971.932,00**	**3.025.187.076,05**	• 39,4
2013	**1.096.646.858,10**	**2.976.845.253,30**	• 36,8

Fonte: nostre elaborazioni Ministero della Giustizia, Direzione Amministrativa Penitenziaria

Figura 36: Spesa percentuale dei detenuti droga sul totale della spesa per detenuti.



Fonte: Elaborazioni esperti sui dati del Ministero della Giustizia e della Direzione Amministrativa Penitenziaria.

Costi Polizia

Diverse fonti di dati sono state utilizzate per stimare i costi attribuibili al contrasto e alla repressione del fenomeno droga da parte dei corpi di polizia.

La stima è stata ottenuta dividendo il costo totale degli stipendi dei corpi di polizia (esclusi i costi del personale di polizia penitenziaria che ovviamente è già conteggiato per la stima dei costi di detenzione) per il numero totale di tutti i crimini denunciati dalle forze di polizia all'autorità

giudiziaria (Figura 37). Il costo medio risultante per crimine è il stato moltiplicato per il numero di reati relativi alla normativa sugli stupefacenti (Tabella 10).

Tabella 10: Costi di Polizia.

	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Tot. personale dipendente dalle P. A. CORPI DI POLIZIA	333.492	330.816	328.786	324.071	324.086	320.404	316.717
Personale stabile dipendente dalle P. A. CORPI DI POLIZIA	331.614	325.664	325.376	320.031	318.853	314.728	313.245
Tot. costo personale dipendente e estraneo all'amm.ne CORPI DI POLIZIA	16.514.000.000	16.619.000.000	17.168.000.000	17.033.000.000	17.947.000.000	17.106.000.000	16.894.000.000
MINISTERO DELLA GIUSTIZIA personale POLIZIA PENITENZIARIA	41.405	40.717	40.291	39.18	39.978	39.807	39.366
MINISTERO DELLA GIUSTIZIA COSTO POLIZIA PENITENZIARIA	1.958.968.589	1.945.660.340	1.985.092.677	2.015.128.441	1.988.532.988	2.016.009.880	2.006.085.859
Personale stabile dipendente dalle P. A. CORPI DI POLIZIA (esclusa la Polizia Penitenziaria)	290.209	284.947	285.085	280.851	278.875	274.921	273.879
Tot. costo personale dipendente e estraneo all'amm.ne CORPI DI POLIZIA (esclusa la Polizia Penitenziaria)	14.555.031.411	14.673.339.660	15.182.907.323	15.017.871.559	15.958.467.012	15.089.990.120	14.887.914.141

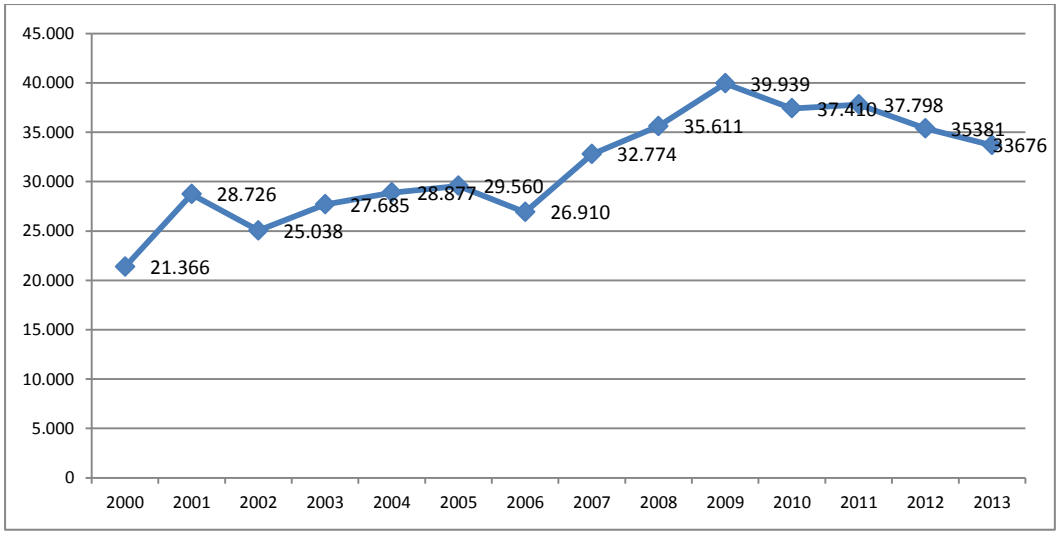
N. delitti denunciati dalle Forze di Polizia all'A. G.	2.933.146	2.709.888	2.629.831	2.621.019	2.763.012	2.818.834	2.892.155
N. delitti denunciati dalle Forze di Polizia all'A. G. sulla Normativa sugli stupefacenti	34.439	34.082	34.101	32.761	34.034	33.852	33.578
Stima Dei Costi Droga Relativi All'attività Di Contrasto Dei Corpi Di Polizia	**170.895.253**	**184.545.178**	**196.876.652**	**187.713.439**	**196.571.881**	**181.219.024**	**172.849.097**
Segnalazioni all'A. G. per art. 73 e tipologia di sostanza CANNABIS							14.986
Stima Dei Costi Droga Relativi All'attività Di Contrasto Art. 73 (Cannabis) Dei Corpi Di Polizia							77.143.265
% sul totale della stima dei costi di Polizia per droga attribuibile a denunciati art. 73 - cannabis							44,63

Fonte: Ragioneria Generale dello Stato, Istat, Direzione Centrale Servizi Antidroga

Solo per il 2013 si è cercato di stimare il numero di reati art. 73 DPR 309/90 che avessero come sostanza primaria rinvenuta la cannabis. Ovviamente questa stima deve essere interpretata con moderazione e come informazione indicativa di una possibile stima dei costi di contrasto e repressione per questo tipo di sostanza. Il problema principale nel creare questa tipologia di stime è che sono costruite sulla base di dati provenienti da fonti amministrative, che non tengono in considerazione esigenze di ricerca e di valutazione costi/efficacia delle politiche.

Forse, nei prossimi anni, tramite una raccolta più specifica di informazioni su alcune attività dei corpi di polizia, si potrà rilasciare valori in dettaglio che potrebbero risultare utili alla pianificazione di strategie di contrasto.

Figura 37: Reati per violazione delle leggi in materia di stupefacenti e sostanze psicotrope con sentenza irrevocabile per anno di iscrizione al Casellario (valori assoluti)



Fonte: Istat

Costi dei Tribunali

Come per la stima dei costi droga correlati ai corpi di polizia, anche la stima dei costi relativi al sistema giudiziario è stata costruita utilizzando diverse fonti di dati.

Bisogna evidenziare che la stima sui costi dei tribunali è solo indicativa e fortemente sottostimata, in quanto non è stato possibile reperire le informazioni necessarie per un"attenta e meticolosa analisi. I costi dei tribunali sono accorpati tra spese per il civile e quelle per il penale, questo comporta l"impossibilità di definire esattamente il carico di spesa per i procedimenti droga.

La stima è stata ottenuta dividendo il totale delle spese per i salari della magistratura ordinaria per il totale dei procedimenti civili e penali, la media risultante del costo per ogni procedimento è stata moltiplicata per il numero dei procedimenti relativi alla normativa sugli stupefacenti (

Tabella **11**).

Tabella 11: Procedimenti PENALI e CIVILI per tipologia di ufficio.

Procedimenti PENALI con autore noto ISCRITTI negli uffici giudiziari per tipologia di ufficio					
Ufficio	*Anno 2008*	*Anno 2009*	*Anno 2010*	*Anno 2011*	*Anno 2012*
TOTALE GENERALE	3.277.951	3.410.326	3.503.415	3.329.781	3.366.529
Procedimenti CIVILI Definiti					
Ufficio	*Anno 2008*	*Anno 2009*	*Anno 2010*	*Anno 2011*	*Anno 2012*
Corte di Appello	129.681	141.112	149.838	148.839	160.879
Corte Suprema di Cassazione	33.928	31.251	28.963	32.949	25.012
Giudice di pace	1.632.629	1.706.922	1.747.840	1.561.543	1.512.217
Tribunale ordinario	2.779.293	2.800.435	2.742.081	2.702.744	2.761.232

Tribunale per i minorenni	63.948	68.348	66.877	65.657	65.265
Totale	4.639.479	4.748.068	4.735.599	4.511.732	4.524.605
TOTALE Procedimenti penali autore noto ISCRITTI negli uffici giudiziari + procedimenti civili Definiti	**7.917.430**	**8.158.394**	**8.239.014**	**7.841.513**	**7.891.134**
Procedimenti 309/90 INIZIO AZIONE PENALE+ARCHIVIATI	55.244	53.674	47.755	45.500	41.881
Totale Costi Personale dipendente ed estraneo all'amministrazione della MAGISTRATURA ORDINARIA	**1.561.124.041**	**1.569.140.367**	**1.635.955.912**	**1.561.632.093**	**1.723.497.303**
COSTO MEDIO PROCEDIMENTO CALCOLATO SUL TOTALE DEI COSTI DEL PERSONALE DELLA MAGISTRATURA ORDINARIA	**197,18**	**192,33**	**198,56**	**199,15**	**218,41**
STIMA COSTI Procedimenti 309/90 INIZIO AZIONE PENALE+ARCHIVIATI	**10.892.769**	**10.323.360**	**9.482.333**	**9.061.295**	**9.147.201**

Fonte: Ministero della Giustizia - Direzione Generale di Statistica, Ragioneria Generale dello Stato, ISTAT

Costi totali

Sommando le stime si ottiene la stima totale di quanto lo Stato spende per il contrasto e la repressione del fenomeno droga. Le stime prodotte per gli anni dal 2008 al 2012 registrano una spesa media di 1,4 miliardi, tradotta nello 0,08 del PIL e una spesa media pro-capite di quasi 24 euro.

La spesa più alta si è registrata nel 2008 di 1,5 miliardi (

Tabella **12**).

Secondo una stima presentata nella Relazione al Parlamento del 2012 "I costi imputabili alle attività di contrasto ammontano a circa 2 miliardi di euro (7,1% del totale), di cui quasi la metà (48,2%) per la detenzione, il 18,7% per le attività delle forze dell"ordine, il 32,6% per le attività erogate dai tribunali e dalle prefetture"[22], la stima fornita nella Relazione al Parlamento è di 600milioni superiore a quella prodotta in questo documento, ovviamente come abbiamo esplicitato la stima dei costi per i tribunali è fortemente sottostimata. Quindi se applicassimo la stessa proporzione percentuale per calcolare i costi dei tribunali, condizionando l"analisi alla stima

22 Relazione al Parlamento 2012 Sull"uso di sostanze stupefacenti e sulle tossicodipendenze in Italia, Dati relativi all"anno 2011 e primo semestre 2012 - elaborazioni 2012, SINTESI *http://www.politicheantidroga.it/media/569861/file%20cumulativo_light.pdf*

statisticamente più robusta in nostro possesso, che è quella per i costi di detenzione, arriveremmo ad una stima di costo per il contrasto e la repressione di 2miliardi e mezzo di euro per il 2012.

Tabella 12: Costo totale**.**

	2008	2009	2010	2011	2012
COSTO DETENUTI DROGA PER ANNO (IN €)	**1.304.486.366,25**	**1.188.916.124,25**	**1.200.841.725,45**	**1.192.781.890,35**	**1.190.971.932,00**
STIMA DEI COSTI DROGA RELATIVI ALL'ATTIVITÀ DI CONTRASTO DEI CORPI DI POLIZIA	**184.545.177,62**	**196.876.652,01**	**187.713.438,99**	**196.571.881,08**	**181.219.023,73**
STIMA COSTI Procedimenti 309/90 INIZIO AZIONE PENALE+ARCHIVIATI (TOTALE SALARI MAGISTRATURA ORDINARIA)	**10.892.769,06**	**10.323.360,22**	**9.482.333,03**	**9.061.294,71**	**9.147.201,22**
TOTALE COSTI GIUSTIZIA DROGA	1.499.924.312,93	1.396.116.136,47	1.398.037.497,47	1.398.415.066,14	1.381.338.156,95
Prodotto Interno Lordo ai prezzi di mercato	**1.632.933.400.000**	**1.573.655.100.000**	**1.605.694.400.000**	**1.638.857.300.000**	**1.615.131.200.000**
POPOLAZIONE residente al 1° gennaio	**59.619.290**	**60.045.068**	**60.340.328**	**59.433.744**	**59.394.207**
% COSTI GIUSTIZIA DROGA SUL PIL	0,092	0,089	0,087	0,085	0,086
SPESA PROCAPITE COSTI GIUSTIZIA DROGA	25,16	23,25	23,17	23,53	23,26

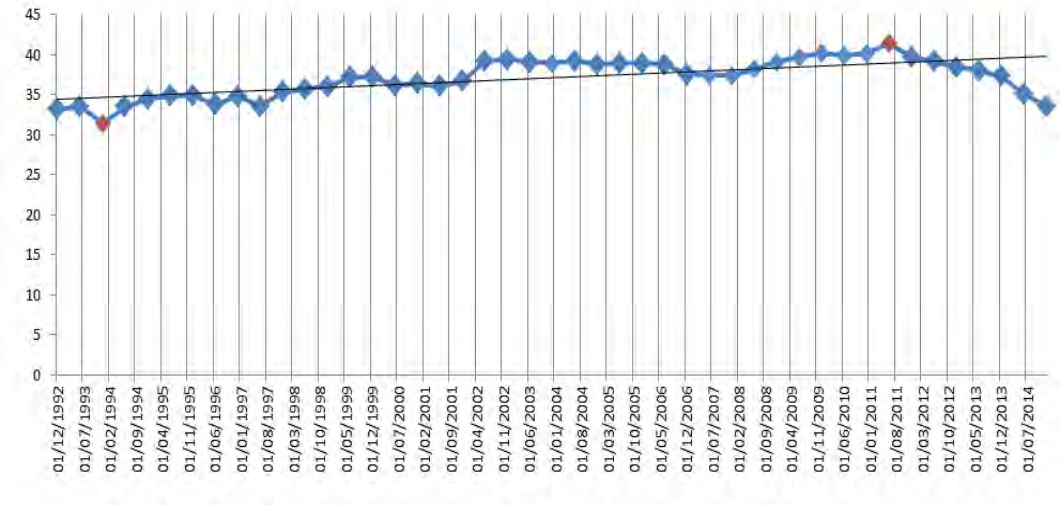
2.3 Stima della popolazione coinvolta nel mercato illegale di sostanze stupefacenti

Negli ultimi venti anni, circa un detenuto su tre entra in carcere ogni anno per la violazione dell"art. 73 D.P.R. 309/1990, come si vede dalla Figura 38. La diminuzione dei detenuti, per violazione

della normativa antidroga, nel 2013 e 2014 è legata probabilmente sia alle scelte effettuate per la scarsa ricettività delle carceri italiane, sia alle modifiche della legge per la sentenza di incostituzionalità di febbraio 2014. Tuttavia, si registra l"aumento in percentuale che è costante e consistente dal 2006 al 2012.

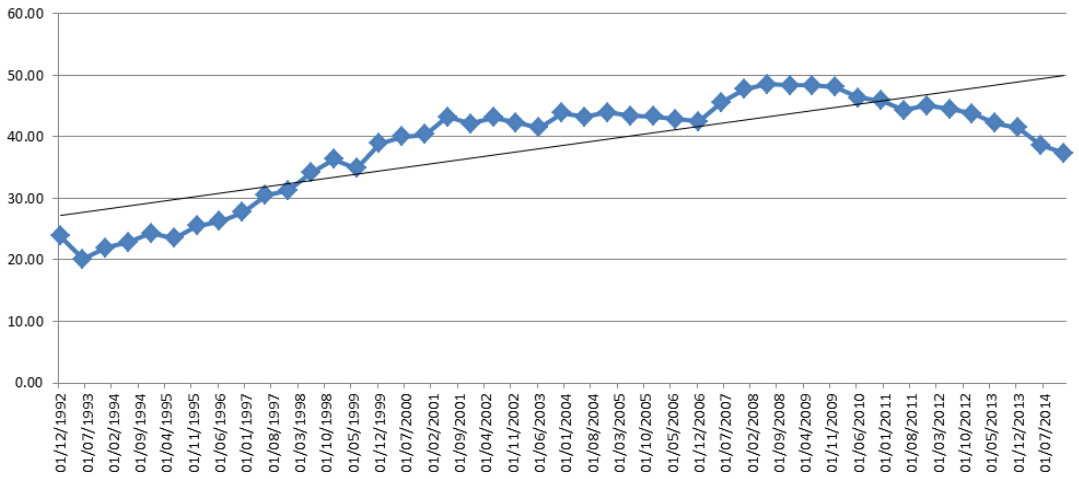
Osservando il trend degli ingressi per art. 73 il valore percentuale più basso si registra a dicembre 1993, dovuto all"effetto del referendum parzialmente abrogativo del 18 aprile 1993, che modificò la legge del 1990 (Jervolino-Vassalli) concernente le pene per la detenzione per uso personale di droghe, in quel periodo di tempo i ristretti per art.73 erano 15.820, pari al 31,42%, rispetto al 37,33% registrato a dicembre 2013, prima della sentenza della Corte costituzionale n. 32 del 2014 che abroga le modifiche introdotte con la cosiddetta FINI-GIOVANARDI i cui effetti sono visibili nella serie storica dal 2006 dove si osserva un trend crescente della percentuale di detenuti.

Figura 38: Percentuale di detenuti dal 1992 al 2014 per violazione dell"art. 73 del D.P.R. 309/90.



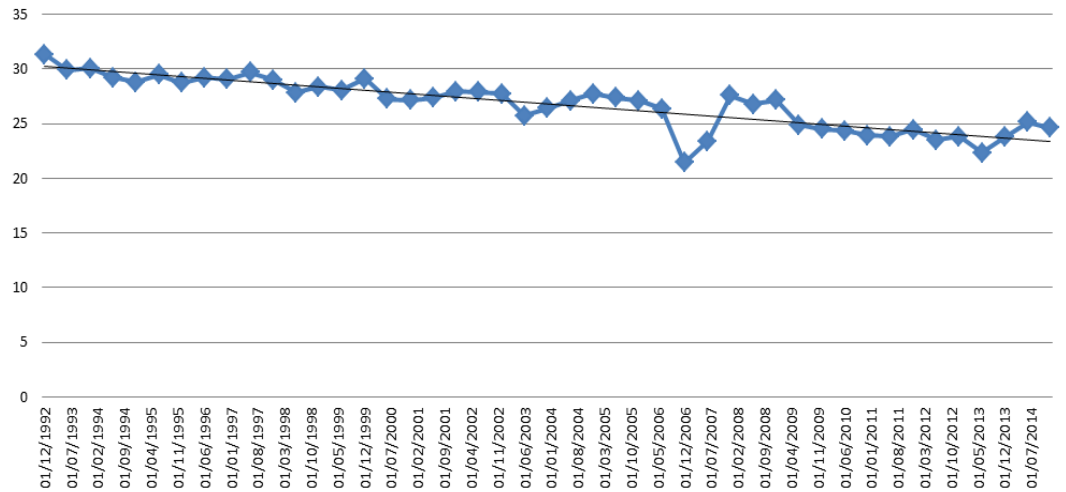
Anche la popolazione straniera detenuta per art. 73, nello stesso arco temporale passa da un 20,09% a dicembre 1993 al 41,50 a dicembre 2013 quindi in 20 anni raddoppia la sua incidenza percentuale sui detenuti per art. 73 (Figura 39).

Figura 39: Andamento percentuale di stranieri per art. 73 sul totale detenuti ristretti per art. 73.



In questi anni mediamente un terzo dei detenuti è stato considerato tossicodipendente dal Sistema penitenziario (Figura 40), anche se si registra una diminuzione del 5,5%. Questo decremento è dovuto in parte a come sono cambiate le sostanze d"uso e la loro assunzione; altro elemento è la modifica della modalità per diagnosticare la dipendenza all"interno dei penitenziari, ricordiamo che dal 2009 in poi, la rilevazione avviene attraverso le Regioni, tramite i SerT presenti in carcere o collegati. Non si tratta però di una mera questione di riorganizzazione dei flussi informativi, bensì di un cambiamento dei criteri di classificazione dei detenuti tossicodipendenti. Infatti, seguendo le linee di indirizzo del Dipartimento Politiche Antidroga, la classificazione avviene attraverso diagnosi, utilizzando un unico strumento diagnostico (ICD IX): per "uniformare" le procedure ed avere maggiore "omogeneità". Questo nuovo assetto organizzativo ha comportato una ulteriore suddivisione tra "dipendenti" e "assuntori senza dipendenza", con ripercussioni sul piano giudiziario, ossia con la possibile conseguenza di restringere l"accesso alle misure alternative ai soli assuntori classificati "dipendenti".

Figura 40: Percentuale di tossicodipendenti sul totale dei detenuti.



La popolazione straniera detenuta, dal 1992 al 2014, è raddoppiata (

Figura **41**). Infatti si è passati dal 15,3% al 32,6% del 2014 con dei picchi nel 2007. Questo incremento è in parte dovuto all' aumento dei tossicodipendenti stranieri, che negli stessi anni sono triplicati passando dal 11,3 del 1992 al 30,0% del 2014 (Figura 42).

Figura 41: Percentuale di detenuti stranieri sul totale dei detenuti.

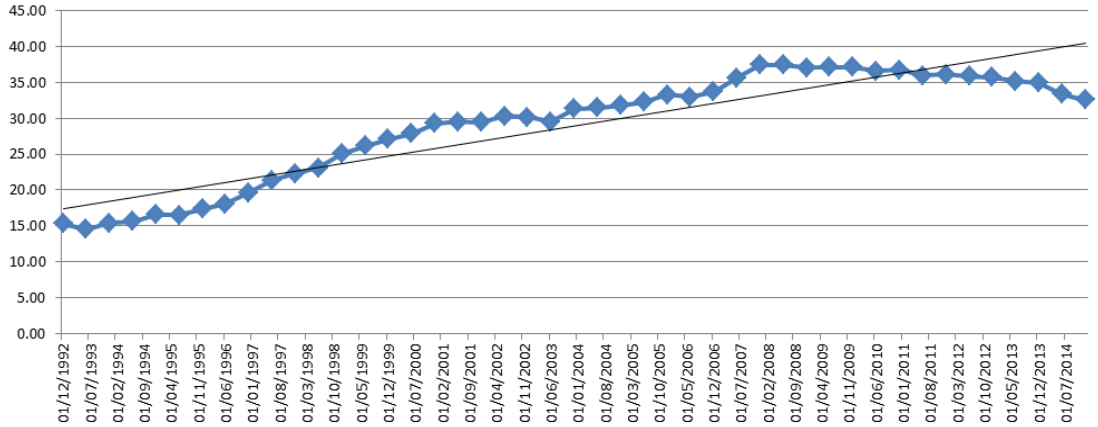
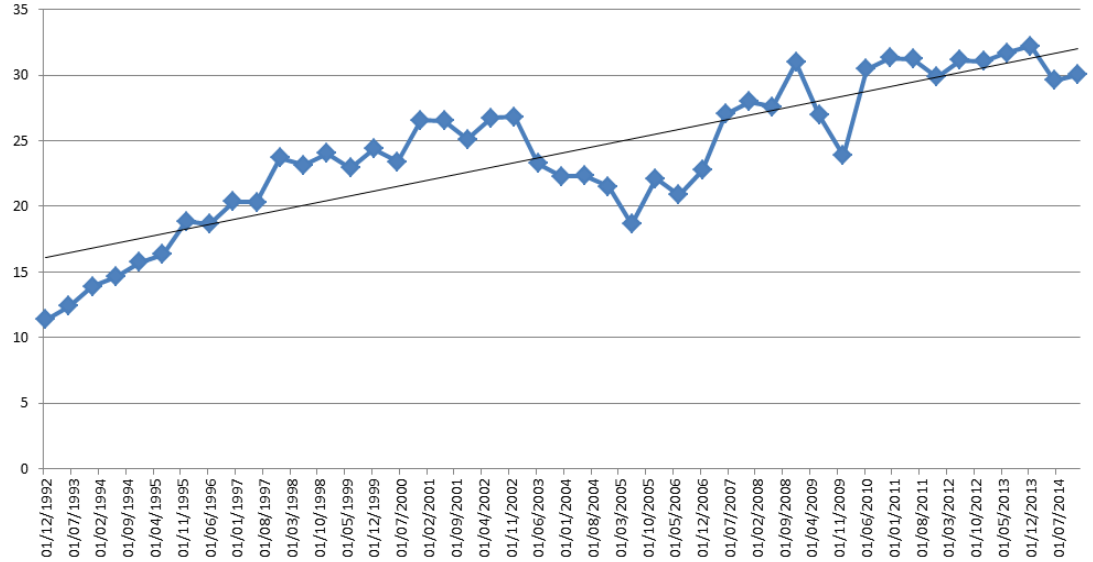
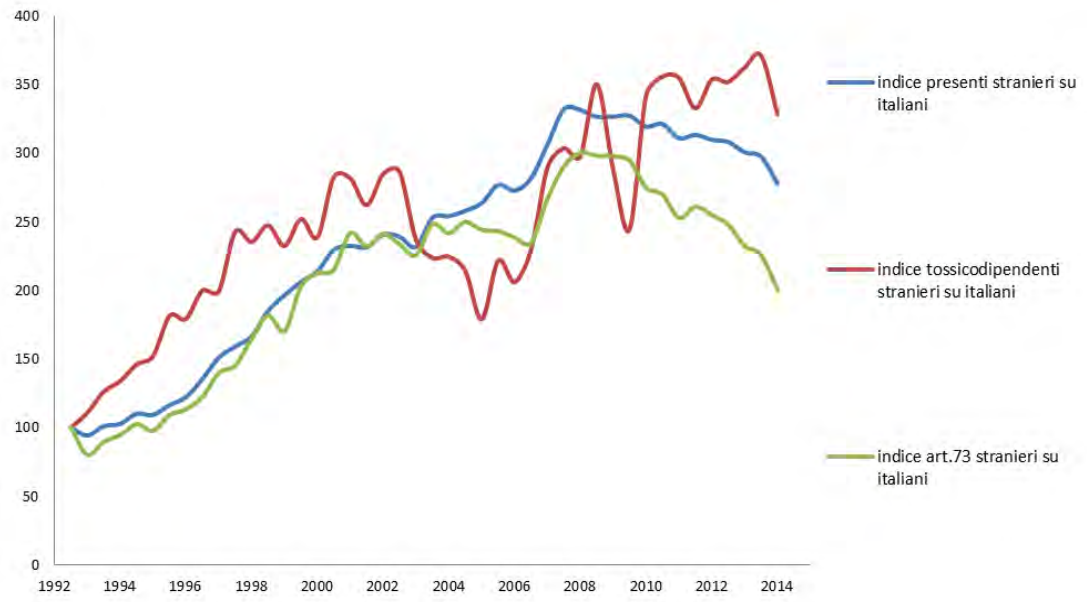


Figura 42: Percentuale di tossicodipendenti stranieri sul totale dei tossicodipendenti.



Anche analizzando i numeri indici della presenza straniera nelle carceri, dei tossicodipendenti stranieri su italiani e gli stranieri reclusi per art. 73 su italiani nel periodo dal 1992 al 2014, si registrano trend crescenti con valori circa tre volte superiori a quelli del 1992 anno base per l'ˆindice (Figura 43).

Figura 43: Confronto mediante numeri indice con base nel 1992.



Analizzando i detenuti per articolo 73 si registra che solo un terzo è stato condannato mentre i due terzi sono, fino al 2008, ancora in fase di procedimento giuridico, negli anni successivi si sale fino a superare la metà. Inoltre si osservano gli effetti della sentenza della Corte costituzionale n. 32 del 2014 che abroga le modifiche introdotte con la cosiddetta legge FINI-GIOVANARDI del 2006, infatti, si osserva una diminuzione nel 2014 di circa 5mila detenuti per questo reato rispetto all‟anno precedente (Figura 44).

Il numero di condannati rispetto ai detenuti per gli art. 73, 74 e 73 e 74 hanno registrato un incremento dal 2006 al 2014, in particolare per l‟art. 73 dove i condannati sui detenuti per quest‟articolo sono passati da un terzo a due terzi. L‟effetto della sentenza della corte costituzionale ha avuto effetto solo sui condannati per art.73.

Figura 44: Totale detenuti per art. 73 e condannati.

Figura 45: Totale detenuti per art. 74 di cui condannati.

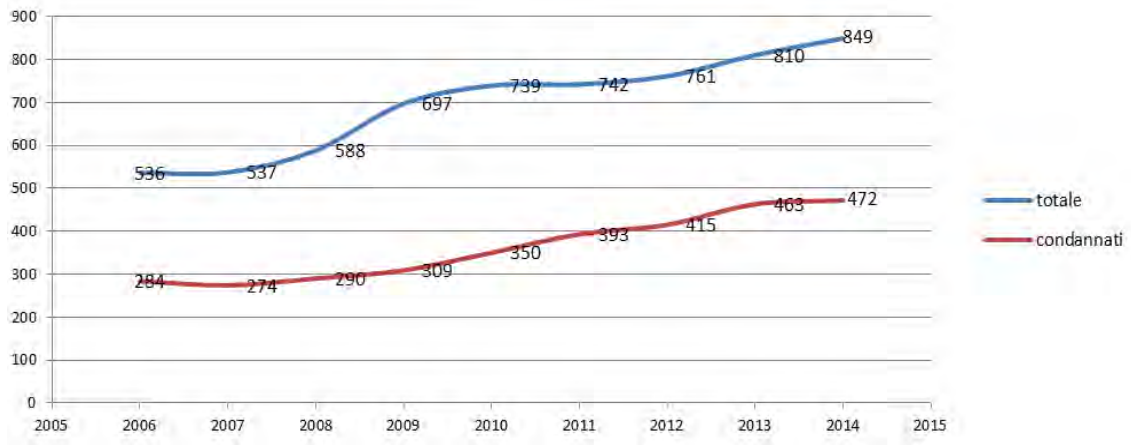
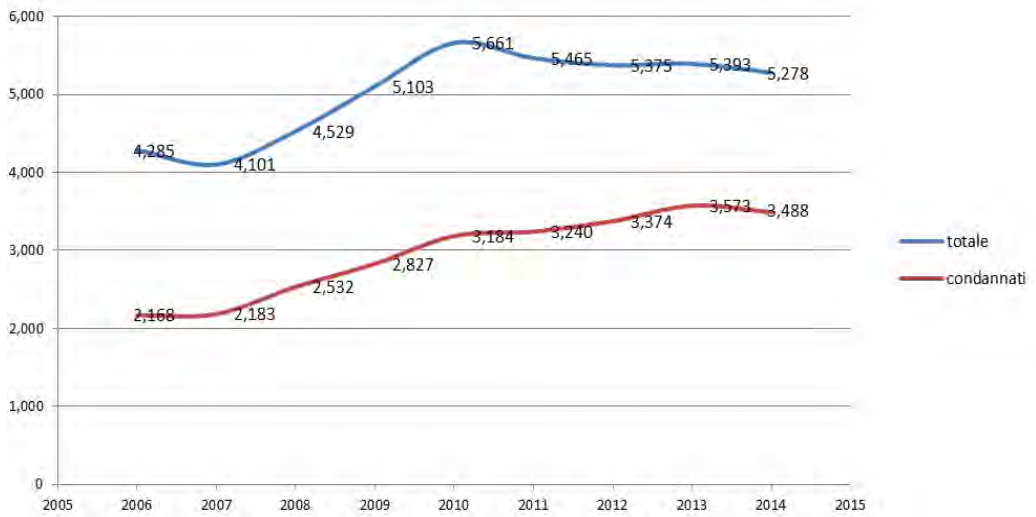


Figura 46: Totale detenuti per art. 73 e 74 di cui condannati.



Dal confronto delle tre figure si può chiaramente vedere che la diminuzione dei detenuti per art.73 è principalmente influenzata dall'impatto della sentenza della Corte costituzionale n. 32 del 2014, che ovviamente non ha causato modifiche della legge per quanto riguarda l'art.74, che anzi ha un trend crescente, come il 73 e 74.

L'analisi esplorativa approfondita dei dati DAP mette chiaramente in luce molti aspetti e legami con le leggi e le politiche, ma gli stessi dati, forniti in altro modo, permettono di conoscere e stimare altri aspetti del fenomeno "droga".

Stima dei soggetti coinvolti nella criminalità come lavoratori nel mercato delle droghe

Il personale che lavora nel mercato di sostanze stupefacenti costituisce una "popolazione nascosta", di cui una parte è costituita da coloro che sono stati identificati e incarcerati ex art.73 del T.U.

309/90 e successive modifiche (legge sulle droghe), da parte delle forze dell'ordine.

I dati sugli incarcerati, forniti dal Dipartimento Amministrazione Penitenziaria (DAP) secondo uno schema adatto, possono essere sfruttati per stimare tutto il personale coinvolto nel mercato delle droghe. Come è stato fatto in precedenza per il progetto europeo "New methodological tools for policy and programme evaluation", (Mascioli e Rossi, 2015) si utilizza lo schema dei modelli "cattura-ricattura"(C-R) riportato nelle linee guida dell'EMCDDA (*http://www.emcdda.europa.eu/html.cfm/index1421EN.html*) e nel libro di Rey et al, 2011.

Questo approccio è basato su una lista generale (anonima) di soggetti identificati (ovvero incarcerati); per ciascuno di essi è rilevato il numero di volte in cui è stato incarcerato per art.73 nell'arco dell'intero periodo di osservazione (un anno).

Un esempio dello schema di dati da utilizzare è riportato nella Tabella 13.

Tabella 13: Schema di una lista di dati elementari relativi ai soggetti catturati-ricatturati

Numero identificativo del soggetto	Numero di identificazioni nel periodo
1	2
2	3
3	1
4	1
…	…

Per la stima del numero totale di soggetti (nascosti e identificati) occorre specificare un modello di cattura ricattura che descriva, in modo adeguato, il processo che genera i dati relativi alle catture. Tale modello dipenderà strettamente dalla popolazione o gruppo di interesse e dalle fonti informative disponibili. Si usano modelli diversi a seconda di come i dati vengono generati, differenziati in base alla tipologia dei soggetti identificati (italiani, stranieri; uomini, donne) nel caso in esame.

I dati elementari, di cui alla precedente lista di Tabella 1, vanno riepilogati in una tabella di sintesi, dove, per ciascun anno e ciascuna categoria, i soggetti catturati vengono raggruppati in base al numero di catture subite nell'anno. Quella che segue è la tabella elaborata dal DAP per il 2012 (Tabella 14); il DAP ha fornito le analoghe tabelle dal 2009 al 2014, riportate nel seguito.

I dati consentono la stima della "popolazione", per ciascuna categoria, utilizzando un'appropriata formula matematica ("stimatore").

Lo stimatore utilizzato, il più valido dal punto di vista scientifico, è quello "*di Zelterman":*

$$\hat{N}_Z = \frac{n}{1 - \exp(-2n_2 / n_1)}$$

dove la popolazione totale da stimare, in gran parte nascosta, è indicata con $\hat{N}_Z$; mentre n, al numeratore, è il totale dei soggetti osservati (l'ultima riga della tabella 2 per ogni sottopopolazione

di interesse: italiani, stranieri, donne o totale); al denominatore, nella funzione esponenziale, n_2 rappresenta il numero di soggetti con due ingressi in carcere e n_1 il numero di soggetti con un solo ingresso.

$\hat{N}_Z$ è basato sulle frequenze singole n_1 e n_2. Si preferisce non usare i dati relativi a individui identificati molte volte (3 o più) per la stima di probabilità di cattura nel periodo ($2n_2/n_1$), perché considerati individui troppo dissimili da quelli mai identificati, che interessa stimare.

Ad esempio, se si vuole stimare la popolazione totale di italiani coinvolti nell'offerta di sostanze nel 2012, si deve calcolare:

- Il rapporto $2n_2/n_1$=0,028 (probabilità di cattura nel periodo);
- Il valore di 1- exp($-2n_2/n_1$)=0,028 (casualmente uguale al valore precedente);
- Il rapporto n/0,028 = 11.204 / 0,028 = 399.517 = $\hat{N}_Z$.

Si può concludere che i dati ci permettono di stimare il numero totale di italiani coinvolti nel commercio delle sostanze che rischiano di essere identificati e condannati per ex l'art.73 in 399.517.

Tabella 14: Soggetti entrati in carcere con ascritto il reato di cui all'art. 73 del T.U. 309/90.

Numero di ingressi per soggetto	2012			
	italiani	stranieri	Totale	di cui donne
1	11.039	8.674	19.713	1.471
2	157	198	355	15
3	8	6	14	1
4 e oltre	-	-	0	-
Totale soggetti	*11.204*	*8.878*	*20.082*	*1.487*

Fonte: Dap - Ufficio per lo Sviluppo e la Gestione del Sistema Informativo Automatizzato - SEZIONE STATISTICA

Analoghe stime possono essere prodotte per anni diversi e per categorie diverse di soggetti. Nella Tabella 15 compaiono le stime delle diverse popolazioni nei diversi anni. Come si può osservare le modifiche della legge modificano i dati osservati e le conseguenti stime delle popolazioni (cambia la loro definizione), effetto palese nel 2014.

Con la sentenza n. 32/2014 della Corte costituzionale, che ha dichiarato l'incostituzionalità delle modifiche alla normativa sugli stupefacenti introdotte nel 2006, sono state riportate in vigore le norme previgenti del DPR n. 309/90 e modifiche ante 2006, con la distinzione delle sostanze stupefacenti in droghe "pesanti" e "leggere" e la diversificazione delle pene previste dall'articolo 73. Nell'ipotesi della "lieve entità" del fatto le pene sono state ulteriormente ridimensionate. I condannati ai sensi dell'articolo 73 hanno potuto beneficiare, nel caso di droghe leggere, della rideterminazione della pena e della eventuale scarcerazione, se detenuti.

Pur non essendo propriamente un provvedimento "svuotacarcere", la sentenza della Corte costituzionale ha avuto un impatto sulla popolazione detenuta: alla fine dell'anno 2014 la percentuale di detenuti presenti con ascritto il reato di cui all'articolo 73 è arrivata al 34%, il valore più basso riscontrato dal 2000.

Tabella 15: Stime puntuali ottenute con lo stimatore di Zelterman per le popolazioni coinvolte nel mercato delle sostanze.

Anno	Italiani	stranieri	totale	donne
2009	375.735	177.744	527.185	53.047
2010	425.583	187.207	589.497	64.130
2011	400.632	191.096	569.486	43.039
2012	399.517	198.937	567.674	73.659
2013	399.160	194.337	558.628	47.666
2014	322.533	114.781	352.731	34.925

Naturalmente occorre indicare anche dei limiti di attendibilità delle stime (il c.d. intervallo di confidenza al 95%, che misura la precisione della stima) riportati nella Tabella 16.

Tabella 16: Stime di intervallo al 95% delle diverse popolazioni.

Intervalli di confidenza al 95% - CI95%				
Anno	**Italiani**	**stranieri**	**totale**	**donne**
2009	(339777-420438)	(161945-197108)	(491843-568174)	(40530-77180)
2010	(381562-481361)	(167824-211836)	(544954-642184)	(46963-101740)
2011	(356165- 458080)	(170516-217522)	(523958-217522)	(32690-63384)
2012	(345915-473166)	(174930-230819)	(514717-633052)	(49077-149135)
2013	(339648-484419)	(168714-229405)	(501043-631481)	(32128-93449)
2014	(264647-413409)	(100600-133805)	(315245-400596)	(22419-80525)

Come si vede gli intervalli di confidenza sono più ampi per gruppi con numero di dati inferiore, come nel caso delle donne e, in proporzione, aumentano di ampiezza rispetto al valore stimato dopo il 2012, quando il numero di ingressi in carcere diminuisce.

Come si è detto sopra, la popolazione detenuta al 31 dicembre 2014, senza distinzione di reato, è per lo più composta da uomini (96%); le donne costituiscono solo il 4%.

E‟ interessante ora notare che la percentuale di ingressi di donne in carcere per ex art.73, come riportato nella Figura 47, è molto più alta (intorno al 7%). Significa che l‟ex art.73 è la causa che interviene maggiormente nella carcerazione delle donne.

Analogamente possiamo verificare l‟andamento della percentuale di stranieri detenuti sul totale per ex art.73 (Figura 48) sin dal 1992. Come si vede anche questa percentuale è maggiore di quella della popolazione straniera su quella complessiva in carcere, senza distinguere per imputazione. L‟ ex art.73 è la causa più frequente di carcerazione per gli stranieri. Anche in questo caso c‟è una diminuzione della percentuale dopo il 2009 (attualmente 37%), ma solo del 23% anziché del 30% come per tutta la popolazione detenuta.

Esaminando ora le *stime* sulla complessiva popolazione (nascosti + noti), è importante anche qui verificare la percentuale di donne (Figura 49). Come si vede, è ancora maggiore di quella relativa ai soli individui entrati in carcere per ex art.73 (attorno all‟8% anche se oscillante). Questo fatto può avere varie spiegazioni: il ruolo svolto dalle donne potrebbe essere meno perseguibile di quello

svolto dagli uomini; oppure le donne potrebbero tenere comportamenti più prudenti o essere più protette dall'organizzazione di appartenenza; o beneficiare di trattamenti più laschi da parte delle forze dell'ordine.

Per completare l"analisi si possono calcolare le probabilità di cattura delle diverse popolazioni (

Tabella 17). Come si vede gli stranieri hanno probabilità maggiori degli altri mentre la probabilità di cattura per le donne è minore.

Si riportano di seguito le tabelle dei dati fornite dal DAP per la stima nei vari anni.

Figura 47: Andamento della percentuale di donne entrate carcere per l"ex art.73 dal 2009 al 2014.

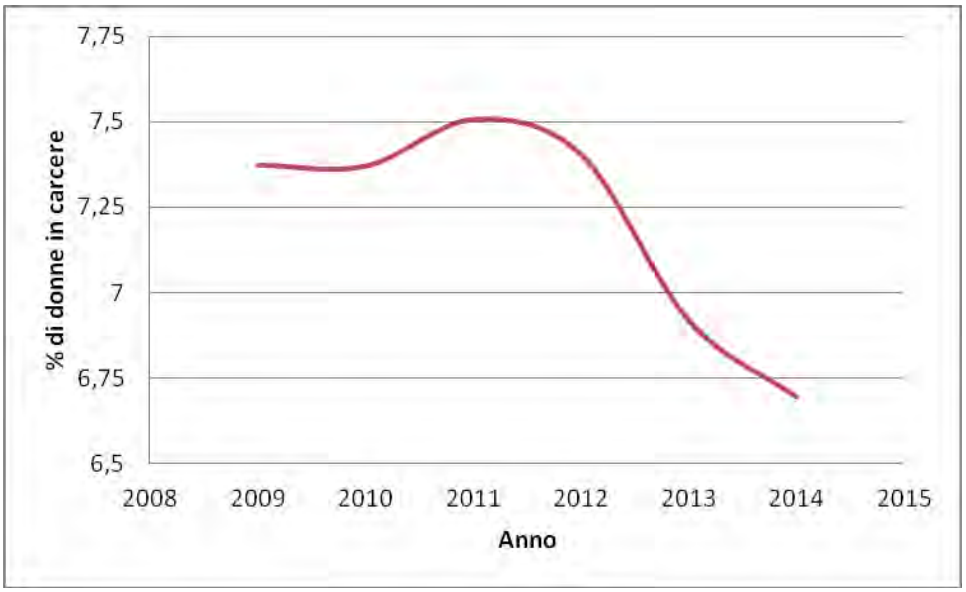


Figura 48: Percentuale di detenuti stranieri in carcere per art.73 rispetto al totale dei detenuti per art. 73.

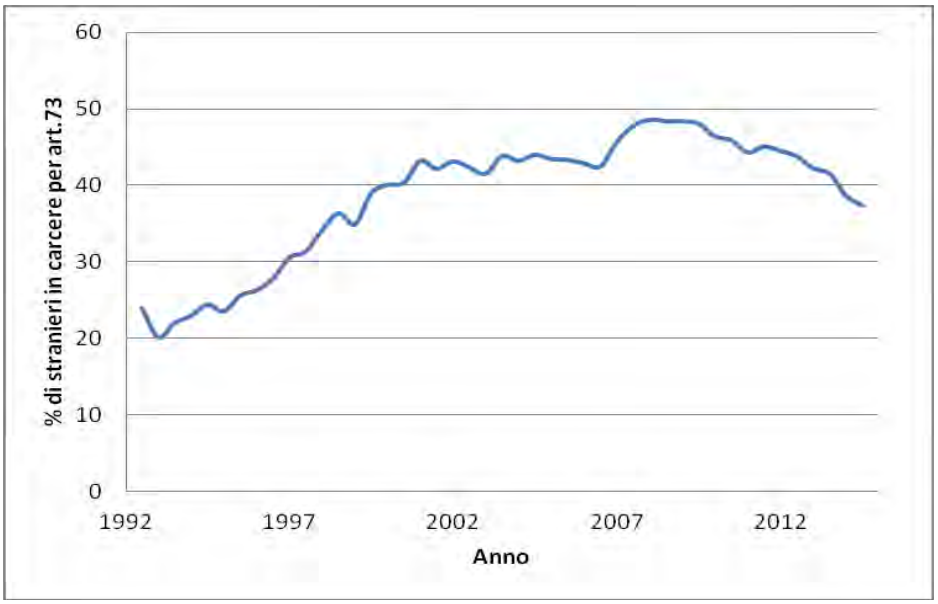


Figura 49: Andamento della percentuale di donne stimate coinvolte nel mercato delle sostanze dal 2009 al 2014

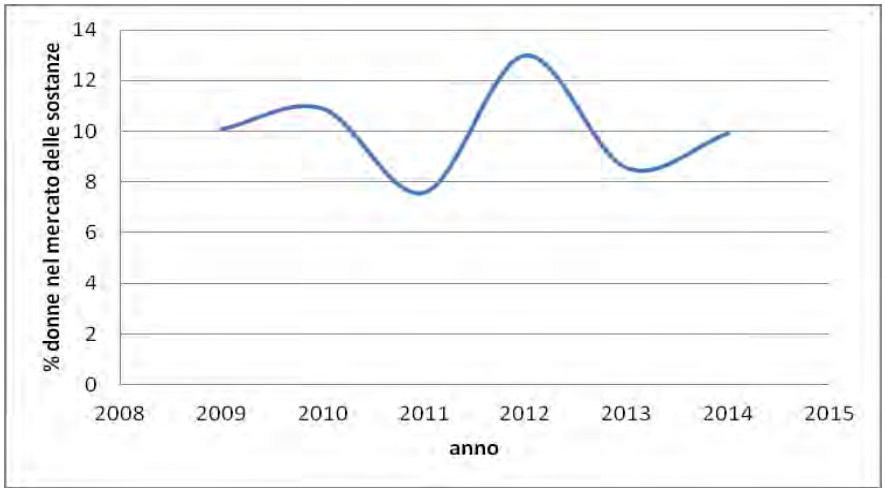


Tabella 17: Probabilità di cattura in percentuale delle diverse popolazioni coinvolte nel mercato delle sostanze.

Anno	italiani	stranieri	totale	donne
2009	4	7	5	4
2010	4	6	4	3
2011	4	5	4	4
2012	3	5	4	2
2013	3	4	3	3
2014	2	6	4	3

Appendice: dati utilizzati forniti dal Dap per la stima nei diversi anni.

Tabella 18.

Numero di ingressi per soggetto	2009			
	italiani	stranieri	totale	di cui donne
1	15.501	11.331	26.832	1.995
2	334	387	721	39
3	12	17	29	-
4 e oltre	1	1	2	-
Totale soggetti	*15.848*	*11.736*	*27.584*	*2.034*

Tabella 19.

Numero di ingressi per soggetto	2010			
	italiani	**stranieri**	**totale**	**di cui donne**
1	15.203	9.915	25.118	1.867
2	282	278	560	28
3	12	16	28	-
4 e oltre	2	-	2	-
Totale soggetti	*15.499*	*10.209*	*25.708*	*1.895*

Tabella 20.

Numero di ingressi per soggetto	2011			
	italiani	**stranieri**	**totale**	**di cui donne**
1	13.650	9.610	23.260	1.747
2	241	255	496	37
3	9	10	19	1
4 e oltre	-	2	2	-
Totale soggetti	*13.900*	*9.877*	*23.777*	*1.785*

Tabella 21.

Numero di ingressi per soggetto	2012			
	italiani	**stranieri**	**totale**	**di cui donne**
1	11.039	8.674	19.713	1.471
2	157	198	355	15
3	8	6	14	1
4 e oltre	-	-	0	-
Totale soggetti	*11.204*	*8.878*	*20.082*	*1.487*

Tabella 22.

Numero di ingressi per soggetto	2013			
	italiani	**stranieri**	**totale**	**di cui donne**
1	9.784	7.770	17.554	1.219
2	123	162	285	16
3	4	5	9	-
4 e oltre	-	-	-	-
Totale soggetti	*9.911*	*7.937*	*17.848*	*1.235*

Tabella 23.

Numero di ingressi per soggetto	2014			
	italiani	**stranieri**	**totale**	**di cui donne**
1	7.058	6.342	13.400	903
2	79	186	265	12
3	3	11	14	1
4 e oltre	-	-	-	-
Totale soggetti	*7.140*	*6.539*	*13.679*	*916*

2.4 Procedimenti giudiziari per reati connessi all'offerta di droga

I soggetti che arrivano alla condanna definitiva per crimini legati alla "droga" sono prevalentemente maschi adulti che hanno commesso il reato soprattutto in età compresa tra 25 e 34 anni. Sebbene questi reati siano molto meno frequenti tra le donne, essendo il rapporto maschi/femmine superiore a 13, quelle che li commettono in prevalenza sono in età compresa tra i 35 e i 54 anni per cittadinanza italiana e tra 25 e 34 anni per la cittadinanza estera, come riportato in

Tabella 24. E" importante osservare che è molto frequente la cittadinanza estera e nella classe 25-34 tra i maschi è superiore alla cittadinanza italiana.

Tabella 24: Condannati con sentenza definitiva per i reati di cui agli art. 73 e/o 74 del D.P.R. 309/1990, per sesso, classe di età e cittadinanza, negli anni 2013 e 2014[23]

anno 2013												
	Maschi						Femmine					
Cittadinanza	**meno di 18**	**18-24**	**25-34**	**35-54**	**55 e oltre**	**n.a.**	**meno di 18**	**18-24**	**25-34**	**35-54**	**55 e oltre**	**n.a.**
ESTERA	130	2.092	3.551	1.805	52	319	2	86	151	108	10	12
ITALIANA	212	3.201	3.305	3.289	376	623	5	263	304	368	42	56
Totale	**342**	**5.293**	**6.856**	**5.094**	**428**	**942**	**7**	**349**	**455**	**476**	**52**	**68**
anno 2014												
	Maschi						Femmine					
Cittadinanz	**meno**	**18-24**	**25-34**	**35-54**	**55 e**	**n.a.**	**meno**	**18-24**	**25-34**	**35-54**	**55 e**	**n.a.**

23 La rilevazione potrebbe discostarsi dai dati reali a causa del fenomeno dell"arretrato nell"alimentazione del sistema da parte degli uffici. n.a.= Non applicabile: per alcuni soggetti non è stato possibile indicare l'età perché non è presente la data del commesso reato.

a	di 18				oltre		di 18				oltre	
ESTERA	68	1.122	2.064	1.1	39	213	2	50	92	71	3	15
ITALIANA	162	1.874	1.772	1.854	232	321	5	145	150	192	30	34
Totale	**230**	**2.996**	**3.836**	**2.954**	**271**	**534**	**7**	**195**	**242**	**263**	**33**	**49**

Fonte: Sistema Informativo del Casellario. " Non è consentito l"utilizzo dei dati per finalità diverse da quelle istituzionali

Sia per il 2013 che per il 2014 le distribuzioni dei paesi d"origine dei condannati per crimini legati alla droga sono abbastanza simili. Tra i condannati maschi italiani la grande maggioranza proviene da Sicilia, Lombardia, Lazio e Campania. Mentre i maschi nati all"estero sono prevalentemente provenienti da Marocco, Tunisia e Albania. Le donne italiane condannate provengono prevalentemente dalle stesse regioni, mentre le donne straniere da Nigeria, Marocco e Romania. I paesi africani che seguono, in particolare per i maschi, sono quelli affetti dall"ingresso delle rotte della cocaina nell"Africa occidentale (Golfo di Guinea) e percorso verso il mar Mediterraneo, sia per 2013 che per il 2014. Situazione analoga è stata osservata che per i dati forniti dalla DCSA che sono coerenti.

Sia nelle condanne emesse nel 2013 che nel 2014 il reato prevalente è sempre quello definito dall"art. 73 del D.P.R. 309/1990. Dai dati si evince come per la maggior parte dei crimini legati alla droga i tempi tra la data del reato e la sentenza definitiva sono entro due anni sia per gli italiani che per gli stranieri (75%). Pochissimi sono i casi in cui il soggetto viene condannato per entrambi gli articoli 73 e 74 del D.P.R 309/1990.

Tabella 25: Condannati con sentenza definitiva per i reati di cui agli artt.73 e/o 74 del DPR 309/1990, per sesso, cittadinanza e luogo di nascita. Anno 2013

2013				
LUOGO DI NASCITA	ITALIANI		STRANIERI	
	MASCHI	**FEMMINE**	**MASCHI**	**FEMMINE**
ITALIA				
ABRUZZO	273	51	0	0
BASILICATA	92	7	0	0
CALABRIA	634	32	0	0
CAMPANIA	1.300	138	0	0
EMILIA ROMAGNA	351	63	0	0
FRIULI VENEZIA GIULIA	141	20	0	0
LAZIO	1.123	93	1	0
LIGURIA	241	38	0	0
LOMBARDIA	1.342	114	2	1
MARCHE	205	30	0	0
MOLISE	46	6	0	0
PIEMONTE	353	36	0	0
PUGLIA	1.062	81	1	0
SARDEGNA	579	41	0	0
SICILIA	1.616	97	2	0
TOSCANA	299	42	0	0

TRENTINO ALTO ADIGE	89	13	0	0
UMBRIA	74	16	0	0
VALLE D'AOSTA	12	1	0	0
VENETO	389	53	0	0
TOTALE	**10.221**	**972**	**6**	**1**
ALTRI PAESI				
MAROCCO	1	0	2.082	41
TUNISIA	3	0	1.400	7
ALBANIA	2	0	1.047	20
NIGERIA	0	0	457	65
SENEGAL	0	0	249	2
EGITTO	0	0	190	0
GAMBIA	0	0	174	2
ALGERIA	1	0	172	0
REPUBBLICA DOMINICANA	2	0	111	28
ROMANIA	1	0	99	32
TOTALE	**10**	**0**	**5.981**	**197**

Fonte: Sistema Informativo del Casellario. " Non è consentito l"utilizzo dei dati per finalità diverse da quelle istituzionali"

Tabella 26: Condannati con sentenza definitiva per i reati di cui agli artt.73 e/o 74 del DPR 309/1990, per sesso, cittadinanza e luogo di nascita. Anno 2014

2014				
LUOGO DI NASCITA	ITALIANI		STRANIERI	
	MASCHI	**FEMMINE**	**MASCHI**	**FEMMINE**
ITALIA				
ABRUZZO	80	13	0	0
BASILICATA	33	4	0	0
CALABRIA	446	18	0	0
CAMPANIA	747	68	0	0
EMILIA ROMAGNA	160	28	0	0
FRIULI VENEZIA GIULIA	73	8	0	0
LAZIO	664	58	1	0
LIGURIA	138	16	0	0
LOMBARDIA	700	63	2	1
MARCHE	99	18	0	0
MOLISE	20	4	0	0
PIEMONTE	202	19	0	0
PUGLIA	489	40	1	0
SARDEGNA	352	31	0	0
SICILIA	1.043	57	2	0
TOSCANA	167	26	0	0
TRENTINO ALTO ADIGE	60	5	0	0
UMBRIA	45	5	0	0

VALLE D'AOSTA	11	3	0	0
VENETO	258	33	0	0
TOTALE	**5.787**	**517**	**6**	**1**
ALTRI PAESI				
MAROCCO	2	0	1.161	23
TUNISIA	2	0	763	4
ALBANIA	0	1	625	12
NIGERIA	1	0	296	31
SENEGAL	0	0	150	1
EGITTO	1	0	104	0
GAMBIA	0	0	168	1
ALGERIA	0	0	91	0
REPUBBLICA DOMINICANA	1	2	76	19
ROMANIA	0	0	83	31
TOTALE	**7**	**3**	**3.517**	**122**

Fonte: Sistema Informativo del Casellario. " Non è consentito l"utilizzo dei dati per finalità diverse da quelle istituzionali"

Sia nel 2013 che nel 2014 le regioni dove si commettono più crimini legati alla droga, come valore assoluto, sono la Lombardia e la Sicilia. Gli stranieri maschi che li commettono in queste regioni sono molti di più degli italiani. Mentre nel 2013 le donne italiane sono quasi il doppio delle straniere in Lombardia, nel 2014 si registra lo stesso fenomeno però nella Regione Lazio.

Per il 2013, sono più dell"8% i luoghi del reato sconosciuti. Per valutare l"impatto regionale occorre tener presente la popolazione residente nelle regioni. La Figura 50 mostra l"andamento da cui si vede che la Lombardia, il Lazio e l"Emilia Romagna sono le regioni che nel 2013 hanno un impatto maggiore per persona residenti dai reati, mentre la Campani, il Piemonte, il Veneto e la Puglia hanno un impatto dei reati minore per residente.

Si potrebbe approfondire utilizzando figure analoghe per rappresentare l"andamento per i maschi, le femmine e per gli stranieri anche per il 2014.

La Figura 51 mostra l"andamento del rapporto Maschi/Femmine italiani per regione e la Figura 52 Maschi/Femmine stranieri per regione nel 2013. Come si vede, tranne per qualche regione del meridione, il rapporto tra gli stranieri è maggiore che tra gli Italiani. Analoghe figure si possono fare per il 2014, ma, in generale, il fenomeno non è diverso e ci può essere un"influenza dell"arretrato come riportati nella nota 1.

Sia nel 2013 che nel 2014, con riferimento alla recidività, la maggior parte dei soggetti condannati, italiani e stranieri, con sentenza definitiva non sono recidivi. La maggior parte dei soggetti viene condannato definitivamente in primo grado.

Il numero di soggetti stranieri condannati definitivamente in secondo grado è sempre inferiore al numero degli italiani.

Tabella 27: Condannati con sentenza definitiva per i reati di cui agli art. 73 e/o 74 del D.P.R. 309/1990 per cittadinanza tipo reato e anno commesso reato, negli anni 2013 e 2014

anno 2013						
Anno del reato	**Italiani**			**Stranieri**		
	solo Art. 73	**solo Art. 74**	**Artt. 73 e 74**	**solo Art. 73**	**solo Art. 74**	**Artt. 73 e 74**
2013	3.631	5	0	3.249	2	0
2012	3.196	13	0	2.244	11	0
2011	1303	20	0	712	10	0
2010	798	19	0	366	9	0
2009	563	67	0	283	11	0
2008	461	35	0	241	21	0
anni precedenti	1288	81	1	791	48	1
anno reato non presente	617	107	2	321	27	0
anno 2014						
Anno del reato	**Italiani**			**Stranieri**		
	solo Art. 73	**solo Art. 74**	**Artt. 73 e 74**	**solo Art. 73**	**solo Art. 74**	**Artt. 73 e 74**
2014	1.945	1	0	1.958		0
2013	2.016	4	0	1.356	8	0
2012	820	18	0	553	2	0
2011	472	32	0	214	2	0
2010	360	16	0	128	16	0
2009	230	18	0	87	6	0
2008	185	20	0	83	3	0
anni precedenti	300	39	0	199	11	1
anno reato non presente	346	15		223	7	0

Fonte: Sistema Informativo del Casellario. " Non è consentito l"utilizzo dei dati per finalità diverse da quelle istituzionali"

Se si considera in dettaglio la recidività, si osserva che i minori non presentano questa caratteristica, mentre per gli adulti si ha nel 2013, una recidività del 20% degli italiani e del 22% degli stranieri in primo grado e del 33% degli italiani e del 23% degli stranieri in secondo grado.

Per il 2014 si ha una recidività del 20% degli italiani e del 23% degli stranieri in primo grado e del 37% degli italiani e del 29% degli stranieri in secondo grado, assolutamente non trascurabile che sarebbe utile approfondire.

Tabella 28: Condannati con sentenza definitiva per i reati di cui agli art. 73 e/o 74 del D.P.R. 309/1990 per sesso, cittadinanza e regione del commesso reato, negli anni 2013 e (2014)

2013				
Regione del commesso reato	**ITALIANI**		**STRANIERI**	
	MASCHI	**FEMMINE**	**MASCHI**	**FEMMINE**
ABRUZZO	312	59	98	6
BASILICATA	56	3	3	
CALABRIA	456	34	29	3

CAMPANIA	836	92	126	6
EMILIA ROMAGNA	606	85	989	46
FRIULI VENEZIA GIULIA	165	25	72	5
LAZIO	1.202	96	718	46
LIGURIA	285	39	421	20
LOMBARDIA	1.587	130	2.004	75
MARCHE	270	34	221	8
MOLISE	45	5	5	
PIEMONTE	360	26	539	15
PUGLIA	783	54	125	10
SARDEGNA	540	41	36	6
SICILIA	1.222	77	110	6
TOSCANA	322	44	525	21
TRENTINO ALTO	102	14	240	9
UMBRIA	93	19	207	11
VALLE D'AOSTA	24	4	9	1
VENETO	373	45	739	31
luogo reato non presente	934	71	399	40
TOTALE	**9.639**	**926**	**7.216**	**325**

Fonte: Sistema Informativo del Casellario. " Non è consentito l"utilizzo dei dati per finalità diverse da quelle istituzionali"

Figura 50: Confronto regionale dei reati e dei residenti in percentuale.

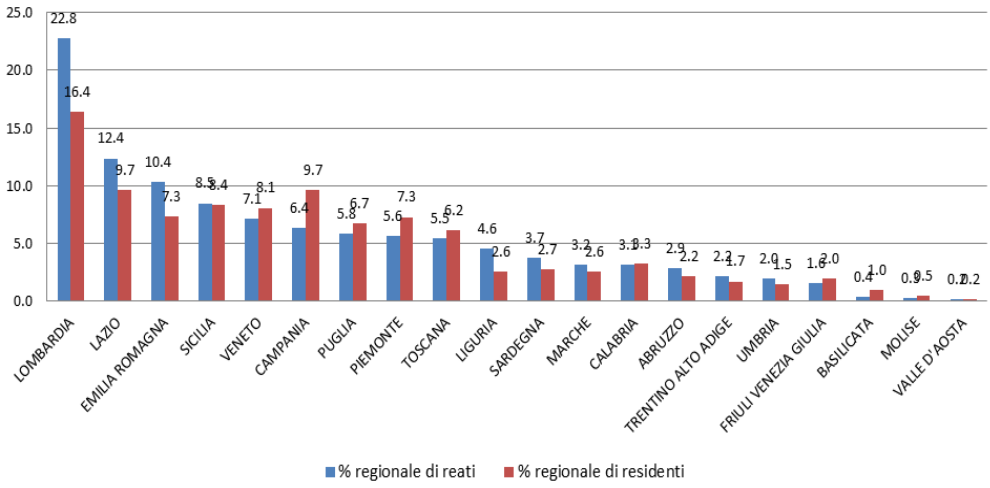


Figura 51: Rapporto Maschi su Femmine tra gli Italiani.

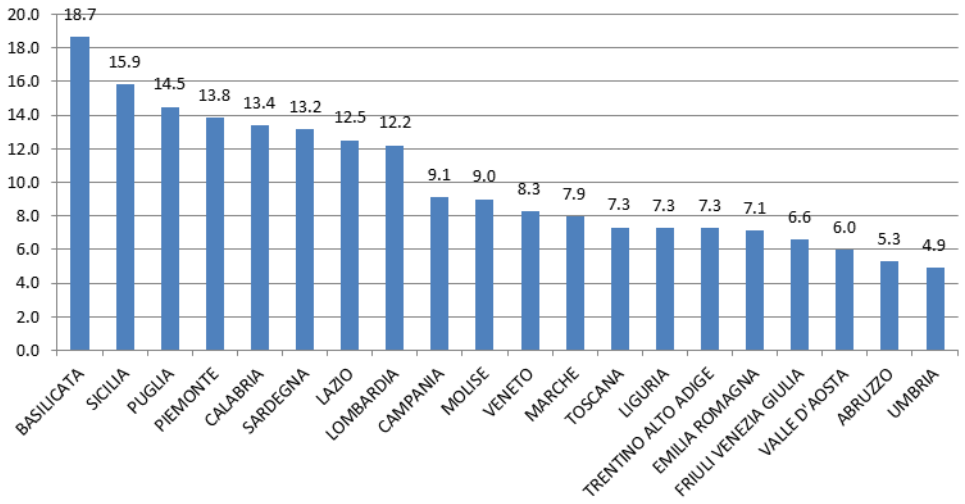


Figura 52: Rapporto Maschi su Femmine tra gli stranieri.

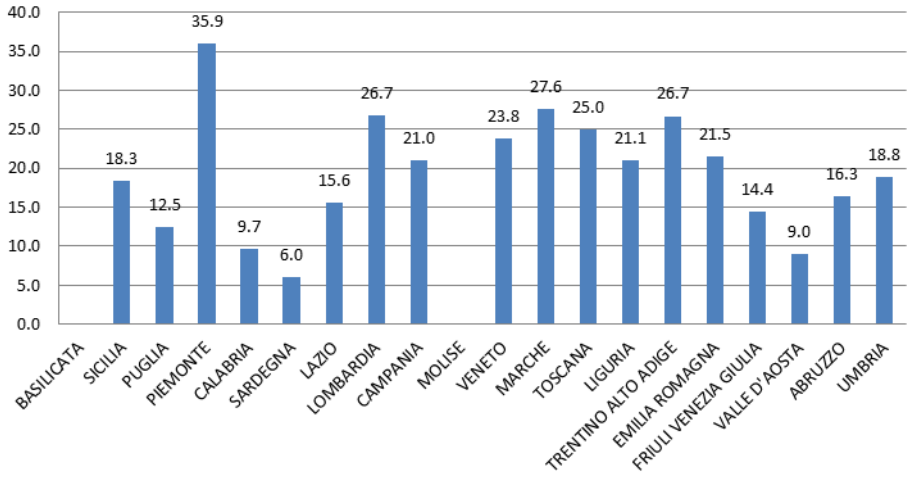


Tabella 29: Condannati con sentenza definitiva per i reati di cui agli art. 73 e/o 74 del D.P.R. 309/1990 per sesso, cittadinanza e regione del commesso reato, negli anni (2013) e 2014

2014				
LUOGO DI NASCITA	ITALIANI		STRANIERI	
	MASCHI	FEMMINE	MASCHI	FEMMINE
ABRUZZO	107	18	55	2
BASILICATA	17	1		
CALABRIA	349	14	20	3
CAMPANIA	516	51	104	12
EMILIA ROMAGNA	273	34	523	27
FRIULI VENEZIA GIULIA	97	8	45	7
LAZIO	695	70	477	38

LIGURIA	164	22	301	18
LOMBARDIA	770	74	1.084	31
MARCHE	130	19	151	4
MOLISE	26	4	1	
PIEMONTE	206	15	169	13
PUGLIA	391	33	106	3
SARDEGNA	335	25	35	5
SICILIA	789	36	85	5
TOSCANA	196	27	251	10
TRENTINO ALTO	77	8	162	5
UMBRIA	57	4	135	13
VALLE D'AOSTA	14	3	3	
VENETO	254	27	451	14
luogo reato non presente	486	39	256	16
TOTALE	**5.463**	**493**	**4.158**	**210**

Tabella 30: Condannati con sentenza definitiva per i reati di cui agli artt.73 e/o 74 del DPR 309/1990, per cittadinanza, recidività e tipo dell'autorità giudicante negli anni 2013 e 2014

2013				
AUTORITA' GIUDICANTE	ITALIANI		STRANIERI	
	RECIDIVI	**NON**	**RECIDIVI**	**NON**
G.I.P. TRIBUNALE PER I MINORENNI	0	1	0	1
G.U.P. TRIBUNALE PER I MINORENNI	0	61	0	23
TRIBUNALE PER I MINORENNI	0	36	0	32
Totale autorità 1°grado(Minorenni)	**0**	**98**	**0**	**56**
SEZIONE DI CORTE DI APPELLO PER I MINORENNI	**3**	**104**	**0**	**51**
G.I.P. TRIBUNALE	507	2.295	300	1.256
G.U.P. TRIBUNALE	353	1.569	151	722
TRIBUNALE	691	2.462	753	2.358
CORTE DI ASSISE	3	6	0	3
Totale autorità 1°grado(Maggiorenni)	**1.554**	**6.332**	**1.204**	**4.339**
CORTE DI APPELLO	1.171	2.347	561	1.836
CORTE DI ASSISE DI APPELLO	0	18	0	9
Totale autorità 2°grado(Maggiorenni)	**1.171**	**2.365**	**561**	**1.845**
TOTALE	**2.728**	**8.899**	**1.765**	**6.291**
2014				
AUTORITA' GIUDICANTE	ITALIANI		STRANIERI	
	RECIDIVI	**NON**	**RECIDIVI**	**NON**
G.I.P. TRIBUNALE PER I MINORENNI	0	1	0	0
G.U.P. TRIBUNALE PER I MINORENNI	0	39	0	16
TRIBUNALE PER I MINORENNI	0	33	0	24
Totale autorità 1°grado(Minorenni)	**0**	**73**	**0**	**40**
SEZIONE DI CORTE DI APPELLO PER I MINORENNI	**1**	**76**	**2**	**28**
G.I.P. TRIBUNALE	325	1.489	160	811

G.U.P. TRIBUNALE	196	1.094	114	539
TRIBUNALE	478	1.306	517	1.369
CORTE DI ASSISE	2	3	1	4
Totale autorità 1°grado(Maggiorenni)	**999**	**3.889**	**791**	**2.719**
CORTE DI APPELLO	543	928	317	795
CORTE DI ASSISE DI APPELLO	0	4	1	0
Totale autorità 2°grado(Maggiorenni)	**543**	**932**	**318**	**795**
TOTALE	**1.543**	**4.970**	**1.111**	**3.582**

Fonte: Sistema Informativo del Casellario. " Non è consentito l"utilizzo dei dati per finalità diverse da quelle istituzionali"

Naturalmente dal casellario è possibile avere molte altre informazioni di grande interesse. Per esempio, si è appurato che l"art. 73 del D.P.R. 309 /1990 risulta essere tra i primi reati per numerosità per i quali si procede a condanna definitiva.

Per considerare i reati più frequenti, in sintesi si ha:

- dal 2010 al 2014 al primo posto sempre per l"art. 186 codice della strada (guida sotto l"influenza dell"alcool);
- dal 2010 al 2013 al secondo posto l"art. 73 e terzo nel 2014;
- dal 2010 al 2013 al terzo posto l"art. 624 c.p. (furto) e secondo nel 2014. Quest"ultimo è uno dei reati più diffuso tra i tossicodipendenti che accedono al carcere e che sarebbe importante approfondire nel futuro.

Bibliografia

Mascioli F., Rossi C. (2015). Useful supply indicators for evaluating law enforcement efficacy, the sizeof the drug market and other issues, *Proceedings of the Eighth ISSDP Conference*, 189-209.

Rey G.M., Rossi C**,** Zuliani A. *Il mercato delle droghe: dimensione, protagonisti e politiche*. Marsili editori, Venezia, 2011.

Capitolo 3. Le nuove sostanze

A cura dell'Istituto Superiore di Sanità e del Sistema di Allerta Precoce

3.1 Sistema di Allerta Precoce

Premesse

In conformità a disposizioni Europee in materia, il Dipartimento Politiche Antidroga della Presidenza del Consiglio dei Ministri nel 2009 ha centralizzato ed istituzionalizzato nel nostro Paese il Sistema Nazionale di Allerta Precoce e Risposta Rapida per le Droghe – National Early Warning System (N.E.W.S.).

Il Sistema è finalizzato, da un lato, ad individuare precocemente i fenomeni potenzialmente pericolosi per la salute pubblica correlati alla comparsa di nuove droghe e di nuove modalità di consumo sul territorio e, dall'altro, ad attivare segnalazioni di allerta che tempestivamente coinvolgano le strutture deputate alla tutela della salute e responsabili dell'eventuale attivazione di adeguate misure in risposta alle emergenze.

Principali attività

Si descrivono attività messe in campo dal Sistema Nazionale di Allerta Precoce ed i risultati ottenuti nel corso dell'anno 2014. Si riportano le segnalazioni ricevute (input), relative all'identificazione di nuove sostanze o nuovi fenomeni sul territorio italiano e internazionale, le comunicazioni trasmesse (output) differenziate per tipologia di informazione: Informative, Preallerte ed Allerte di vario grado, Comunicazioni OEDT con informazioni provenienti dall'Osservatorio Europeo sulle Droghe e le Tossicodipendenze, Allerte diramate dall'OEDT, comunicazioni indirizzate a specifici destinatari. In Tabella 1 si riporta la numerosità delle attività svolte nell'anno.

Tabella 31: Numerosità delle attività condotte dal Sistema Nazionale di Allerta Precoce nel corso del 2014 per tipologia (in ingresso – input, e in uscita – output, secondo il mese di registrazione.

Anno 2014	Input	Output			
	Segnalazioni	Informative	Allerte	Comunicazioni OEDT	Altro
Gennaio	22	1	1	0	0
Febbraio	29	0	2	0	1
Marzo	33	3	0	2	1
Aprile	30	2	3	4	0
Maggio	12	1	1	0	0

Giugno	23	2	2	1	0
Luglio	11	0	0	1	0
Agosto	15	0	0	1	0
Settembre	15	1	1	0	0
Ottobre	14	0	0	0	0
Novembre	12	0	0	0	0
Dicembre	13	0	0	2	1
Totale	**229**	**10**	**10**	**11**	**3**

3.1.1 Segnalazioni in ingresso – input

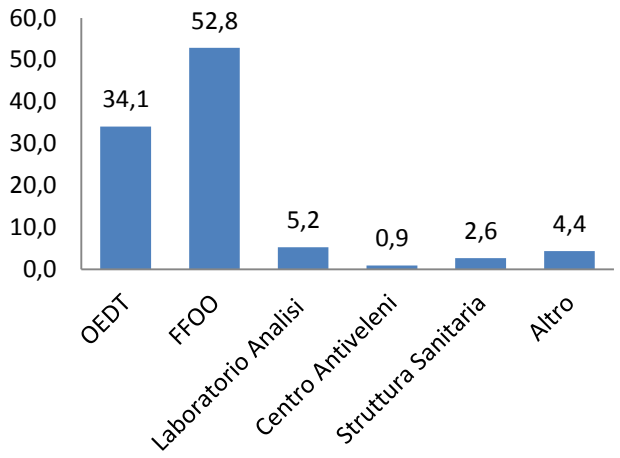
Oltre la metà delle 229 segnalazioni registrate dal Sistema nel 2014 è giunta dalle Forze dell'Ordine (52,8%), circa un terzo dall'OEDT (34,1%), i laboratori di analisi hanno contribuito per il 5,2% del totale. Nel 4,4% dei casi le segnalazioni sono pervenute da Osservatori Regionali, media, altro. In misura minore, le segnalazioni sono pervenute da pronto soccorso o dipartimenti delle dipendenze (2,6%) e da Centri Antiveleni (0,9%) (Tabella 32; Figura 53).

Tabella 32: Segnalazioni giunte al Sistema Nazionale di Allerta Precoce nel corso del 2014, secondo la tipologia del segnalante. Numerosità (N) e percentuale (%).

	N	%
OEDT	78	34,1
FFOO	121	52,8
Laboratorio*	12	5,2
Centro Antiveleni	2	0,9
Struttura Sanitaria	6	2,6
Altro	10	4,4
Totale	**229**	**100**

*Tossicologia clinica, tossicologia forense, Agenzia delle Dogane, Università, Enti di ricerca, aziende sanitarie

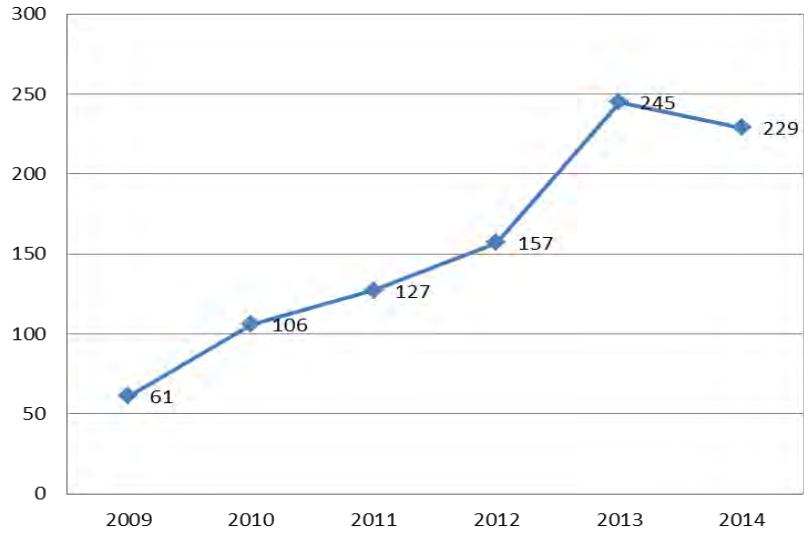
Figura 53: Segnalazioni giunte al Sistema Nazionale di Allerta Precoce nel corso del 2014 secondo il segnalante – percentuale.



Le segnalazioni (229) ricevute dal Sistema di Allerta nel corso del 2014, risultano in aumento (+275%) rispetto al 2009, quando le segnalazioni erano state 61, rispetto al 2010 (+116%), quando le segnalazioni erano state 106, rispetto al 2011 (+80%) e al 2012 (+46%), come evidenziato dal trend riportato nella Figura 2. Risultano invece in leggero calo (-7%) rispetto al 2013, che dall'inizio delle attività del Sistema di Allerta, ha fatto registrare il picco massimo di segnalazioni (245). Resta comunque confermato l'elevato numero di segnalazioni annue (> 200) anche nel 2014. Tale incremento potrebbe essere correlabile a diversi aspetti. A partire dal 2009, la visibilità del Sistema di Allerta a livello nazionale è aumentata grazie alle attività di formazione e informazione sul territorio, che hanno stimolato la segnalazione da parte di strutture varie. Dal febbraio 2010 inoltre, l'attività di sensibilizzazione del network dei centri collaborativi, operata dal Sistema sul tema dei cannabinoidi e dei catinoni sintetici, ha contribuito a coinvolgere maggiormente le unità segnalanti attraverso un assiduo invio da parte del Sistema di informazioni utili all'individuazione di queste nuove molecole sia in materiali da sequestro che in materiali biologici oltre che di casi di intossicazione correlati alla loro assunzione. Per aumentare la capacità di identificazione di tali nuove sostanze da parte dei laboratori dei centri collaborativi dl Sistema, è stata supportata nel 2010 e nel 2012, conclusa nel 2014, la distribuzione realizzata dall'Istituto Superiore di Sanità degli standard analitici di riferimento. La ricaduta positiva di queste iniziative è evidente nell'incremento delle segnalazioni sostenute da accertamenti analitici.

Per quanto riguarda la tipologia di segnalazioni, nel 2014 risulta diminuito il numero di segnalazioni per casi clinici, un dato che tuttavia non correla con il numero reale di casi di intossicazione da nuove sostanze psicoattive (NSP) identificati nello stesso anno, ma prevalentemente con un momentaneo allungamento dei tempi necessari per l'accertamento della diagnosi definitiva rispetto agli anni precedenti, anche in relazione all'aumentato numero di NSP disponibili sul mercato e alla complessa acquisizione di standard analitici.

Figura 54: Segnalazioni ricevute dal Sistema Nazionale di Allerta Precoce dal 2009 al 2014 – numerosità.



Confermato nel 2014 l"alto numero di segnalazioni registrate nel 2013

3.1.2 Comunicazioni in uscita - output

Nel corso del 2014, il Sistema Nazionale di Allerta Precoce ha prodotto una serie di comunicazioni destinate ai centri collaborativi (output), classificate secondo la tipologia di seguito riportata:

- **Informative**: comunicazioni che il Sistema invia al network di centri collaborativi e che non presentano carattere di urgenza. Esse sono finalizzate ad informare le unità del network e per inoltrare al network degli esperti le segnalazioni provenienti dai centri collaborativi. Le Informative hanno inoltre l"obiettivo di condividere le informazioni analitiche e cliniche per agevolare l"identificazione delle nuove molecole e il riconoscimento di eventuali intossicazioni acute che pervengono ai Dipartimenti di Emergenza.

Allerte: avvisi a carattere di urgenza che implicano un"azione coordinata tra tutte le strutture competenti per l"attivazione e l"implementazione di opportune procedure di risposta al fenomeno segnalato. Secondo la gravità dell"oggetto dell"allerta e quindi, del potenziale rischio per la salute pubblica, i documenti in uscita vengono definiti come Pre-allerta, Allerta di grado 1, 2 o 3 secondo criteri predefiniti.

- Criteri e definizioni
-
- **Pre-allerta:** comparsa di una nuova sostanza psicoattiva, di una nuova modalità di consumo, un nuovo agente da taglio/adulterante in Europa e/o in Italia. Non ci sono casi clinici registrati in Europa né in Italia. Non ci sono decessi. Informazioni in attesa di conferma. Possibilità di ricevere ulteriori informazioni che potrebbero esitare in un"Allerta;
- **Allerta di grado 1**: comparsa di una nuova sostanza psicoattiva, di una nuova modalità di consumo, un nuovo agente da taglio/adulterante in Europa o in Italia. Informazioni analiticamente confermate. Non ci sono casi clinici, né in Europa o in Italia. Condizioni di disagio sociale (preoccupazioni, ansie, allarmi sociali);
- **Allerta di grado 2**: comparsa di una nuova sostanza psicoattiva, di una nuova modalità di consumo, un nuovo agente da taglio/adulterante in Europa o in Italia. Informazioni analiticamente confermate. Casi clinici verificatisi in Europa o in Italia. Rischio di danni alla salute (disturbi temporanei, non potenzialmente letali) e rischio di diffusione di sostanze tossiche nel mercato illecito e dei consumi. Non ci sono decessi;
- **Allerta di grado 3:** comparsa di una nuova sostanza psicoattiva, di una nuova modalità di consumo, un nuovo agente da taglio/adulterante in Europa e/o in Italia. Informazioni analiticamente confermate. Casi clinici osservati e documentati in Europa o in Italia. Condizioni di rischio di gravi danni per la salute (malattie invalidanti, decessi).

Successivamente all"attivazione, le allerte possono essere oggetto di aggiornamenti che riportano notizie aggiuntive a complemento di quanto inizialmente comunicato.

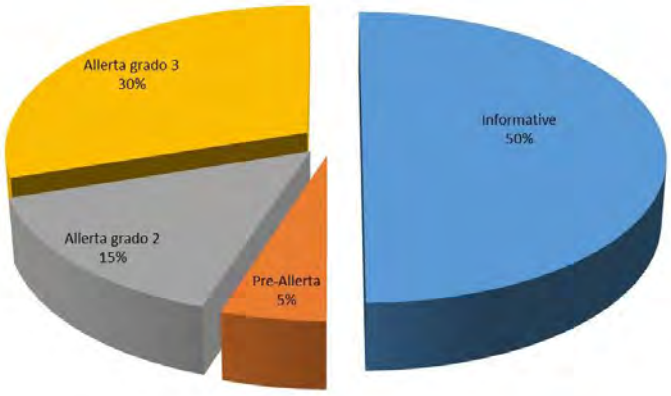
- Comunicazioni OEDT: comunicazioni nelle quali il Sistema di Allerta raggruppa ed inoltra al network dei centri collaborativi le segnalazioni relative all"individuazione di nuove molecole sul territorio della UE che l"OEDT ha trasmesso senza carattere di urgenza ai Punti Focali Nazionali nel corso dei ogni mese.

Il Sistema di Allerta, quando opportuno, si avvale inoltre della possibilità di inviare Note formali a specifici destinatari per informare o allertare rispetto ad un evento o un fenomeno di interesse locale e/o specifico.

3.1.3 Comunicazioni in uscita nel 2014

Nel 2014 le comunicazioni inviate dal Sistema Nazionale di Allerta Precoce al network di output sono state 34 di cui 10 Informative, 10 Allerte (inclusa una Pre-Allerta) e 11 Comunicazioni OEDT.

Figura 55: Comunicazioni in uscita inviate nel 2014 dal Sistema Nazionale di Allerta Precoce secondo la tipologia – percentuale.



Nel corso del 2014, le Informative trasmesse al Network del Sistema di Allerta hanno riguardato l'identificazione per la prima volta sul territorio italiano di nuove sostanze psicoattive: 3,4-diclorometilfenidato (3,4-CTMP), etilfenidato, alfa-metiltriptamina (AMT), dimetocaina, MPA e alfa-PVT in materiali posti sotto sequestro in Italia o acquistati online. Un'informativa ha riguardato l'identificazione nel nostro paese della molecola difenidina non ancora identificata in altri paesi europei. Anche sostanze tradizionali e sostanze naturali sono state oggetto di specifiche comunicazioni. Informative hanno riguardato la rilevazione di particolari tagli/adulteranti/diluenti rilevati in sostanze "tradizionali": l'antibiotico metronidazolo in campione di eroina e il tetramisolo/levamisolo in numerosi sequestri di cocaina anche nel 2014. Sono stati segnalati sequestri di MA (metamfetamina) e di MDMA (3,4-metilendiossimetamfetamina) ad elevata percentuale di principio attivo o in miscela con nuove sostanze psicoattive. Una novità ha riguardato l'identificazione in un reperto di una miscela di più sostanze psicoattive quali fenetilamine, catinoni e triptamine (4-FA, 4-MEC, bk-PMMA, bk-MDMA, 5-MeO-MIPT, 5-MeO-DALT).

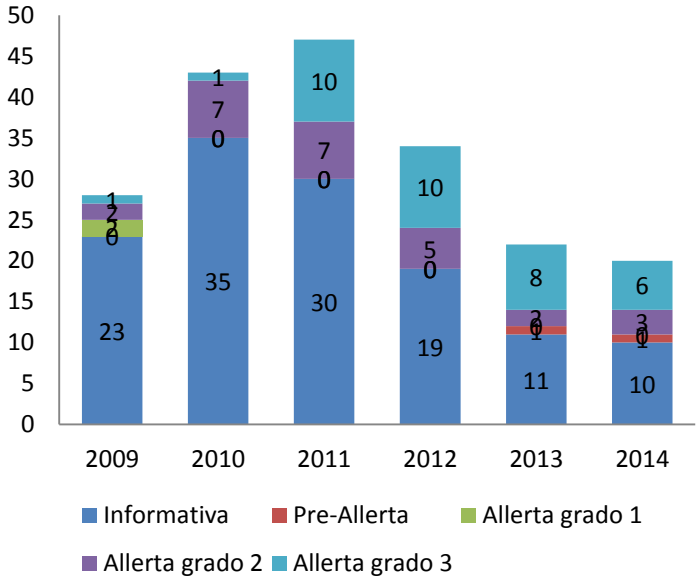
Infine sono state registrate e circolarizzate informazioni sull'identificazione di materiali di origine vegetale contenenti sostanze psicoattive, quali la mitraginina in reperti sotto forma di polvere e l'identificazione per la prima volta sul territorio italiano, della molecola bufotenina, in semi di forma circolare.

Per quanto riguarda le Allerte emanate nel corso del 2014, una ha riguardato l'aggiornamento sui sequestri di catinoni sintetici segnalati in Italia dal gennaio 2013 al gennaio 2014; una ha riguardato un caso di grave intossicazione acuta in paziente pediatrico a seguito dell'assunzione di cannabis; una ha riportato le numerose identificazioni di fenetilammine in materiali posti sotto sequestro in Italia; un'altra è stata relativa all'identificazione del cannabinoide sintetico AM-694 in campione urinario di soggetto ricoverato per trauma maggiore; un'altra ancora si è riferita alla registrazione dal 2011 al 2014, di altri 11 casi accertati di intossicazione acuta da uso/abuso di anticolinergici assunti in associazione con altre sostanze. Tre Allerte si sono riferite a casi di intossicazione e/o decesso registrati in Europa e trasmessi dall'Osservatorio Europeo, correlati alle molecole AH-7921 e MT-45 (oppioidi sintetici), al para-metil-4-metilaminorex; e infine a cannabinoidi sintetici negli Stati Uniti.

E‟ stata inoltre trasmessa al network del Sistema di Allerta, una Pre-Allerta relativa all‟identificazione in Italia di metorfano (stereochimica non nota) in numerosi nuovi sequestri di eroina e in 3 reperti sequestrati in prossimità di soggetti deceduti.

Il Sistema di Allerta tiene monitorato l‟andamento delle comunicazioni di output a partire dal 2009, anno di inizio delle attività del Sistema (Figura 56).

Figura 56: Comunicazioni di output inviate dal Sistema Nazionale di Allerta Precoce negli anni 2009-2014 – numerosità.



Il numero di comunicazioni di output inviate dal Sistema risulta diminuito negli anni per la scelta di aggregare segnalazioni di fenomeni o molecole analoghe tra loro, in un unico documento. Un esempio è fornito dalle numerose segnalazioni di sequestri di catinoni sintetici e fenetilammine registrate negli ultimi due anni, raggruppate nelle due rispettive Allerte, riportate nel precedente paragrafo.

3.1.4 Reporting Form indirizzati all'Osservatorio Europeo (OEDT)

Attraverso il documento denominato Reporting Form e per tramite del Punto Focale Nazionale, il Sistema di Allerta trasmette all‟Osservatorio Europeo sulle Droghe e le Tossicodipendenze (OEDT) attraverso schede appositamente strutturate per il Sistema di Allerta europeo, la comparsa di molecole individuate per la prima volta sul territorio italiano. Nel 2014, i Reporting Form inviati all‟OEDT sono stati 33, corredati da dati analitici e, dove possibile, da foto dei reperti. Dei 33 Reporting Form inviati nel 2014, 22 riportavano l‟identificazione di Nuove Sostanze Psicoattive (NSP) quali cannabinoidi sintetici (8), fenetilammine (6), catinoni sintetici (4), triptamine (4); gli altri 11 erano relativi a molecole di altra tipologia quali la difenidina, l‟etilfenidato, la quetiapina, il pirazolam. In

Tabella **33** viene riportato l"elenco completo dei Reporting Form trasmessi all"Osservatorio Europeo dal 2010 ad oggi (101 in totale).

Tabella 33: Reporting Form, relativi alle molecole identificate per la prima volta sul territorio italiano a seguito di casi di intossicazione (clinico) e/o sequestro (analitico),trasmessi all"Osservatorio europeo dal 2010.

N	DATA INVIO A EMCDDA	MOLECOLA	TIPOLOGIA /FAMIGLIA	N	DATA INVIO A EMCDDA	MOLECOLA	TIPOLOGIA /FAMIGLIA
1	09/07/2010	Mefedrone	Analitico/Catinoni	52	03/07/2013	DOB	Analitico/Fenetilammine
2	09/07/2010	JWH-081+ JWH-250	Analitico/Cannabinoidi	53	12/08/2013	Methoxetamine	Clinico/Altro
3	03/08/2010	Butylone	Analitico/Catinoni	54	12/08/2013	6-APB	Clinico/Fenetilammine
4	05/10/2010	JWH-200	Analitico/Cannabinoidi	55	12/08/2013	APB	Clinico/Fenetilammine
5	03/12/2010	JWH-122	Analitico/Cannabinoidi	56	12/08/2013	APB	Analitico/Fenetilammine
6	15/03/2011	3-FMC	Analitico/Catinoni	57	12/08/2013	6-APDB	Analitico/Fenetilammine
7	17/05/2011	4-FMC	Analitico/Catinoni	58	12/08/2013	5-APDB	Analitico/Fenetilammine
8	29/09/2011	JWH-019	Analitico/Cannabinoidi	59	30/08/2013	5-MAPB	Analitico/Altro
9	29/09/2011	JWH-210	Analitico/Cannabinoidi	60	27/09/2013	5-FUR	Analitico/Cannabinoidi
10	29/09/2011	4-MEC	Analitico/Catinoni	61	27/09/2013	AKB48 (APINACA)	Analitico/Cannabinoidi
11	29/09/2011	4-FA	Analitico/Fenetilammine	62	22/10/2013	25H-NBOMe	Analitico/Fenetilammine
12	29/09/2011	Methylone	Analitico/Catinoni	63	22/10/2013	2C-C-NBOMe	Analitico/Fenetilammine
13	04/11/2011	Pentedrone	Analitico/Catinoni	64	20/11/2013	MAM-2201	Clinico/Cannabinoidi
14	09/11/2011	α-PVP	Analitico/Catinoni	65	06/12/2013	2C-E	Clinico/Fenetilammine
15	01/12/2011	RCS-4 (C4)	Analitico/Cannabinoidi	66	06/12/2013	2C-B	Clinico/Fenetilammine
16	01/12/2011	RCS-4 ortho isomer	Analitico/Cannabinoidi	67	06/12/2013	AKB-48F	Clinico/Cannabinoidi
17	09/12/2011	Bufedrone	Analitico/Catinoni	68	16/12/2013	Benzydamine	Analitico/Altro
18	09/12/2011	Ethylcathinone	Analitico/Catinoni	69	15/01/2014	Diphenidine	Analitico/Altro
19	13/12/2011	Butylone	Clinico/Catinoni	70	16/01/2014	3-MMC	Analitico/Catinoni
20	14/12/2011	4-MEC	Clinico/Catinoni	71	24/01/2014	Hydroxyzine	Analitico/Altro
21	27/01/2012	WIN48098	Analitico/Cannabinoidi	72	06/03/2014	3,4-CTMP	Analitico/Altro
22	27/01/2012	WIN 55212-2	Analitico/Cannabinoidi	73	06/03/2014	Ethylphenidate	Analitico/Altro
23	27/01/2012	CRA-13	Analitico/Cannabinoidi	74	25/03/2014	5-MeO-DALT	Analitico/Triptamina
24	27/01/2012	AM-679	Analitico/Cannabinoidi	75	25/03/2014	5-MeO-MiPT	Analitico/Triptamina
25	27/01/2012	Methanandamide	Analitico/Cannabinoidi	76	25/03/2014	bk-PMMA	Analitico/Catinoni
26	27/01/2012	JWH-203	Analitico/Cannabinoidi	77	07/04/2014	5F-PB22	Analitico/Cannabinoidi
27	27/01/2012	CP47,497-(C8)	Analitico/Cannabinoidi	78	07/04/2014	MAM-2201	Analitico/Cannabinoidi
28	09/02/2012	JWH-022	Analitico/Cannabinoidi	79	07/04/2014	STS-135	Analitico/Cannabinoidi
29	09/02/2012	AM-2201	Analitico/Cannabinoidi	80	07/04/2014	AKB-48F	Analitico/Cannabinoidi
30	14/03/2012	MDAI	Analitico/Fenetilammine	81	15/04/2014	AMT	Analitico/Triptamina
31	14/03/2012	Methoxethamine	Analitico/Altro	82	15/04/2014	Dimethocaine	Analitico/Altro
32	14/03/2012	Methoxethamine	Clinico/Cannabinoidi	83	15/04/2014	α-PVT	Analitico/Altro
33	20/03/2012	JWH-122	Clinico/Cannabinoidi	84	15/04/2014	MPA	Analitico/Altro
34	20/03/2012	JWH-018 + JWH-073 + JWH-122	Clinico/Cannabinoidi	85	05/05/2014	Orphenadrine	Analitico/Altro
35	29/07/2012	JWH-307	Analitico/Cannabinoidi	86	05/05/2014	Quetiapine	Analitico/Altro
36	29/07/2012	AM-2233	Analitico/Cannabinoidi	87	05/05/2014	2-PEA	Analitico/Fenetilammine
37	29/07/2012	RCS-4	Analitico/Cannabinoidi	88	05/06/2014	5F-AMBICA	Analitico/Cannabinoidi
38	04/01/2013	PMA/PMMA	Clinico/Fenetilammine	89	05/06/2014	5-EAPB	Analitico/Altro
39	08/01/2013	2-AI	Analitico/Fenetilammine	90	05/06/2014	Dimethylone	Analitico/Catinoni
40	08/01/2013	6-APDB	Analitico/Fenetilammine	91	05/06/2014	Apica	Analitico/Cannabinoidi
41	09/01/2013	MDPV	Clinico/Catinoni	92	16/06/2014	Pyrazolam	Analitico/Altro
42	09/01/2013	4-MEC	Clinico/Catinoni	93	16/06/2014	4-FMA	Analitico/Fenetilammine
43	09/01/2013	Mefedrone/Pentedrone	Clinico/Catinoni	94	16/06/2014	25B-NBOMe	Analitico/Fenetilammine
44	13/03/2013	25I-NBOMe	Analitico/Fenetilammine	95	18/06/2014	TMA-2	Analitico/Fenetilammine
45	13/03/2013	2C-B	Analitico/Fenetilammine	96	18/06/2014	2C-E	Analitico/Fenetilammine
46	13/03/2013	2C-H	Analitico/Fenetilammine	97	18/06/2014	2C-P	Analitico/Fenetilammine
47	02/05/2013	4-MA	Analitico/Fenetilammine	98	18/06/2014	AB-FUBINACA	Analitico/Cannabinoidi
48	12/06/2013	NMP	Clinico/Altro	99	18/06/2014	BB-22 (QUCHIC)	Analitico/Cannabinoidi
49	21/06/2013	Methoxetamine	Clinico/Altro	100	25/09/2014	Bufotenine	Analitico/Triptamina
50	26/06/2013	Tropicamide	Clinico/Altro	101	30/10/2014	bk-2C-B	Analitico/Catinoni
51	03/07/2013	DOC	Analitico/Fenetilammine				

3.1.5 Le collaborazioni

Il Sistema Nazionale di Allerta Precoce si avvale della collaborazione di strutture di diversa tipologia, sia a livello nazionale che internazionale.

3.1.5.1 Il network dei centri collaborativi

Il numero di centri collaborativi definiti di II livello (Early Expert Network per la consultazione rapida, costituito da forze dell‟ordine, tossicologie forensi, centri antiveleni, laboratori universitari ecc.), è aumentato in modo considerevole rispetto al 2009, anno di inizio delle attività del Sistema, passando da 30 a 171 centri. Ciò ha contribuito ad aumentare la visibilità e l‟operatività del Sistema sul territorio nazionale e ad incrementare il numero di segnalazioni che giungono all‟attenzione del Sistema. Il Sistema di Allerta si avvale inoltre di un network costituito da 227 strutture ospedaliere che collaborano o hanno collaborato con il Centro Antiveleni di Pavia per la raccolta dei casi nel 2014.

3.1.5.2 Collaborazione con l'Arma dei Carabinieri

Nel 2014 continua la collaborazione con l‟Arma dei Carabinieri. La collaborazione fa parte di un accordo, sottoscritto a dicembre 2012 tra la Presidenza del Consiglio dei Ministri - Dipartimento Politiche Antidroga (DPA), e l'Arma dei Carabinieri. Attraverso tale accordo, i Reparti Investigazioni Scientifiche (RIS) ed i Laboratori Analisi Sostanze Stupefacenti (LASS) dell'Arma dei Carabinieri (coordinati dal Ra.C.I.S.) sono entrati a far parte del network dei centri collaborativi del Sistema Nazionale di Allerta Precoce. L‟obiettivo era quello di supportare il Sistema tramite l‟identificazione di nuove droghe e di nuove modalità di consumo attraverso l'analisi dei sequestri effettuati sul territorio.

La novità e varietà delle NSP hanno richiesto un aggiornamento specifico del personale specializzato nell‟analisi delle droghe, pertanto, il Dipartimento Politiche Antidroga ha promosso un progetto ad hoc, denominato "R.I.S. – N.E.W.S.", il cui obiettivo generale è quello di sostenere una più tempestiva individuazione delle nuove sostanze psicoattive sul territorio italiano.

Il percorso formativo

Il percorso di formazione organizzato dall'Arma dei Carabinieri in collaborazione con il Dipartimento Politiche Antidroga e il Sistema Nazionale di Allerta Precoce è stato realizzato presso le sedi dei RIS di Roma, Parma e Messina, attraverso lezioni tenute da esperti del settore sia esterni che interni alle Forze dell‟Ordine.

Ad oggi sono state realizzate tre edizioni di aggiornamento, una delle quali nel settembre del 2014. I corsi hanno visto la partecipazione di 87 militari dell‟Arma: "Analisti di laboratorio specializzati in chimica" – "personale R.I.S." - e "Operatori di Laboratorio Analitico" – "personale L.A.S.S."

L‟ultima tappa del percorso formativo è programmata per giugno 2015.

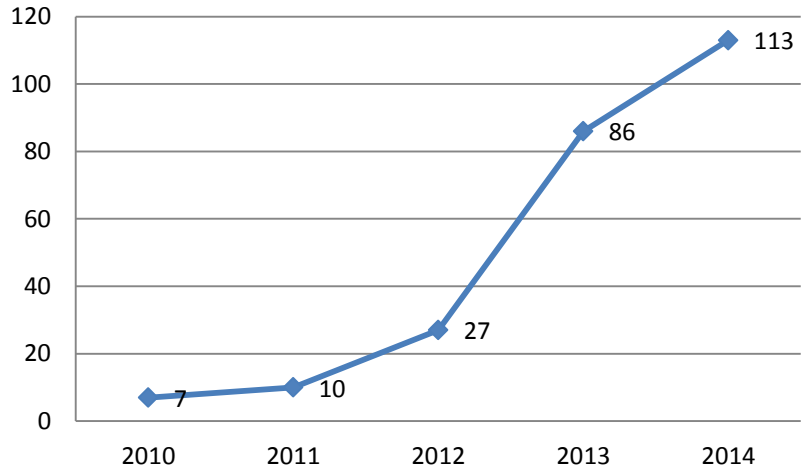
L‟aggiornamento ha condotto all‟ingresso di numerose strutture dell'Arma dei Carabinieri tra Laboratori Analisi Sostanze Stupefacenti (L.A.S.S.) e laboratori dei R.I.S. nel network dei centri collaborativi del Sistema.

L'aumento delle segnalazioni

A seguito dell‟accordo di collaborazione e del percorso formativo, il Sistema di Allerta ha registrato un aumento delle segnalazioni giunte dall‟Arma dei Carabinieri, passate dalle 44 registrate nel triennio 2010-2012, alle 86 del 2013 ed alle 113 del 2014 (

Figura 57).

Figura 57: Trend delle segnalazioni giunte dall'Arma dei Carabinieri negli anni 2010-2014 – numerosità



Le segnalazioni hanno riguardato l'analisi di reperti di droghe tradizionali nei quali sono state riscontrate percentuali anomale di principio attivo e/o tagli/adulteranti, ma anche l'identificazione di nuove sostanze psicoattive alcune delle quali individuate per la prima volta sul territorio italiano. È questo il caso di 29 nuove molecole segnalate dall'Arma dei Carabinieri tra le 33 totali segnalate al Sistema nel 2014, contro le 10 delle 17 segnalate nel 2013.

3.1.6 Fenomeni oggetto di osservazione

I fenomeni oggetto di osservazione del Sistema di Allerta sono molteplici.

- Sostanze nuove non ancora conosciute (sui sequestri, sui campioni biologici di pazienti, su prodotti acquistati online o in esercizi commerciali);
- Sintomi inattesi e atipici manifestati dopo l'assunzione;
- Partite anomale delle droghe "classiche" (% di principio attivo o altri componenti aggiuntivi);
- Nuovi tagli e/o adulteranti;
- Nuove modalità di consumo;
- Intossicazioni acute da nuove sostanze psicoattive o "decessi a grappolo" droga correlati;
- Variazioni dell'incidenza delle infezioni droga correlate (HIV, HBV, HCV, TBC, MST);
- Monitoraggio web per la prevenzione dell'offerta di droghe.

Sostanze nuove non conosciute

Dal 2009 a marzo 2015, sono state registrate dal Sistema Nazionale di Allerta Precoce 456 molecole (Tabella 4), di cui:

- 138 cannabinoidi sintetici
- 77 catinoni sintetici

- 90 fenetilamine
- 19 triptamine
- 35 farmaci vari
- 12 molecole a struttura azepanica
- 17 oppioidi sintetici (di cui 7 analoghi del fentanil)
- 5 piperazine
- 5 analoghi della ketamina
- 3 analoghi della fenciclidina (PCP)
- 55 altre molecole di varia tipologia (sintetiche, sostanze naturali, ecc.)

Le segnalazioni relative a tali molecole sono giunte dall'Osservatorio Europeo di Lisbona, dai laboratori italiani e dai centri clinici afferenti al Sistema Nazionale di Allerta Precoce. Si tratta di molecole identificate in materiali provenienti da sequestri, in campioni biologici di soggetti intossicati, in campioni acquistati online o in esercizi commerciali, in campioni raccolti in casi di intossicazione.

Tabella 34: Molecole registrate dal Sistema Nazionale di Allerta Precoce dal 2009 al marzo 2015 elencate per nome, mese ed anno di segnalazione

N	Nome	Mese-Anno	N	Nome	Mese-Anno
1	Isopropylphenidate	mar-15	51	Acetyl fentanyl	set-14
2	HDMP-28	mar-15	52	3F-phenmetrazine	set-14
3	1p-LSD	mar-15	53	4F-PEP	set-14
4	Tapentadolo	feb-15	54	alfa-PBT	set-14
5	4F-PBP	feb-15	55	ADB-CHMINACA	set-14
6	FUB-144	feb-15	56	MDMB-CHMICA	set-14
7	25I-NB34MD	feb-15	57	W-18	set-14
8	5-DBFPV	feb-15	58	5F-SDB-005	set-14
9	4-FEC	feb-15	59	Deschloroetizolam	set-14
10	1-(2,3-dihydro-1H-inden-5-yl)-2-phenyl-2-(pyrrolidinyl-1-yl)ethan-1-one	gen-15	60	NM-2201	set-14
11	ADAMANTYL-THPINACA	gen-15	61	Butyrfentanyl	set-14
12	2-cloro-4,5-MDMA	gen-15	62	MET	ago-14
13	N-methyl-bk-MMDA-2	gen-15	63	4-MeO-alpha-PBP	ago-14
14	bk-IVP	gen-15	64	5-MeO-NiPT	ago-14
15	U-47700	gen-15	65	2-EAPB	ago-14
16	NSI-189	gen-15	66	Clephedrone	ago-14
17	Clonazolam	gen-15	67	AB-FUBINACA 2-fluorobenzyl isomer	ago-14
18	Nifoxipam	gen-15	68	Bufotenina	ago-14
19	5F-MDMB-PINACA	gen-15	69	Metronidazolo	lug-14
20	AMB-FUBINACA	dic-14	70	FUB-AKB48	lug-14
21	5F-AMB-PICA	dic-14	71	MN-018	lug-14
22	Flibanserin	dic-14	72	3-MEC	lug-14
23	5F-APP-PICA	nov-14	73	4-fluoropentedrone	giu-14
24	4-MeO-α-PEP	nov-14	74	EG-018	giu-14
25	MDPHP	nov-14	75	Dipentilone	giu-14
26	APP-FUBINACA	nov-14	76	NPDPA	giu-14
27	5F-APP-PINACA	nov-14	77	NEDPA	giu-14
28	MMQ	ott-14	78	JWH-071	giu-14
29	Flubromazolam	ott-14	79	5F-AMB	giu-14
30	Afloqualone	ott-14	80	4-metilpentedrone	giu-14
31	4-methyl-N,N-diethylcathinone	ott-14	81	2-MMC	mag-14
32	5-APB NBOMe	ott-14	82	2C-P	mag-14
33	4-MMA NBOMe	ott-14	83	BB-22	mag-14
34	4EA-NBOMe	ott-14	84	5F-AMBICA	apr-14
35	3,4-DMA NBOMe	ott-14	85	2NE1	apr-14
36	5-MeO-EIPT	ott-14	86	Psilocibina	apr-14
37	3-CMC	ott-14	87	Psilocina	apr-14
38	DALT	ott-14	88	4-acetossi-n,n-DMT	apr-14
39	CUMYL-5FPINACA	ott-14	89	AB-CHMINACA	apr-14
40	5-MeO-EIPT	ott-14	90	4-bromoamfetamina	apr-14
41	4F-PV9	ott-14	91	AM-2201 analogo benzimidazolico	apr-14
42	Adrafinil	set-14	92	Alprazolam tiazolobenzofenone derivato	apr-14
43	CUMYL-PICA	set-14	93	3-metossimetcatinone	mar-14
44	CUMYL-THPINACA	set-14	94	4-fluoro-N-isopropilnorpentedrone	mar-14
45	CUMYL-5FPICA	set-14	95	2-metossiamfetamina	mar-14
46	ADB-CHMICA	set-14	96	4'-chloro-α-PPP	mar-14
47	CUMYL-PINACA	set-14	97	Mesembrine	mar-14
48	CUMYL-BICA	set-14	98	Eutilone	mar-14
49	PV 9	set-14	99	β-propilmetcatinone	mar-14
50	3,4-MDPA	set-14	100	α-PHP	mar-14

N	Nome	Mese-Anno	N	Nome	Mese-Anno
101	4-fluoro-butirfentanil	mar-14	151	2-FMC	ott-13
102	α-etilaminopentiofenone	mar-14	152	Venlafaxine	ott-13
103	Dimetilone	feb-14	153	Sibutramine	ott-13
104	4-fluorometamfetamina (4-FMA)	feb-14	154	Gabapentin	ott-13
105	Metilendiossiamfetamina (MDA)	feb-14	155	Rimonabant	ott-13
106	2,4,5,-trimetossiamfetamina (TMA-2)	feb-14	156	Methallylescaline	ott-13
107	Mepirapim	feb-14	157	C30-NBOMe	ott-13
108	1-(3,4-dimethylphenyl)-2-	feb-14	158	4-methylaminorex p-methyl derivative	ott-13
109	JWH-018 indazole analog	feb-14	159	AM-1248 isomero azepano	set-13
110	FDU-PB-22	feb-14	160	bk-MPA	set-13
111	4-bromoethcathinone (4-BEC)	feb-14	161	LY2183240	set-13
112	3,4-dimethoxy-alpha-PVP; 3,4-DMeO-α-	feb-14	162	6-MAPB	set-13
113	Aminopirina	feb-14	163	Trenbolone	set-13
114	4-metilaminofenazone	feb-14	164	3C-E	set-13
115	N-ethyl-4-methylnorpentedrone	gen-14	165	3C-P	set-13
116	PB-22 indazole analogue	gen-14	166	25iP-NBOMe	set-13
117	5F-PB-22 indazole analogue	gen-14	167	25I-NBMD	set-13
118	Tramadol	gen-14	168	Mescalina	ago-13
119	N-methyl-2C-B	gen-14	169	Metossietamina Bromo Derivato	ago-13
120	2-MeO-diphenidine	gen-14	170	Diclazepam	ago-13
121	6-Bromo-MDMA	gen-14	171	W-15	ago-13
122	Difenidina	dic-13	172	Nitracaina	ago-13
123	FUB-PB-22	dic-13	173	JWH-412 5-fluoropentyl derivative	ago-13
124	5F-SDB-006	dic-13	174	Proscalina	ago-13
125	SDB-006	dic-13	175	Tadalafil	lug-13
126	1-(Cyclohexylmethyl)-2-[(4-ethoxyphenyl)methyl]-N,N-diethyl-1H-benzimidazol-5-carboxamide	dic-13	176	PMKA	lug-13
127	A-796,260 isomer	dic-13	177	βk-PBDB	lug-13
128	N-(2-Methoxyethyl)-N-(1-methylethyl)-2-(1-pentyl-1H-indol-3-yl)-4-thiazol-methanamine	dic-13	178	Escalina	lug-13
129	N,N-Diethyl-2-(1-pentyl-1H-indol-3-yl)-4-thiazol-methanamine	dic-13	179	Mephtetramine	lug-13
130	Lysergic acid 2,4-dimethylazetidide (LSZ)	dic-13	180	5-EAPB	lug-13
131	MT-45	dic-13	181	AL-Allilescalina	lug-13
132	Butorphanol	dic-13	182	Mebroqualone	lug-13
133	Orfenadrina	dic-13	183	5F-AB-PINACA	lug-13
134	βk-2C-B	nov-13	184	JTE-907	lug-13
135	M5FPIC	nov-13	185	2-(2,3-dimethoxyphenyl)-N-(3,4,5-trimethoxybenzyl)ethanamine	lug-13
136	ADB_PINACA	nov-13	186	3-[2-(2-methoxybenzylamino)ethyl]-1H-quinazoline-2,4-dione (RH-34)	lug-13
137	ADB-Fubinaca	nov-13	187	AB-FUBINACA	lug-13
138	5-Meo-DALT	nov-13	188	4-MeO-α-PVP	giu-13
139	5-Meo-MIPT	nov-13	189	4-methylbuphedrone, N-benzyl derivative	giu-13
140	embutramide	nov-13	190	A-836,339	giu-13
141	N-methyl-2-aminoindan	nov-13	191	Etilcatinone	mag-13
142	AM-2201_indazole_analogue	nov-13	192	Fenacetina	mag-13
143	4-MMA	nov-13	193	α-PVT	mag-13
144	Benzidamina	nov-13	194	AB-PINACA	mag-13
145	AM-6527_5-fluoropentyl derivative	nov-13	195	TFMPP	mag-13
146	Ocfentanil	ott-13	196	Idrossizina	mag-13
147	Atomoxetine	ott-13	197	N-Methyl-2-pyrrolidone (NMP)	mag-13
148	6-EAPB	ott-13	198	N-ethyl-1-phenyl-butane-2-amine	mag-13
149	Difenidramina	ott-13	199	URB-597	apr-13
150	25N-(BOMe)2	ott-13	200	25H-NBOMe	apr-13

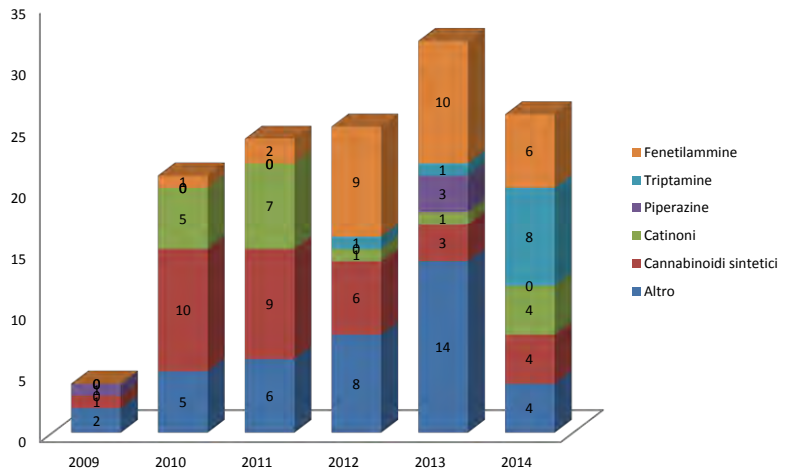
N	Nome	Mese-Anno	N	Nome	Mese-Anno
201	3,4-dichloromethylphenidate	apr-13	251	1-(5-Fluoropentil)-3-(2-metilbenzoil)indolo	lug-12
202	UR-144 heptyl derivative ((1-heptyl-1H-indol-3-yl)(2,2,3,3-tetramethylcyclopropyl)-methanone)	apr-13	252	JWH-122 pentenil 2-metilindolo derivato	lug-12
203	Clorochina	apr-13	253	JWH-122 pentenil derivato	lug-12
204	JWH-145	apr-13	254	MAM-2201 cloropentil analogo	lug-12
205	JWH-030	apr-13	255	3,4-Metilendiossi-N,N-dimetilamfetamina	lug-12
206	JWH-307 bromo derivato	apr-13	256	JWH-018 carbossamide derivato	lug-12
207	2,5-dimetossi-4-etilfenetilamina (2C-E)	apr-13	257	APICA	lug-12
208	4-bromo-2,5-dimetossianfetamina (DOB)	apr-13	258	25I-NBOMe	giu-12
209	4-cloro-2,5-dimetossiamfetamina (DOC)	apr-13	259	MPHP	giu-12
210	5F-PB22	mar-13	260	STS-135	giu-12
211	Flubromazepam	mar-13	261	5-MeO-MET	giu-12
212	EAM-2201	feb-13	262	4-HO-DPT	giu-12
213	Carfentanil	feb-13	263	UR-144(-2H)	giu-12
214	JWH-368	feb-13	264	Zopiclone	giu-12
215	A-834,735	gen-13	265	5-(2-Aminopropil)indolo (5-IT)	giu-12
216	2C-H (2-(2,5-dimetossifenil)etanamina)	gen-13	266	APINACA	mag-12
217	2C-B	gen-13	267	2,4,5-TMMC	mag-12
218	5-MAPB	gen-13	268	1-Fenil-2-(piperidin-1-il)butan-1-one	mag-12
219	4-fluorocatinone	gen-13	269	4-AcO-DALT	apr-12
220	Quetiapina	dic-12	270	LSD	apr-12
221	4-metil-fendimetrazina	dic-12	271	A-796,260	apr-12
222	4-metilaminorex-4-metil derivato	dic-12	272	25D-NBOMe	apr-12
223	25N-NBOMe	dic-12	273	Benzocaina	apr-12
224	25G-NBOMe	dic-12	274	5FUR-144	mar-12
225	25E-NBOMe	dic-12	275	3-MeO-PCP	mar-12
226	2C-N	dic-12	276	4-Fluoroefedrina	mar-12
227	2C-G	dic-12	277	1-Etinil-1-cicloesanolo (ECX)	mar-12
228	UR-144 N-(5-cloropentil) derivato	dic-12	278	4-Amino-3-fenil-butanoic acid (Phenibut)	mar-12
229	25B-NBOMe	dic-12	279	MAM-2201	mar-12
230	4-cloroamfetamina (4-CA)	dic-12	280	2-Fluoro-N-metil-amfetamina - (2-FMA)	mar-12
231	Isobutanoilfentanil	dic-12	281	6-APDB	mar-12
232	4-HTMPIPO	nov-12	282	5-APDB	mar-12
233	JWH-018 quinolinecarboxamide	nov-12	283	Alfa-metiltriptamina (AMT)	mar-12
234	AB-005 isomero azepan	nov-12	284	JWH-370	feb-12
235	2-AI	ott-12	285	UR-144	feb-12
236	AB-005	ott-12	286	MDMA	feb-12
237	AM-2201 analogo Indazolecarboxamide	ott-12	287	URB754	feb-12
238	AKB-48F	set-12	288	1-(Tiofen-2-il)propan-2-amina	feb-12
239	AM-1248	set-12	289	Clobenzorex (o-clorobenzilamfetamina)	feb-12
240	N-Etilketamina	set-12	290	Fenilpropanolamina (PPA)	feb-12
241	5-(2-Aminopropil)-2,3-diidro-1H-indene	set-12	291	2-Fluoroamfetamina	feb-12
242	4-Idrossiamfetamina	set-12	292	1-(3-Metilbenzilpiperazina)	feb-12
243	3-Metilmetcatinone (3-MMC)	set-12	293	3-Fluoro-isometcatinone (3-FiMC)	feb-12
244	2-MeO-Ketamina	ago-12	294	Trans-CP 47,497-C8 omologo	feb-12
245	Pirazolam	ago-12	295	1-Cicloesil-x-metossibenzolo	feb-12
246	4-AcO-DPT	ago-12	296	N-Propilamfetamina	feb-12
247	AH-7921	ago-12	297	3-(p-metossibenzoil)-N-metilindolo	feb-12
248	JWH 018 N-(5-cloropentil) derivato	ago-12	298	N-idrossi MDA (MDOH)	feb-12
249	JWH 018 N-(5-bromopentil) derivato	ago-12	299	Popper (Nitrito di isopropile)	gen-12
250	1-(5-Fluoropentil)-3-(2-etilbenzoil)indolo	lug-12	300	HU-331	gen-12

N	Nome	Mese-Anno	N	Nome	Mese-Anno
301	Scopolamina	dic-11	351	2C-C-NBOMe	giu-11
302	Atropina	dic-11	352	Colofonia in hashish	giu-11
303	1-Fenil-1-propanamina	dic-11	353	OMMA	giu-11
304	AM-694 - cloro derivato	dic-11	354	Metanandamide	mag-11
305	α-Pirrolidinobutirrofenone (α-PBP)	dic-11	355	AM-1220-azepane-derivato	mag-11
306	3-Amino-1-fenil-butane (3-APB)	dic-11	356	AM-1220	mag-11
307	AM-2232	dic-11	357	5-HTTP	mag-11
308	Etizolam	dic-11	358	JWH-007	mag-11
309	Etilfenidato	nov-11	359	Tropicamide	mag-11
310	Camfetamina	nov-11	360	Diazepam	apr-11
311	JWH-022	nov-11	361	(2-metossifenil)(1-pentil-1H-indol-3-il)metanone	apr-11
312	4-Metilbufedrone (4-Me-MABP)	nov-11	362	N-Etilamfetamina	apr-11
313	WIN 55,212-2	nov-11	363	α-Pirrolidinopentiofenone (α-PVP)	apr-11
314	AM-679	nov-11	364	DMMA	apr-11
315	CP 47,497-C8-omologo	nov-11	365	Metorfano	mar-11
316	Propossifene	nov-11	366	3-FMC	mar-11
317	Paracetamolo	ott-11	367	Derivato JWH-250	mar-11
318	bk-MDDMA	ott-11	368	5-IAI	mar-11
319	Benzilpiperidina	ott-11	369	JWH-182	mar-11
320	4-EMC	ott-11	370	1-Pentil-3-(1-adamantoil)indolo	feb-11
321	Desomorfina	ott-11	371	JWH-251	feb-11
322	4-BMC (Brefedrone)	set-11	372	N,N-dimetilamfetamina	feb-11
323	Isopentedrone	set-11	373	AM-2201	gen-11
324	WIN 48,098 (Pravadoline)	set-11	374	MPA	gen-11
325	Pirovalerone	set-11	375	CRA-13	gen-11
326	Dipipanone	set-11	376	4-MeO-PCP	gen-11
327	Sildenafil	ago-11	377	Desossi-D2PM	dic-10
328	Metilone (MDMCAT; MDMC; bk-MDMA)	ago-11	378	5-APB	dic-10
329	4-fluoroamfetamina (4-FA)	ago-11	379	BMDB	dic-10
330	Metamfetamina	ago-11	380	BMDP	dic-10
331	N-Etilbufedrone	ago-11	381	Arecoline	nov-10
332	Org-29647	ago-11	382	Dibutilone	nov-10
333	Org-27569	ago-11	383	MDPBP	nov-10
334	Org-27759	ago-11	384	3-MeO-PCE	nov-10
335	AM-2233	ago-11	385	3-(4-Idrossimetilbenzoil)-1-pentilindolo	nov-10
336	JWH-307	ago-11	386	Metossetamina	nov-10
337	Caffeina (in eroina)	ago-11	387	PMMA	ott-10
338	Benzoin isopropil etere (BIE)	lug-11	388	JWH-019	ott-10
339	Pseudoefedrina	lug-11	389	JWH-203	ott-10
340	Nandrolone	lug-11	390	3,4-DMMC	ott-10
341	JWH-412	lug-11	391	JWH-250	ott-10
342	JWH-387	lug-11	392	Desossipipradrolo	ott-10
343	Fenazepam	lug-11	393	JWH-200	set-10
344	Ayauasca (NN-DMT)	lug-11	394	Buflomedil	set-10
345	Ayauasca (Armina; Harmine)	lug-11	395	Diltiazem	set-10
346	4-APB	giu-11	396	Etafedrina	set-10
347	6-APB	giu-11	397	JWH-210	set-10
348	RCS-4(C4)	giu-11	398	Pentedrone (β-etil-metcatinone)	set-10
349	Ostarina	giu-11	399	5-MeO-DPT	set-10
350	JWH-122 fluoropentil derivato	giu-11	400	Pentilone	set-10

N	Nome	Mese-Anno	N	Nome	Mese-Anno
401	M-ALPHA	set-10	429	N-benzil-1-feniletilamina	mar-10
402	Isomero nafirone	ago-10	430	JWH-073	feb-10
403	Variante C8 + C2 del CP-47,497	ago-10	431	JWH-018	feb-10
404	4MBC	ago-10	432	GHB	gen-10
405	MPPP	ago-10	433	2C-B-BZP	gen-10
406	Butilone	ago-10	434	Pregabalin	dic-09
407	JWH-015	lug-10	435	4-MA	dic-09
408	MPBP	lug-10	436	JWH-200	dic-09
409	JWH-122	lug-10	437	3-FMA	nov-09
410	AM-694	lug-10	438	Etaqualone	nov-09
411	4-Metiletcatinone (4-MEC)	lug-10	439	Metamfepramone	nov-09
412	Bufedrone	lug-10	440	Flefedrone (4-FMC; 4-fluorometcatinone)	nov-09
413	JWH-073 metilderivato	lug-10	441	Mitragynina (Mitragyna Speciosa)	nov-09
414	Dimetocaina DMC	giu-10	442	Bromo-Dragonfly	ott-09
415	DMAA	giu-10	443	Levamisolo	ott-09
416	iso-Etcatinone	giu-10	444	Metedrone (bk-PMMA)	ott-09
417	pFBT	giu-10	445	2-PEA	ott-09
418	Nafirone	giu-10	446	MDPV	ago-09
419	JWH-081	giu-10	447	DNP (2,4-dinitrofenolo)	ago-09
420	RCS-4 (JWH-018 analogo)	mag-10	448	4-AcO-DMT	ago-09
421	Fentanil	mag-10	449	PMA	lug-09
422	4-FMA	mar-10	450	Petidine/Demerol	lug-09
423	Mefedrone (4-MMC)	mar-10	451	Nortramadol (O-Desmetiltramadol)	giu-09
424	Metamizolo (novalgina)	mar-10	452	Ketamina	giu-09
425	pFPP	mar-10	453	mCPP	giu-09
426	MDAI	mar-10	454	Piperonale	giu-09
427	β-Me-PEA	mar-10	455	TMA-6	giu-09
428	N,N-dimetilfenetilamina	mar-10	456	Carbarile	mag-09

Le molecole identificate sul territorio italiano e segnalate per la prima volta al Sistema di Allerta, vengono registrate e suddivise per gruppi strutturali chimici. Nel corso del 2014 le molecole segnalate per la prima volta sono state 26, “Nuove Sostanze Psicoattive” (NSP) ma anche sostanze note ma non ancora registrate dal Sistema di Allerta. La Figura 58 riporta il trend delle nuove molecole identificate in Italia nel corso degli anni (2009-2014).

Figura 58: Numerosità delle molecole identificate in Italia e segnalate per la prima volta al Sistema Nazionale di Allerta Precoce (anni 2009-2014).



Sintomi inattesi e atipici osservati dopo l'assunzione

La presenza di sempre nuove sostanze psicoattive ha modificato molto la tipologia dei quadri di presentazione dei pazienti con intossicazione nei servizi d"urgenza del nostro sistema sanitario nazionale (SSN). I medici del soccorso extra-ospedaliero, del pronto soccorso e dei reparti di cura (es. psichiatria) si trovano oggi a dover effettuare diagnosi e trattamento di intossicazioni spesso gravi e/o letali, poco conosciute e definite, peraltro in situazione di pressoché completa assenza di test analitici utilizzabili con i tempi dell"urgenza.

Casi di intossicazione acuta in Italia - le Allerte del 2014

Nel 2014 il Sistema Nazionale di Allerta Precoce ha segnalato 11 nuovi casi accertati di intossicazione acuta da uso/abuso di anticolinergici. Le segnalazioni sono giunte a seguito dell"attivazione di una prima Allerta grado 2 lanciata nel 2011 e relativa a sei casi accertati di intossicazione acuta con sindrome anticolinergica grave correlati all"assunzione di stramonio in Italia. Le 11 nuove intossicazioni da uso/abuso di anticolinergici (causa principale del quadro clinico), associati ad assunzione di altre sostanze, fra cui THC e ketamina, indicando una continuità nel tempo di questa tipologia di casi. I casi segnalati nel 2014 si sono verificati nel 2011 (1 caso), 2012 (6 casi), 2013 (2 casi) e 2014 (2 casi).

Nel corso del 2014 è stata registrata anche una grave intossicazione acuta in soggetto pediatrico a seguito di esposizione a cannabis.

Casi di intossicazione acuta da NSP in Italia nel 2014 – attività in corso

Il coordinamento degli aspetti clinico-tossicologici del NEWS, affidato al Centro Antiveleni di Pavia - Centro Nazionale di Informazione Tossicologica (CAV Pavia) dell"IRCCS Fondazione Salvatore Maugeri, ha consentito anche nel 2014, attraverso un"attività dedicata, di identificare nuovi casi di intossicazioni da NSP che hanno dovuto ricorrere ai servizi d"urgenza del Sistema

Sanitario Nazionale (SSN). Tale attività è stata svolta grazie al network dei servizi ospedalieri d"urgenza e dei laboratori di tossicologia del SSN (in particolar modo il Laboratorio di Tossicologia Analitica Clinica – IRCCS Fondazione Policlinico San Matteo di Pavia) che collaborano con il CAV di Pavia. Al 31 dicembre 2014 i servizi del SSN che partecipano al network del NEWS sono 227, distribuiti in tutte le regioni italiane. In particolare, nel 2014 sono stati inclusi fra i centri del network anche servizi di medicina interna, psichiatria, pediatria e neuropsichiatria infantile: ciò per iniziare a cercare di monitorare il fenomeno anche in relazione alle intossicazioni pediatriche e alle manifestazioni psichiatriche acute e croniche.

Le richieste di consulenza provenienti dai Servizi dell"Urgenza hanno riguardato prevalentemente casi di difficile inquadramento diagnostico-terapeutico, e per questi si è provveduto ad approfondire la diagnostica clinico-strumentale e tossicologica per la ricerca di NSP. Nei casi selezionati sono stati recuperati e centralizzati a Pavia i campioni biologici (e, ove disponibili, i campioni delle sostanze assunte) per effettuare analisi tossicologiche di secondo livello presso i laboratori dell"IRCCS Fondazione Maugeri di Pavia e dell"IRCCS Policlinico San Matteo di Pavia.

Oltre alle classiche sostanze d"abuso (oppioidi classici, cocaina, etanolo, THC, amfetamine), per ogni paziente, sono state ricercate in modo specifico in media più di 200 nuove molecole: MDMA; buprenorfina; metadone; cannabinoidi sintetici (incluse più di 100 molecole della serie JWH/AM; 19 della serie UR144/XLR11; 13 della serie JWH250/RCS8); catinoni sintetici (20 molecole appartenenti al gruppo dei Mefedroni/Metcatinoni e 12 appartenenti al gruppo MDPV/MDPBP); GHB; GBL; ketamina; metossietamina; 6-monoacetilmorfina; 4-fluoroamfetamina; metamfetamine; anticolinergici (atropina e scopolamina); barbiturici; benzodiazepine e analoghi; benzofurani (5-APB/6-APB); caffeina; dimetiltriptamina; fenciclidina; fenetilamine (serie 2C: 2-C-I, 2-C-T7, 2-C-B, 2C-E, DOB); fentanili; levamisolo/tetramisolo; MDA (3,4-metilenediossiamfetamina); MDAI (5,6-metilenediossi-2aminoindano); metorfano; PMMA-PMA; poppers (alchil nitriti); yohimbina.

3.1.6.1 La casistica studiata nel 2014

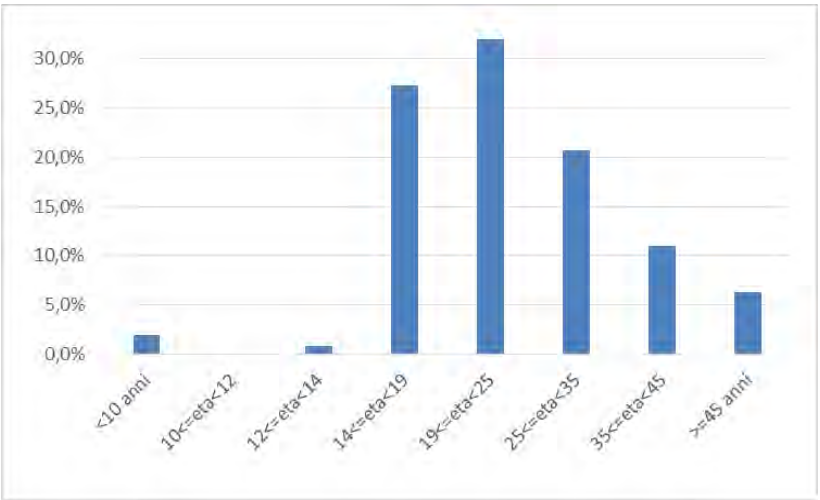
Fra i casi di difficile inquadramento clinico afferiti ai servizi d"urgenza del SSN per i quali è stata chiesta consulenza specialistica al CAV di Pavia, nel 2014 sono stati selezionati 256 pazienti con una sintomatologia giudicata dallo specialista del CAV come:

- riferibile all"assunzione di sostanze d"abuso poco note, oppure
- non strettamente correlabile alla sostanza d"abuso riferita in anamnesi, oppure
- riferibile a effetti di sostanze eccitanti/allucinogene anche in assenza di un sospetto anamnestico di consumo di sostanze d"abuso.

La distribuzione regionale dei 256 è stata la seguente: Emilia Romagna (70), Lombardia (45), Piemonte (42), Liguria (24), Veneto (20), Lazio (11), Marche (8), Trentino Alto Adige (7), Friuli Venezia Giulia (5), Sicilia (5), Umbria (4), Abruzzo (3), Sardegna (3), Valle d"Aosta (3), Puglia (2), Toscana (2), Basilicata (1) e Campania (1). Tale distribuzione non ha significato statistico-epidemiologico in quanto dipende da numerose variabili (es. n. di consulenze richieste dalla singola regione, popolazione residente).

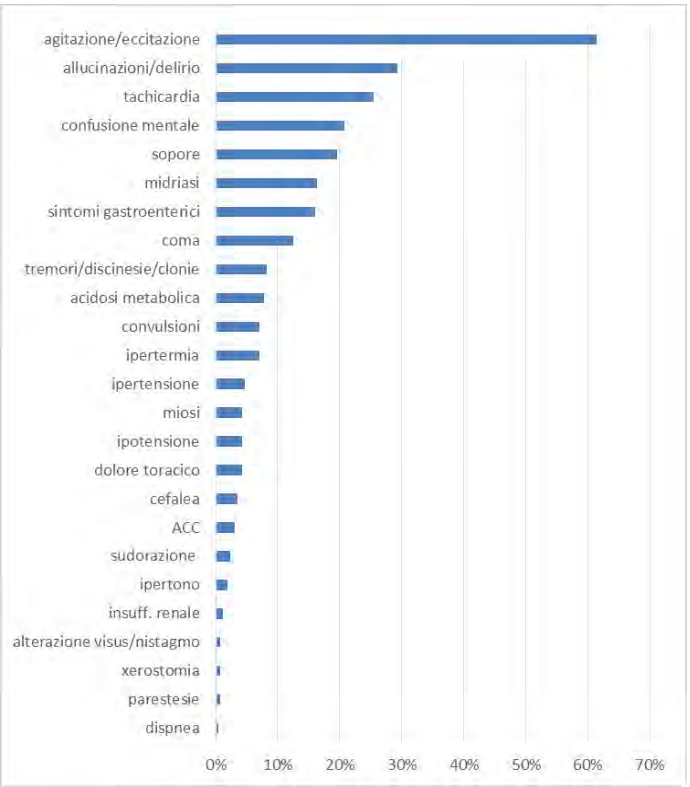
La distribuzione dei 256 casi per età (Figura 59) indica una maggior frequenza di intossicazione acuta da NSP fino ai 25 anni di età (circa il 60% dei casi), ma un interessamento non trascurabile di persone fra i 25 e i 50 anni di età.

Figura 59: Distribuzione per età dei 256 casi di intossicazione indagati nel 2014.



Le principali manifestazioni cliniche registrate in queste intossicazioni al momento della presentazione in pronto soccorso sono di tipo eccitatorio (agitazione/eccitazione, allucinazioni/delirio, tachicardia) associati, in alcuni casi, a neurodepressione fino al coma (Figura 8).

Figura 60: Manifestazioni cliniche dei 256 casi all"accettazione nei servizi d"urgenza.



Le principali sostanze riferite in anamnesi o assunte nei 256 pazienti sono risultate essere: cannabis (N = 51), cocaina (33), ecstasy-MDMA (25) [queste prime tre sostanze sono state frequentemente assunte in associazione a nuove sostanze psicoattive], oppiodi (22), ketamina (20), amfetamine (14), LSD (14), profumatori per ambiente/incensi (6), integratori alimentari/energy drink (5), mescalina (4), catinoni (2), GHB/GBL (2), kratom (2) e ibogaina (2). Alcuni pazienti hanno riferito l"assunzione di fenetilammine (serie 2C), difenidina, semi di stramonio e kamboo. In 93 casi (36.3%) il paziente non ha riferito/non è stato in gradi di riferire la tipologia di sostanze assunte.

In 246 casi (96.1%) è stato possibile analizzare i campioni biologici dei pazienti (campionamento e trasferimento del campione in urgenza): in 24 (9.8%) di questi 246, le analisi sono state eseguite in urgenza in relazione alla gravità del caso clinico, e in alcune circostanze è stato possibile reperire e analizzate anche il prodotto assunto o i suoi residui.

L"approfondimento clinico-anamnestico e i risultati delle analisi tossicologiche hanno permesso di identificare in numerosi casi la presenza di sostanze diverse rispetto a quelle dichiarate in anamnesi dal paziente.

Ad esempio, nei casi in cui il paziente non è stato in grado di riferire la sostanza assunta (n=93) sono state identificate le seguenti sostanze: levamisolo (7), ketamina (5), cocaina (5), MDMA (5), GHB (3), oppioidi (3), amfetamine/metamfetamine (2), metadone (2), metossietamina (2), PMA/PMMA (2), serie 2C (2), atropina (1), caffeina (1) e metilone (1).

Valutazione dei risultati delle analisi tossicologiche di secondo livello

Nel 2014 la gestione dei campioni biologici ha comportato interventi specifici per

- reperimento dei campioni in urgenza: in 222 casi i campioni sono stati recuperati dal CAV di Pavia tramite corriere espresso
- analisi tossicologica in urgenza in relazione alla gravità del caso: è stata effettuata per 24 pazienti
- analisi tossicologica di screening e di conferma (246 pazienti)
- organizzazione di specifica seroteca-urinoteca per ulteriori e future analisi tossicologiche

Nei laboratori di Tossicologia Clinica e Sperimentale (CAV di Pavia, Fondazione Maugeri) e di Tossicologia clinica analitica (Fondazione Policlinico San Matteo) è stato possibile effettuare test di rapidi di screening su urine (metodi ELISA o EMIT) e analisi di conferma (metodi cromatografici) sui campioni di 246 pazienti, rilevando le positività riportate in Tabella 35.

Tabella 35: Sostanze d"abuso rilevate ai test analitici effettuati su 246 pazienti con clinica compatibile con intossicazione acuta da NSP**.**

Positività per droghe d'abuso "classiche" ai test di screening	Positività per NSP alle analisi di screening e di conferma
- 63 THC - 33 cocaina - 13 amfetamine - 15 oppiacei - 21 MDMA - 10 metadone - 2 per LSD su urina	- 23 per MDMA (22 su urina + 1 su sangue) - 17 per ketamina su urina (1 anche su sangue) - 7 per metossietamina su urina (2 anche sul prodotto) - 13 per amfetamina/metamfetamina su urina - 8 per fenetilamina 2C-I su urina - 4 per GHB su urina (3 anche su sangue) - 4 per cannabinoidi sintetici (1 per JWH-210+JWH-122 su sangue e per JWH-210+JWH-122+JWH-018 sul prodotto; 2 per 5F-APINACA su sangue e prodotto; 1 per JWH-081 su capello) - 3 per catinoni su urina (1 per MDPV, 2 per metilone) - 3 per caffeina su urina - 3 per metorfano/isomeri su urina - 2 per PMA/PMMA su urina - 2 per fenetilamina 2C-E su urina - 1 per atropina su urina - 1 per DMT su urina - 1 per mitraginina su urina e nel prodotto - 1 per psilocina su urina e psilocibina e psilocina nel prodotto - 1 per difenidina su urina e nel prodotto - 1 per ajmacilina e yohimbina/composti strutturalmente simili nel prodotto - 30 casi di intossicazione da cocaina tagliata con levamisolo

I campioni biologici sono stati analizzati utilizzando differenti metodiche di laboratorio (EMIT, ELISA, GC/MS, LC/MS, HPLC) anche in funzione della matrice biologica disponibile. Le positività riscontrate dai due laboratori possono, in alcuni casi, non essere riferite alla stesso paziente oppure non confrontabili.

Fra le positività riscontrate nei casi di intossicazione acuta da NSP identificati dal Centro Antiveleni di Pavia, vi sono 35 casi (Tabella 36) non ancora trasmessi con specifiche segnalazioni del NEWS in quanto non sono ancora terminati tutti gli accertamenti per verificare la presenza/assenza di altre sostanze d"abuso. Tali casi verranno trasmessi dal sistema nel 2015.

Tabella 36: Casi di intossicazione da NSP identificati nel 2014 e non ancora trasmessi attraverso specifiche segnalazioni del Sistema Nazionale di Allerta Precoce.

FAMIGLIA	MOLECOLA	NUMERO DI CASI
Serie 2C	2C-I	8
	2C-E	2
Metossietamina	-	9
Catinoni	MDPV	3
	Mefedrone + MDPV	1
	Metilone	2
Cannabinoidi sintetici	Apinaca	2
	JWH-018, JWH-122, JWH-210 (deuterium)	1
Difenidina		1
Dimetiltriptamina (DMT)		1
Mitraginina		1
MXE + PMA/PMMA		1
PMA/PMMA		1
PMA/PMMA + MDMA		1
Psilocina/psilocibina		1
TOTALE		**35**

Casi ad evoluzione letale

Nel 2014 sono stati registrati 10 casi ad evoluzione letale che hanno riguardato pazienti con età compresa tra 19 e 48 anni, tutti di sesso maschile. I casi si sono verificati in Lombardia (5 casi), Piemonte (1), Puglia (1), Trentino Alto-Adige (1), Umbria (1) e Veneto (1). Le sostanze dichiarate sono state eroina (4), cocaina (2), metamfetamina (1) e ecstasy (1); in 2 casi la sostanza non è stata dichiarata.

Le indagini analitiche di secondo livello eseguite presso i laboratori di Pavia (in 4 casi eseguite in urgenza) hanno rilevato le seguenti positività in sangue e urine: cocaina (2), oppiacei (1), MDMA (1) e MDMA+PMA/PMMA (1). Le analisi tossicologiche hanno evidenziato la positività in urine anche per venlafaxina (1 caso), tramadolo (1), risperidone, idrossi-risperidone, buprenorfina e nor-buprenorfina (1). In 2 casi la ricerca di fentanili (sospettata clinicamente) è risultata negativa.

La causa del decesso è stata ricondotta in 1 caso a shock settico in paziente tossicodipendente e in 1 caso a intossicazione acuta da PMA/PMMA e MDMA. Nei restanti casi il decesso è stato determinato da una insufficienza multiorgano da possibile causa tossica.

In conclusione si può rilevare che

- Il fenomeno delle NSP è di grande rilevanza clinico-tossicologica e costituisce un nuovo problema di salute pubblica sicuramente molto impegnativo: per poterlo fronteggiare dal punto di vista sanitario occorrono sicuramente nuove procedure e una nuova operatività del SSN.
- I test di screening consentono oggi di individuare con metodi semplici (es. ELISA) oltre alle classiche sostanze d'abuso (oppiacei, cocaina, amfetamine, THC, MDMA, buprenorfina, metadone) anche numerose nuove sostanze psicoattive fra cui ketamina, LSD, GHB, cannabinoidi sintetici (principalmente appartenenti alla serie JWH) e catinoni sintetici. L'impiego corretto di queste metodiche può contribuire a migliorare le possibilità diagnostiche del SSN.
- Il modello operativo in ambito clinico-tossicologico attraverso un CAV specializzato non solo consente un ottimale supporto specialistico per la diagnosi e cura dei pazienti, ma ha anche confermato, come negli anni precedenti, di fornire dati essenziali per il NEWS e per attività di prevenzione e regolatoria.
- L'interazione promossa dal NEWS fra sanità e altre Amministrazioni dello Stato (es. RIS-Arma dei Carabinieri, Agenzia delle Dogane, Polizia Scientifica) ha consentito una migliore e più rapida conoscenza del fenomeno, della sua continua variazione, e una condivisione di dati che consente una migliore e più rapida azione di prevenzione e di intervento (anche clinico).

3.1.7 Monitoraggio delle Nuove Sostanze Psicoattive

I cannabinoidi sintetici - molecole prodotte in laboratorio che agiscono sugli stessi recettori su cui agisce il principio psicoattivo della cannabis mimandone gli effetti sono oggetto di osservazione e di allerte sia in Italia che in Europa dal 2009. Il fenomeno è sotto monitoraggio da parte del Sistema di Allerta. Nel 2014 è stata registrata l'identificazione del cannabinoide sintetico AM-694 in campione urinario di un soggetto ricoverato per trauma maggiore; non sono stati segnalati nuovi casi di intossicazione acuta da cannabinoidi sintetici lasciando invariato il numero totale di 43 intossicazioni registrate ad oggi dal Sistema. Nonostante le segnalazioni di questa tipologia di prodotti possano sembrare in diminuzione, cannabinoidi sintetici di diversa tipologia sono stati rilevati in alcuni casi di intossicazione in corso di valutazione (dati non ancora diffusi dal CAV di Pavia e dal N.E.W.S.). Dall'inizio del 2014 sono inoltre stati registrati 11 nuovi sequestri di cannabinoidi sintetici, portando a 135 il numero delle segnalazioni complessive ad oggi registrate dal Sistema a partire dal 2010. Tra i nuovi sequestri, quasi la metà (6) erano relativi a cannabinoidi sintetici di nuova generazione per la prima volta identificati in Italia e non inclusi nelle Tabelle del D.P.R.309/90 e s.m.i. Nello specifico si trattava delle molecole 2NE1; 5F-AMBICA; AB-FUBINACA; BB-22; AKB48 (APINACA); AKB-48F.

Anche i catinoni sintetici, sostanze ad effetto stimolante, sono in continuo monitoraggio ed oggetto di allerta sia in Italia che in Europa sin dal 2009. Nel 2014 il Sistema non ha segnalato nuove intossicazioni correlate, o correlabili, all'assunzione di questa tipologia di sostanze, attestandosi ad un totale di 8 i casi segnalati in Italia dal 2009.

Similmente ai cannabinoidi sintetici, tuttavia, alcuni catinoni sintetici sono stati rilevati in casi di intossicazione in corso di valutazione (dati non ancora diffusi dal CAV di Pavia e dal N.E.W.S.).

Si continuano inoltre a registrare numerosi sequestri di catinoni sintetici effettuati sul territorio italiano: 76 nuove segnalazioni dall'inizio del 2014 relative a sequestri effettuati tra il 2013 e gennaio 2015 dove i catinoni più frequentemente rilevati sono stati il 4-metiletcatinone (4-MEC) con 16 segnalazioni; il 3-metilmetcatinone (3-MMC; n=13); il 3,4-metilendiossipirovalerone (MDPV; n= 11); metilone (n=7); pentedrone (n=5); alfa-PVP (n=5); mefedrone (n=4).

Diverse segnalazioni pervenute al Sistema nel 2014 riguardano fenetilammine. Le fenetilammine rappresentano una classe di molecole ad azione psicoattiva e stimolante piuttosto ampia che include anche l'amfetamina, la metamfetamina e la 3,4-metilendiossimetamfetamina (o MDMA, anche nota come ecstasy), molecole controllate dalla Convenzione Internazionale del 1971. Le fenetilammine si distinguono in diversi sottogruppi in funzione della sostituzione sull'anello aromatico, sulla catena alchilica e/o sull'azoto. Gli anni 2013-2014 sono stati caratterizzati dalla presenza sul territorio italiano di numerose nuove fenetilammine della serie denominata "NBOMe". Si tratta di fenetilammine dove sull'atomo di azoto è presente un gruppo 2-metossibenzilico, una modifica strutturale che conferisce effetti non solo stimolanti ma anche allucinogeni. Si tratta di molecole molto potenti tanto che molti dei prodotti sequestrati (contenenti ad esempio 25I-NBOMe, 25B-NBOMe, 25C-NBOMe), erano francobolli ("blotters"), o altri supporti cartacei tipicamente utilizzati per adsorbire e dosare allucinogeni ad elevata potenza, molecole attive a dosi anche sub-molari. Delle 63 segnalazioni giunte dall'inizio del 2014 relative a sequestri di fenetilamine effettuati nel corso del 2013-2014, 20 erano sotto forma di francobolli, i rimanenti 43 erano sotto forma di compresse o polvere. Alcuni casi di intossicazione da fenetilamine (prevalentemente della classe 2-C) sono stati identificati e verificati analiticamente nel 2014: è stato previsto di poter diffondere la relativa segnalazione al sistema nel 2015, una volta terminate le procedure analitiche necessarie per confermare/escludere la contemporanea presenza di altre sostanze d'abuso.

Confermando la tendenza registrata nel 2013, sia ketamina che metossietamina sono state identificate in numerosi casi di intossicazione, anche molto gravi. Anche per queste intossicazioni è prevista la diffusione delle relative segnalazioni al sistema nel 2015, una volta terminate le procedure analitiche necessarie per confermare/escludere la contemporanea presenza di altre sostanze d'abuso. Nel periodo di riferimento sono stati registrati un sequestro di metossietamina e tre di ketamina sul territorio italiano.

3.1.8 Partite anomale di droghe "classiche"

Cannabis con elevate percentuali di principio attivo

Anche nel corso del 2014 numerose segnalazioni provenienti dalle Forze dell'Ordine hanno riguardato sequestri di cannabis e derivati con elevate percentuali del principio attivo Δ9-Tetraidrocannabinolo (THC). Si è trattato nello specifico di 24 segnalazioni giunte da varie Regioni d'Italia, relative a cannabis, infiorescenze, hashish, con percentuali di THC tra il 6% e il 44% con un picco del 60% in reperti sotto forma di olio.

Metamfetamina ed ecstasy con elevate percentuali di principio attivo

Nel corso del 2014 il Network del Sistema di Allerta è stato informato circa segnalazioni di metamfetamina e di ecstasy (3,4-metilediossimetamfetamina o MDMA), sequestrate dalle Forze

dell‟Ordine nel periodo 2013-2014 con elevate percentuali di principio attivo o in miscela con nuove sostanze psicoattive. Si è trattato nello specifico di 11 segnalazioni giunte da varie Regioni d‟Italia da parte dell‟Arma dei Carabinieri, relative a sequestri di metamfetamina e di MDMA ad elevata percentuale di principio attivo (fino al 94%) e di una preparazione denominata "Ya-Ba" costituita da metamfetamina e caffeina. Per la prima volta in Italia è stata individuata MDMA in copresenza con l‟antipsicotico quetiapina e MDMA in reperti contenenti anche la fenetilammina 2C-E o con la PMMA.

Eroina ad elevata percentuale di principio

Nel 2014 il Sistema di Allerta ha registrato anche sequestri di eroina (diacetilmorfina) ad elevata percentuale di principio attivo.

3.1.9 Nuovi tagli e/o adulteranti

Le segnalazioni giunte al Sistema negli ultimi anni di attività evidenziano che le sostanze da taglio/adulteranti incontrate per l‟eroina sono risultate essere varie, tra cui paracetamolo, caffeina, metorfano, clorochina, metronidazolo. Tetramisolo/levamisolo, dipirone, amminopirina, benzocaina, fenacetina, lidocaina, diltiazem, benzocaina, idrossizina, ibuprofene, acido borico, sono invece i tagli/adulteranti riscontrati per la cocaina.

Eroina e metorfano

Nel 2014 il Sistema Nazionale di Allerta Precoce ha continuato a registrare numerose segnalazioni provenienti dai centri collaborativi relative ad eroina adulterata con metorfano. A partire dalle prime segnalazioni datate luglio 2010, le segnalazioni complessive ad oggi ammontano a 74. Si tratta di eroina anomala, in alcuni casi con una percentuale di principio attivo al di sopra della media e adulterata con metorfano di cui però non è nota la stereochimica. Questa carenza rappresenta un problema da affrontare sia perché alcuni decessi di assuntori di droga negli ultimissimi anni sono riconducibili alla copresenza di questo adulterante, sia perché è necessario verificare nei fatti quale delle due forme miscelata all‟eroina è responsabile di effetti così gravi. Ad oggi, nei rarissimi casi in cui reperti di eroina adulterata con metorfano sono stati analizzati con una opportuna tecnica chirale, è stato identificato il solo destrometorfano.

Si ricorda che le differenti caratteristiche tossicologiche hanno portato alla tabellazione della sola forma levogira essendo il levometorfano un oppioide molto potente. Il destrometorfano è un sedativo non soggetto al controllo per legge, ma possibile oggetto di uso ricreazionale non privo di rischi. Secondo quanto riportato nella letteratura medica internazionale, infatti, il consumo ricreazionale di destrometorfano è correlato a casi documentati di decesso (J Anal Toxicol, 33 (2), 99-103, 2009).

Cocaina e tetramisolo/levamisolo

Nel 2014 sono continuamente pervenute al Sistema di Allerta segnalazioni di sequestri di cocaina (29 reperti) contenenti tetramisolo/levamisolo, un antielmintico usato principalmente in veterinaria ma correlato in letteratura a casi di agranulocitosi negli assuntori di cocaina. Risulta pertanto importante continuare a monitorare la circolazione di partite di cocaina così adulterata e tenere alta l"attenzione dei servizi clinici d"urgenza sulla possibilità di riscontrare questa patologia soprattutto in assuntori abituali di cocaina. Ad oggi, non sono pervenute al Sistema segnalazioni relative a casi di agranulocitosi nel nostro Paese, ma per contro non è stato possibile escludere che si siano verificati casi che non è stato possibile ricondurre all"uso di cocaina. Tra i tanti adulteranti disponibili, una buona parte della cocaina pervenuta all"analisi continua ad essere tagliata con tetramisolo/levamisolo. Una possibile ragione di questa scelta è stata ipotizzata attraverso una ricerca condotta nel centro collaborativo dell"Università di Firenze e pubblicata nello scorso anno su una rivista internazionale. È stato rilevato che nell"uomo il principale metabolita del levamisolo è l"aminorex, molecola con proprietà allucinogene ed amfetamino-simili, che quindi può amplificare gli effetti della cocaina (*Bertol E. et al. Determination of aminorex in human urine samples by GC-MS after use of levamisole. J Pharm Biomed Anal 2011 55(5):1186-1189 doi: 10.1016/j.jpba.2011.03.039. Epub 2011 Apr 6*).

3.1.10 Monitoraggio web per la prevenzione dell'offerta di droghe

Nell"ambito del Sistema di Allerta, è attivo il monitoraggio della rete Internet per l"identificazione e segnalazione alle Forze dell"Ordine, dell"offerta di sostanze psicoattive al fine di prevenirne l"offerta. Nel 2014 le Forze dell"Ordine hanno segnalato l"identificazione di nuove sostanze psicoattive proprio in prodotti acquistati attraverso la rete Internet, confermando che questa modalità di acquisto è utilizzata anche in Italia. Relativamente a questi prodotti, il Raggruppamento Carabinieri Investigazioni Scientifiche – Reparto Investigazioni Scientifiche di Parma, ha individuato e segnalato la molecola 3,4-diclorometilfenidato (3,4-CTMP) sotto forma di compresse vendute come standard di laboratorio, il Laboratorio Analisi Sostanze Stupefacenti - Carabinieri di Milano, ha segnalato l"identificazione delle molecole etilfenidato, metiopropamina e fenetilamina (con benzocaina e caffeina come eccipienti) in materiale posto sotto sequestro a Milano e acquistato via Internet.

3.1.11 Strumenti di aggiornamento

Al fine di tenere costantemente aggiornato il network dei centri collaborativi del Sistema di Allerta ed altri partner sia italiani che internazionali, il Sistema di Allerta utilizza strumenti informativi differenziati a seconda delle finalità, dei destinatari e della specificità dei contenuti. Di seguito si riporta una sintesi descrittiva di tali strumenti:

- **Nuovo Database Istituzionale N.E.W.S.**: è stato realizzato un nuovo database istituzionale del Sistema Nazionale di Allerta Precoce (National Early Warning System – N.E.W.S.) nato dall"esigenza di memorizzare, strutturare e organizzare le informazioni che il Sistema raccoglie durante la propria attività, nonché le azioni che il Sistema intraprende

per gestirle a livello interno, nazionale e internazionale. Il database istituzionale ha un duplice obiettivo: intende essere lo strumento attraverso il quale sistematizzare le informazioni raccolte dal Sistema al fine di renderle comprensibili, interrogabili e georeferenziate nel tempo. Esso intende inoltre essere uno strumento di supporto alla gestione del attività stessa del Sistema di Allerta, impegnato in frequenti comunicazioni e aggiornamenti rivolti al proprio network dei centri collaborativi e all"Osservatorio Europeo sulle Droghe e le Tossicodipendenze.

Il database è suddiviso in tre distinte sezioni: analitica, clinica, operativa. Nella sezione analitica sono presenti soprattutto informazioni relative alle molecole segnalate (forma, struttura, peso molecolare, ecc.), ai metodi analitici utilizzati per rilevarle e alle risultanze analitiche relative ai materiali sequestrati e/o dai campioni raccolti; nella sezione clinica sono presenti informazioni relative ai casi di intossicazione acuta o di decessi correlati alla molecola segnalata, con registrazione dei segni e sintomi riportati e delle risultanze delle analisi di laboratorio condotte sui campioni biologici esaminati. Infine, nella sezione operativa vengono registrate le attività del Sistema Nazionale di Allerta Precoce.

Il Database Istituzionale N.E.W.S., pur ancora in fase di valutazione, è stato presentato alla comunità scientifica internazionale in occasione del 14th Annual meeting of the Reitox Early Warning System Network che si è tenuto presso la sede dell"Osservatorio Europeo EMCDDA, il 4 giugno 2014 a Lisbona in Portogallo.

- **Presentazione a congressi ed eventi nazionali ed internazionali**: nel corso del 2014 la struttura organizzativa ed operativa, nonché i dati di attività del Sistema di Allerta, sono stati presentati in diversi incontri nazionali ed internazionali, al fine di condividere le informazioni raccolte e di promuovere la conoscenza del Sistema. Di seguito vengono elencati gli eventi nazionali ed internazionali cui hanno preso parte i rappresentanti del Sistema, con i relativi contributi scientifici (relazioni, poster, abstract):

  - Rimondo C. Il modello organizzativo dell"EWS. Presentazione Orale. Congresso Internazionale New Drugs 2014. 14-15 Maggio 2014, Roma.
  - Macchia T. Problematiche analitiche e soluzioni: l"esempio italiano. Presentazione Orale. Congresso Internazionale New Drugs 2014. 14-15 Maggio 2014, Roma.
  - Locatelli C. Problematiche cliniche e soluzioni: l"esempio italiano. Presentazione Orale. Congresso Internazionale New Drugs 2014. 14-15 Maggio 2014, Roma.
  - Croatian delegation"s visit to the National Early Warning System (N.E.W.S.) and the Verona Addiction Department. 19 Maggio 2014, Verona.
  - Vecchio S, Giampreti A, Petrolini VM, Chiara F, Crevani M, Strano Rossi S, Rimondo C, Seri C, Buscaglia E, Serpelloni G, Aloise M, Locatelli CA. Drug-facilitated sexual assaults in Italy: Preliminary data of the Violence And Date Rape Drug project. Abstract 184. XXXIV International Congress of the EAPCCT. 27-30 May 2014, Brussels, Belgium. Clinical Toxicology vol. 52 no. 4 2014.
  - Locatelli CA, Lonati D, Buscaglia E, Papa P, Petrolini VM, Vecchio S, Giampreti A, Seri C, Rimondo C, Roda E, Coccini T, Macchia T, Serpelloni G.

Prevalence of analytically confirmed intoxications by new psychotoxic substances in Italy: Data from Pavia Poison Centre and National Early Warning System. Abstract 167. XXXIV International Congress of the EAPCCT. 27-30 May 2014, Brussels, Belgium. Clinical Toxicology vol. 52 no. 4 2014.

- Serpelloni G, Rimondo C, Seri C, Cavallini M, Strano Rossi S, Bortolotti F, Gottardo R, Musile G, Tagliaro F. Methorphan in street heroin: issues and challenges of the identification of a chiral compound in cases of opiate overdose in Italy. Poster. 2014 NIDA International Forum. June 13-16, 2014, San Juan, Puerto Rico.
- Serpelloni G, Rimondo C, Seri C, Cavallini M, Strano Rossi S, Bortolotti F, Gottardo R, Musile G, Tagliaro F. Methorphan in street heroin: issues and challenges of the identification of a chiral compound in cases of opiate overdose in Italy. Poster. Antidotes in Depth 2014 – Clinical Toxicology, Substances of Abuse and Chemical Emergencies. 18-20 Giugno 2014. Pavia, Italia.
- G Serpelloni. Nuove sostanze d‟abuso: una sfida per il SSN. Oral Presentation. Antidotes in Depth 2014 - Clinical Toxicology, Substances of Abuse and Chemical Emergencies. 18-20 June 2014. Pavia.
- C Rimondo. Nuove sostanze d‟abuso: i risultati del NEWS. Oral Presentation. Antidotes in Depth 2014 - Clinical Toxicology, Substances of Abuse and Chemical Emergencies. 18-20 June 2014. Pavia.
- T Macchia. La ricerca scientifica sulle nuove sostanze d‟abuso. Oral Presentation. Antidotes in Depth 2014 - Clinical Toxicology, Substances of Abuse and Chemical Emergencies. 18-20 June 2014. Pavia.
- C Locatelli. Abuso di farmaci. Oral Presentation. Antidotes in Depth 2014 - Clinical Toxicology, Substances of Abuse and Chemical Emergencies. 18-20 June 2014. Pavia.
- Corso di aggiornamento per il personale specializzato effettivo dei RIS e dei LASS addetto alle analisi di droghe. Sedi di Messina, 11-12 Settembre 2014; Parma, 8-9 Settembre 2014; Roma, 4-5 Settembre 2014.
- Locatelli CA, Lonati D, Buscaglia E, Papa P, Petrolini VM, Mazzoleni M, Vecchio S, Giampreti A, Seri C, Rimondo C, Roda E, Coccini T, Macchia T, Serpelloni G. Prevalence of analytically confirmed intoxications by new psychotoxic substances in Italy: Data from Pavia Poison Centre and National Early Warning System. Abstract. 68° Congresso Nazionale SIAARTI, 22-25 Ottobre 2014, Venezia.
- Schicchi A, Petrolini VM, Lonati D, Buscaglia E, Vecchio S, Giampreti A, Rimondo C, Seri C, Serpelloni G, Coccini T, Papa P, Ricevuti G, Locatelli CA. Acute intoxications by synthetic cannabinoids in the emergency system: the italian cases series. Abstract. 5th Italian GREAT Network Congress. Rome, Italy, October 13–17, 2014.
- Schicchi A, Petrolini VM, Lonati D, Buscaglia E, Vecchio S, Giampreti A, Rimondo C, Seri C, Serpelloni G, Coccini T, Papa P, Ricevuti G, Locatelli CA. Le intossicazioni acute da cannabinoidi sintetici nel sistema dell‟emergenza-

urgenza: la casistica italiana. Abstract. IX Congresso Nazionale SIMEU. Torino, 6-8 Novembre 2014.

- Vecchio S, Giampreti A, Petrolini VM, Lonati D, Buscaglia E, Strano Rossi S, Rimondo C, Seri C, Serpelloni G, Locatelli CA. Violenza e droghe da stupro: dati preliminari del progetto Vard (Violence and Date Rape Drugs). Abstract. IX Congresso Nazionale SIMEU. Torino, 6-8 Novembre 2014.

- **Pubblicazioni scientifiche:** nel corso del 2014 sono state realizzate pubblicazioni scientifiche che mettono in luce il contributo della ricerca scientifica nell"attività del Sistema.
  - Merola G., Fu H.,Tagliaro F., Macchia T. and McCord B.R. Chiral separation of 12 cathinone analogs by cyclodextrin-assisted capillary electrophoresis with UV and mass spectrometry detection. Electrophoresis, Special Issue: Forensic Analysis Volume 35, Issue 21-22, pages 3231-3241. November 2014. DOI: 10.1002/elps.201400077
  - G. Serpelloni, C.Rimondo. Scientific update and National Action Plan on New Psychoactive Substances. Italian Journal on Addiction, Vol 4, N° 1 (2014).
  - C. Rimondo, C. Seri, G. Valvo, M. Cavallini, M. Brunetto, G.Serpelloni. The National Early Warning System: organization, functioning and collaborations. Italian Journal on Addiction, Vol 4, N° 1 (2014).
  - C. Locatelli, D. Lonati, V.M. Petrolini, A. Giampreti, S. Vecchio, E. Buscaglia, T. Cuccini, M. Aloise, F. Chiara, E. Cortini, P. Papa, G. Serpelloni. Clinica delle intossicazioni acute da "nuove sostanze psicoattive e tossiche" identificate nel triennio 2010-2013. Italian Journal on Addiction, Vol 4, N° 1 (2014).
  - Papa P, Rocchi L, Rolandi L, Valli A, Lonati D, Buscaglia E, Locatelli C. Ricerca e identificazione di nuove sostanze psicoattive in casi di sospetta intossicazione in Italia. Italian Journal on Addiction. Vol 4, N° 1 (2014).
  - Lonati D, Buscaglia E, Papa P, Valli A, Coccini T, Giampreti A, Petrolini VM, Vecchio S, Serpelloni G, Locatelli CA. MAM-2201 (Analytically Confirmed) Intoxication After "Synthacaine" Consumption. Ann Emerg Med. 2014 Feb 12.

3.1.12 Aggiornamento normativo

Il 2014 ha visto un aggiornamento normativo in riferimento al Testo Unico delle leggi in materia di disciplina degli stupefacenti e sostanze psicotrope, prevenzione, cura e riabilitazione dei relativi stati di tossicodipendenza (DPR 309/90 e s.m.i.). Nello specifico, nel maggio 2014 è stato convertito in Legge, con modificazioni, il Decreto-Legge 20 marzo 2014, n. 36, recante disposizioni urgenti in materia di disciplina degli stupefacenti e sostanze psicotrope, prevenzione, cura e riabilitazione dei relativi stati di tossicodipendenza, di cui al Decreto del Presidente della Repubblica 9 ottobre 1990, n. 309 e s.m.i., nonché di impiego di medicinali meno onerosi da parte del Servizio Sanitario Nazionale (14G00090), pubblicato nella Gazzetta Ufficiale n.115 del 20-5-2014. Il provvedimento è entrato in vigore il 21 maggio 2014 ed include la Tabella I che elenca le sostanze stupefacenti, la quale va a sostituire la Tabella I del Decreto-Legge 20 marzo 2014. Nella

nuova Tabella I risultano incluse anche le nuove sostanze segnalate attraverso il Sistema di Allerta. Tali sostanze erano state precedentemente inserite nella Tabella I del DPR 309/90 dal Ministero della Salute, sulla base delle evidenze e della documentazione scientifica raccolte nell"ambito delle attività di monitoraggio del Sistema Nazionale di documentazione integrata dai pareri formali dell"Superiore di Sanità e del Centro Antiveleni di Pavia. Dopo aver sentito il parere favorevole del Consiglio Superiore di Sanità e il parere favorevole espresso dal Dipartimento Politiche Antidroga, il Ministero della Salute aveva ritenuto di dover procedere al citato aggiornamento della tabella I a tutela della salute pubblica.

Infine, con Decreto 10 febbraio 2015, il Ministero della Salute ha aggiornato le tabelle delle sostanze stupefacenti e psicotrope, di cui al decreto del Presidente della Repubblica 9 ottobre 1990, n. 309 e successive modificazioni, con l"inserimento nella tabella I di tre nuove sostanze psicoattive (precedentemente segnalate dal Sistema di Allerta), e più precisamente 4-iodo-2,5-dimetossi-N-(-2-metossibenzil) fenetilammina (25I-NBOMe) e 3,4-dicloro-N-[(1- (dimetilammino)cicloesil)metil] benzamide (AH-7921), 1-cicloesil-4-(1,2-difeniletil)-piperazina (MT-45) (GU Serie Generale n.48 del 27-2-2015).

3.2 Procedura di aggiornamento delle tabelle delle sostanze sotto controllo

La procedura di aggiornamento delle tabelle delle sostanze da porre sotto controllo in conformità alle convenzioni internazionali in materia di droghe è prevista tra le attribuzioni del Ministro della salute dall"articolo 2, comma 1, lettera e), numero 2) del DPR 309/90 e s.m.i. , Testo Unico, di seguito riporato:

2) *il completamento e l'aggiornamento delle tabelle di cui all'articolo 13, sentiti il Consiglio superiore di sanità e l'Istituto Superiore di Sanità*;

ed avviene in conformità alle previsioni dei commi 1 e 2 dell"articolo 13 del Testo Unico:

1. *Le sostanze stupefacenti o psicotrope sottoposte alla vigilanza ed al controllo del Ministero della salute e i medicinali a base di tali sostanze, ivi incluse le sostanze attive ad uso farmaceutico, sono raggruppate, in conformità ai criteri di cui all'articolo 14, in cinque tabelle, allegate al presente testo unico. Il Ministero della salute stabilisce con proprio decreto il completamento e l'aggiornamento delle tabelle con le modalità di cui all'articolo 2, comma 1, lettera e), numero 2).*

2. *Le tabelle di cui al comma 1 devono contenere l'elenco di tutte le sostanze e dei preparati indicati nelle convenzioni e negli accordi internazionali e sono aggiornate tempestivamente anche in base a quanto previsto dalle convenzioni e accordi medesimi ovvero a nuove acquisizioni scientifiche.*

L"Ufficio Centrale Stupefacenti del Ministero della salute, una volta acquisite informazioni relative all"avvenuto aggiornamento degli elenchi internazionali o all"esistenza di nuove acquisizioni scientifiche in materia di droghe, è tenuto ad avviare l"istruttoria per l"aggiornamento delle tabelle, raccogliendo tutta la documentazione relativa alla sostanza che potrebbe essere inserita nelle tabelle allegate al Testo Unico. Successivamente richiede formalmente il parere tecnico di competenza all"Istituto Superiore di Sanità, ai sensi dell"articolo 2, comma 1, lettera e), numero 2)

del Testo Unico. Se tale parere identifica la sostanza come psicoattiva e avente capacità di indurre dipendenza, l'Ufficio Centrale Stupefacenti trasmette una relazione tecnica al Consiglio Superiore di Sanità, sempre ai sensi dell'articolo 2, comma 1, lettera e), numero 2) del Testo Unico, che ne valuta l'eventuale inserimento in una delle quattro tabelle degli stupefacenti. Per le sostanze aventi attività farmacologica e terapeutica, deve essere anche valutato l'inserimento nella tabella dei medicinali stupefacenti. Il decreto di aggiornamento delle tabelle è successivamente pubblicato nella Gazzetta Ufficiale della Repubblica italiana e inserito nella successiva edizione della Farmacopea ufficiale.

Le tabelle delle sostanze sotto controllo allegate al DPR 309/90 sono aggiornate generalmente con decreto ministeriale (pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale della Repubblica italiana) ogni volta che se ne presenti la necessità, cioè, ad esempio, quando:

1. vengono modificate le liste delle sostanze classificate a livello internazionale come stupefacenti o psicotrope;
2. una sostanza diventa oggetto di abuso;
3. una nuova sostanza viene immessa sul mercato clandestino;
4. quando viene registrato un nuovo medicinale ad azione stupefacente o psicotropa;
5. altri casi.

1) Gli organismi internazionali (WHO – OMS, ONU, etc.) sulla base di evidenze scientifiche aggiornate e in accordo con le convenzioni internazionali in materia di droghe, possono segnalare che determinate sostanze possono indurre dipendenze e sono da ritenersi dannose per la tutela della salute pubblica. Ad esempio, in occasione della 58° sessione della Commission on Narcotic Drugs (marzo 2015), su segnalazione dell'OMS circa la pericolosità di 13 sostanze e la raccomandazione di schedulazione delle stesse, l'UNODC ha posto all'Ordine del giorno una discussione in seno alla CND. A seguito di votazione in sede di assemblea plenaria, alcune di queste sostanze sono state poste sotto controllo internazionale e di conseguenza ogni Paese ha dovuto provvedere a porre sotto controllo le sostanze, secondo la propria normativa nazionale vigente. L'Ufficio Centrale Stupefacenti del Ministero della salute ha infatti attivato la procedura di aggiornamento delle tabelle solo per le sostanze 25B-NBOMe (2C-B- NBOMe) e 25C-NBOMe (2C-C- NBOMe) e Metilone (beta-cheto MDMA), in quanto le altre sostanze oggetto della schedulazione erano già sotto controllo.

2) Un esempio di sostanza avente proprietà farmacologiche che è divenuta oggetto di abuso è il Nandrolone.

La sostanza in questione è uno steroide anabolizzante iniettabile (Nandrolone decanoato). Una delle caratteristiche principali di questo farmaco, conosciuto sin dagli anni '60, è la lunga durata d'azione. Una volta iniettato, il rilascio del Nandrolone prosegue per 15-20 giorni. E' uno degli steroidi anabolizzanti più abusati in ambito sportivo. Strutturalmente simile al testosterone il Nandrolone si distingue per avere un atomo di carbonio in meno in posizione 19 (è conosciuto anche come 19-nortestosterone). Tale modifica esalta le proprietà anabolizzanti e diminuisce gli effetti androgeni. Proprio per queste proprietà farmacologiche sono stati accertati concreti pericoli di indurre grave dipendenza psichica.

Pertanto, con decreto del Ministero della salute 11 giugno 2010, pubblicato nella G.U. n. 145 del 24 giugno 2010, la sostanza Nandrolone è stata posta sotto controllo, con effetto dal 9 luglio 2010, come sostanza psicotropa. Tale sostanza è stata inserita tra gli stupefacenti su richiesta della "Commissione per la vigilanza ed il controllo sul doping e per la tutela della salute nelle attività sportive" e su parere positivo dei competenti organi consultivi del Ministero della salute.

3) Attraverso il Sistema di allerta rapido (NEWS – New Early Warning System) sono state individuate numerose nuove sostanze di sintesi immesse sul mercato clandestino e sequestrate sul territorio nazionale. Il Ministero della salute ha un ruolo operativo all'interno di tale Sistema e riceve dal NEWS comunicazioni di vario genere che vanno dalle Allerte (grado I, II, III, a gravità crescente), alle informative e alle comunicazioni OEDT (queste ultime vengono trasmesse dall'Osservatorio sulle tossicodipendenze di Lisbona a ogni punto focale della rete REITOX dell'Unione Europea). Il sistema individua nuove sostanze psicoattive presenti sul territorio dell'Unione Europea in vari modi: a seguito di sequestri, quale causa presunta di decessi, intossicazioni, accessi al DEA, etc. Le comunicazioni vengono trasmesse in forma di relazione tecnico-scientifica al Ministero della salute per i seguiti di competenza. Se una sostanza è nuova e pericolosa per la tutela della salute, a seguito degli opportuni accertamenti, questa può divenire oggetto di inserimento nelle tabelle delle sostanze stupefacenti o psicotrope. In questo modo sono stati emanati numerosi decreti di inserimento nelle Tabelle degli stupefacenti. Di seguito si riportano i decreti emanati con procedura avviata fino a tutto il 2014, con le relative sostanze:

1- Decreto del Ministero della salute del 10 febbraio 2015 - 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. Inserimento nella tabella I delle sostanze 4-iodo-2,5-dimetossi-N-(-2-metossibenzil) fenetilammina (25I-NBOMe) e 3,4-dicloro-N-[(1- (dimetilammino)cicloesil)metil] benzamide (AH-7921), 1-cicloesil-4-(1,2-difeniletil)-piperazina (MT-45).

2- Decreto del Ministero della salute del 08/01/2015 - Aggiornamento delle tabelle contenenti l'indicazione delle sostanze stupefacenti e psicotrope, di cui al decreto del Presidente della Repubblica 9 ottobre 1990, n. 309 e successive modificazioni e integrazioni. Inserimento nella Tabella IV delle sostanze etizolam e meprobamato e nella Tabella dei medicinali, Sezione D, dei medicinali ad uso parenterale a base di lormetazepam.

3- Decreto del Ministero della salute del 25 giugno 2013 - Aggiornamento delle tabelle contenenti l'indicazione delle sostanze stupefacenti e psicotrope, di cui al decreto del Presidente della Repubblica 9 ottobre 1990, n. 309 e successive modificazioni e integrazioni. Inserimento nella Tabella I delle sostanze 6- (2-aminopropil) benzofurano (6-APB); 5-(2-aminopropil)benzofurano (5-APB); 6-(2-aminopropil)-2,3-diidrobenzofurano (6-APDB) e 5-(2-aminopropil)-2,3-diidrobenzofurano (5-APDB).

4- Decreto del Ministero della salute del 10 dicembre 2012 Aggiornamento delle tabelle contenenti l'indicazione delle sostanze stupefacenti e psicotrope, di cui al decreto del Presidente della Repubblica 9 ottobre 1990, n. 309 e successive modificazioni e integrazioni. Inserimento nella Tabella I della sostanza 5-IT o 5-(2-aminopropil)indolo.

5- Decreto del Ministero della salute del 24 ottobre 2012 - Aggiornamento delle tabelle contenenti l'indicazione delle sostanze stupefacenti e psicotrope. Inserimento nella Tabella I delle sostanze: Metossietamina, 4-Metilamfetamina, CP 47,497, CP 47.497-omologo C8, 4-Fluoroamfetamina e 5,6-Metilendiossi-2-aminoindano.

6- Decreto del Ministero della salute del 11 giugno 2012 - Aggiornamento delle tabelle contenenti l'indicazione delle sostanze stupefacenti e psicotrope, di cui al decreto del Presidente della Repubblica 9 ottobre 1990, n. 309 e successive modificazioni e integrazioni. Inserimento nella Tabella I delle sostanze 6-monoacetilmorfina o 6-MAM e 3-monoacetilmorfina o 3-MAM e sostituzione della denominazione chimica degli analoghi di struttura della sostanza Butilone.

7- Decreto del Ministero della salute 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.

8- Decreto del Ministero della salute del 16 giugno 2010 - Aggiornamento delle tabelle contenenti l'indicazione delle sostanze stupefacenti e psicotrope relative a composizioni medicinali, di cui al decreto del Presidente della Repubblica 9 ottobre 1990, n. 309 e successive modificazioni ed integrazioni con l'inserimento delle sostanze denominate JWH-018, JWH-073 e Mefedrone.

4) Quando viene provata l‟efficacia farmacologica di un nuova entità chimica, deve anche essere verificato il rischio di indurre dipendenza, al pari di altre sostanze con la stessa azione terapeutica. Ad esempio il Tapentadolo, un analgesico con una azione centrale che agisce come agonista sul recettore μ-oppioide e come un inibitore della ricaptazione della noradrenalina è stato registrato come medicinale nel 2010. Tale medicinale è stato approvato per il trattamento a lungo termine del dolore cronico severo sia negli USA che in Europa. L'efficacia del Tapentadolo è stata studiata anche in soggetti affetti da polineuropatia diabetica periferica: anche in questo sottogruppo di pazienti il farmaco è risultato efficace e ben tollerato a dosaggi variabili. Il Tapentadolo si è dimostrato molto utile anche nel dolore neuropatico. In Italia il Tapentadolo è stato prima incluso tra le sostanze sotto controllo come stupefacenti, su richiesta della azienda farmaceutica proprietaria dell‟AIC e, successivamente il Tapentadolo è stato inserito nell'allegato III-bis relativo ai farmaci che usufruiscono delle modalità prescrittive semplificate previste per la terapia del dolore.

1 - Decreto del Ministero della salute del 7 maggio 2010 - Aggiornamento delle tabelle contenenti l'indicazione delle sostanze stupefacenti e psicotrope, relative a composizioni medicinali, di cui al decreto del Presidente della Repubblica 9 ottobre 1990, n. 309, e successive modificazioni ed integrazioni. Inserimento della sostanza tapentadolo.

2- Decreto del Ministero della salute 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.

5) Altri casi di tabellazione.

Per registrazione di medicinali a base di nuove sostanze attive (estratto titolato di THC):

a) Decreto del Ministero della salute del 23 gennaio 2013 Aggiornamento delle tabelle contenenti l'indicazione delle sostanze stupefacenti e psicotrope, di cui al decreto del Presidente della Repubblica 9 ottobre 1990, n. 309 e successive modificazioni e integrazioni. Inserimento nella Tabella II, Sezione B, dei medicinali di origine vegetale a base di Cannabis (sostanze e preparazioni vegetali, inclusi estratti e tinture).

Per segnalazione di eventi avversi fatali da parte di cittadini:

b) Decreto del Ministero della salute del 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.

In applicazione di nuove leggi dello Stato (Legge 15 marzo 2010, n. 38):

c) Decreto del Ministero della salute del 31 marzo 2010 - Aggiornamento delle tabelle contenenti l'indicazione delle sostanze stupefacenti e psicotrope e relative composizioni medicinali, di cui al decreto del Presidente della Repubblica del 9 ottobre 1990, n. 309 e successive modificazioni ed integrazioni, con sostituzione della Tabella II, sezione D del Testo Unico.

Bibliografia

UNODC- "Early Warning Advisory on New Psychoactive Substance" NEWSLETTER on New Psychoactive Substances May 2015 Vol.4

UNODC- "World drug report". United Nations: Vienna, 2014

Iversen L., White M. & Treble R. "Designer psychostimulants: Pharmacology and differences". Neuropharmacology 2014; 87C:59-65

Levissianos S. "The UNODC Early Warning Advisory (EWA) on New Psychotropic Substances (NPS)-New trends in novel psychoactive substances". 2014. Rome. United Nations Office on Drugs and Crimes

UNODC- "Global Synthetic Drugs Assessment. Amphetamine-type stimulants and new psychoactive substances" 2014.

EMCDDA- "New psychoactive substances in Europe. An update from the EU Early Warning System". March 2015

UNODC- "The challenge of new psychoactive substances". UNODC Scientific NPS Report (2013) www.unodc.org/documents/scientific/NPS_Report.pdf.

Legenda

UNODC - United Nations Office on Drugs and Crimes

EMCDDA - European Monitoring Centre on Drugs and Drug Addiction

NSP - Nuove Sostanze Psicoattive

NEWS - National Early Warning System

PARTE II. DOMANDA DI SOSTANZE: USO E PROBLEMATICHE

Capitolo 1. Potenzialità e limiti delle rilevazioni

A cura dell"ISTAT

1.1 Nota metodologica

La prevalenza del consumo di droghe nella popolazione generale è uno dei cinque indicatori chiave dell'European Monitoring Centre for Drug and Drug Addiction (EMCDDA) utilizzato per la valutazione e il monitoraggio delle politiche che l"Unione Europea e gli Stati membri attuano per contrastare il fenomeno della tossicodipendenza. Numerosi soggetti pubblici e privatirilevano informazioni sul fenomeno per specifiche finalità legate essenzialmente ad esigenze di monitoraggio delle proprie attività ma è, tuttavia, difficile stimare la quota di popolazione che consuma droghe.Per colmare il gap conoscitivo,lo strumento consigliato a livello internazionale è rappresentato dalle indagini sulla popolazione.

I principali obiettivi delle indagini sul consumo di droghe nella popolazione sono:

- monitorare all"interno dei singoli paesi i livelli e i modelli di consumo di sostanze illecite e di altre sostanze psicoattive;
- individuare il profilo delle persone maggiormente esposte al rischio di consumo dal punto di vista socio-demografico e territoriale;
- fornire la base conoscitiva per la normativa e le politiche di contrasto alla droga.

Nonostante le indagini sul consumo di droga nella popolazione siano condotte in tutti i paesi europei secondo le linee guida dell"EMCDDA, esse sono particolarmente difficili da realizzare perché affrontano temi molto sensibili, potenzialmente illegali e oggetto di stigma sociale.

I limiti di queste indaginisono ben noti in letteratura;tutte infatti, in varia misura, risentono di criticità legate principalmente alla "mancata risposta" soprattutto da parte di quanti consumano più frequentemente droghe, al cosiddetto ""under-reporting" tra quanti dichiarano di farne uso e, più in generale,alla reticenza a riferire di assumere sostanze stupefacenti. Riguardo a quest"ultimo punto, sono stati condotti numerosi studi che hanno comparato quanto riferito dai rispondenti con test (effettuati ad esempio con analisi delle urine). Dall"analisi comparativa emerge che l"affidabilità delle risposte fornite è inversamente associata allo stigma sociale e alle eventuali sanzioni penali previste per il consumo delle diverse sostanze. Un"altra criticità è il "mis-reporting of frequency", vale a dire la difficoltà da parte di quanti dichiarano di consumare droghe a riferire la frequenza di consumo nel mese o nell"anno precedente, sia per problemi di memoria sia per reticenza a rispondere. Questi fattori determinano una distorsione che può agire in entrambe le direzioni, vale a dire può produrre la sovrastima o la sottostima del consumo. É evidente come questa distorsione precluda la possibilità di avere unaquantificazione complessiva affidabile del volume di sostanze stupefacenti consumate e della relativa spesa.

Inoltre, un limite comune a tutte le Indagini di popolazione riguarda l"esclusione dal disegno di campionamento di alcuni gruppi di popolazione, tra i quali è più frequente l"uso di sostanze stupefacenti. Il campione è, infatti,estratto dalla popolazione residente e questo esclude tutti i soggetti residenti in convivenze (in particolare le carceri) e gli homelesstra i quali,come molti studi dimostrano, è sensibilmente più elevata la quota di consumatori problematici.

Tutto questo ha un impatto potenzialmenterilevante sulla qualità dei dati raccolti esulla loro effettiva utilizzabilità per le politiche e per le analisi comparative.

In Italia il primo studio sulla popolazione è stato condotto nel 2001-2002 dal Consiglio Nazionale delle Ricerche (CNR) che ha successivamente replicato l"indagine ogni due anni fino al 2013 - 2014.

Nel 2010 il Dipartimento delle politiche antidroga a sua volta ha avviato un"indagine di popolazione autonoma.Nel 2014 in Italia sono state quindi condotte due indagini sul consumo di sostanze psicotrope nella popolazione adulta:

- *General Population Survey* (GPS) condotta dal Dipartimento Politiche Antidroga (DPA) nella popolazione di 18-64 anni residente in Italia.

- *Italian Population Survey on Alcohol and other Drugs* (IPSAD) condotta dall"Istituto di Fisiologia Clinica del Consiglio Nazionale delle Ricerche (CNR).

Entrambe le indagini sono state condotte con la stessa tecnica di rilevazione, vale a dire con l"invio postale di un questionario che i rispondenti hanno compilato autonomamente. Presentano, pertanto, i limiti connessi a questa tecnica di rilevazione, in primo luogo il basso tasso di risposta cui può essere associato un effetto distorsivo sulle stime prodotte. La scelta di condurre indagini postali è giustificata da una serie di vantaggi. In primo luogo questi studi hanno costi considerevolmente minori e ben si prestano a rilevare informazioni sensibili perché garantiscono al rispondente la riservatezza e la possibilità di scegliere il momento in cui compilare il questionario. Tra i punti di debolezza, oltre all"elevata mancata risposta, occorre considerare che l"indagine postale non consente di accertare se il rispondente sia effettivamente quello selezionato, né di controllare la correttezza delle risposte. Inoltre, come per tutte le tecniche che prevedono l"autosomministrazione, l"assenza di un intervistatore che dia istruzioni su come rispondere comporta la necessità di strutturare il questionario con quesiti più semplici da interpretare e con una sequenza che agevoli il percorso cognitivo del rispondente. Tale compito, particolarmente arduo in una indagine che tocca temi sensibili, è indispensabile per ridurre quanto più possibile gli errori non campionari. Per entrambe le indagini ci sono margini di miglioramento da questo punto di vista.

Nel 2014 per la General PopulationSurvey (GPS) si registra un tasso di risposta del 16,9% (8.465 rispondenti su 52.351), che si riduce al 16,4% per la presenza di 136 questionari inutilizzabili (perché bianchi, duplicati o privi dell"età del rispondente e del comune di residenza necessari per il calcolo dei pesi campionari). I questionari utili per l"indagine sono quindi stati 8.329.

Per la *Italian Population Survey on Alcohol and other Drugs* (IPSAD) il campione teorico della popolazione 15-74 è 23.306 mentre quello della popolazione 15-64 anni è di19.411. Il tasso di risposta, al netto dei questionari scartati a causa di inconsistenze, è rispettivamente pari al 33% (7.709 rispondenti) e al 34% (6.589 rispondenti).Il tasso di risposta è in ambedue i casi molto basso.

Sulla base di una ricognizione effettuata dall'Istat sulle indagini relative al consumo di droga condotte in alcuni paesi, emerge che nella maggior parte dei casi le tecniche di rilevazione adottate sono stateoggetto di revisione critica e spesso sono state implementate strategie di raccolta delle informazioni alternative o complementari.

In particolare è stato studiato l'effetto della scelta della tecnica di rilevazione sulla copertura campionaria, sul tasso di risposta, sulla disponibilità a rispondere e sui costi.

Considerando questi aspetti, la tecnica che garantisce i migliori livelli di performance, sembra essere quella del questionario auto-somministrato con tecniche CASI (computer assisted self interview) e ACASI (audio computer assisted self interview) per le quali si osserva un livello più alto di disponibilità a fornire risposte su temi sensibili anche rispetto alla classica tecnica del questionario autosomministrato paper and pencil, che pure garantisce al rispondente la protezione dell'anonimato e aumenta la disponibilità a riferire comportamenti stigmatizzati. (Turner et al., 1998; Tourangeau e Smith 1996; Johnson et al. 2001; Decorte et al. 2009).

In alcuni paesi (Olanda e Germania) i metodi di raccolta delle informazioni sono stati integrati con indagini web. I risultati, per ciò che concerne il tasso di risposta, sono stati tuttavia negativi (Decorte et al. 2009).

L'indagine telefonica presenta invece maggiori criticità, rispetto alle altre tecniche, sia per la copertura campionaria sia per il tasso di risposta ma soprattutto per una minore disponibilità da parte dei rispondenti a rilasciare informazioni. Rispetto a quest'ultimo aspetto anche le indagini face to face (PAPI e CAPI) non assicurano un buon livello di performance.

La scelta della tecnica di somministrazione del questionario può avere un effetto molto rilevante anche sulla stima della prevalenza del consumo di stupefacenti perché influisce sulla veridicità delle risposte. Uno studio comparativo condotto in Olanda mostra forti differenze tra i dati provenienti da indagini CAPI e CASI; in particolare la prevalenza diuso della cannabis tra i 15-24 anni nel mese precedente risulta pari al 6,5% per gli intervistati con tecnica CAPI(n = 490) e 12% con la tecnica CASI (n = 660)(van Laar et al.2012).

Il costo della rilevazione è il principale criterio di scelta della tecnica di raccolta dei dati per molti paesi. Per questo motivo, nonostante il basso tasso di risposta, l'Italia,che ha scelto l'indagine postale, presenta i tassi di risposta più bassi tra tutti i paesi che conducono indagini sul consumo di droghe (circa il 34% per l'IPSAD e 16,4% per GPS). In Germania, con la stessa tecnica, si raggiunge un tasso di risposta di circa il 50% e l'integrazione con altri metodi di raccolta (CATI eWeb) attuata dal 2006 non ha portato significativi miglioramenti.

Anche in Australia si raggiunge circa il 50% nel 2013 (quota analoga al 2010) ma in questo caso utilizzando un questionario autocompilato con tecnica "drop and collect". Nel corso degli anni in Australia la tecnica di rilevazione è stata modificata; nel 1998 si svolgeva con mixed mode (40 % con interviste diretta e 60% "drop and collect") ma a partire dal 2001 la percentuale delle interviste diretta è stata ridotta con l'introduzione progressivo del metodo CATI che è stato poi definitivamente abbandonato dal 2010, anno dal quale viene utilizzata solo la tecnica drop and collect.

In Usa e UK, per migliorare il tasso di risposta e la qualità dei dati, si è scelto di utilizzare le tecniche più costose CASI e ACASI, combinate con CATI e CAPI per i quesiti meno sensibili. Ciò ha consentito di raggiungere un tasso di risposta superiore al 70%. Negli USA agli intervistati viene inoltre corrisposto, dal 2002, un compenso di $ 30. L'effetto del compenso è stato importante nel

primo anno di applicazione con un tasso di risposta del 78,5% (il più alto a partire dal 2000) che è poi progressivamente diminuitoattestandosi intorno al 74% negli anni successivi.

Francia e Olanda (che dal 2009 ha adottato la tecnica CASI), nonostante metodi diversi di raccolta dei dati, raggiungono un tasso di risposta superiore al 60 per cento.

In assenza di altri strumenti che consentano di stimare la consistenza del fenomeno dell‟uso di sostanze e di tracciare i profili e i modelli di consumo, le indagini sulla popolazione si confermano come una fonte importante nonostante i limiti evidenziati.

Come si è visto, in altri paesi sono state sperimentate e utilizzate diverse tecniche di rilevazione con la finalità di migliorare il tasso di risposta e l‟affidabilità dei dati. É risultato evidente che, in generale, le indagini condotte con questionario autosomministrato favoriscono la disponibilità dei rispondenti che si sentono più garantiti sull‟anonimato. I tassi di risposta più elevati si ottengono quando l‟auto-somministrazione viene proposte con tecniche più costose, vale a dire le indagini CASI (computer assisted self interview) e ACASI (audio computer assisted self interview) anche in combinazione con CAPI e CATI per i quesiti non sensibili.

Dai riferimenti presenti in letteratura e dall‟analisi comparativa delle indagini condotte nei diversi paesi, risulta che, oltre la tecnica di rilevazione, altri fattori hanno un impatto significativo sulla performance delle indagini.

Un‟adeguata progettazione del questionario può senz‟altro favorire una maggiore collaborazione dei rispondenti, aumentare la veridicità delle risposte e migliorare la qualità complessiva.

Tra i fattori che influenzano il tasso di risposta e l‟affidabilità delle informazioni raccolte, non è secondario l‟ente o soggetto responsabile dell‟indagine che non dovrebbe essere collegato o coincidere con autorità giudiziarie o politiche e dovrebbe apparire agli occhi dei cittadini come super partes e in grado di tutelare la loro privacy.

Per quanto riguarda le strategie di rilevazione, particolare rilievo hanno gli aspetti comunicativi. In particolare la denominazione dell‟indagine, che dovrebbe essere riferita a temi più ampi relativi a condizioni di salute o agli stili di vita. La presentazione dell‟indagine deve essere studiata e curata per rassicurare sulla riservatezza delle informazioni e limitare quanto più possibile la reticenza e la diffidenza dei rispondenti. Le istruzioni per la compilazione del questionario devono essere uno strumento di facile e immediata consultazione e possibilmente essere integrate con delle FAQ. Nello strutturare la rilevazione particolare attenzione deve essere data agli aspetti e alle procedure per garantire la riservatezza delle informazioni e l‟anonimato dei rispondenti. I cittadini devono sentirsi realmente tutelati. Molto importanti anche le procedure per ridurre la quota di mancati contatti,da attuare con la massima accuratezza secondo le linee guida condivise (attenta predisposizione delle informazioni relative ai recapiti del campione estratto - reiterazione dei tentativi di contatto in orari e giorni diversi, piano di solleciti efficace ecc.). Nella fase di rilevazione devono essere approntate tutte le misure per il supporto ai rispondenti (Numero verde per chiarimenti sulla riservatezza dei dati e sul questionario). Per migliorare la collaborazione dei rispondenti sarebbe opportuno anche prevedere benefici per i rispondenti. Infine occorre che il processo di acquisizione dei dati sia strettamente monitorato e accompagnato da procedure di sollecito molto accurate e reiterate e daun efficace sistema di monitoraggio che permetta di individuare le criticità nel momento in cui si presentano e non a posteriori.

Per quanto riguarda le indagini condotte in Italia molti di questi fattori sono stati tenuti sotto controllo ma non al punto di garantire una qualità soddisfacente. Per queste ragioni è opportuno

intraprendere un rigoroso lavoro scientifico per ristrutturare il disegno dell'indagine sulla popolazione adulta. Si tratta di affrontare con specifiche sperimentazioni tutte le criticità evidenziate: la scelta della tecnica di rilevazione, la progettazione del questionario in modo da ridurre il carico sui rispondenti e favorire la veridicità delle risposte, la verifica della qualità del questionario attraverso test cognitivi, test comparativi tra diverse tecniche, studi controllati di comparazione tra quanto riferito dai rispondenti sul consumo di droghe e test clinici sugli stessi. Queste attività dovrebbero essere integrate con indagini pilota che consentirebbero anche di testare le strategie di comunicazione e contatto con i rispondenti.

Si tratta di un progetto particolarmente ambizioso e al tempo stesso oneroso, in termini di risorse umane e finanziarie, per il quale occorrerà procedere preliminarmente con uno studio di fattibilità, per il quale ci si potrà avvalere anche delle esperienze già condotte.

Capitolo 2. Prevalenza e incidenza di uso

A cura del Consiglio Nazionale delle Ricerche, del Dipartimento Politiche Antidroga, di Esperti, dell'Istituto Superiore di Sanità e del Ministero della Difesa

2.1 Analisi sui dati disponibili sulla popolazione generale

Nel presente paragrafo si prende in analisi l'indicatore GPS, descritto nella nota metodologia introduttiva della Relazione (**L'approccio quantitativo secondo la metodologia europea**), relativo al consumo di droga nella popolazione generale. Tale consumo può essere misurato attraverso indagini rappresentative che permettano di stimare la percentuale della popolazione che fa uso di certe sostanze in determinati periodi di tempo. Potrebbero offrire, in caso di rappresentatività del campione rilevato, e non solo pianificato, informazioni utili sui modelli di consumo, sulle caratteristiche socio-demografiche dei consumatori, sulla percezione dei rischi e sulla disponibilità delle sostanze. In Italia lo studio di popolazione generale sul consumo di stupefacenti è stato avviato nel 2001 con continuità e periodicità biennale. La percentuale dei rispondenti, in assenza di ulteriori verifiche al momento in corso, può non rappresentare la popolazione generale, ma una sua sotto-popolazione. Tutti i risultati che si riportano riguardano quindi tale sotto-popolazione ed il confronto delle evidenze rispetto al loro andamento temporale è per questo motivo da considerare come indicativo nelle tendenze.

2.1.1 Indagine GPS-DPA 2014

La popolazione oggetto di studio è costituita da soggetti in età 18-64 anni, residenti in Italia al momento della rilevazione, tale popolazione è stata stratificata per classe di età (18-24 anni, 25-34 anni, 35-64 anni) e per macro area geografica (Italia nord-occidentale, nordorientale, centrale, meridionale e insulare). Le distribuzioni assolute e percentuali della popolazione di riferimento (al 1° gennaio 2012), secondo la ripartizione geografica di residenza e la classe di età.

Il piano di campionamento delle unità statistiche è stato definito considerando come variabili di stratificazione le fasce di età 18-24 anni, 25-34 anni e 35-64 anni all'interno della popolazione obiettivo. La dimensione campionaria è stata definita in modo tale da avere stime significative per ciascuno 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), distinguendo i comuni autorappresentativi (di grande dimensione, con una popolazione superiore ai 100.000 abitanti) dai comuni non-autorappresentativi (con 1.000 – 100.000 abitanti). Per ciascun comune estratto si è proceduto alla selezione delle unità statistiche di secondo stadio (residenti).

Nella Tabella 1 e nella Tabella 2 sono indicate le distribuzioni dei soggetti campionati secondo la classe di età e l'area geografica di appartenenza. Nel complesso, il campione di soggetti da intervistare è risultato pari a 52.351 residenti.

Tabella 1: Distribuzione dei soggetti da intervistare secondo il piano di campionamento, per età e ripartizione geografica. Anno 2014

Ripartizione geografica	18-24	25-34	35-64	Totale
Italia nord-occidentale	1.227	2.230	8.433	**11.890**
Italia nord-orientale	1.046	1.939	7.296	**10.281**
Italia centrale	1.221	2.193	7.905	**11.319**
Italia meridionale	1.519	2.321	7.269	**11.109**
Italia insulare	1.016	1.565	5.171	**7.752**
Totale	**6.029**	**10.248**	**36.074**	**52.351**

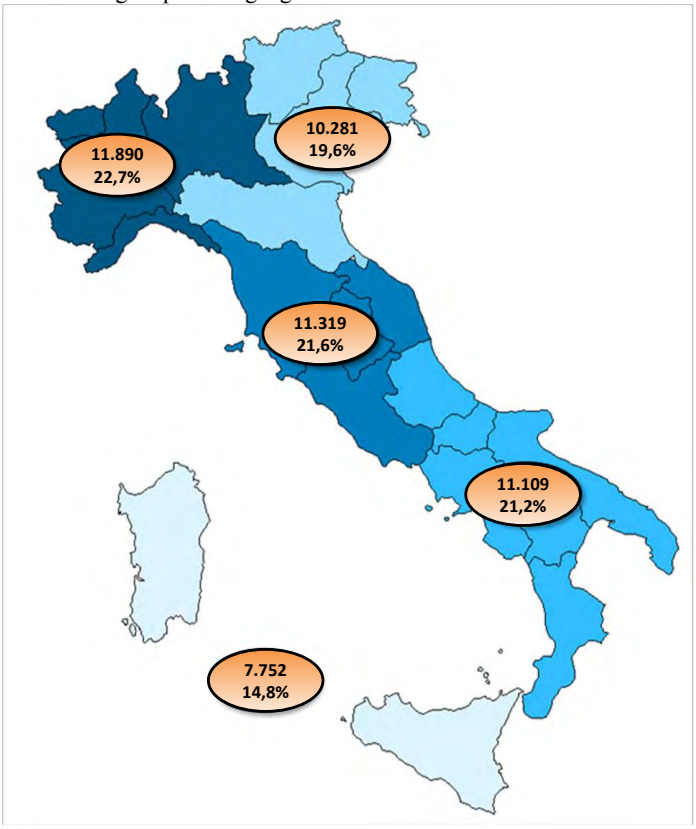
Fonte: Studio GPS-DPA 2014 – Dipartimento Politiche Antidroga

Tabella 2: Distribuzione dei soggetti da intervistare secondo il piano di campionamento, per età e ripartizione geografica. Anno 2014

Ripartizione geografica	18-24	25-34	35-64	Totale
Italia nord-occidentale	2,3%	4,3%	16,1%	**22,7%**
Italia nord-orientale	2,0%	3,7%	13,9%	**19,6%**
Italia centrale	2,3%	4,2%	15,1%	**21,6%**
Italia meridionale	2,9%	4,4%	13,9%	**21,2%**
Italia insulare	1,9%	3,0%	9,9%	**14,8%**
Totale	**11,5%**	**19,6%**	**68,9%**	**100,0%**

Fonte: Studio GPS-DPA 2014 – Dipartimento Politiche Antidroga

Figura 1: Distribuzione del campione di indagine per area geografica. Anno 2014



Fonte: Studio GPS-DPA 2014 – Dipartimento Politiche Antidroga

Strumento di indagine

Per la raccolta dei dati necessari per rispondere agli obiettivi dell'indagine è stato predisposto un questionario postale da autocompilare. Attraverso questo strumento 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, benzodiazepine, steroidi anabolizzanti);

b) consumo di sostanze psicoattive: hashish e/o marijuana, ecstasy, amfetamine/metamfetamine (eccitanti, stimolanti, Speed, …), GHB/GBL, eroina, altri oppiacei, allucinogeni (funghi, mescalina, sintetici, LSA, metossietamina), LSD, sostanze inalanti (colle, solventi, popper), cocaina e/o crack, ketamina, altri stimolanti (piperazine, feniletilamine, 6-APB), cannabinoidi sintetici (Spice, JWH, K2), catinoni sintetici (mefedrone o 4MMC, 4MEC, BK-MDMA, …), altre sostanze (salvia divinorum, kratom, magic mint, …), con riferimento a diversi intervalli temporali, ovvero:

- almeno una volta nella vita
- almeno una volta negli ultimi 12 mesi
- almento una volta negli ultimi 30 giorni.

c) il gioco d"azzardo negli ultimi 12 mesi: poker con denaro in palio, gratta e vinci, giochi al casinò, giochi con i dadi con denaro in palio, scommesse sportive, Bingo, scommesse ippiche o su altri animali, giochi elettronici (slot machines, video-poker, …) con denaro in palio, lotto, scommesse in internet o giochi on-line con denaro in palio;

d) la percezione del rischio di salute legato al consumo di sostanze psicoattive e il grado di approvazione o disapprovazione nell'assumere determinati comportamenti. Rispetto al questionario utilizzato nella precedente edizione dell"indagine (GPS-DPA 2012), sono state aggiunte due scale validate in letteratura: la prima per la valutazione del consumo problematico di cannabis (scala CAST2 – Cannabis Abuse Screening Test), la seconda per la valutazione del comportamento di gioco al fine di determinare l"indice di gravità (scala SOGS3 – South Oaks Gambling Screen).

Le operazioni di stampa del questionario, della lettera di accompagnamento e della busta preaffrancata per il ritorno del questionario compilato sono state affidate a Poste Italiane S.p.A.. I nominativi dei soggetti campionati dal DPA sono stati trasmessi, secondo un tracciato concordato, a Poste Italiane S.p.A., che ha provveduto alla stampa del suddetto materiale, al controllo della completezza/qualità degli indirizzi da utilizzare per la spedizione ed alla successiva postalizzazione dei questionari. Sono compresi anche i residenti di età 65-79 anni, sui quali è stata condotta un"indagine parallela sul comportamento di addiction da gioco d"azzardo.

Adesione allo studio e qualità dei dati

Lo studio di popolazione generale 18-64 anni è stato condotto nel primo semestre 2014 mediante invio del questionario postale a 52.351 cittadini italiani. In totale i questionari compilati pervenuti al

Dipartimento per le Politiche Antidroga ammontano a 8.465, con una percentuale di adesione allo studio pari al 16,9%, di cui 136 inutilizzabili ai fini delle elaborazioni.

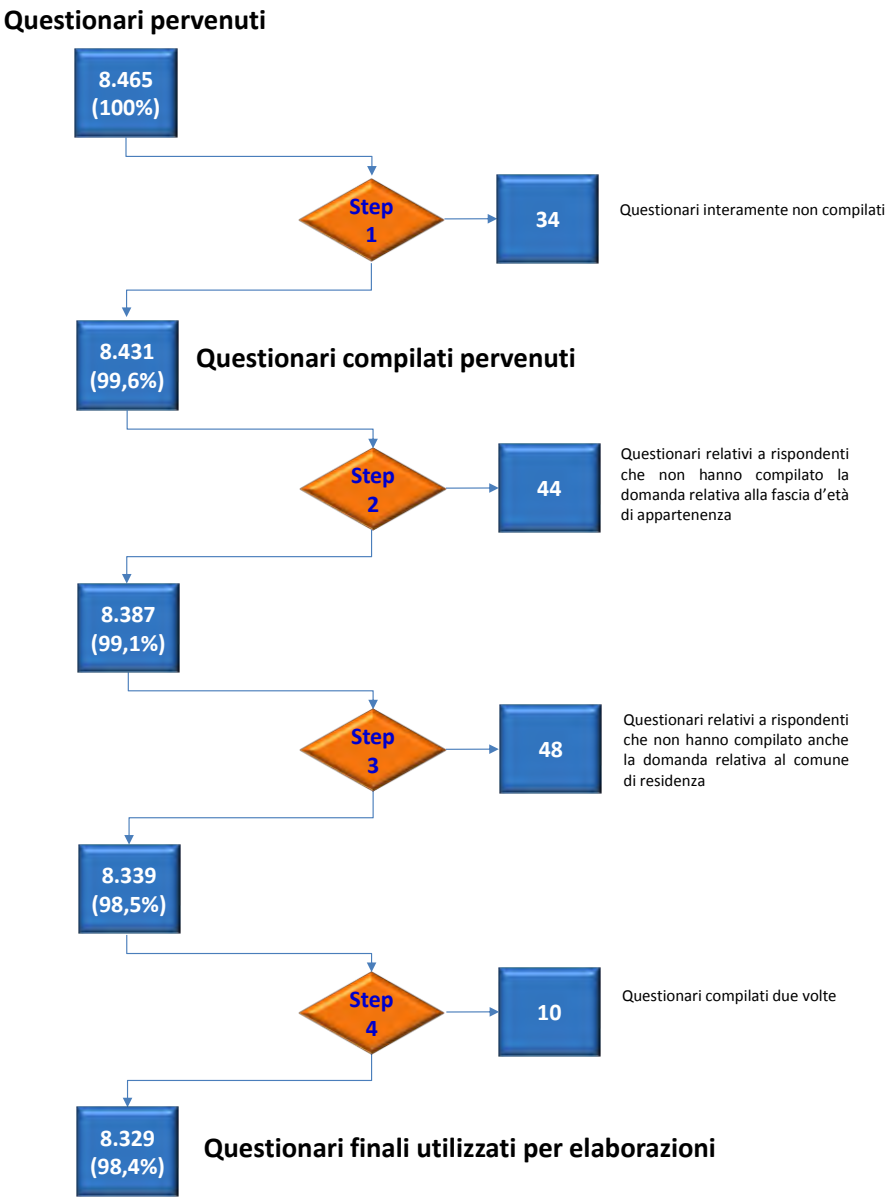
Tabella 3: Distribuzione dei questionari spediti e utilizzabili per l"analisi dei dati nell"indagine di popolazione 18-64 anni, per ripartizione geografica. Anno 2014

Area geografica	Questionari spediti	Questionari non recapitati	Questionari considerati per analisi	Questionari elaborabili / consegnati (%)
Italia nord-occidentale	11.890	373	2.093	18,2
Italia nord-orientale	10.281	350	2.136	21,5
Italia centrale	11.319	475	1.780	16,4
Italia meridionale	11.109	484	1.378	13,0
Italia insulare	7.752	540	942	13,1
Totale	**52.351**	**2.222**	**8.329**	**16,6**

Fonte: Studio GPS-DPA 2014 – Dipartimento Politiche Antidroga

Osservando le percentuali dei questionari elaborabili sul totale dei questionari consegnati nelle varie aree geografiche, si osserva che i soggetti residenti nel nord-est evidenziano un tasso di corretta compilazione maggiore (21,5%), mentre i rispondenti del sud Italia e delle isole presentano le percentuali minori (rispettivamente 13,0% e 13,1%). Su un totale di 52.351 questionari spediti, 2.222 sono risultati inesitati, con le seguenti motivazioni: indirizzo destinatario insufficiente, indirizzo destinatario inesistente, destinatario irreperibile, destinatario sconosciuto, destinatario trasferito, destinatario deceduto, questionario rifiutato dal destinatario.

Figura 2: Procedura di controllo qualità dei dati dell"indagine GPS-DPA 18-64 anni. Anno 2014



Fonte: Studio GPS-DPA 2014 – Dipartimento Politiche Antidroga

Occorre osservare che la bassa percentuale di rispondenti e, quindi, di dati rilevati rende il campione rilevato non rappresentativo della popolazione generale.

Sintesi dei principali risultati osservati (rispondenti)

In totale i questionari compilati pervenuti al Dipartimento per le Politiche Antidroga ammontano a 8.465, con una percentuale di adesione allo studio pari al 16,9%. Dopo un"accurata procedura di

controllo di qualità dei questionari pervenuti, il campione finale di rispondenti considerato per le analisi è rappresentato da 8.329 residenti, 56,1% dei quali femmine, con una frequenza maggiore di rispondenti nella classe d"età 35-64 anni.

Il 56,8% dei rispondenti risulta essere coniugato al momento dell"intervista, ed il 43,4% dichiara di vivere con il partner e figlio/i. La maggior parte dei rispondenti possiede un livello di istruzione medio-alto (41,6% diploma di scuola media superiore; 23,5% laurea) e risulta occupata al momento dell"indagine (56,5%).

Considerando gli stili di vita, emerge una maggiore percentuale di maschi che praticano regolarmente attività fisica, propensione in diminuzione all"aumentare dell"età. Differenze di genere si osservano anche in relazione alla frequenza settimanale di pratica delle attività fisiche: è maggiore la percentuale di maschi che praticano attività sportiva con una certa frequenza (più di due volte a settimana) (44,4% contro 39,2% delle femmine). Associato alla maggiore pratica sportiva dei maschi, risulta un maggior consumo di integratori idrosalinici nei trenta giorni precedenti l"intervista (10,4% maschi contro 7,0% femmine), spesso legati allo svolgimento di attività fisica.

Rispetto alle attività praticate nel tempo libero, emergono differenze tra i generi: i maschi preferiscono navigare in internet (50,9%); mentre le femmine prediligono passeggiare (53,9%) e ascoltare musica o leggere (52,4%).

In relazione al ricorso alle strutture socio-sanitarie, nei dodici mesi precedenti l"indagine, risulta un accesso maggiore tra le femmine, soprattutto presso i consultori familiari, e nelle età più giovani (18-24 anni e 25-34 anni). Analizzando questi risultati per area geografica, risulta che al nord-ovest c"è un maggior accesso al pronto soccorso e ai centri di assistenza psicologica/psichiatrica, mentre al sud e nelle isole vi è un ricorso maggiore alla guardia medica e all"assistenza domiciliare. Il ricorso alla degenza ospedaliera, nel medesimo periodo, riguarda maggiormente le femmine, specialmente per quanto riguarda i ricoveri programmati (8,3% contro 6,1% maschi).

Il 28,6% della popolazione ha fumato negli ultimi 12 mesi; il fenomeno riguarda in misura maggiore i maschi in ciascuna fascia d"età considerata (in totale 33,0% dei maschi contro 25,0% delle femmine). Oltre il 60% della popolazione inizia a consumare tabacco tra i 15 e i 19 anni.

I soggetti che nell"ultimo anno hanno utilizzato una sigaretta elettronica contenente nicotina sono pari al 5,0%, con prevalenza maggiore tra i maschi (6,4% contro 3,9% delle femmine). Coloro che hanno fumato nell"ultimo mese rappresentano l"1,7% della popolazione.

Relativamente al consumo di bevande alcoliche, si stima che solo una minoranza della popolazione di età 18-64 anni, pari al 12,3%, non ha mai assunto alcolici nel corso della propria vita, mentre il 58,7% non ha bevuto alcolici nei 30 giorni prima dell"indagine. Come osservato per il tabacco,

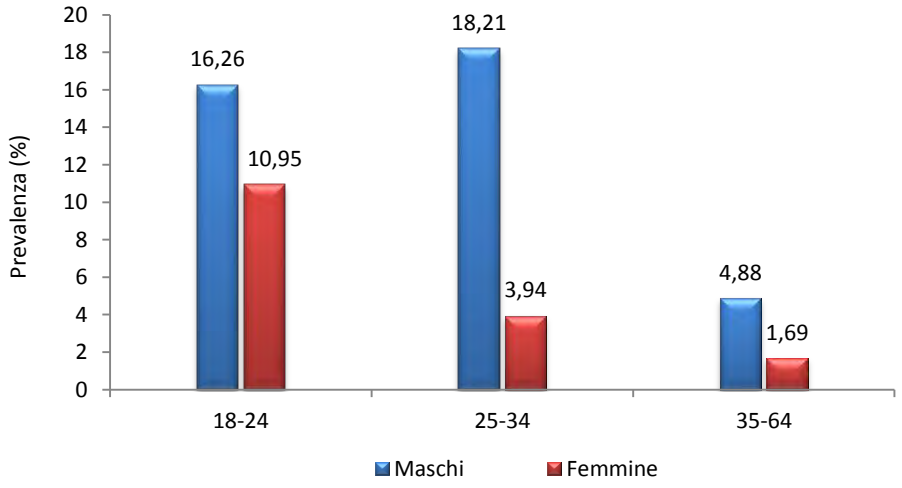
anche per queste bevande i maschi consumano di più e con maggiore frequenza (ultimi 30 giorni).

In relazione alle aree geografiche, il consumo di bevande alcoliche nei 30 giorni precedenti l"intervista risulta minore nell"area meridionale/insulare (51,6%). L"età di primo consumo di alcolici

nella maggior parte dei casi è tra i 15 e i 19 anni (60,9%). Negli ultimi trenta giorni si è ubriacato il 4,2% dei maschi contro l"1,4% delle femmine; con frequenza maggiore nella popolazione più giovane (18-24 anni), sia tra i maschi che tra le femmine.

Più della metà della popolazione ha sentito parlare del fenomeno "happy hour" (71,1% dei maschi e 69,2% delle femmine), in misura maggiore tra i giovani 25-34enni e in Italia settentrionale. La partecipazione agli happy hour nei trenta giorni precedenti l"intervista, maggiore tra i maschi tra i 25 e i 34 anni, diminuisce all"aumentare dell"età.

Figura 3: Consumo (prevalenza %) di energy drink nella popolazione rispondente 18- 64 anni negli ultimi 30 giorni, per genere e fascia d"età. Anno 2014



Fonte: Studio GPS-DPA 2014 – Dipartimento Politiche Antidroga

Il consumo di energy drink nei trenta giorni precedenti l"intervista risulta maggiore tra i maschi, in tutte le fasce d"età considerate. L"assunzione di queste sostanze avviene per lo più occasionalmente, per entrambi i generi. La prima assunzione di energy drink avviene prevalentemente tra i 15 e i 19 anni.

Il consumo di farmaci caratterizza maggiormente il genere femminile (Tabella 4), con prevalenza maggiore per le benzodiazepine e per i sedativi o tranquillanti in tutti i tre periodi temporali considerati. L"assunzione di farmaci cresce con l"aumentare dell"età, ad eccezione degli steroidi anabolizzanti e dei sedativi o tranquillanti. Nel confronto tra le aree geografiche, i sedativi o tranquillanti risultano più consumati in Italia nord-occidentale, analogamente al consumo di benzodiazepine. Queste sostanze registrano consumi nettamente inferiori nell"area meridionale/insulare, e superiori nell"area nord-ovest.

Tabella 4: Consumo di farmaci (prevalenza %) nella popolazione rispondente 18-64 anni. Anno 2014

Farmaci	In tutta la vita			Negli ultimi 12 mesi			Negli ultimi 30 giorni		
	M	F	Tot	M	F	Tot	M	F	Tot
Sedativi o tranquillanti	8,25	11,97	10,31	3,57	5,36	4,56	2,44	3,43	2,99
Barbiturici	0,44	0,86	0,67	0,11	0,41	0,28	0,09	0,35	0,23
Benzodiazepine	14,62	21,95	18,68	5,70	9,67	7,90	3,88	6,17	5,14
Steroidi anabolizzanti	0,25	0,35	0,31	0,08	0,26	0,18	0,04	0,02	0,03

Fonte: Studio GPS-DPA 2014 – Dipartimento Politiche Antidroga

L'analisi generale dell'andamento dei consumi di sostanze stupefacenti negli ultimi 12 mesi, riferiti alla popolazione rispondente in età 15-64 anni, mostra un aumento generale dei consumatori, in controtendenza rispetto al trend osservato nelle ultime edizioni dello studio (2010 e 2012), soprattutto per la cannabis (hashish o marijuana) e per le sostanze stimolanti (ecstasy e/o amfetamine/metamfetamine) (Figura 13.2). Naturalmente vale quanto detto sopra sul confronto da prendere solo come indicazione e non stima statistica corretta.

La conoscenza di persone che fanno uso di sostanze stupefacenti tra i rispondenti rappresenta il maggior fattore di rischio di assunzione di sostanze illecite da parte generale delle popolazione rispondente 18-64 anni (OR=10,4). Aver fumato tabacco o aver assunto bevande alcoliche almeno una volta nei 12 mesi precedenti l'intervista, rappresentano altri elementi favorevoli al consumo (rispettivamente, OR=6,2 e OR=5,0). Anche essere giocatori d'azzardo patologici, secondo la definizione della scala SOGS, nei 12 mesi precedenti l'indagine, rappresenta un fattore di rischio per il consumo di sostanze illecite (OR=2,1). Infine, i soggetti più giovani presentano un maggior rischio di essere consumatori di sostanze illecite nell'ultimo anno (OR=3,7 per i 18-24enni, OR=3,0 per i 25-34enni) rispetto ai soggetti più adulti.

La prevalenza di gioco nella popolazione 18-64 anni risulta pari a 62,6%, con un valore maggiore nella popolazione maschile (66,9%). Analizzando i dati secondo la fascia d'età, circa il 70,0% dei soggetti da 18 a 34 anni negli ultimi 12 mesi ha partecipato ad almeno uno dei giochi considerati nell'indagine, dato questo che scende al 59,1% nella fascia più adulta. I residenti nell'area meridionale/insulare si caratterizzano per una prevalenza di gioco maggiore (69,0%), a fronte di una forte omogeneità rilevata nelle altre aree d'Italia.

La valutazione del comportamento di gioco, per i soggetti che hanno riposto indicando la partecipazione negli ultimi 12 mesi ad almeno uno dei giochi elencati, è stato valutato attraverso il calcolo di un indice di gravità. Questo è stato stimato tramite la somministrazione della versione italiana validata del questionario South Oaks Gambling Screen (SOGS). Utilizzando questa scala di misura, è stato possibile identificare una quota di giocatori problematici e a rischio di gioco patologico pari al 2,1% ed una quota di giocatori d'azzardo patologici pari all'1,9%. Si stima, quindi, che circa il 4% dei giocatori rispondenti di 18-64 anni abbia un approccio problematico o addirittura patologico al gioco d'azzardo, manifestato nei 12 mesi precedenti l'intervista. Si registra, inoltre, una significativa associazione tra tipologia di giocatore e uso di sostanze stupefacenti consumate nei 12 mesi precedenti l'indagine. Provare ecstasy, eroina, cocaina o amfetamine/metamfetamine, anche una sola volta nella vita, sono attività completamente

disapprovate mentre provare occasionalmente hashish o marijuana viene disapprovato con minore forza.

L'attività indicata con minore disapprovazione risulta bere più di due bicchieri di vino/birra al giorno (19,3%). Tutti questi comportamenti trovano una disapprovazione maggiore tra le femmine, e nella popolazione più adulta (35-64 anni). L'uso di sostanze illecite è percepito maggiormente pericoloso tra i non consumatori rispetto ai consumatori e in percentuale lievemente superiore tra le femmine. In generale, l'eroina risulta la sostanza percepita come più dannosa in uguale misura dalle femmine (84,7%) e dai maschi (83,5%).

2.1.2 Indagine IPSAD®-CNR 2013-2014

Gli aspetti metodologici

Obiettivi conoscitivi

L'Italian Population Survey on Alcohol and other Drugs (IPSAD®) è una ricerca sui comportamenti d'uso di alcol tabacco e sostanze illegali nella popolazione italiana. La popolazione target dello studio è costituita dai residenti iscritti nelle liste anagrafiche dei vari comuni italiani. Il disegno dello studio è stato strutturato in stretto accordo con le linee guida fornite dall'Osservatorio Europeo per le Droghe e le Tossicodipendenze (OEDT-EMCDDA) di Lisbona così da poter anche di soddisfare il debito informativo del Paese relativamente al primo dei cinque indicatori epidemiologici chiave proposti dal Consiglio d'Europa.

Il primo studio è stato condotto dall'Istituto di Fisiologia Clinica del Consiglio Nazionale delle Ricerche (IFC-CNR) nel biennio 2001-2002, poi ripetuto nei bienni 2003-2004, 2005-2006, 2007-2008, 2010-2011 e 2013-2014. L'indagine consiste nella somministrazione di un questionario postale anonimo ad un campione rappresentativo della popolazione generale di età compresa tra i 15 e i 74 anni[24], campione estratto in maniera casuale dalle liste anagrafiche dei comuni selezionati nell'ambito del disegno campionario. Il questionario IPSAD®, oltre alle caratteristiche socio-culturali degli intervistati (genere, età, stato civile, livello d'istruzione, condizione abitativa e lavorativa), rileva le condizioni di salute, gli stili di vita e i consumi di sostanze psicoattive (tabacco, alcol, psicofarmaci, doping e altre sostanze psicotrope illecite). Nello specifico vengono studiate le esperienze d'uso delle sostanze nella vita, negli ultimi 12 mesi e negli ultimi 30 giorni.Il questionario somministrato contiene, inoltre, vari strumenti standardizzati per la rilevazione dei disturbi dell'alimentazione e del sonno, della dipendenza da lavoro, del gioco d'azzardo e dell'uso

[24] Rileva la scelta del CNR di estendere l'indagine sulla popolazione generale anche alla fascia di età 15-17 anni. Tra gli utilizzatori di sostanze appartenenti a tale classe d'età risultano prevalenti infatti coloro che hanno abbandonato la scuola, come si evince dalle indagini nelle comunità e servizi a bassa soglia (riportate in altra sezione della Relazione) e, ancora più chiaramente, dai dati sui minorenni in carcere per reati contro la legge (anch'essi in seguito riportati). La conoscenza di un segmento così importante di popolazione non sarebbe rilevabile con la sola indagine studentesca.

problematico di internet. L‟indagine 2013-2014 è stata condotta su un campione iniziale di circa 23.500 residenti di età compresa tra i 15 e i 74 anni, con un tasso di rispondenza finale pari a circa il 35%.

Campionamento

Per l‟indagine 2013-2014, non potendo costruire la lista nazionale di tutti i residenti in Italia attingendo dalle anagrafi degli oltre 8.000 comuni italiani, si è proceduto all‟elaborazione di un elenco parziale, costituito dalle liste anagrafiche dei comuni selezionati nell‟ambito del campione.

In una prima fase i comuni sono stati suddivisi in metropolitani (centro dell‟area metropolitana) e non metropolitani. Sono stati considerati come metropolitani i comuni di Torino, Milano, Venezia, Genova, Bologna, Firenze, Roma, Napoli, Bari e Palermo. I comuni non metropolitani sono stati suddivisi per regione e rispetto alla popolazione residente, distinguendo comuni fino a 10.000 abitanti e comuni di dimensioni superiori.

I comuni metropolitani sono stati inclusi nel campione con certezza e considerati strati a se stanti. Rispetto ai comuni non metropolitani, per ogni regione ed entro le diverse soglie di popolazione residente, sono stati estratti con probabilità proporzionale alla dimensione demografica uno o più comuni, in base alla dimensione demografica complessiva dell‟area territoriale. Acquisite le liste anagrafiche dei comuni selezionati, i residenti sono stati stratificati per genere e fascia di età (15-17, 18-19, 20-24, 25-29, esuccessive fasce quinquennali) ed entro ogni strato così costituito i nominativi sono stati campionati in maniera casuale semplice a quota variabile. Questo procedimento ha permesso un notevole abbattimento dei tempi di realizzazione dell‟indagine, anche se ha reso necessaria una procedura di ponderazione al fine di ottenere le stime nazionali. La procedura di ponderazione si è basata su una post-stratificazione secondo età e genere in accordo con la distribuzione della popolazione generale[25]. Per quanto riguarda la dimensione campionaria, dato che gli indicatori da rilevare sono disomogenei e comprendono prevalenze di consumo relative a sostanze sia di grande diffusione, come ad esempio l‟alcol, sia molto contenute come l‟eroina, un disegno di campionamento che assicuri prefissati livelli di precisione per tutte le stime prodotte non è attuabile. Si è deciso di adottare quindi una strategia basata su una valutazione degli errori delle stime a livello nazionale dell‟uso di eroina negli ultimi dodici mesi. La dimensione del campione teorico in termini di residenti, prefissato a livello nazionale, in base ai criteri riferiti alla strategia di cui sopra, è pari almeno a 7.000 soggetti.

Procedure per lo svolgimento dello studio

L‟indagine 2013-2014 ha visto due fasi di invio dei questionari: la prima nel mese di ottobre 2013 per l‟intero campionee la seconda nel mese di febbraio 2014, limitatamente ai non rispondenti al primo invio. Nelle buste erano contenuti, insieme a una lettera di presentazione dello studio (nel caso di soggetti di età compresa tra i 15 e i 17 anni indirizzata sia al minore sia ai genitori), le istruzioni, il questionario da compilare, una busta pre-affrancata da utilizzare per restituire il questionario debitamente compilato e una cartolina postale preaffrancata, da spedire

25http://demo.istat.it/pop2013/index.html

separatamente,con riportato il nome del mittente, e la scelta di partecipare o meno allo studio e, in quest‟ultimo caso, la motivazione.

La cartolina preaffrancata svolge l‟importante funzione di escludere le persone che non intendono partecipare, evitando di re-inviare il materiale nella fase di sollecito. La procedura è stata strutturata al fine di rendere anonima e gratuita la partecipazione allo studio e permettere la distinzione dei rispondenti al primo invio così da procedere al secondo invio.

La busta del secondo invio riportava lo stesso materiale del primo, stampato in modo tale da rendere distinguibili le due fasi di somministrazione, unitamente ad una lettera di sollecito per la partecipazione. Le buste sono state inviate all‟IFC-CNR, dove si è proceduto all‟apertura delle stesse e allarimozione del materiale da non utilizzarsi (questionari non compilati, istruzioni, lettere di presentazione, etc.). L‟acquisizione dei dati presenti sui questionari cartacei è stata effettuata da operatori IFC-CNR tramite una specifica strumentazione OCR (Optical Character Recognition), utilizzando lo scanning software ReadSoft Forms.

Procedura di verifica dell'acquisizione e analisi affidabilità del database

La tecnologia OCR consente di memorizzare automaticamente le informazioni „scritte‟ attraverso un‟opportuna conversione dei dati basata sul riconoscimento ottico dei caratteri. Il questionario è stato, infatti, definito graficamente in maniera standardizzata tramite la progettazione di un Template Cartaceo (TC)) in cui le informazioni scritte, da acquisire come dati, sono state strutturate in „aree di lettura‟ comprensibili per lo scanner e relativo software.Le fasi del processo di lavorazione con OCR hanno previsto lo scanning delle informazioni presenti (scan), l‟interpretazione dei dati riconosciuti (interpret), la verifica della bontà degli stessi (verify) mediante postazioni PC monitorate da operatori.

L‟output finale (transfer) è stato restituito nei formati elettronici standard, idonei all‟import su database e all‟elaborazione. Per il processo di verifica della qualità dei dati, sono stati estratti campioni di questionari compilati da acquisire nuovamente allo scanner e da sottoporre alle fasi di lavorazione OCR. Se i risultati dell‟output della seconda acquisizione OCR sono stati congruenti con i risultati della prima, il controllo qualità è stato ritenuto eseguito con successo. Al fine di ridurre il numero delle variabili “not valid” e identificare i falsi missing, spesso generati da un eccessivo/insufficiente annerimento delle caselle presenti nel questionario cartaceo, sono stati verificati i valori di risposta acquisiti su set di variabili, suddivise nelle principali aree di interesse (genere, età, alcol, cannabis, ecc.), risalendo dai valori dell‟output dati elettronico alla corrispondente scannerizzazione del questionario. Una volta ottenuto il set completo di dati, prima di procedere con le analisi, è stata verificata la consistenza delle risposte fornite nei questionari. Sono stati eliminati i questionari che presentavano: più del 50% di mancata risposta, risposte sistematiche (per esempio aver risposto sempre allo stesso item in colonna), risposte incongruenti (per esempio: aver usato tutte le sostanze 40 o più volte negli ultimi 30 giorni), inconsistenza di almeno una risposta sull‟uso di sostanze (per esempio aver risposto di aver fatto uso nei dodici mesi e non nella vita).

I consumi di sostanze psicoattive

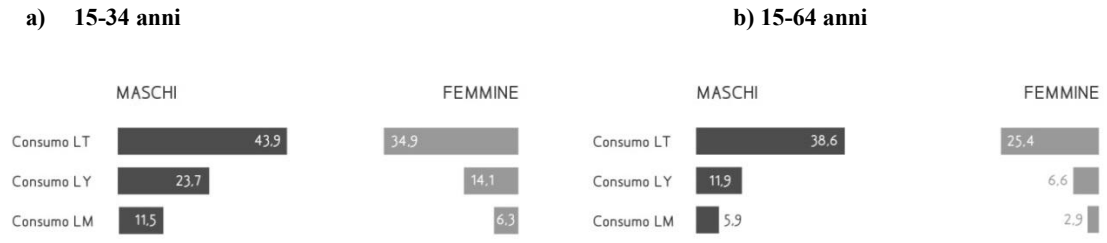
Si stima che circa il 10% degli italiani,con età compresa tra i15 e i 64 anni, abbia assunto di recente almeno una sostanzaillegale, ovvero nel corso dell‟ultimo anno. Talecomportamentoriguardapoco

meno di 4 milioni di persone, di questi l'87% ha consumato solo una sostanza, mentre il restante 13% due o più. Il consumo di almeno una sostanza illegale ha riguardatocirca il 20% dei giovani adulti 15-34enni, coinvolgendone più di 2milioni e mezzo e tra questila percentuale dei policonsumatori è sovrapponibile a quella della popolazione generale (13%), interessando oltre 330mila 15-34enni. Tra i maschi si rileva una maggiore diffusione del consumo di sostanze psicoattive: a ogni consumatrice corrispondono quasi 2 consumatori (maschi 12,5%; femmine 7,1%),ma è nelle fasce di età più giovani che si concentra la maggior prossimità alle sostanze (24,6%maschi contro il 14,5% delle femmine).

Il consumo di cannabis

Nella popolazione generale tra i 15 e i 64 anni, il 32% ha provato cannabis almeno una volta nella vita, poco più di 12milioni e mezzo di persone. La prevalenza è pari quasi al 40% se si considera la fascia d‟età 15-34anni, coinvolgendo oltre 5milioni di sperimentatori tra i giovani.Dalla rilevazione IPSAD®2013-2014 emerge che, tra le sostanze psicoattive illecite, la cannabis è stata anche la sostanza maggiormente utilizzata dalla popolazione generale negli ultimi dodici mesi, ovvero dal 9,2% dei 15-64enni, che corrisponde a più di 3 milioni e mezzo di italiani di pari età. Il consumo nell‟ultimo mese, definito consumo corrente, ha riguardato oltre un milione e mezzo di persone (4,4%) e sono quasi 400mila coloro che hanno riferito di aver consumato cannabis di frequente, ovvero 20 o più volte nei 30 giorni antecedenti lo svolgimento dello studio (i cosiddetti frequent users) (pari all‟1% dei 15-64enni).La cannabis è generalmente più diffusa tra la popolazione più giovane (15-34enni): tra questi, circa 2 milioni e mezzo hanno consumato nell‟ultimo anno (consumo recente: 19%), quasi 1 milione e 200mila nell‟ultimo mese (8,9%) e quasi 250mila sono frequent users (1,9%).

Figura 4: Stime di prevalenza dei residenti italiani che hanno consumato cannabis. Anno 2013-2014



LT= LifeTime (almeno una volta nella vita); LY= Last Year (almeno una volta negli ultimi dodici mesi); LM= Last Month (almeno una volta negli ultimi trenta giorni)
IPSAD®2013-2014

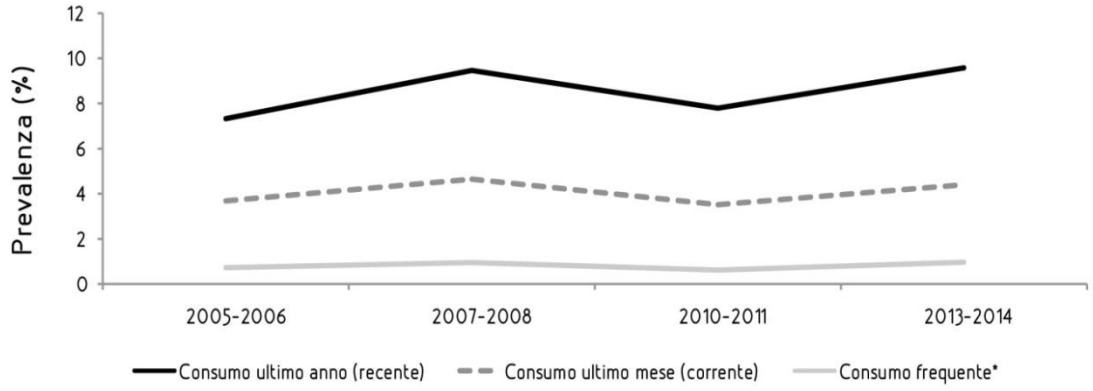
In generale, il 31% degli italiani tra i 15 e i 64 anni, indipendentemente dall‟aver o meno consumato cannabis, ritiene che sia facile potersi procurare la sostanza. Tra chi ha consumato cannabis di recente è il 71% a riferire una maggiore facilità di reperimento, e il 63% e il 53% ritiene rispettivamente la casa degli amici e la strada luoghi privilegiati per procurarsi cannabis.

Tra i consumatori correnti il 18% ha speso 50 euro o più nell‟ultimo mese per acquistare la sostanza mentre il 54% riferisce di non averne spesi.

Trend dei consumi di cannabis(tassi standardizzati[26])

Dal confronto dei tassi standardizzati, si osserva nell"ultima rilevazione un leggero incremento rispetto alla precedente, per quanto riguarda sia il consumo recente sia quello corrente, mentre più stabile risulta il tasso riferito ai frequent users.

Figura 5: Andamento temporale della prevalenza di consumo di cannabis nella popolazione 15-64 anni (tassi standardizzati)

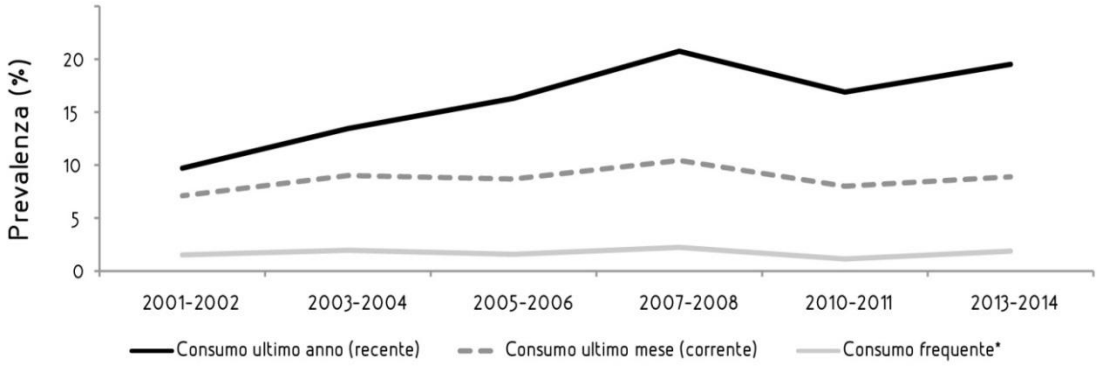


Consumo frequente*= 20 o più volte negli ultimi trenta giorni
IPSAD®

Per quanto riguarda il consumo recente da parte dei 15-34enni si osserva un costante aumento dal 2002 sino all"anno 2008, per stabilizzarsi nelle indagini successive. Stesso andamento, anche se con variazioni decisamente più ridotte, si osserva in riferimento al consumo corrente e a quello frequente.

26 I valori riportati nei grafici si riferiscono a tassi standardizzati e quindi risultano differenti dalle prevalenze riportate.

Figura 6: Andamento temporale della prevalenza di consumo di cannabis nella popolazione 15-34 anni (tassi standardizzati)



Consumo frequente*= 20 o più volte negli ultimi trenta giorni
IPSAD®

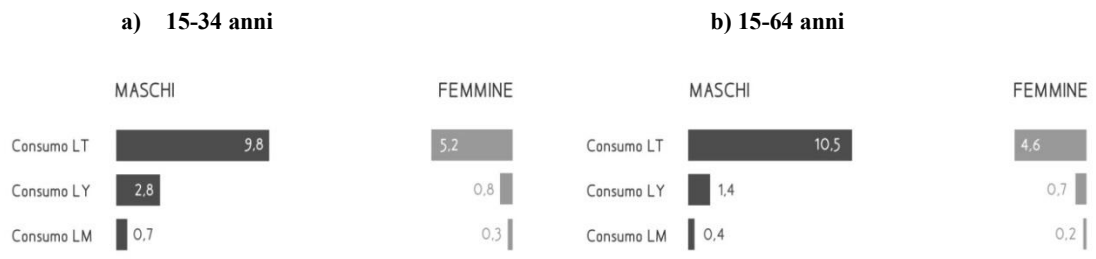
Il consumo problematico di cannabis

Il 15% dei consumatori recenti con età compresa tra i 15 e i 64 anni ha risposto positivamente ad almeno 3 dei 6 quesiti del test di screening CAST (si veda box), con una prevalenza che tra i maschi risulta più elevata (il 18% dei maschi e il 9% delle femmine). Tale quota corrisponde a poco più dell‘1% della popolazione italiana 15-64enne, che raggiunge il 2,7% se si fa riferimento ai 15-34enni. La quota di consumatori problematici risulta in leggero aumento rispetto alla rilevazione precedente (IPSAD®2010-2011: circa il 12%).

Il consumo di cocaina

La cocaina è, dopo la cannabis, la sostanza illecita più diffusa. Si stima che quasi 3milioni italiani l‘abbiano usata almeno una volta nella vita (7,6%) e poco più di 430mila italiani ne abbiano fatto uso nell‘ultimo anno (1,1%), 240mila dei quali sono 15-34enni, con una prevalenza pari dell‘1,8%. Sono i maschi a far rilevare prevalenze più elevate (1,4% contro lo 0,7% delle femmine), e tra i 15-34enni si osservano prevalenze più di tre volte superiori rispetto alle coetanee (2,8% vs 0,8%). Nell‘ultimo mese sono stati circa 120mila i 15-64enni ad aver consumato cocaina (0,3%), oltre la metà dei quali è rappresentato da giovani adulti (0,8% dei 15-34enni).

Figura 7: Stime di prevalenza dei residenti italiani che hanno consumato cocaina. Anno 2013-2014



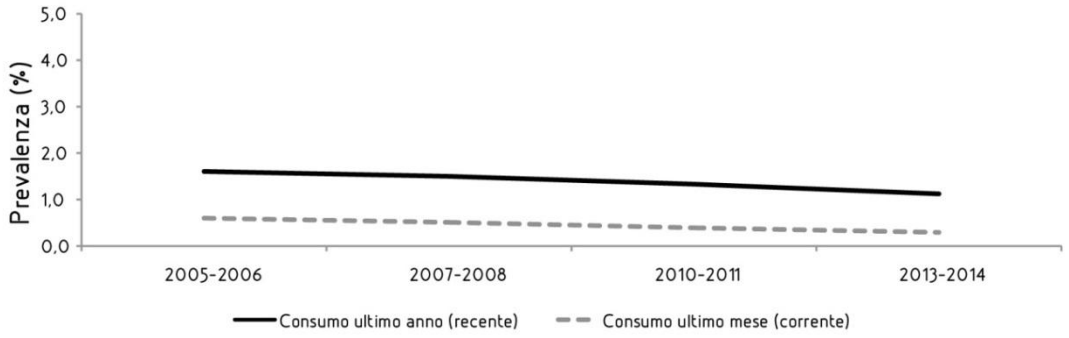
LT= LifeTime (almeno una volta nella vita); LY= Last Year (almeno una volta negli ultimi dodici mesi); LM= Last Month (almeno una volta negli ultimi trenta giorni).
IPSAD®2013-2014

Il 12% degli italiani ritiene che la cocaina sia possibile reperirla facilmente e, tra i consumatori recenti, questa opinione è condivisa da oltre il 73%. Sia la strada sia la casa degli amici sono considerati i luoghi dove è facile reperirla (50%), così come in discoteca o direttamente attraverso uno spacciatore (rispettivamente per il 47% e il 44% dei consumatori).

Trend dei consumi di cocaina (tassi standardizzati[27])

Rispetto alle precedenti rilevazioni il consumo recente di cocaina è in costante diminuzione, mentre quello corrente, pur evidenziando un andamento in lieve flessione, presenta valori tendenzialmente più stabili, senza rilevanti differenze tra le indagini.

Figura 8: Andamento temporale della prevalenza di consumo di cocaina nella popolazione 15-64 anni (tassi standardizzati)

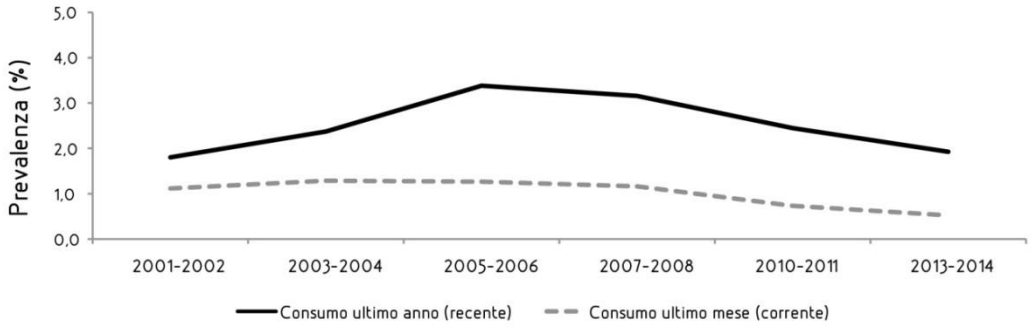


IPSAD®

27 I valori riportati nei grafici si riferiscono a tasso standardizzati e quindi risultano differenti dalle prevalenze riportate.

Tra i giovani adulti dal 2002 al 2006 si rileva un costante aumento delle prevalenze riferite al consumo recente, mentre negli anni successivi, anche per questa fascia d‟età, si osserva una tendenza decrescente. Abbastanza stabile dal 2002 al 2008 risulta il consumo riferito all‟ultimo mese, mentre nelle ultime due indagini si assiste a una leggera flessione.

Figura 9: Andamento temporale della prevalenza di consumo di cocaina nella popolazione 15-34 anni (tassi standardizzati)

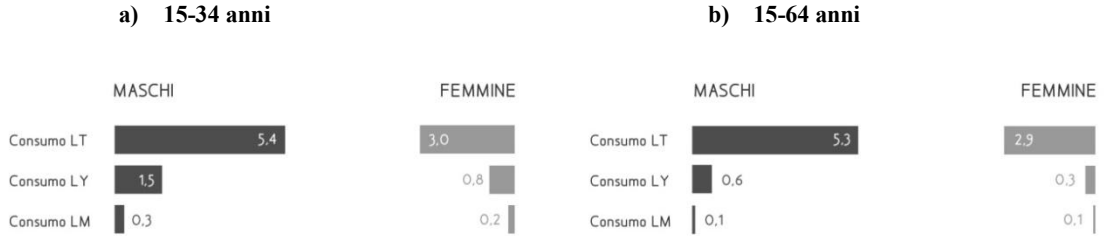


IPSAD®

Il consumo di stimolanti

Il consumo almeno una volta nella vita degli stimolanti (amfetamine, ecstasy, MDMA, ecc.) ha coinvolto oltre un milione e mezzo di italiani di 15-64 anni (4,1%), mentre il consumo recente degli stimolanti si attesta allo 0,5%, coinvolgendo circa 180mila persone, 155mila delle quali hanno un‟età compresa tra i 15 e i 34 anni (che corrisponde all‟1,2% della popolazione di pari età). Anche in questo caso, le prevalenze maschili risultano superiori a quelle delle coetanee.Rispetto ai consumi recenti, le prevalenze in entrambe le fasce d‟età si riducono: sono poco più di 30mila i 15-64enni che hanno consumato stimolanti nel mese antecedente la compilazione del questionario (0,1%), dei quali quasi 26mila sono giovani adulti(0,2%).

Figura 10: Stime di prevalenza dei residenti italianiche hanno consumato stimolanti. Anno 2013-2014



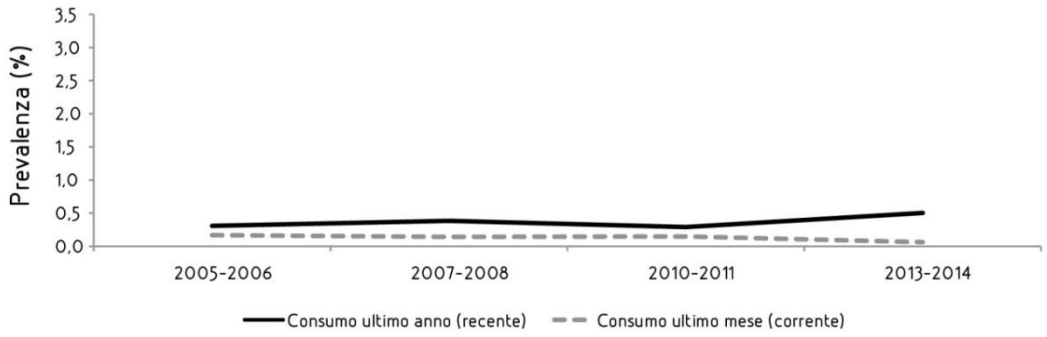
LT= LifeTime (almeno una volta nella vita); LY= Last Year (almeno una volta negli ultimi dodici mesi); LM= Last Month (almeno una volta negli ultimi trenta giorni).
IPSAD®2013-2014

Se tra la popolazione generale di 15-64 anni il 9% ritiene che gli stimolanti si possano reperire facilmente,tra i consumatori recentila quota di chi condivide questa opinione raggiungeil 52%, riferendo la discoteca (77%), le manifestazioni pubbliche (43%) e tramite uno spacciatore (33%) i luoghi privilegiati per il reperimento.

Trend dei consumi di stimolanti (tassi standardizzati[28])

Per quel che riguarda il consumo recente si evidenziano lievi incrementi nell'ultima rilevazionementre il consumo corrente presenta valori pressoché costanti nelle varie rilevazioni.

Figura 11: Andamento temporale della prevalenza di consumo di stimolantinella popolazione 15-64 anni (tassi standardizzati)

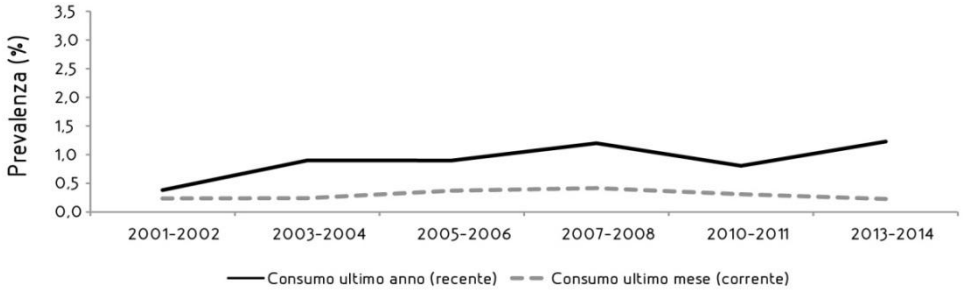


IPSAD®

I tassi standardizzati riferiti al consumo recente di stimolanti da parte dei 15-34enni evidenziano variazioni più importanti tra il 2002 e il 2008. Sebbene si osservi una diminuzione nel 2011, le prevalenze aumentano nuovamente nel 2014.I consumi correnti invece restano più stabili nel corso degli anni.

28 I valori riportati nei grafici si riferiscono a tasso standardizzati e quindi risultano differenti dalle prevalenze riportate.

Figura 12: Andamento temporale della prevalenza di consumo di stimolantinella popolazione 15-34 anni (tassi standardizzati)

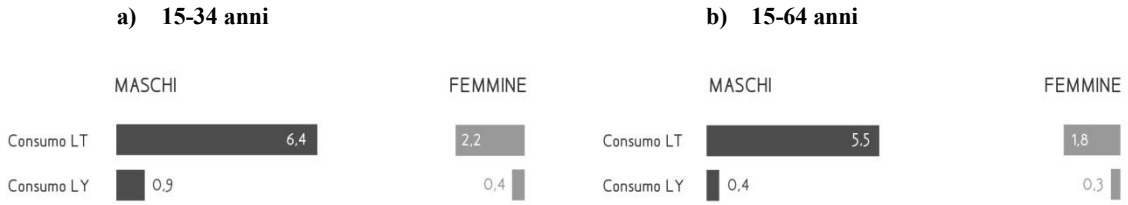


IPSAD®

Il consumo di allucinogeni

Il consumo nella vita di allucinogeni (LSD, funghi allucinogeni, ketamina, ecc.) ha coinvolto quasi un milione e mezzo di italiani (3,7%), quasi un terzo dei quali di età compresa tra i 15 e i 34 anni (4,3%). Il consumo recente di allucinogeni è pari allo 0,3% e ha riguardato quasi 120mila soggetti, consumo che tra i 15-34enni ha interessato poco più di 90mila individui (0,7%). È soprattutto tra questi ultimi che i maschi risultano in quota quasi doppia a quella delle coetanee. Nella popolazione totale, invece, le prevalenze per genere risultano abbastanza simili.

Figura 13: Stime di prevalenza dei residenti italianiche hanno consumato allucinogeni. Anno 2013-2014



LT= LifeTime (almeno una volta nella vita); LY= Last Year (almeno una volta negli ultimi dodici mesi)
IPSAD®2013-2014

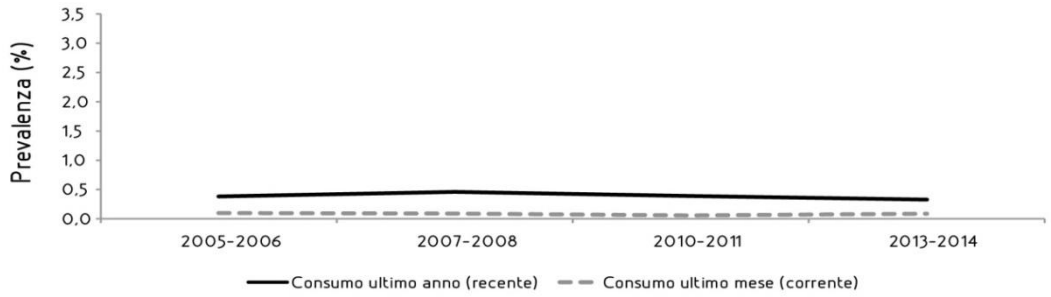
Il 5% della popolazione generale ritiene che gli allucinogeni siano di facile reperimento, per raggiungere il 61% tra chi li ha assunti nel corso degli ultimi 12 mesi. Discoteca emanifestazioni

pubbliche (entrambe 50%) sono i luoghi identificati dai consumatori recenti per il reperimento di allucinogeni, a seguire lo spacciatore (45%) e la strada (35%).

Trend dei consumi di allucinogeni (tassi standardizzati[29])

Dal 2008 il consumo recente di allucinogeni segna una lieve e costante diminuzione, mentre risulta sostanzialmente stabile l"andamento segnato dal consumo corrente.

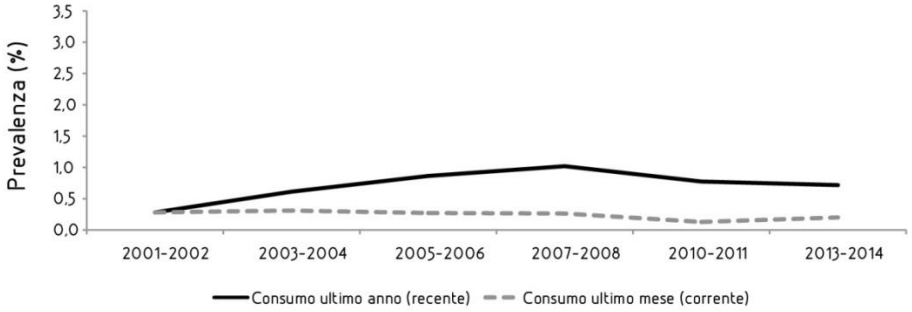
Figura 14: Andamento temporale della prevalenza di consumo di allucinogeni nella popolazione 15-64 anni (tassi standardizzati)



IPSAD®

Anche tra i 15-34enni, dopo un costante aumento dal 2002 al 2008, si è assistito a un decremento delle prevalenze dal 2011. Rispetto al consumo corrente, invece, le prevalenze sono state costanti sino alle ultime due rilevazioni: indagini nelle quali hanno segnato lievi variazioni.

Figura 15: Andamento temporale della prevalenza di consumo di allucinogeni nella popolazione 15-34 anni (tassi standardizzati)



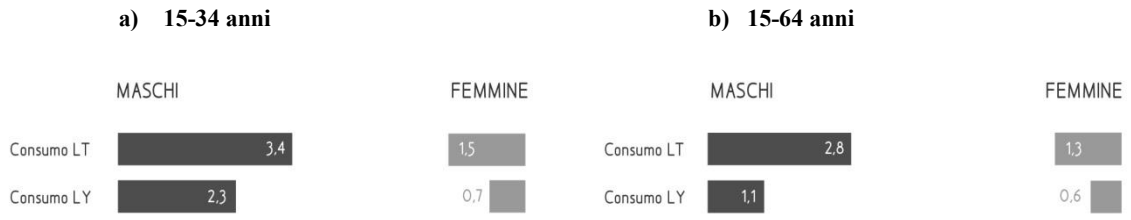
IPSAD®

29 I valori riportati nei grafici si riferiscono a tasso standardizzati e quindi risultano differenti dalle prevalenze riportate.

Il consumo di eroina

Il consumo di eroina (inclusi altri oppiacei, quali oppio, morfina, metadone, ecc.) almeno una volta nella vita ha coinvolto quasi 800mila italiani tra i 15 e i 64 anni (2%), meno della metà dei quali giovani adulti: poco più di 300mila, pari al 2,5% della popolazione 15-34enne. Negli ultimi 12 mesi il consumo di eroina ha riguardato lo 0,8%della popolazione generale, circa 320mila persone. Come rilevato per le altre sostanze, la quota maschile risulta superiore a quella femminile, in particolare tra i giovani adulti.Tra questi ultimi il consumo recente di eroina ha interessato circa 190mila persone.

Figura 16: Stime di prevalenza dei residenti italianiche hanno consumato eroina. Anno 2013-2014



LT= LifeTime (almeno una volta nella vita); LY= Last Year (almeno una volta negli ultimi dodici mesi)
IPSAD®2013-2014

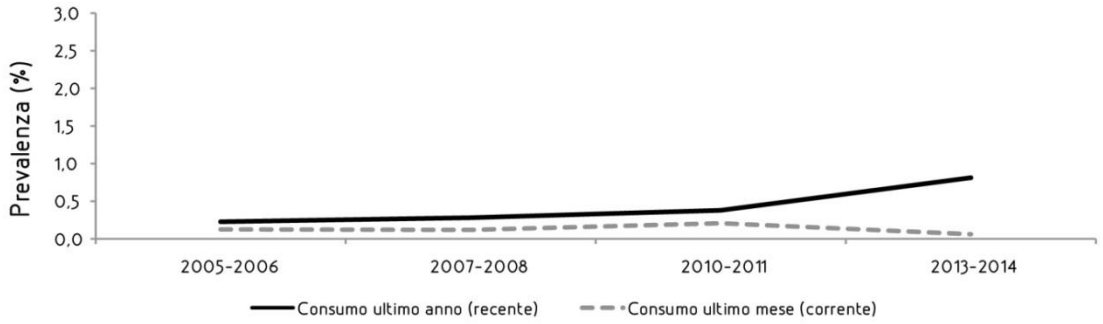
Tra la popolazione generale il 5% ritiene sia facile poter reperire eroina etra i consumatori recenti la percentuale raggiunge il 20%.Lo spacciatore è indicato come il tramite attraverso il quale, chi ha consumato eroina negli ultimi dodici mesi, pensa di poter reperire la sostanza (26%); seguono, entrambe al 15%, le manifestazioni pubbliche e la strada.

Trend dei consumi di eroina (tassi standardizzati[30])

Se il consumo recente di eroina dal 2006 al 2011 ha fatto registrare un lieve costante aumento, soprattutto nell'ultima rilevazione, quello corrente si mantiene stabile nel corso degli anni, con una lieve riduzione negli ultimi anni di indagine.

30 I valori riportati nei grafici si riferiscono a tasso standardizzati e quindi risultano differenti dalle prevalenze riportate.

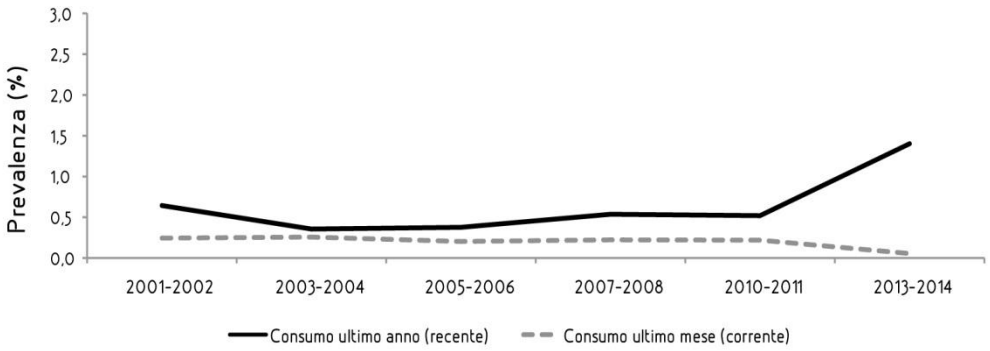
Figura 17: Andamento temporale della prevalenza di consumo di eroina nella popolazione 15-64 anni (tassi standardizzati)



IPSAD®

Stessa tendenza si riscontra anche nella fascia d‟età più giovane: i consumi recenti sono quasi triplicati negli ultimi anni. Il consumo corrente, al contrario, dopo anni di andamento costante, nell‟ultima indagine fa rilevare una lieve flessione.

Figura 18: Andamento temporale della prevalenza di consumo di eroina nella popolazione 15-34 anni (tassi standardizzati)



IPSAD®

Indagine IPSAD® 2013-2014: campione, rispondenti e non rispondenti

L"indagine IPSAD® nell"edizione 2013-2014 è stata condotta a partire da un campione di 23.306 residenti in Italia e di età compresa tra i 15 ed i 74 anni.

Di seguito è riportata la distribuzione per area geografica, genere e fasce di età decennali del campione teorico di residenti estratti dalle liste anagrafiche dei comuni selezionati per l"indagine.

Distribuzione per genere, classe di età ed area territoriale del campione teorico

Area territoriale	Genere	Classe di età 15-24	25-34	35-44	45-54	55-64	65-74	Totale
Centro	Maschio	385	333	410	400	322	365	2.215
	Femmina	370	339	412	407	346	424	2.298
Nord	Maschio	881	756	1.011	973	770	881	5.272
	Femmina	861	780	955	946	799	999	5.340
Sud-Isole	Maschio	864	663	684	685	564	570	4.030
	Femmina	851	683	680	688	593	656	4.151
Totale	Maschio	2.130	1.752	2.105	2.058	1.656	1.816	11.517
	Femmina	2.082	1.802	2.047	2.041	1.738	2.079	11.789
	Totale	4.212	3.554	4.152	4.099	3.394	3.895	23.306

La conduzione dello studio ha previsto due ondate di invio dei questionari, la prima a tutto il campione, la seconda limitata ai non rispondenti, ovvero a quei residenti che non avessero spedito la cartolina nominativa con la quale comunicavano l"adesione oppure la volontà di non partecipare.
I questionari complessivamente ricevuti sono stati 8.133, pari ad una rispondenza del 34,9%.
In tabella è riportata la distribuzione per genere e fasce di età rilevate dai questionari ricevuti[31].

Distribuzione per genere e classe di età dei partecipanti allo studio IPSAD rilevata dal questionario ricevuto	Classe di età						
Genere	15-24	25-34	35-44	45-54	55-64	65-74	Totale
Maschio	471	527	544	673	627	677	3.519
Femmina	752	814	742	828	611	443	4.190
Totale	1.223	1.341	1.286	1.501	1.238	1.120	7.709

Nella conduzione complessiva dello studio, viste le tematiche affrontate, sono stati privilegiati gli aspetti

31 In 404 questionari ricevuti non era presente l"informazione sul genere e/o l"età

di tutela dell"anonimato dei rispondenti, con l"obiettivo primario di stimolare la partecipazione allo studio stesso.

Per questo motivo i questionari inviati non riportavano nessuna informazione che potesse in alcun modo far percepire al rispondente un qualche tentativo di individuazione della persona, come ad esempio una codifica dell"area territoriale di residenza. Negli studi IPSAD® precedenti, in cui i questionari venivano stampati in maniera differente da zona a zona, non era infatti infrequente la ricezione di questionari mancanti delle pagine codificate, ad indicare da un lato l"attenzione dei partecipanti e dall"altro il possibile effetto disincentivante a partecipare ad indagini che già di per se presentano tassi di rispondenza non elevati. Nello studio IPSAD® la valutazione della rispondenza a livello di area territoriale può comunque essere fatta considerando le cartoline inviate dai partecipanti separatamente dal questionario, che, per l"indagine 2013-2014,sono state complessivamente 7.369, di cui 5.683 riportanti la partecipazione allo studio, come riportato nella tabella seguente.

Distribuzione per genere, classe di età ed area territoriale dei partecipanti allo studio IPSAD rilevata dalla cartolina ricevuta

		Classe di età						
Area territoriale	Genere	15-24	25-34	35-44	45-54	55-64	65-74	Totale
Centro	Maschio	68	69	79	111	111	159	597
	Femmina	99	76	102	120	92	86	575
Nord	Maschio	163	129	183	233	218	335	1.261
	Femmina	248	180	246	278	248	234	1.434
Sud-Isole	Maschio	135	125	116	145	173	234	928
	Femmina	192	131	144	169	136	116	888
Totale	Maschio	366	323	378	489	502	728	2.786
	Femmina	539	387	492	567	476	436	2.897
	Totale	905	710	870	1.056	978	1.164	5.683

In termini di comunicazione della partecipazione all"indagine si osserva una minor attenzione, seppur lieve, da parte dei residenti dell"Italia meridionale/insulare.

Il problema dei non rispondenti è comunque di non poco conto in indagini particolari come lo studio IPSAD®in quanto è possibile che la propensione a partecipare, e quindi a rispondere ai quesiti posti, sia anche legata alle tematiche oggetto di studio, generando quella condizione denominata autoselezione del campione (dei rispondenti). In buona sostanza il rischio è che chi ha risposto al questionario si differenzi da chi non ha risposto non solo perché ha effettivamente partecipato all"indagine, ma anche perché ha altre caratteristiche diverse, comprendendo tra queste quelle oggetto di studio. L"approccio standard per correggere le stime in condizione di autoselezione del campione prevede l"utilizzo di metodi di calibrazione delle stime stesse. Si tratta di procedure che mettono in relazione caratteristiche note a livello di popolazione con quanto rilevato dall"indagine sulle stesse caratteristiche, in maniera tale da

definire una struttura di pesi adeguata per le stime[32,33,34]. Per lo studio IPSAD® l‟utilizzo di tali procedure può però non risultare ottimale vista la totale anonimizzazione del questionario. Quello che può essere fatto, e che è in corso in quanto oggetto di ricerca, è l‟analisi comparata dei tassi di partecipazione rilevati tramite le cartoline e le caratteristiche territoriali dei rispondenti e dei non rispondenti, con l‟obiettivo di valutare se la propensione a partecipare sia in qualche modo legata a situazioni territoriali più o meno compromesse, misurate ad esempio tramite indici di deprivazione socio-economica[35] od altri indicatori strutturati di contesto.

Il danno associato al consumo di una o più sostanze psicoattive (indicatori FUS e PDS)

Gli indicatori Frequency of Use Score (FUS) e Poly-Drug Score (PDS) rappresentano, rispettivamente, la frequenza globale del consumo di una o più droghe e la misura del danno che l‟assunzione di queste provoca alla salute. La definizione di questi indicatori, si basa sulla classificazione delle conseguenze negative sulla salute fatta da Van Amsterdam (Van Amsterdam et al. 2010)[36], il quale ha assegnato un punteggio di danno a ciascuna sostanza considerandone la tossicità acuta, la tossicità cronica e la dipendenza.Per ogni utilizzatore, il FUS si ottiene sommando le frequenze d‟uso di tutte le sostanze usate, mentre il PDS si ottiene facendo la somma "pesata" delle frequenze d‟uso di tutte le sostanze usate, utilizzando come "pesi" i punteggi di Van Amsterdam. La descrizione più dettagliata di questi indicatori si può trovare in Mammone et al. 2014[37].

Gli indicatori FUS e PDS sono stati calcolati, per le rilevazioni condotte dal 2005 al 2014, sul campione di italiani tra i 15 e i 34 anni e tra i 15 e i 64 anni che hanno riferito di aver consumato almeno una sostanza illecita[38] nel corso dei 30 giorni antecedenti alla compilazione del questionario. Al trend degli indicatori FUS e PDS è stato affiancato quello relativo alla prevalenza d‟uso di almeno una sostanza.

Questi indicatori, tra il 2005 e il 2014 hanno avuto un andamento altalenante. I giovani adulti tra i 15 e i 34 anni mostrano un andamento nel tempo abbastanza simili a quelli dei 15-64enni rispetto agli indicatori di frequenza globale e danno. La prevalenza d‟uso dei giovani adulti, tuttavia, è nettamente più alta per tutto il periodo di osservazione. Ciò significa che, nonostante l‟uso sia più diffuso tra i giovani adulti, le loro modalità e frequenze d‟uso non sono più dannose per la salute di quelle dei 15-64enni. Questa situazione si è mantenuta invariata nel tempo, con l‟unica

32Deville J.C., C.E. Särndal. 1992. Calibration Estimators in Survey Sampling. *Journal of the American Statistical Association*, 87:367-382.

33Kott, Phillip S. 2006. "Using Calibration Weighting to Adjust for Nonresponse and Coverage Errors." Survey Methodology 32(2):133–142.

34 http://www.istat.it/it/strumenti/metodi-e-strumenti-it/metodi-di-elaborazione/biblio-estimation

35Caranci N., et al. 2010. L‟indice di deprivazione italiano a livello di sezione di censimento: definizione, descrizione e associazione con la mortalità. Epidemiologia e Prevenzione 34(4): 167-176.

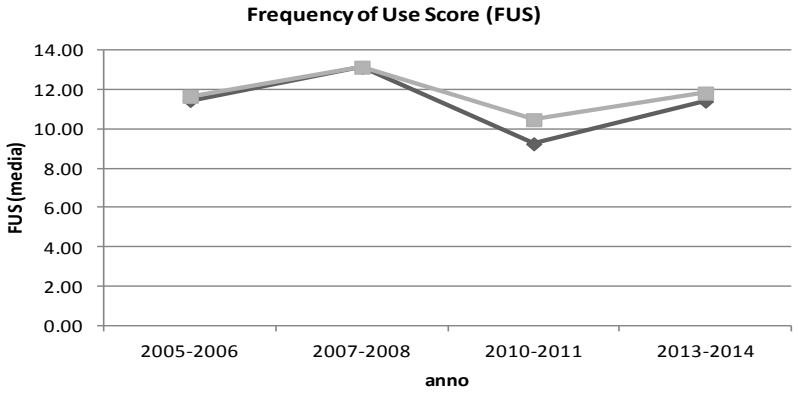
36 Van Amsterdam J, Opperhuizen A, Koeter M, van den Brink W. Ranking the Harm of Alcohol, Tobacco and Illicit Drugs for the Individual and the Population. Eur Addict Res 2010;16:202-207.

37 Mammone, A., Fabi, F., Colasante, E., Siciliano, V., Molinaro et al. (2014). New indicators to compare and evaluate harmful drug use among adolescents in 38 European countries. Nordic Studies on Alcohol and Drugs 31, 343-58.

38 Cannabis, eroina, cocaina, stimolanti, allucinogeni.

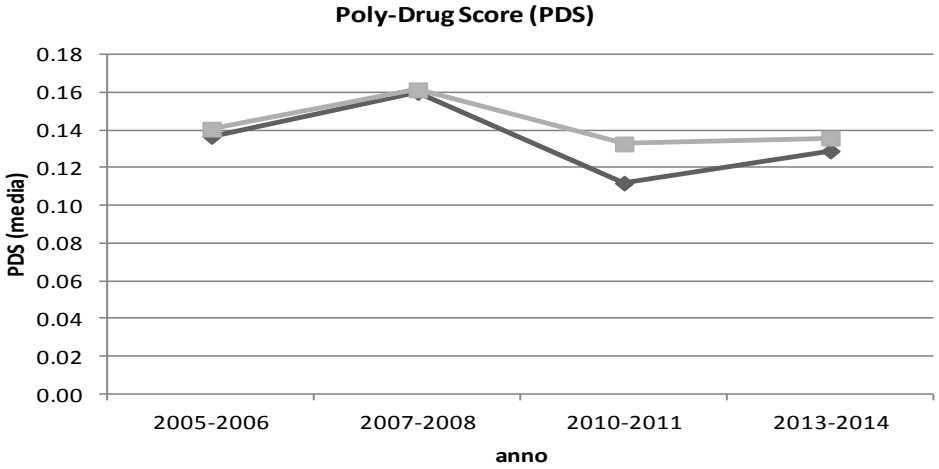
eccezione della rilevazione 2011 in cui gli indicatori di danno e frequenza globale dei 15-34enni risultano leggermente più bassi di quelli dei 15-64enni.

Figura 19: Andamento temporale del FUS. Popolazione italiana 15-34 anni e 15-64 anni. Anni 2005-2014



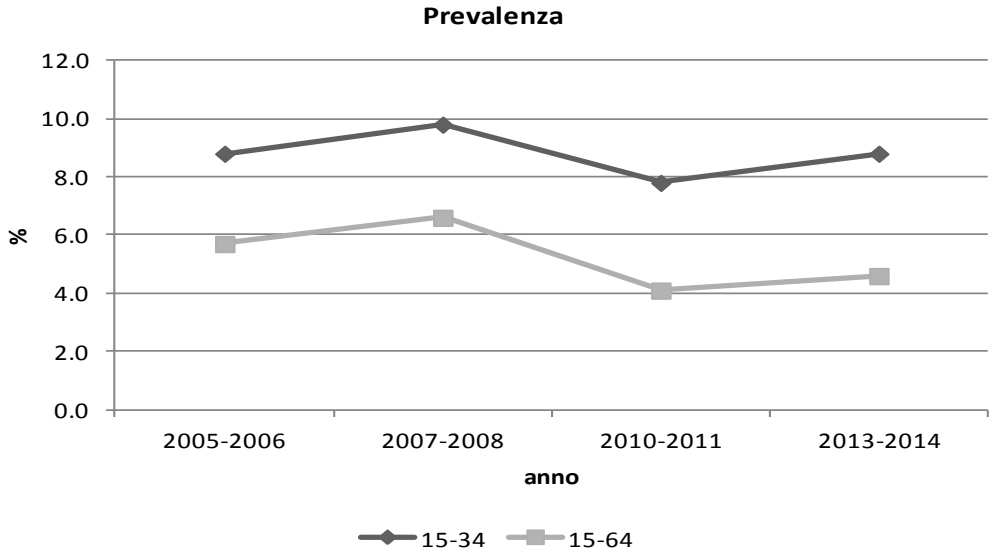
IPSAD®

Figura 20: Andamento temporale del PDS. Popolazione italiana 15-34 anni e 15-64 anni. Anni 2005-2014



IPSAD®

Figura 21: Andamento temporale della prevalenza. Popolazione italiana 15-34 anni e 15-64 anni. Anni 2005-2014



IPSAD®

2.2 Analisi sui dati sulla popolazione studentesca

2.2.1 Indagine SPS- DPA 2014

La realizzazione di indagini sul consumo di sostanze psicotrope nella popolazione scolastica, oltre a soddisfare un fabbisogno informativo indispensabile per il monitoraggio del fenomeno, costituisce la base per la pianificazione di ulteriori interventi di approfondimento e di completamento del profilo conoscitivo sulla popolazione giovanile per la pianificazione di opportuni interventi di prevenzione. Le prime attività di ricerca sono state condotte all‘inizio degli anni ‘80 dal Gruppo Pompidou del Consiglio di Europa, con l‘obiettivo di sviluppare metodologie e strumenti standard per le indagini nelle scuole. Ad inizio anni ‘90, il Swedish Council for Information on Alcohol and Other Drugs (CAN), sulla base dell‘esperienza maturata dal Gruppo Pompidou, ha avviato un progetto per valutare l‘interesse da parte di ricercatori europei per la realizzazione di un‘indagine nelle scuole sul consumo di tabacco, alcol ed altre sostanze psicotrope. Dopo un lungo processo di pianificazione dello studio nel 1995 è stata avviata la prima indagine nelle scuole rivolta agli studenti di età 15 e 16 enni (European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs – ESPAD). Tutti gli Stati aderenti allo studio hanno prodotto un National Report, sulla base del quale è stato predisposto il primo report ESPAD, che caratterizzò il primo protocollo standard europeo per le indagini nelle scuole secondarie superiori sul consumo di tabacco, alcol e droga.

2.2.1.1 Obiettivi Generali

In continuità con gli studi condotti negli anni precedenti, ed in conformità con l‘obiettivo generale dello studio standard europeo, la finalità generale dell‘indagine sul consumo di sostanze

stupefacenti nella popolazione scolastica, è quella di monitorare nel tempo il fenomeno, sia dal punto di vista quantitativo (prevalenza di consumo) che in termini qualitativi (caratteristiche dei consumatori di sostanze psicotrope e modifiche di tipi di consumo e di sostanze). L'utilizzo di strumenti e protocolli standard europei permette inoltre di effettuare un confronto dei dati rilevati a livello nazionale sul consumo di tabacco, alcol e sostanze stupefacenti nella popolazione scolastica con i risultati riscontrati negli altri Paesi europei che aderiscono allo studio. Un'ulteriore finalità delle informazioni raccolte è quella di ottemperare al debito informativo annuale nei confronti dell'Osservatorio Europeo sulle Droghe e sulle Tossicodipendenze (EMCDDA).

2.2.1.2 Obiettivi Specifici

Declinando il principale obiettivo dell'indagine, riferito alla stima della prevalenza di consumatori di sostanze psicotrope ed alla descrizione delle caratteristiche dei consumatori, sono stati definiti alcuni obiettivi specifici, parte dei quali direttamente mutuati dal protocollo di studio europeo ed altri oggetto di interesse dell'Ente promotore dello studio (Dipartimento di Sociologia e Diritto dell'Economia, Università di Bologna).

Un obiettivo specifico dell'indagine riguarda la valutazione dell'esperienza d'uso delle diverse sostanze nella vita degli studenti, al fine di osservare la diffusione del consumo; è stato indagato inoltre l'uso riferito agli ultimi 12 mesi, quale fotografia di coloro che hanno avuto contatto con la sostanza nell'ultimo anno; è stato rilevato, infine, il consumo negli ultimi 30 giorni, al fine di analizzare quella parte di popolazione scolastica che utilizza la sostanza frequentemente, come previsto dall'EMCDDA.

L'obiettivo generale di confrontare le stime di prevalenza con altre realtà europee sulla base dell'utilizzo di protocolli standard, si coniuga perfettamente con i precedenti obiettivi specifici. Le prevalenze del consumo di sostanze secondo i tre archi temporali di riferimento (nella vita, nell'ultimo anno, nell'ultimo mese), trovano infatti possibilità di confronto diretto, sia a livello nazionale tra le differenti aree geografiche dell'Italia, sia in un contesto geografico più ampio, a livello europeo e mondiale.

Piano di Campionamento

Analizzando il piano di campionamento per l'indagine SPS 2014, il collettivo da rappresentare è caratterizzato dagli studenti di età 15-19 anni frequentanti gli istituti di scuola media superiore pubblici, operanti in Italia all'epoca della rilevazione. Le unità di campionamento sono le seguenti:

a) unità elementari d'indagine oggetto di rilevazione tramite questionario auto-compilato on-line: studente di 15-19 anni frequentante gli istituti di scuola media superiore;

b) unità di campionamento di primo stadio: istituto di scuola media superiore;

c) unità di campionamento di secondo stadio: "classe" attiva nell'ambito di un istituto di scuola media superiore.

Le unità di primo stadio (istituti scolastici) sono stratificati congiuntamente in base all'area geografica di appartenenza (Nord- Ovest, Nord Est, Centro, Sud e Isole) ed alla tipologia di istituto scolastico (licei ed istituti ex-magistrali, istituti tecnici, istituti professionali, istituti e licei artistici).

Le unità di secondo stadio (classi all'interno dell'istituto estratto) sono state classificate per anno di corso attivo nell'ambito dell'istituto (1°, 2°, 3°, 4°, 5° anno di corso).

Scuole Partecipanti Allo Studio

Complessivamente hanno partecipato allo studio 438 istituti scolastici di secondo grado, corrispondenti ad una percentuale di partecipazione, rispetto alle scuole previste dal piano di campionamento (619), pari al 70,8%. Nella tabella che segue viene riportata la distribuzione delle scuole partecipanti, secondo l"area geografica di ubicazione e la tipologia di istituto.

Tabella 5: Distribuzione degli istituti scolastici che hanno partecipato all"indagine, secondo l"area geografica e la tipologia di istituto. Anno 2014

Area geografica	Licei ed ex-magistrali	Istituti tecnici	Istituti professionali	Istituti e licei artistici	Totale
Italia nord-occidentale	44	36	17	10	**107**
Italia nord-orientale	28	28	17	9	**82**
Italia centrale	21	28	13	8	**70**
Italia meridionale/insulare	67	54	39	19	**179**
Totale	**160**	**146**	**86**	**46**	**438**

Fonte: Studio SPS-DPA 2014 – Dipartimento Politiche Antidroga

La partecipazione delle scuole allo studio risulta inferiore nell"Italia centrale (61,9%), e nell"Italia meridionale/insulare (66,8%), mentre la partecipazione più alta si osserva nell"Italia nord-orientale (83,7%). Con riferimento alla tipologia di istituto, ha partecipato all"indagine una percentuale maggiore di istituti tecnici e licei (rispettivamente 74,5% e 72,7%), rispetto a quanto rilevato per gli istituti e licei artistici (59,0%).

Tabella 6: Percentuali di partecipazione delle scuole sul totale scuole campionate, secondo l"area geografica e la tipologia di istituto. Anno 2014

Area geografica	Licei ed ex-magistrali	Istituti tecnici	Istituti professionali	Istituti e licei artistici	Totale
Italia nord-occidentale	81,5	87,8	65,4	52,6	**76,4**
Italia nord-orientale	87,5	87,5	81,0	69,2	**83,7**
Italia centrale	50,0	80,0	59,1	57,1	**61,9**
Italia meridionale/insulare	72,8	61,4	69,6	59,4	**66,8**
Totale	**72,7**	**74,5**	**68,8**	**59,0**	**70,8**

Fonte: Studio SPS-DPA 2014 – Dipartimento Politiche Antidroga

Tabella 7: Distribuzione degli studenti partecipanti all"indagine, secondo l"area geografica e la tipologia di istituto. Anno 2014

Area geografica	Licei ed ex-magistrali	Istituti tecnici	Istituti professionali	Istituti e licei artistici	Totale
Italia nord-occidentale	3.692	2.939	1.252	772	**8.655**
Italia nord-orientale	2.248	2.168	1.431	810	**6.657**
Italia centrale	1.787	2.290	1.016	667	**5.760**
Italia meridionale/insulare	5.812	4.366	2.319	1.353	**13.850**
Totale	**13.539**	**11.763**	**6.018**	**3.602**	**34.922**

Fonte: Studio SPS-DPA 2014 – Dipartimento Politiche Antidroga

Ha partecipato all"indagine una percentuale maggiore di studenti dell"Italia settentrionale (nel nord-est 84,9% e nel nord-ovest 77,3%), rispetto a quanto osservato nell"Italia centrale (63,7%) e nel sud/isole (64,6%). Il grado di partecipazione degli studenti risulta inferiore negli istituti artistici e negli istituti professionali (rispettivamente 57,7% e 60,2%) rispetto a quanto rilevato tra gli studenti frequentanti gli istituti tecnici ed i licei (rispettivamente 75,0% e 76,9%).

Considerazioni sui tassi di risposta

Nella Relazione al Parlamento del 2010 è riportato per esteso il disegno della prima rilevazione SPS, il piano di campionamento, la percentuale di adesione delle scuole campionate (80% a livello nazionale) e degli studenti (75% a livello nazionale) suddivisi per territorio e tipo di scuola. Questa informazione non è presente nelle Relazioni successive, ma la percentuale di adesione delle scuole scende fino al 70,8% a livello nazionale nel 2014, con una situazione molto diversificata per territori e istituti scolastici. Risulta: nel nord-est 83,7% e nel nord-ovest 76,4%; nell"Italia centrale 61,9%; nel sud/isole 66,8%, riducendo la rappresentatività. Infatti, per l"Italia centrale e il sud/isole anche la percentuale di studenti aderenti è particolarmente bassa: nel nord-est 84,9% e nel nord-ovest 77,3%, nell"Italia centrale 63,7% e nel sud/isole 64,6%. La percentuale è inferiore negli Istituti e Licei artistici 59%. (nord-est 69,2, nord-ovest 52,6, Italia centrale 57,1, sud/isole 59,4).

Considerando assieme tutti i livelli di risposta si ottiene la percentuale di adesione totale di studenti che è: nel nord-est 71,1, nel nord-ovest 59,1, nell"Italia centrale 39,4 e nel sud/isole 43,2, poco rappresentativa negli ultimi due territori. Si deve osservare che l"indagine del 2014 è meno rappresentativa della prima indagine del DPA (2010), dove il numero di studenti rispondenti era analoga nel nord-est e nel nord-ovest, ma più alta nell"Italia centrale (51,7%) e nel sud/isole (47,1%). Considerando, in particolare, gli Istituti e Licei artistici, l"adesione delle scuole era nel 2010: nel nord-est 81%, nel nord-ovest 72,6%, nell"Italia centrale 69,3% e nel sud/isole 62,9%.

La stima delle prevalenze dei consumatori nei diversi anni, derivata dalle indagini, per essere confrontata correttamente, dovrebbe corrispondere a campioni ugualmente rappresentativi in ogni indagine e non diversi in parte dell"Italia. In ogni caso è utile analizzare i risultati ottenuti e tenerne conto nella programmazione di nuove indagini.

2.2.1.3 Analisi dei risultati

L'indagine ha coinvolto complessivamente 31.661 studenti in età dai 15 ai 19 anni, equamente distribuiti tra maschi e femmine. Il campione risulta equamente distribuito tra le diverse età, pur presentando una lieve diminuzione delle quote corrispondenti alle età 15 e 19 anni (dovuta anche alla maggiore proporzione di studenti partecipanti eliminati, in particolare nelle classi quinte). L'analisi della qualità delle informazioni raccolte è stata effettuata applicando alcuni criteri, per l'esclusione dei questionari "non affidabili" o relativi a fasce di età esterne al target dello studio (15-19 anni).

Inizialmente, sono stati esclusi i questionari relativi a studenti con età maggiore di 19 anni ed inferiore a 15 anni, successivamente sono stati esclusi i questionari relativi a studenti che non avevano compilato nessuna domanda inerente ai consumi di sostanze stupefacenti. Infine, sono stati individuati ed esclusi i records relativi agli studenti che avevano indicato di consumare tutte le sostanze indagate e quelli corrispondenti ai questionari in cui è stata compilata la droga civetta (sostanza inesistente), da sola o in associazione con altre sostanze psicotrope.

Tabella 8: Distribuzione (%) degli studenti che hanno compilato il questionario, secondo il genere e l'età. Anno 2014

Genere	ETÀ											
	15 anni		16 anni		17 anni		18 anni		19 anni		Totale	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%col
Maschi	3.165	20,2%	3.283	20,9%	3.297	21,0%	3.127	19,9%	2.817	18,0%	15.689	49,6%
Femmine	2.962	18,5%	3.250	20,3%	3.325	20,8%	3.439	21,5%	2.996	18,8%	15.972	50,4%
Totale	**6.127**	**19,4%**	**6.533**	**20,6%**	**6.622**	**20,9%**	**6.566**	**20,7%**	**5.813**	**18,4%**	**31.661**	**100,0%**

Fonte: Studio SPS-DPA 2014 – Dipartimento Politiche Antidroga

Il 39,6% degli studenti frequenta scuole presenti nell'Italia meridionale/insulare, il 25,0% scuole dell'Italia nord-occidentale, il 18,9% dell'Italia nord-orientale, mentre il 16,5% dei rispondenti è rappresentato da studenti delle scuole dell'Italia centrale. Non si evidenziano differenze rilevanti nelle distribuzioni per genere ed età nelle diverse aree geografiche.

Tabella 9: Distribuzione (%) degli studenti che hanno compilato il questionario, secondo l'età e l'area geografica. Anno 2014

Area geografica	15 anni	16 anni	17 anni	18 anni	19 anni	%col
Italia nord-occidentale	20,2	20,0	20,7	20,9	18,3	**25,0**
Italia nord-orientale	18,0	20,1	21,1	21,3	19,5	**18,9**
Italia centrale	18,7	21,1	21,0	20,7	18,5	**16,5**
Italia meridionale/insulare	19,8	21,1	20,9	20,4	17,8	**39,6**
Totale	**19,4**	**20,6**	**20,9**	**20,7**	**18,4**	**100,0**

Fonte: Studio SPS-DPA 2014 – Dipartimento Politiche Antidroga

Il 40,1% degli studenti frequenta licei ed istituti ex-magistrali, il 33,6% istituti tecnici, il 16,0% istituti professionali, mentre il 10,3% dei rispondenti è rappresentato da studenti degli istituti e licei artistici.

Tabella 10: Distribuzione (%) degli studenti che hanno compilato il questionario, secondo l'età e la tipologia di istituto. Anno 2014

Istituto	15 anni	16 anni	17 anni	18 anni	19 anni	%col
Licei ed ex-magistrali	20,5	20,4	20,1	20,3	18,7	**40,1**
Istituti tecnici	19,5	21,3	21,0	20,5	17,6	**33,6**
Istituti professionali	15,8	18,9	21,7	23,3	20,3	**16,0**
Istituti e licei artistici	19,8	22,1	22,5	19,0	16,7	**10,3**
Totale	**19,4**	**20,6**	**20,9**	**20,7**	**18,4**	**100,0**

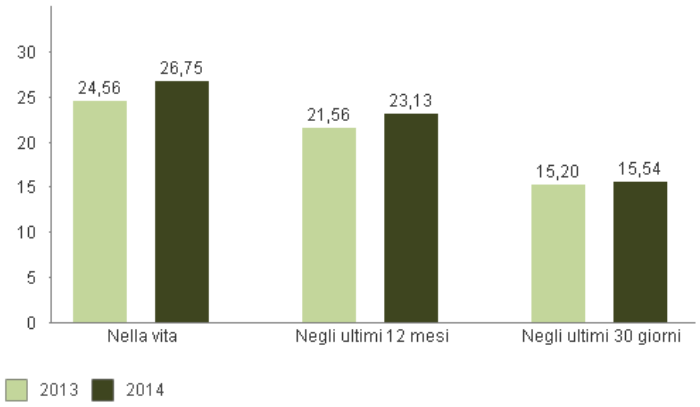
Fonte: Studio SPS-DPA 2014 – Dipartimento Politiche Antidroga

2.2.1.4 Consumo di sostanze stupefacenti: Cannabis (Marijuana O Hashish)

Nell'ultimo decennio, la sostanza illecita maggiormente consumata dagli studenti italiani di 15-19 anni risulta essere la cannabis, con una prevalenza che si attesta su valori superiori al 20% (consumo negli ultimi 12 mesi).

Si rileva che, nel 2014, la cannabis: è stata consumata almeno una volta nella vita dal 26,7% degli studenti italiani, con una prevalenza che si riscontra in aumento rispetto al 2013 (24,6%). Il 23,1% riferisce di averla provata almeno una volta nel corso dell'anno antecedente l'indagine (21,6% nel 2013), mentre il 15,5% sostiene di aver assunto cannabis almeno una volta negli ultimi 30 giorni (15,2% nel 2013).

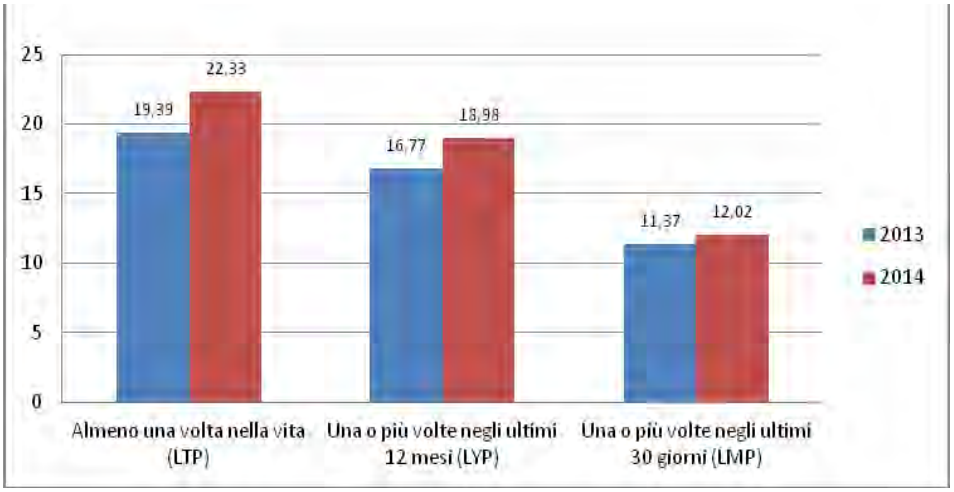
Figura 22: Prevalenza (%) di consumatori di cannabis (marijuana o hashish) nella popolazione scolastica 15-19 anni, secondo tre distinti intervalli temporali di consumo. Anni 2013-2014



Fonte: Studi SPS-DPA 2013-2014 – Dipartimento Politiche Antidroga

Considerando, in particolare, la prevalenza per le femmine, nel 2013 e nel 2014, si ottiene un aumento più netto rispetto a tutta la popolazione scolastica indagata (Figura 23). In particolare, per LTP si ha un aumento del 15,16%, per LYP del 13,18% e per LMP del 5,72%.

Figura 23: Prevalenza (%) di consumatori di cannabis (marijuana o hashish) nella popolazione scolastica femminile 15-19 anni, secondo tre distinti intervalli temporali di consumo. Anni 2013-2014

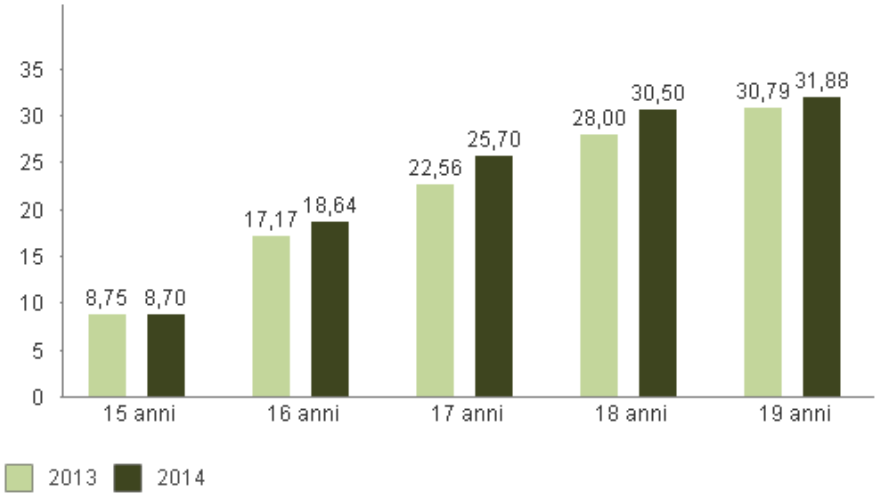


Fonte: Studi SPS-DPA 2013-2014 – Dipartimento Politiche Antidroga

Concentrando l‟attenzione sui consumi negli ultimi 12 mesi, si osserva un incremento sia per i maschi sia per le femmine, con una propensione maggiore nelle femmine (16,8% nel 2013 vs 19,0% nel 2014) rispetto ai coetanei maschi (26,3% nel 2013 vs 27,0% nel 2014). Nel 2014, i consumatori di cannabis, come già emerso nel 2013, aumentano in frequenza al crescere dell‟età dei soggetti, in entrambi i generi: tra i maschi, le prevalenze di consumatori almeno una volta negli ultimi 12 mesi passano dal 9,8% dei 15enni al 37,5% dei 19enni, mentre tra le studentesse si passa dal 7,6% al 25,5%. Sia nei maschi che nelle femmine, le prevalenze dei consumatori aumentano progressivamente, soprattutto nel passaggio dai 15 ai 16 anni.

Questo aspetto conferma quanto osservato e riportato in studi scientifici recenti e in un rapporto della Commissione europea dove risulta che l‟età di primo uso di cannabis più frequente è proprio 15 anni in diversi paesi e in Italia.

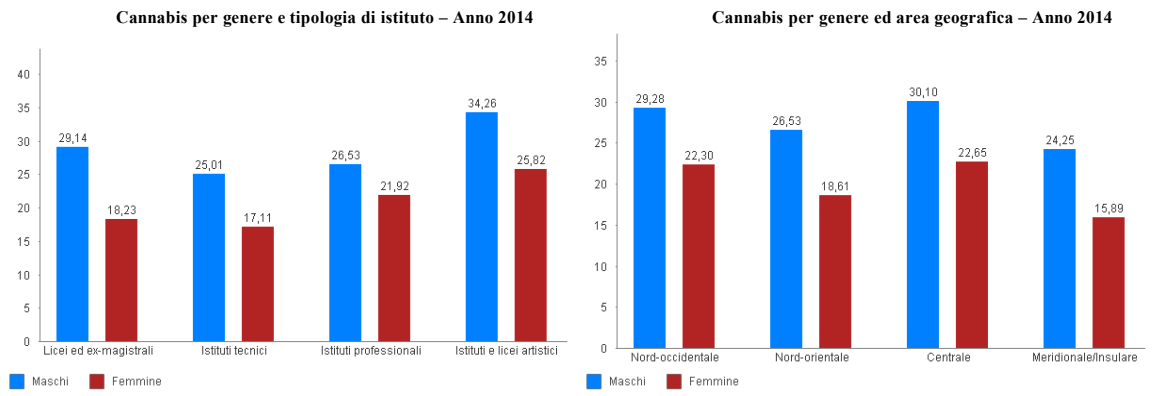
Figura 24: Prevalenza (%) di consumatori di cannabis (marijuana o hashish) negli ultimi 12 mesi nella popolazione scolastica 15-19 anni, secondo l'età. Anni 2013-2014



Fonte: Studi SPS-DPA 2013-2014 – Dipartimento Politiche Antidroga

Per quanto riguarda la frequenza di assunzione, si rileva che in entrambi i generi prevale il consumo occasionale di cannabis, circoscritto a 1-9 volte nel corso dell'ultimo anno (68,2% per le femmine e 56,5% per i maschi). Il 33,3% degli studenti maschi consumatori ed il 21,9% delle studentesse consumatrici, riferisce di aver utilizzato cannabis più assiduamente, 20 o più volte negli ultimi 12 mesi; non trattandosi di una classe chiusa, la percentuale riguarda anche il consumo assiduo (giornaliero o più che giornaliero importante da riconoscere) che però non rileva con questo tipo di questionario.

Figura 25: Prevalenza (%) di consumatori di cannabis (marijuana o hashish) negli ultimi 12 mesi nella popolazione scolastica 15-19 anni, secondo il genere, la tipologia di istituto e l'area geografica. Anni 2011-2014



Fonte: Studi SPS-DPA 2011-2014 – Dipartimento Politiche Antidroga

Con riferimento alle diverse aree geografiche e tipologie di istituto scolastico, si nota una frequenza di consumatori negli ultimi 12 mesi più elevata nell'Italia centrale, sia per i maschi (30,1%) che per le femmine (22,6%) e negli istituti e licei artistici (34,3% nei maschi, 25,8% nelle femmine).

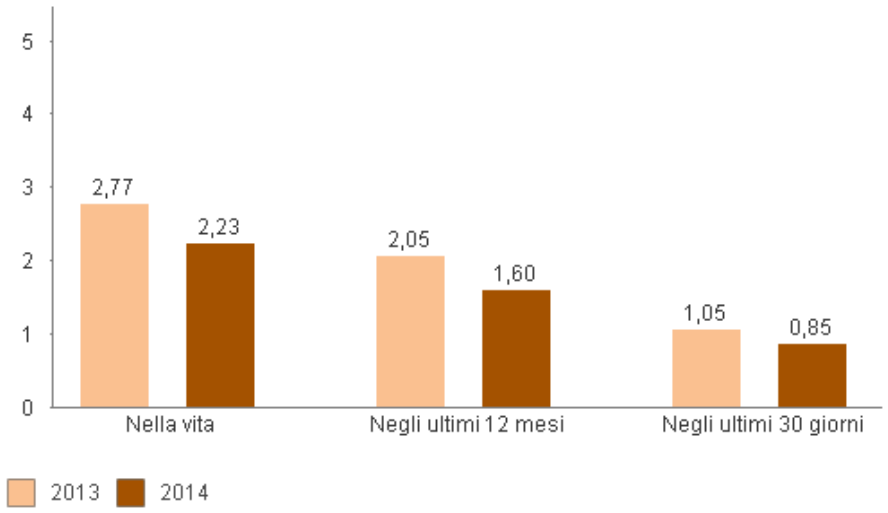
Nell'ultimo biennio, si osserva un generale aumento della frequenza dei consumatori di cannabis, in tutte le aree geografiche italiane ed in tutte le tipologie di scuole considerate, ad eccezione degli istituti tecnici nei quali si nota una stabilità del dato rilevato. Gli aumenti più consistenti nella prevalenza di consumatori di cannabis negli ultimi 12 mesi si rilevano in particolare negli istituti professionali dell'Italia nord-orientale (+27,4%) e negli istituti e licei artistici ubicati nel Centro Italia (+42,4%) e nel Sud ed Isole (+37,4%).

2.2.1.5 Consumo di sostanze stupefacenti: Cocaina e/o crack

Nell'ultimo decennio, la prevalenza degli studenti italiani consumatori di cocaina e/o crack (consumo negli ultimi 12 mesi precedenti l'indagine), un andamento dei consumi non regolare dal 2011 al 2014 (decrescente, crescente, decrescente).

Nel 2014, il 2,2% degli studenti italiani riferisce di aver assunto cocaina e/o crack almeno una volta nella vita e l'1,6% dichiara di aver consumato la sostanza nel corso dell'ultimo anno. Il consumo recente di cocaina e/o crack, riferito ai 30 giorni antecedenti la somministrazione del questionario, è stato dichiarato dallo 0,9% degli studenti. Rispetto al 2013, si osserva una lieve diminuzione dei consumatori in tutti e tre gli intervalli temporali di riferimento (consumo almeno una volta nella vita LTP, consumo negli ultimi 12 mesi LYP, consumo negli ultimi 30 giorni LMP).

Figura 26: Prevalenza (%) di consumatori di cocaina e/o crack nella popolazione scolastica 15-19 anni, secondo tre distinti intervalli temporali di consumo. Anni 2013-2014

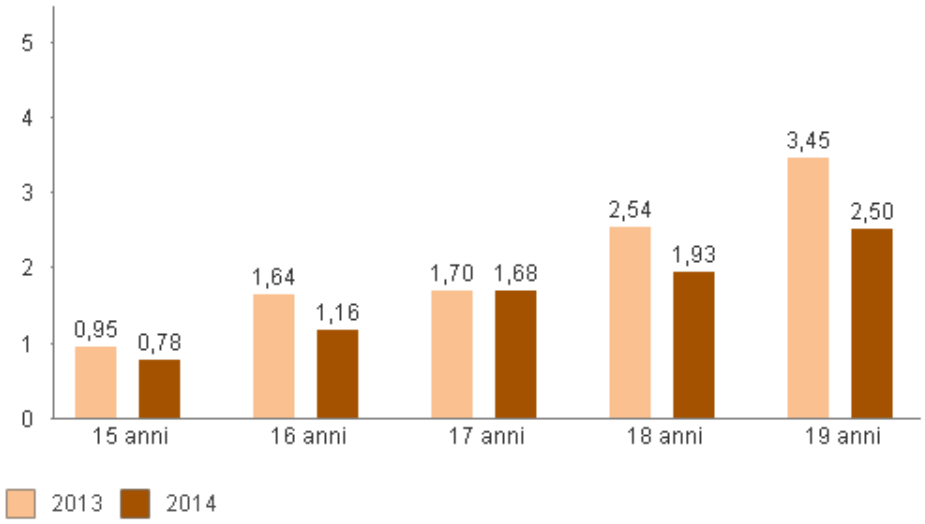


Fonte: Studi SPS-DPA 2013-2014 – Dipartimento Politiche Antidroga

Si rilevano prevalenze percentuali circa doppie nei maschi rispetto alle femmine, in tutti e tre gli indicatori analizzati (LTP, LYP e LMP).

La riduzione del consumo di cocaina e/o crack tra il 2013 ed il 2014, appare più marcata nei maschi rispetto alle coetanee femmine, considerando sia il consumo una volta nella vita (LTP), sia il consumo negli ultimi 12 mesi (LYP).

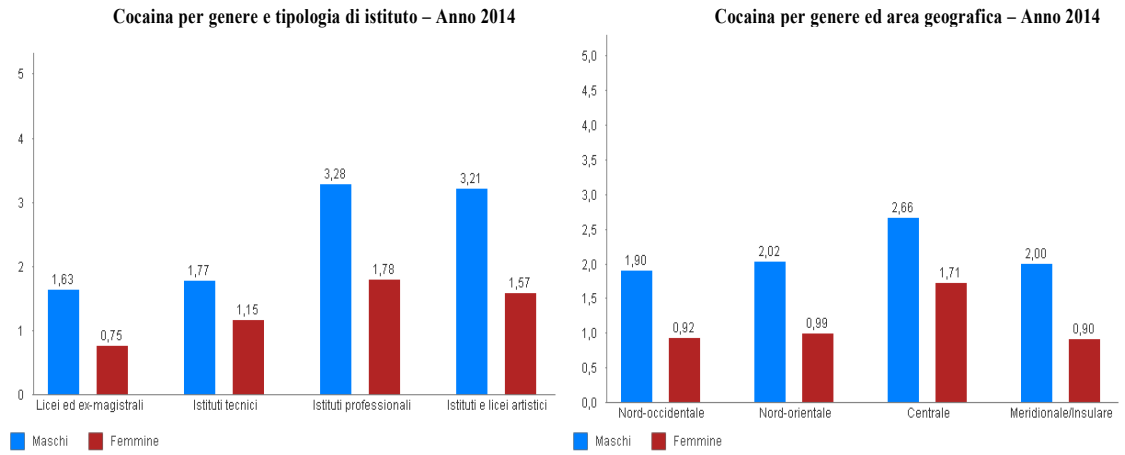
Figura 27: Prevalenza (%) di consumatori di cocaina e/o crack negli ultimi 12 mesi nella popolazione scolastica 15-19 anni, secondo l'età. Anni 2013-2014



Fonte: Studi SPS-DPA 2013-2014 – Dipartimento Politiche Antidroga

Come per il consumo di cannabis, i consumatori di cocaina e/o crack aumentano con il crescere dell'età: gli studenti che hanno riferito un consumo negli ultimi 12 mesi passano dallo 0,8% dei 15enni all'1,2% dei 16enni, dall'1,7% dei 17enni all'1,9% dei 18enni, fino ad arrivare al 2,5% dei 19enni. Rispetto allo studio condotto nel 2013, si osserva un calo nella prevalenza dei consumi in tutte le età considerate.

Figura 28: Prevalenza (%) di consumatori di cocaina e/o crack negli ultimi 12 mesi nella popolazione scolastica 15-19 anni, secondo il genere, la tipologia di istituto e l'area geografica. Anni 2011-2014



Fonte: Studi SPS-DPA 2011-2014 – Dipartimento Politiche Antidroga

Con riferimento alle diverse aree geografiche, si notano prevalenze percentuali, riferite al consumo negli ultimi 12 mesi, significativamente più elevate nelle scuole dell'Italia centrale, sia per i maschi (2,7%) che per le femmine (1,7%).

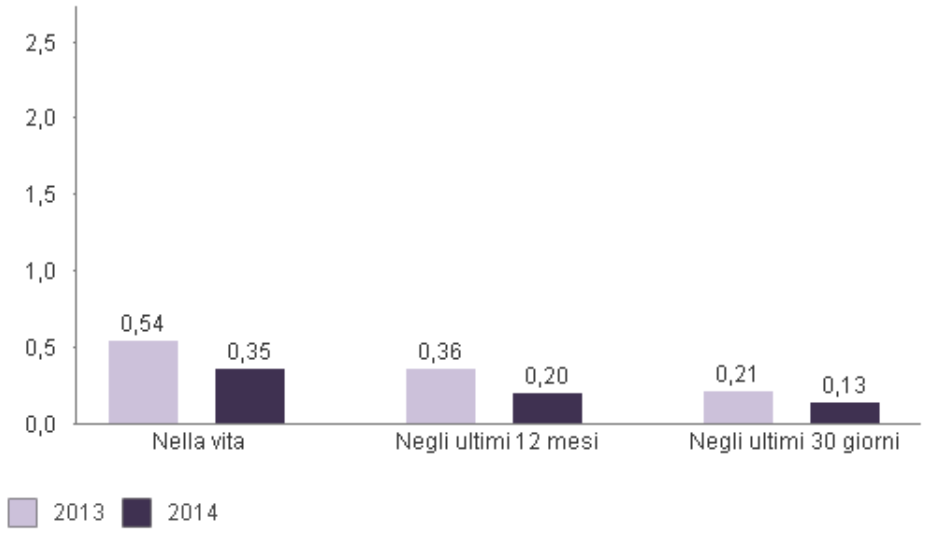
Le analisi condotte per tipologia di istituto scolastico, mostrano prevalenze percentuali notevolmente più elevate, in particolare per i maschi, negli istituti professionali (maschi 3,3%, femmine 1,8%) e negli istituti e licei artistici (maschi 3,2%, femmine 1,6%). Le percentuali di consumatori di cocaina e/o crack più basse si riscontrano, invece, nei licei ed istituti ex-magistrali, sia per i maschi (1,6%) sia per le femmine (0,8%).

2.2.1.6 Consumo di sostanze stupefacenti: Eroina

Secondo le indicazioni riportate dagli studenti italiani contattati negli studi condotti dal 2010 ad oggi, la percentuale degli studenti che hanno assunto eroina una o più volte negli ultimi 12 mesi sembra, dal 2011 al 2014, in lieve propensione alla contrazione dei consumi, più marcata per i maschi nell'ultimo anno.

Nel 2014, l'eroina è stata consumata almeno una volta nella vita dallo 0,35% degli studenti italiani, mentre lo 0,20% riferisce di averne consumata nel corso dell'anno antecedente lo studio. Lo 0,13% degli studenti, infine, sostiene di aver assunto eroina almeno una volta negli ultimi 30 giorni. Rispetto alla rilevazione del 2013 si evidenzia un ulteriore calo in tutti e tre i periodi di osservazione (0,54% contro 0,35% per LTP, 0,36% contro 0,20% per LYP e 0,21% contro 0,13% per LMP).

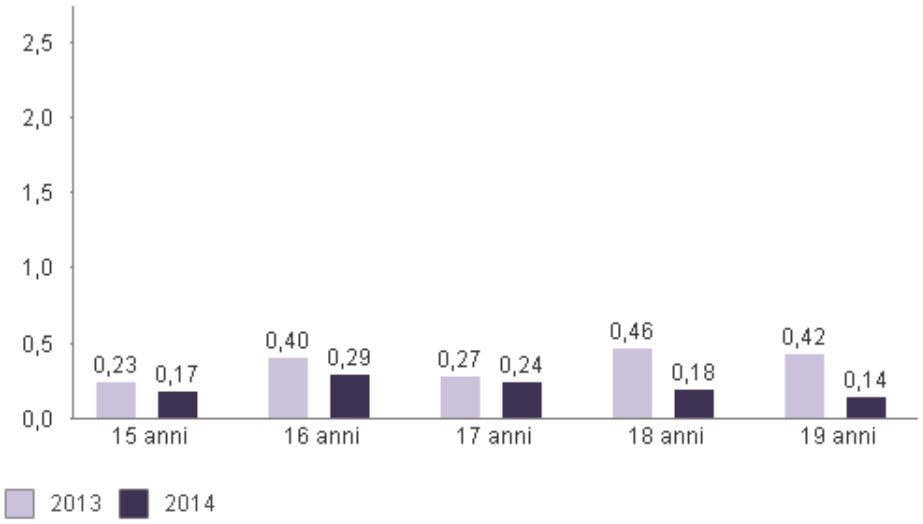
Figura 29: Prevalenza (%) di consumatori di eroina nella popolazione scolastica 15-19 anni, secondo tre distinti intervalli temporali di consumo. Anni 2013-2014



Fonte: Studi SPS-DPA 2013-2014 – Dipartimento Politiche Antidroga

Gli studenti di genere maschile presentano una prevalenza più elevata rispetto alle coetanee in tutti e tre gli intervalli temporali di riferimento (LTP, LYP e LMP).

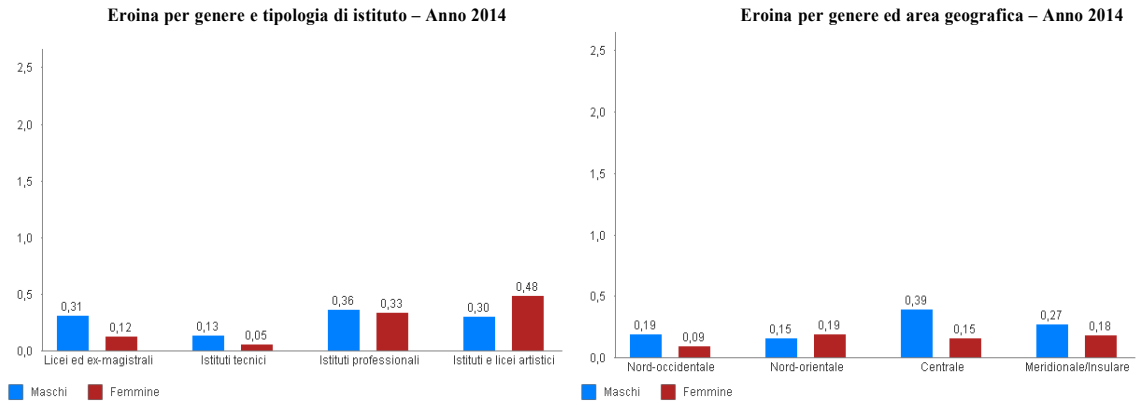
Figura 30: Prevalenza (%) di consumatori di eroina negli ultimi 12 mesi nella popolazione scolastica 15-19 anni, secondo l"età. Anni 2013-2014



Fonte: Studi SPS-DPA 2013-2014 – Dipartimento Politiche Antidroga

Risultati interessanti emergono anche dal confronto secondo l"età dei soggetti consumatori di eroina negli ultimi 12 mesi, che consente di evidenziare il calo nell"ultimo biennio dei consumatori, in particolare tra i 18-19enni.

Figura 31: Prevalenza (%) di consumatori di eroina negli ultimi 12 mesi nella popolazione scolastica 15-19 anni, secondo il genere, la tipologia di istituto e l"area geografica. Anni 2011-2014



Fonte: Studi SPS-DPA 2011-2014 – Dipartimento Politiche Antidroga

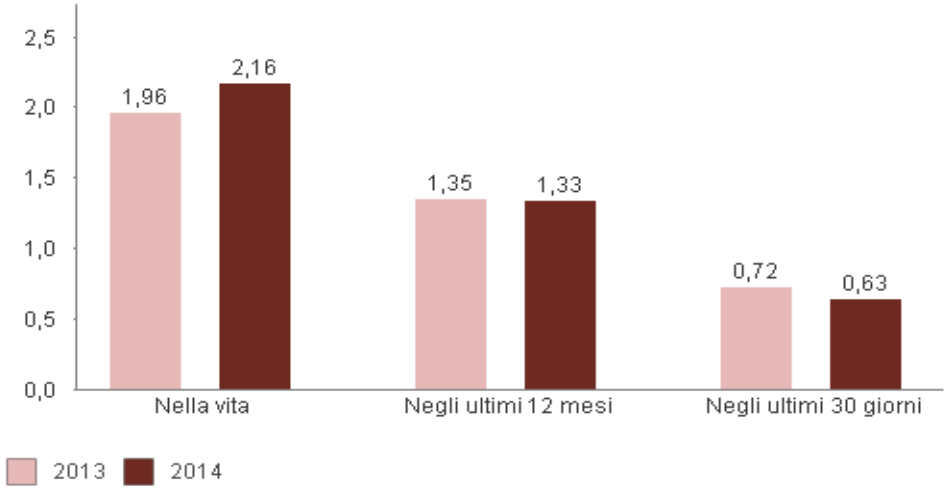
Analizzando nel dettaglio quanto rilevato nelle diverse aree geografiche, si notano, per gli studenti maschi, frequenze più basse di consumatori di eroina negli ultimi 12 mesi nell"Italia settentrionale (0,2%), mentre più alta risulta la prevalenza riscontrata negli studenti dell"Italia centrale (0,4%). Per le femmine si riscontrano frequenze più basse nel Nord-Ovest (0,1%) rispetto alle altre aree geografiche indagate (0,2%).

Nell‟ultimo biennio, si osserva una generale riduzione delle frequenze di consumatori di eroina, in tutte le aree geografiche italiana ed in tutte le tipologie di scuola considerate, ad eccezione degli istituti e licei artistici nei quali si nota un lieve aumento del valore della prevalenze, in particolare nel Nord-Ovest e nel Centro Italia.

2.2.1.7 Consumo di sostanze stupefacenti: Stimolanti (Ecstasy e/o Amfetamine)

Il consumo di stimolanti (ecstasy o amfetamine), una o più volte negli ultimi 12 mesi, ha evidenziato un lieve aumento dei consumi di queste sostanze nell'ultimo periodo, in particolare per le femmine, con riscontro di valori di prevalenza inferiori all‟1,5% nel 2014.

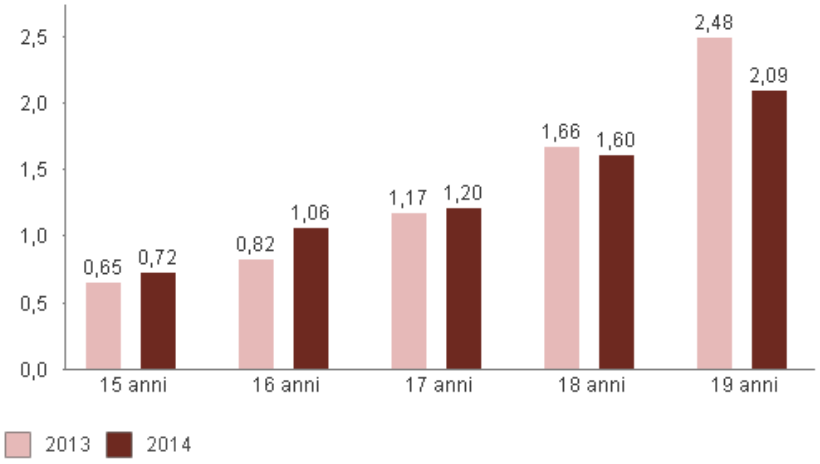
Figura 32: Prevalenza (%) di consumatori di stimolanti (ecstasy e/o amfetamine) nella popolazione scolastica 15-19 anni, secondo tre distinti intervalli temporali di consumo. Anni 2013-2014



Fonte: Studi SPS-DPA 2013-2014 – Dipartimento Politiche Antidroga

Il 2,2% della popolazione scolastica 15-19 anni riferisce di aver provato sostanze stimolanti (amfetamine ed ecstasy) almeno una volta nella vita. L‟1,3% ha utilizzato queste sostanze nel corso dell‟ultimo anno, mentre il consumo negli ultimi 30 giorni è stato riferito dallo 0,6% degli studenti. Rispetto al 2013, la prevalenza di consumatori risultano in lieve aumento per il consumo in tutta la vita, mentre si rileva stabile per il consumo nell‟ultimo anno ed in lieve diminuzione per il consumo nell‟ultimo mese. Differenziando l‟analisi per genere, si osserva per le femmine un lieve aumento in tutti e tre gli indicatori calcolati (LTP, LYP, LMP), contrariamente ai coetanei maschi, per i quali si riscontra, invece, una lieve contrazione.

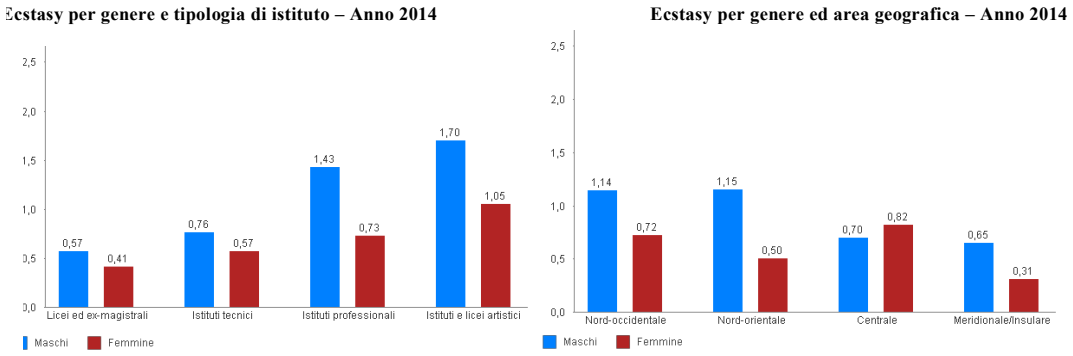
Figura 33: Prevalenza (%) di consumatori di stimolanti (ecstasy e/o amfetamine) negli ultimi 12 mesi nella popolazione scolastica 15-19 anni, secondo l'età. Anni 2013-2014



Fonte: Studi SPS-DPA 2013-2014 – Dipartimento Politiche Antidroga

Come già evidenziato per le altre sostanze psicoattive, la frequenza dei consumatori di stimolanti aumenta al crescere dell'età, con una propensione più marcata nei maschi (0,5% nei 15enni, 1,2% nei 16enni, 1,4% nei 17enni, 2,2% nei 18enni ed infine 2,6% nei 19enni), rispetto alle femmine (0,9% nelle 15enni, 1,5% nelle 19enni).

Figura 34: Prevalenza (%) di consumatori di ecstasy negli ultimi 12 mesi nella popolazione scolastica 15-19 anni, secondo il genere, la tipologia di istituto e l'area geografica. Anni 2011-2014



Fonte: Studi SPS-DPA 2011-2014 – Dipartimento Politiche Antidroga

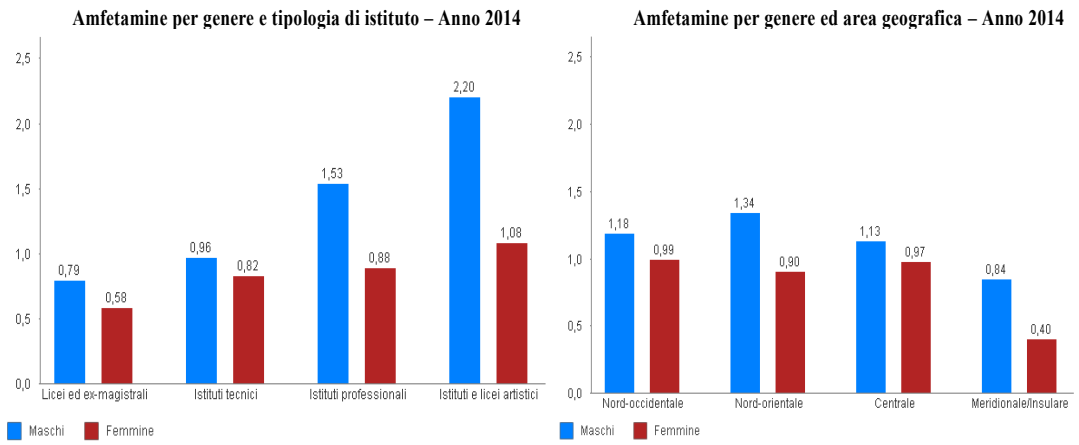
Analizzando nel dettaglio quanto rilevato nelle diverse aree geografiche, si notano, per gli studenti maschi, frequenze più elevate di consumatori di ecstasy negli ultimi 12 mesi nel Nord (1,1%), mentre per le femmine la prevalenza di consumatrici più alta si osserva nell'Italia centrale (0,8%).

Con riferimento alla tipologia di scuola, frequenze di consumatori di ecstasy negli ultimi 12 mesi più elevate sono state riscontrate negli istituti e licei artistici, sia per i maschi (1,7%) che per le femmine (1,1%); le frequenze di consumatori più basse si osservano invece nei licei ed istituti ex-magistrali (per i maschi 0,6%, per le femmine 0,4%).

Considerando sempre il consumo dichiarato negli ultimi 12 mesi, si osservano valori di consumo più bassi nel 2014 rispetto al 2013, in tutte le tipologie di scuola, eccetto negli istituti e licei artistici, nei quali si nota un aumento (0,9% nel 2013, 1,2% nel 2014).

Tra il 2013 ed il 2014, si osservano variazioni in diminuzione delle frequenze dei consumatori di ecstasy in tutte le diverse aree geografiche del paese (in particolare nell'Italia centrale: 1,5% nel 2013, 0,8% nel 2014), ad eccezione del Nord-Est, nel quale si nota una stabilità del dato rilevato (0,8%).

Figura 35: Prevalenza (%) di consumatori di amfetamine negli ultimi 12 mesi nella popolazione scolastica 15-19 anni, secondo il genere, la tipologia di istituto e l'area geografica. Anni 2011-2014



Fonte: Studi SPS-DPA 2011-2014 – Dipartimento Politiche Antidroga

Analizzando nel dettaglio quanto rilevato nelle diverse aree geografiche, si nota una prevalenza di consumatori negli ultimi 12 mesi più elevato per i maschi nell'Italia nord-orientale (1,3%), e per le femmine nell'Italia centrale e nel Nord-Ovest (1,0%).

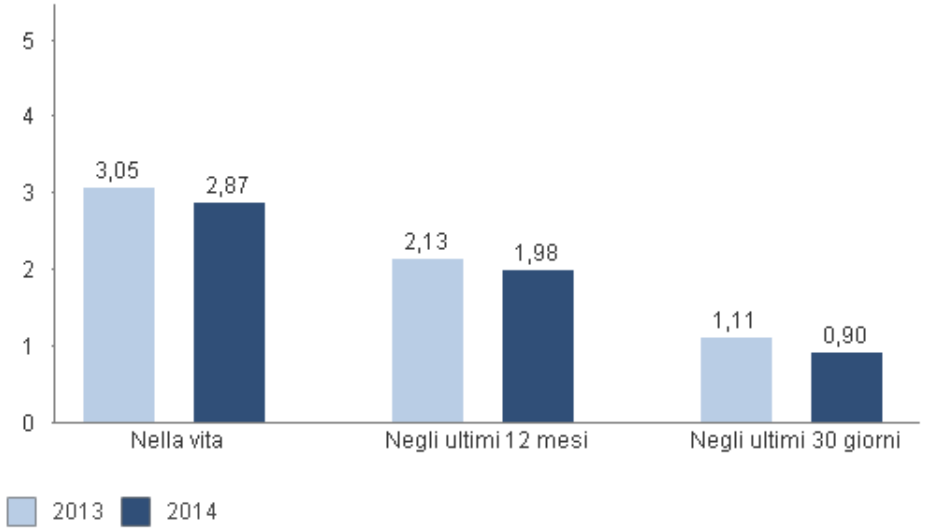
Con riferimento alla tipologia di scuola, frequenze di consumatori di amfetamine negli ultimi 12 mesi più elevate sono state riscontrate negli istituti e licei artistici sia per i maschi (2,2%) sia per le femmine (1,1%); le frequenze di consumatori più basse si osservano, invece, nei licei ed istituti ex-magistrali (maschi: 0,8%; femmine: 0,6%).

Nell'anno 2014, si osserva un generale aumento della frequenza dei consumatori di amfetamine, in tutte le aree geografiche italiane ed in tutte le tipologie di scuole. Gli aumenti più consistenti nella prevalenza di consumatori di amfetamine negli ultimi 12 mesi si rilevano in particolare negli istituti e licei artistici del Nord-Ovest (0,4% nel 2013, 1,1% nel 2014), nel Nord-Est (0,0% nel 2013, 1,9% nel 2014) e del Centro Italia (1,3% nel 2013, 2,5% nel 2014).

2.2.1.8 Consumo di sostanze stupefacenti: Allucinogeni

L"andamento della frequenza di consumatori di allucinogeni negli ultimi 12 mesi (comprensivi delle sostanze LSD, ketamina, funghi allucinogeni ed altri allucinogeni), segue un trend piuttosto variabile, caratterizzato da periodi di crescita dei consumi (dal 2012 al 2013) alternati a periodi di contrazione.

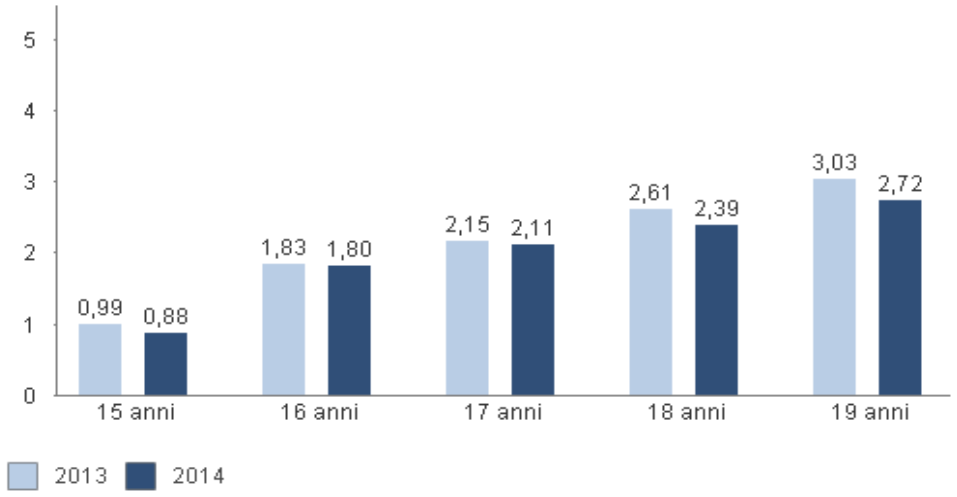
Figura 36: Prevalenza (%) di consumatori di allucinogeni nella popolazione scolastica 15-19 anni, secondo tre distinti intervalli temporali di consumo. Anni 2013-2014



Fonte: Studi SPS-DPA 2013-2014 – Dipartimento Politiche Antidroga

Nel 2014, il consumo di allucinogeni è stato sperimentato almeno una volta nella vita dal 2,9% degli studenti; tale prevalenza percentuale si abbassa al 2,0% se si considera il consumo nell"ultimo anno ed a 0,9% se si fa riferimento al consumo negli ultimi 30 giorni.

Figura 37: Prevalenza (%) di consumatori di allucinogeni negli ultimi 12 mesi nella popolazione scolastica 15-19 anni, secondo l"età. Anni 2013-2014



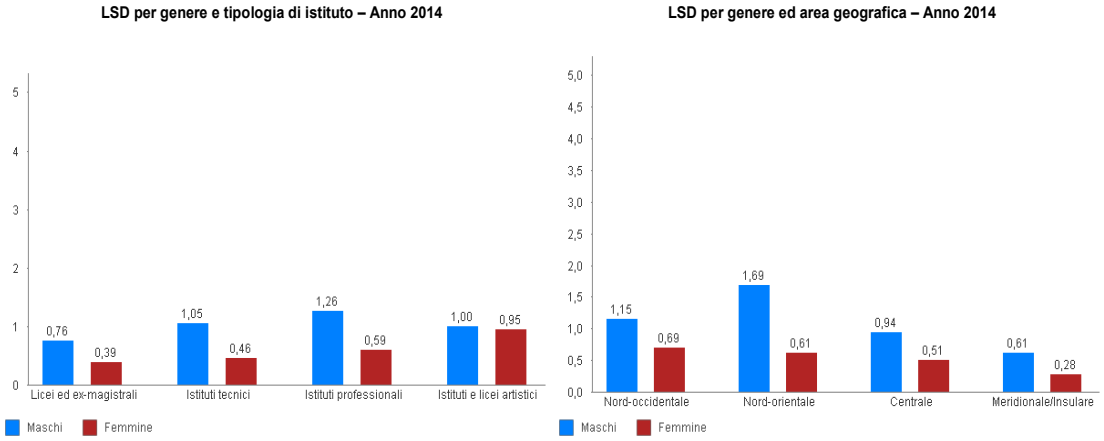
Fonte: Studi SPS-DPA 2013-2014 – Dipartimento Politiche Antidroga

Rispetto al 2013, lo studio condotto nel 2014 evidenzia una sostanziale stabilità nei valori della prevalenza di consumatori di sostanze allucinogene. Gli studenti di genere maschile presentano una prevalenza di consumatori di allucinogeni più elevata rispetto alle coetanee in tutti e tre gli intervalli temporali considerati (LTP, LYP, LMP).

La prevalenza d"uso di sostanze allucinogene aumenta al crescere dell"età dei soggetti consumatori; si nota, inoltre, un aumento con l"età più marcato nei maschi (1,1% nei 15enni, 2,8% nei 17enni, 3,8% nei 19enni) rispetto alle femmine (0,7% nelle 15enni, 1,4% nelle 17enni, 1,5% nelle 19enni).

Analizzando nel dettaglio quanto rilevato nelle diverse aree geografiche, si notano, per gli studenti maschi, frequenze elevate di consumatori di LSD, negli ultimi 12 mesi, nel Nord-Est (1,7%), mentre più bassa risulta la prevalenza riscontrata negli studenti del Sud ed Isole (0,6%). Per le femmine, la prevalenza di consumatori più alta si osserva nel Nord-Ovest (0,7%), quella più bassa nell'Italia meridionale/insulare (0,3%).

Figura 38: Prevalenza (%) di consumatori di LSD negli ultimi 12 mesi nella popolazione scolastica 15-19 anni, secondo il genere, la tipologia di istituto e l'area geografica. Anni 2011-2014

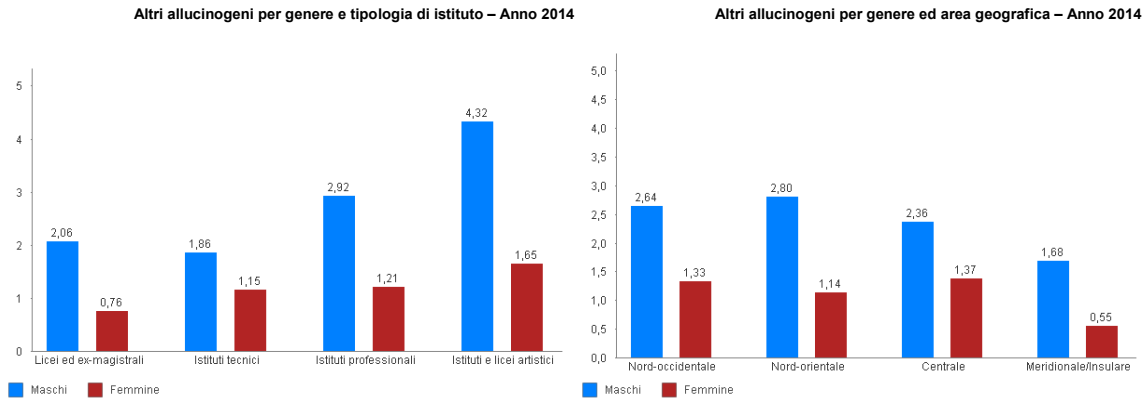


Fonte: Studi SPS-DPA 2013-2014 – Dipartimento Politiche Antidroga

Con riferimento alla tipologia di scuola, frequenze di consumatori di LSD, negli ultimi 12 mesi, più elevate sono state riscontrate negli istituti professionali per i maschi (1,3%) e negli istituti e licei artistici per le femmine (1,0%); le frequenze di consumatori più basse si osservano invece nei licei ed istituti ex-magistrali, sia per i maschi (0,8%) sia per le femmine (0,4%). Considerando sempre il consumo negli ultimi 12 mesi, la prevalenza di consumatori di LSD, rispetto all'anno 2013, evidenzia una diminuzione in tutte le aree geografiche del Paese, con esclusione del Nord-Est (0,6% nel 2013, 1,1% nel 2014). Si nota, inoltre, un aumento nel 2014 della frequenza di consumatori di LSD esclusivamente negli istituti e licei artistici (0,6% nel 2013, 1,0% nel 2014), in particolare in quelli ubicati nell'Italia nord-orientale e centrale.

Altre sostanze allucinogene (quali ketamina, funghi allucinogeni, mescalina, sintetici) sono state consumate, almeno una volta nella vita, dal 2,4% degli studenti 15-19enni; considerando il consumo nell'ultimo anno, si nota che il valore della prevalenza scende a 1,6%; il consumo recente di queste sostanze, riferito agli ultimi 30 giorni, è associato ad una percentuale più bassa di studenti (0,7%).

Figura 39: Prevalenza (%) di consumatori di altri allucinogeni negli ultimi 12 mesi nella popolazione scolastica 15-19 anni, secondo il genere, la tipologia di istituto e l'area geografica. Anni 2013-2014



Fonte: Studi SPS-DPA 2013-2014 – Dipartimento Politiche Antidroga

Analizzando nel dettaglio quanto rilevato nelle diverse aree geografiche, si notano, per gli studenti maschi, frequenze più elevate di consumatori di altri allucinogeni negli ultimi 12 mesi nel Nord-Est (2,8%), mentre per le femmine la prevalenza di consumatori più alta si osserva nell'Italia centrale (1,4%).

Con riferimento alla tipologia di scuola, frequenze di consumatori di altri allucinogeni negli ultimi 12 mesi più elevate sono state riscontrate negli istituti e licei artistici, sia per i maschi (4,3%) che per le femmine (1,7%); le frequenze di consumatori più basse si osservano, invece, per le femmine nei licei ed istituti ex-magistrali (0,8%) e negli istituti tecnici per i maschi (1,9%). Sempre con riferimento al consumo di altri allucinogeni negli ultimi 12 mesi, si rileva, rispetto all'anno 2013, una lieve diminuzione della prevalenza di consumatori di queste sostanze in tutte le aree geografiche considerate, con esclusione del Nord-Est (1,8% nel 2013, 2,0% nel 2014).

Si nota, inoltre, un aumento della frequenza di consumatori di altri allucinogeni negli istituti e licei artistici (1,7% nel 2013, 2,5% nel 2014), in particolare in quelli ubicati nell'Italia centrale e nel Sud ed Isole. Una lieve contrazione dei consumi, rispetto all'anno precedente, si osserva invece in tutte le altre tipologie di istituti scolastici.

2.2.1.9 Consumo di sostanze stupefacenti: Tranquillanti o sedativi (senza prescrizione medica e senza indicazione dei genitori)

L'uso di tranquillanti o sedativi, senza prescrizione medica e senza indicazione dei genitori, tra gli studenti 15-19enni, è maggiormente diffuso nel genere femminile. La frequenza del consumo di tali sostanze, infatti, è molto più elevata nelle studentesse rispetto a quanto rilevato negli studenti maschi, per tutti gli intervalli temporali presi in considerazione. Il consumo almeno una volta nella vita è stato indicato dal 4,8% delle studentesse contro il 2,9% degli studenti maschi; nell'ultimo anno tranquillanti o sedativi sono stati assunti dal 2,8% delle femmine e dall'1,3% dei maschi, mentre le prevalenze percentuali riferite al consumo nell'ultimo mese, risultano rispettivamente pari all'1,5% ed allo 0,7%.

Come già visto per le altre sostanze, la frequenza di consumatori di tranquillanti o sedativi senza prescrizione medica aumenta al crescere dell'età dei soggetti: si rileva una prevalenza di consumatori negli ultimi 12 mesi pari all'1,4% nei 15enni, all'1,9% nei 17enni ed al 2,5% nei 19enni.

Con riferimento alla frequenza d'uso negli ultimi 12 mesi, l'87,5% dei consumatori/consumatrici riferisce di aver utilizzato queste sostanze occasionalmente (da 1 a 9 volte). Il consumo regolare di tranquillanti o sedativi senza prescrizione medica (20 o più volte annualmente) è stato riferito rispettivamente dal 4,7% e dall'8,3% della popolazione studentesca maschile e femminile che assume tali sostanze.

Tabella 11: Prevalenza (%) di consumatori di tranquillanti o sedativi senza prescrizione medica nella popolazione scolastica 15-19 anni, secondo tre distinti intervalli temporali di consumo, il genere, l"età e la frequenza di consumo negli ultimi 12 mesi. Anno 2014

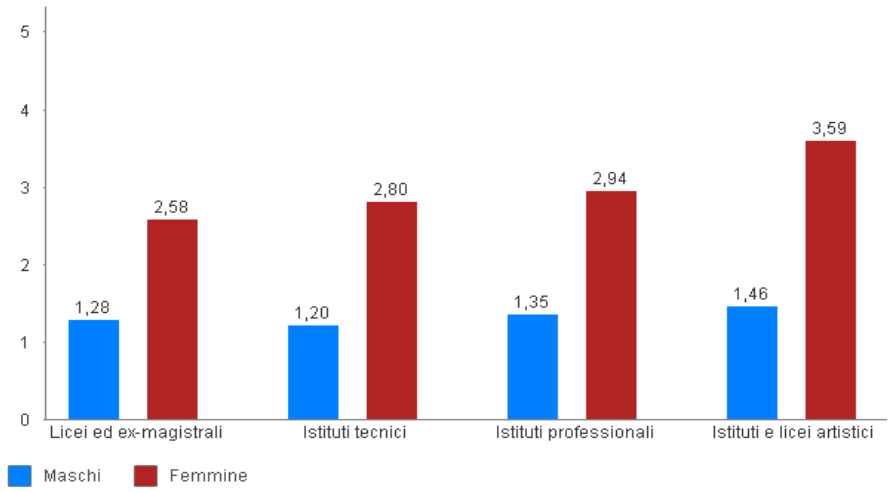
Consumo di tranquillanti o sedativi (%)	M	F	Tot
Almeno una volta nella vita (LTP)	2,85	4,82	3,80
Una o più volte negli ultimi 12 mesi (LYP)	1,27	2,75	1,98
Una o più volte negli ultimi 30 giorni (LMP)	0,70	1,47	1,08
Età (consumo negli ultimi 12 mesi) (%)			
15 anni	0,96	1,80	1,39
16 anni	0,67	2,85	1,74
17 anni	1,19	2,72	1,93
18 anni	1,44	3,44	2,36
19 anni	2,09	2,93	2,49
Frequenza di consumo (ultimi 12 mesi) (% sul totale consumatori LYP)			
1-9 volte	91,5	85,5	87,5
10-19 volte	3,9	6,2	5,4
20 volte o più	4,7	8,3	7,1

Fonte: Studio SPS-DPA 2014 – Dipartimento Politiche Antidroga

Con riferimento alla tipologia di scuola, frequenze di consumatori di tranquillanti o sedativi negli ultimi 12 mesi lievemente più elevate sono state riscontrate, per entrambi i generi, negli istituti e licei artistici (1,5% per i maschi, 3,6% per le femmine); le frequenze di consumo più basse si osservano invece nei licei ed istituti ex-magistrali per le femmine (2,6%) e negli istituti tecnici per i maschi (1,2%).

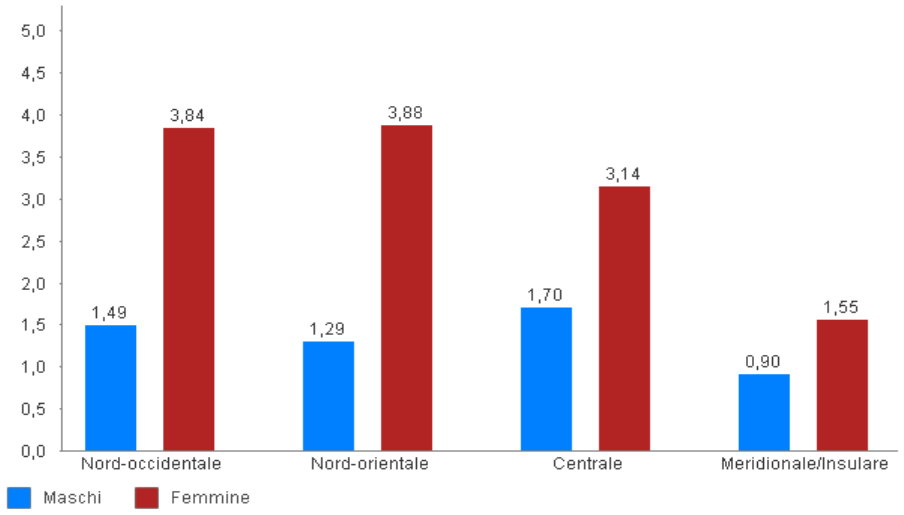
Analizzando nel dettaglio quanto rilevato nelle diverse aree geografiche, si notano, frequenze di consumatrici di tranquillanti o sedativi negli ultimi 12 mesi più elevate nel Nord (Nord-Est 3,9%, Nord-Ovest 3,8%). Le prevalenze più basse si rilevano nell"Italia meridionale/insulare sia per i maschi (0,9%) sia per le femmine (1,6%).

Figura 40: Prevalenza (%) di consumatori di tranquillanti o sedativi senza prescrizione medica negli ultimi 12 mesi nella popolazione scolastica 15-19 anni, secondo il genere e la tipologia d"istituto. Anno 2014



Fonte: Studio SPS-DPA 2014 – Dipartimento Politiche Antidroga

Figura 41: Prevalenza (%) di consumatori di tranquillanti o sedativi senza prescrizione medica negli ultimi 12 mesi nella popolazione scolastica 15-19 anni, secondo il genere e l'area geografica. Anno 2014



Fonte: Studio SPS-DPA 2014 – Dipartimento Politiche Antidroga

2.2.1.10 Consumo di sostanze stupefacenti: Policonsumo

La poliassunzione di sostanze psicoattive, legali ed illegali, caratterizza e definisce lo stile di consumo prevalente sempre più diffuso tra i giovani. Nelle tabelle illustrate di seguito vengono esaminate le diverse sostanze assunte negli ultimi 30 giorni dai poliassuntori.

Considerando gli studenti che hanno assunto più di una sostanza negli ultimi 30 giorni, emerge che la combinazione più diffusa risulta quella di alcol, tabacco e cannabis, pari al 63,4% (62,8% nei maschi e 64,2% nelle femmine). Percentuali decisamente inferiori si osservano se si considerano le assunzioni di alcol e cannabis, pari all'8,9% (11,6% per i maschi e 4,6% per le femmine) e di tabacco e cannabis, pari al 6,9% (5,8% per i maschi e 8,6% per le femmine).

Tabella 12: Distribuzione (%) degli studenti di 15-19 anni che hanno assunto più sostanze psicotrope, legali o illegali, negli ultimi 30 giorni, secondo diverse combinazioni delle sostanze assunte. Anni 2013-2014

	Maschi		Femmine		Totale	
	2013	**2014**	**2013**	**2014**	**2013**	**2014**
Alcol+Cannabis	10,9	11,6	5,0	4,6	8,6	8,9
Tabacco+Cannabis	5,7	5,8	8,2	8,6	6,7	6,9
Consumo di 2 sostanze - altro	1,6	2,6	4,0	3,8	2,5	3,0
Alcol+Tabacco+Cannabis	65,1	62,8	64,5	64,2	64,8	63,4
Consumo di 3 sostanze - altro	3,3	2,6	5,0	5,2	4,0	3,6
Più di 3 sostanze	13,5	14,6	13,2	13,6	13,4	14,2
Totale	**100,0**	**100,0**	**100,0**	**100,0**	**100,0**	**100,0**

Fonte: Studio SPS-DPA 2013-2014 – Dipartimento Politiche Antidroga

Confrontando i dati relativi al biennio 2013-2014, sempre riferiti al consumo dichiarato negli ultimi 30 giorni, si osserva un incremento della prevalenza di studenti poliassuntori di sostanze (di cui almeno una illegale): nel 2013, il 15,9% degli studenti ha dichiarato di aver sperimentato il consumo di più sostanze, contro una prevalenza percentuale del 16,4% rilevata nel 2014.

Rispetto al profilo delle sostanze assunte, si osserva nell"ultimo anno un lieve aumento della propensione ad associare il consumo di alcol o tabacco con la cannabis; mentre risulta in calo la frequenza percentuale relativa all"associazione di alcol+tabacco+cannabis.

Nella tabella che segue vengono riportate le prevalenze condizionate di policonsumo con riferimento a diverse combinazioni delle seguenti sostanze legali ed illegali assunte negli ultimi 30 giorni: alcol, tabacco, cannabis, cocaina, eroina. Vengono presentati i valori delle frequenze percentuali di consumo di una determinata sostanza (indicata nell"intestazione delle colonne), calcolata condizionatamente a coloro che indicano di consumarne un"altra (riportata nell"intestazione delle righe).

Tabella 13: Distribuzione (%) della prevalenza condizionata di policonsumatori nella popolazione scolastica 15-19 anni, secondo diverse combinazioni di sostanze assunte. Consumo dichiarato negli ultimi 30 giorni. Anno 2014

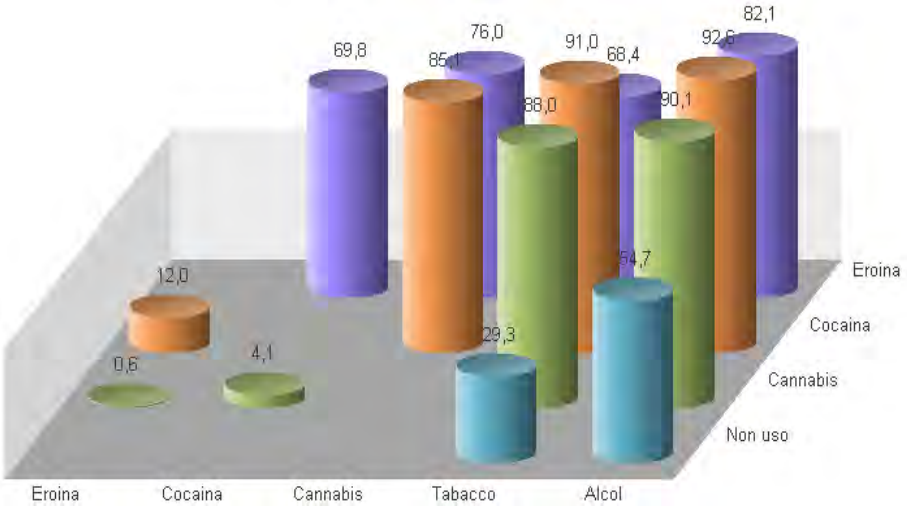
Sostanze	Alcol	Tabacco	Cannabis	Cocaina	Eroina
Non uso di sostanze illegali (83,8%)	54,7%	29,3%	-	-	-
Cannabis (15,5%)	90,1%	88,0%	-	4,1%	0,6%
Cocaina (0,85%)	92,6%	91,0%	85,1%	-	12,0%
Eroina (0,13%)	82,1%	68,4%	76,0%	69,8%	-

Fonte: Studio SPS-DPA 2014 – Dipartimento Politiche Antidroga

Il 15,5% degli studenti riferisce di aver consumato cannabis nell"ultimo mese; tra questi il 90,1% ha bevuto alcolici nello stesso periodo, l"88,0% ha fumato almeno una sigaretta, il 4,1% ha fatto uso di cocaina e lo 0,6% di eroina. Lo 0,85% degli studenti ha indicato di aver fatto uso di cocaina negli ultimi 30 giorni. Tra questi, il consumo di alcol nell"ultimo mese è attribuibile al 92,6% dei soggetti; il 91,0% riferisce inoltre di aver fumato sigarette; l"85,1% ha dichiarato di aver fatto uso anche di cannabis ed il 12,0% di eroina.

La prevalenza dei consumatori di eroina negli ultimi 30 giorni è risultata pari allo 0,13%; l"82,1% dei consumatori di questa sostanza ha assunto nello stesso periodo anche bevande alcoliche, il 68,4% ha fumato, il 76,0% ha fatto uso di cannabis ed il 69,8% di cocaina. Questi risultati evidenziano che mentre i consumatori di eroina, assumono in maggioranza anche cocaina (69,8%), ciò non si osserva tra coloro che assumono cocaina, i quali ricorrono al consumo congiunto di eroina con una percentuale nettamente inferiore (12,0%). La figura che segue illustra graficamente il consumo delle tre sostanze psicotrope illegali analizzate (cannabis, cocaina ed eroina), associato all"assunzione di alcol e tabacco.

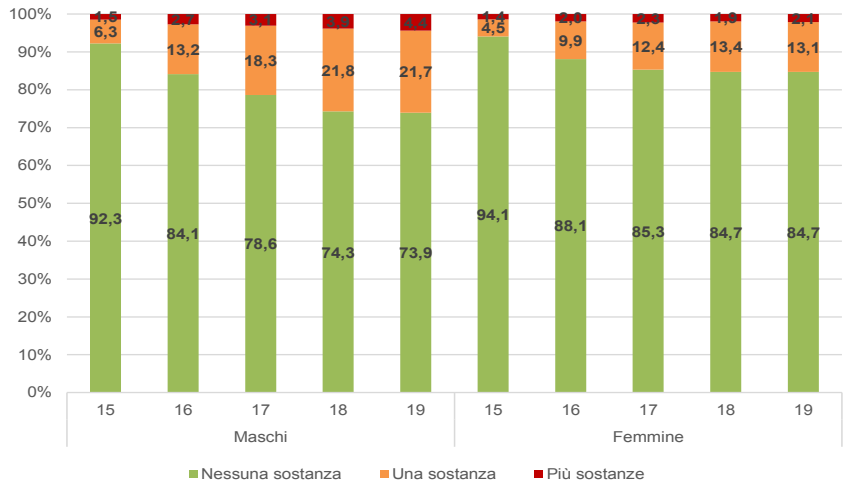
Figura 42: Distribuzione (%) della prevalenza condizionata di policonsumatori nella popolazione scolastica 15-19 anni, secondo diverse combinazioni di sostanze assunte. Consumo dichiarato negli ultimi 30 giorni. Anno 2014



Fonte: Studio SPS-DPA 2014 – Dipartimento Politiche Antidroga

Analizzando la distribuzione della popolazione scolastica, in base all'età, al genere ed al numero di sostanze illegali assunte negli ultimi 30 giorni, si osserva che tra i maschi la prevalenza di policonsumatori aumenta al crescere dell'età: si passa, infatti, dall'1,5% dei 15enni, al 3,1% dei 17enni, al 4,4% dei 19enni. I valori di prevalenza delle policonsumatrici di sostanze illegali risultano, invece, sostanzialmente stabili al variare dell'età (1,4%-2,3% circa).

Figura 43: Distribuzione (%) degli studenti in età 15-19 anni secondo il genere, l'età ed il numero di sostanze illegali assunte negli ultimi 30 giorni. Anno 2014

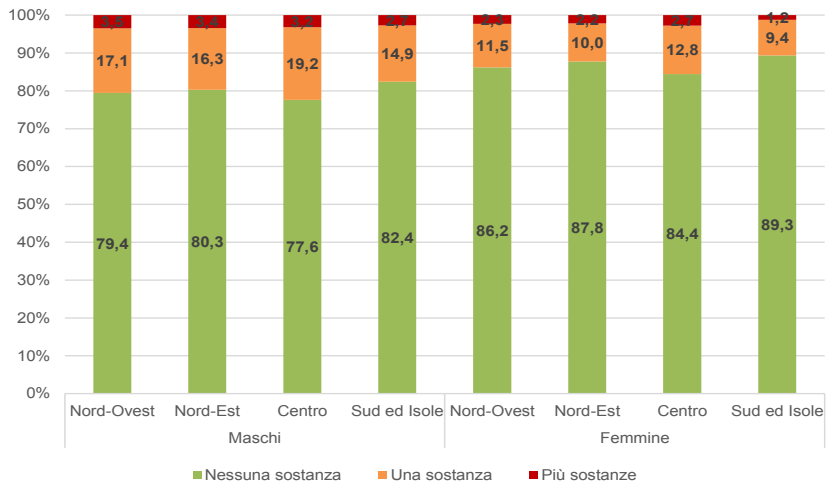


Fonte: Studio SPS-DPA 2014 – Dipartimento Politiche Antidroga

Per le femmine, la frequenza più elevata di policonsumatrici di sostanze illegali si rileva nell'Italia centrale (2,7%), mentre la più bassa si riscontra nell'Italia meridionale/insulare (1,2%). Nei maschi, invece, i valori delle prevalenze di policonsumatori di sostanze illegali negli ultimi 30 giorni risultano molto simili tra le diverse aree geografiche del Paese (2,7%-3,5%).

Con riferimento alla tipologia di scuola, frequenze di policonsumatori, di sostanze illegali negli ultimi 30 giorni, più elevate sono state osservate negli istituti professionali (4,3% nei maschi, 2,8% nelle femmine) e negli istituti e licei artistici (5,1% nei maschi, 2,8% nelle femmine); le prevalenze di policonsumo più basse si rilevano negli istituti tecnici, per i maschi (2,7%) e nei licei ed istituti ex-magistrali, per le femmine (1,6%).

Figura 44: Distribuzione (%) degli studenti in età 15-19 anni secondo il genere, l'area geografica ed il numero di sostanze illegali assunte negli ultimi 30 giorni. Anno 2014



Fonte: Studio SPS-DPA 2014 – Dipartimento Politiche Antidroga

2.2.2 Indagine ESPAD® – CNR 2014

Gli aspetti metodologici

ESPAD

Il progetto ESPAD (The European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs) è uno studio transnazionale sull'uso di alcol, tabacco e altre sostanze ad azione psicoattiva tra gli studenti europei. Promosso dal Consiglio Svedese per l'informazione su alcol e altre droghe e supportato dall'Osservatorio Europeo per le Droghe e le Tossicodipendenze (OEDT-EMCDDA), il progetto è stato realizzato per la prima volta nel 1995 in 26 Paesi dell'Unione Europea e negli anni ha coinvolto un numero sempre crescente di Paesi tanto che nel 2011 sono stati complessivamente 36. In Europa lo studio si ripete ogni quattro anni (l'ultimo, il sesto, è in corso di svolgimento), attraverso un questionario rivolto agli studenti di 15-16 anni, consente di raccogliere informazioni sul consumo di sostanze stupefacenti, di monitorarne le tendenze nel tempo e di effettuare confronti

tra i Paesi partecipanti, grazie all'utilizzo di metodi e strumenti standardizzati per la definizione di campioni rappresentativi a livello nazionale (*http://www.espad.org*).

ESPAD®Italia

ESPAD®Italia è uno studio sui comportamenti d'uso di alcol, tabacco e sostanze illegali da parte degli studenti italiani degli istituti secondari di secondo grado, ovvero di età compresa tra i 15 ed i 19 anni. Tale studio è stato realizzato dall'Istituto di Fisiologia Clinica del Consiglio Nazionale delle Ricerche (IFC-CNR) per la prima volta nel 1995 e dal 1999 viene ripetuto con cadenza annuale su un campione rappresentativo degli studenti iscritti alle scuole superiori presenti sul territorio nazionale (http://www.epid.ifc.cnr.it). L'indagine viene condotta seguendo lo standard della metodologia prevista dal progetto ESPAD che, in Europa, ha cadenza quadriennale (Hibell et al., 2012)
La rilevazione in Italia viene effettuata ogni anno tra Marzo e Aprile. Il questionario ESPAD®Italia, oltre a rilevare alcune caratteristiche socio-culturali degli intervistati e studiare i consumi di sostanze quali tabacco, alcol, psicofarmaci, doping e altre sostanze psicoattive illecite, contiene vari strumenti standardizzati per la rilevazione di disturbi alimentari, del gioco d'azzardo problematico così come dell'uso di internet. Per quanto riguarda il consumo di sostanze, vengono studiate le esperienze d'uso delle sostanze nella vita, negli ultimi 12 mesi e negli ultimi 30 giorni. Nel 2014 lo studio ha coinvolto oltre 30mila studenti di 405 istituti scolastici secondari di secondo grado in Italia, con tasso di rispondenza delle scuole pari all'85%.

Campionamento

Il piano di campionamento prevede ogni anno l'estrazione di un campione casuale stratificato a tre stadi. Primo stadio: la stratificazione delle province italiane sulla base di due variabili, area geografica (Nord, Centro, Sud e Isole) e densità abitativa. Le province vengono estratte casualmente e in modo proporzionale alla dimensione dello strato. Qualora le risorse economiche lo permettano vengono estratte comunque tutte le province, procedendo nel campionamento direttamente dal secondo stadio. Secondo stadio: le scuole all'interno delle province sono stratificate per tipologia di istituto (Licei, Istituti Artistici, Professionali e Tecnici) e per dislocazione geografica (metropolitana e non metropolitana) e vengono estratte casualmente e proporzionalmente secondo tale stratificazione. Terzo stadio: una quota fissa di classi viene casualmente estratta da ogni strato (tale frazione può variare sensibilmente in relazione alle risorse economiche a disposizione). Questo procedimento ha permesso un notevole abbattimento dei costi e dei tempi di realizzazione dell'indagine, anche se ha reso necessaria una procedura di ponderazione al fine di ottenere le stime nazionali. La procedura di ponderazione si è basata su una post-stratificazione per genere in accordo con la distribuzione della popolazione scolarizzata a livello regionale[39]. Per quanto riguarda la dimensione campionaria, dato che gli indicatori da rilevare sono disomogenei e comprendono sostanze di grande diffusione (alcol) e sostanze con una

39 *http://dati.istat.it/Index.aspx?DataSetCode=DCIS_SCUOLESECOND2*

prevalenza molto bassa (eroina), un disegno di campionamento che assicuri prefissati livelli di precisione per tutte le stime prodotte non è attuabile. Si è deciso di adottare quindi una strategia basata su una valutazione degli errori delle stime a livello nazionale dell'uso di eroina negli ultimi dodici mesi, con possibile riferimento a domini territoriali di interesse (regionale e/o provinciale a seconda delle risorse a disposizione). La dimensione del campione teorico in termini di studenti, prefissato a livello nazionale in base ai criteri riferiti alla strategia di cui sopra, è pari almeno all'1% degli studenti iscritti.

Procedure per lo svolgimento dello studio

Lo svolgimento dell'indagine prevede vari passaggi, dal primo contatto con le scuole fino al rientro del materiale direttamente al Consiglio Nazionale delle Ricerche. Una volta individuate le scuole nel piano di campionamento, viene implementato uno specifico database per raccogliere tutte le informazioni relativo alle scuole contattate: nome, numero di contatti, e breve descrizione testuale degli stessi, data di adesione, difficoltà emerse durante la somministrazione dei questionari (real time), informazioni sul rientro dei questionari, sulla somministrazione dei questionari (classi nelle quali è stato somministrato, numero di questionari). Il contatto con le scuole avviene all'inizio dell'anno scolastico. Se la scuola accetta di partecipare al progetto, si procede all'invio del materiale necessario alla somministrazione: lettera illustrativa del progetto, questionari da somministrare agli studenti, busta anonima dove sigillare ogni questionario, istruzioni per la somministrazione, scheda classe da compilare, istruzioni per la restituzione del materiale. Nessuna spesa è a carico della scuola. Per la somministrazione del questionario il professore incaricato e gli studenti sono tenuti a seguire le procedure standard adottate e condivise a livello europeo (Hibell et al., 2012). Agli studenti viene comunicato che la partecipazione è volontaria e del tutto anonima. A garanzia del più completo anonimato, i questionari vengono compilati senza riportare alcun dato identificativo (nome, cognome, data di nascita), ogni questionario viene poi sigillato e inserito in una busta dallo studente stesso e la busta viene quindi riposta in una scatola chiusa con un'unica fessura nella parte superiore (simile alle urne elettorali). Sono necessari circa 45 minuti per compilare l'intero questionario. I pacchi vengono inviati e aperti presso il CNR. I questionari da inserire sono codificati secondo l'identificativo della scuola e della classe, ma i risultati vengono presentati solo in forma aggregata e non viene divulgata alcuna informazione relativa alla classe e alla scuola partecipante all'indagine.

Procedura di verifica dell'acquisizione e analisi affidabilità del database

L'acquisizione delle risposte ai questionari cartacei è effettuata da operatori CNR con l'utilizzo di una specifica strumentazione denominata OCR (Optical Character Recognition). Lo scanning software adottato (ReadSoft Forms) è utilizzato da diversi Paesi Europei partecipanti all'indagine ESPAD.

La tecnologia OCR consente di memorizzare automaticamente le informazioni "scritte" attraverso una opportuna conversione dei dati basata sul riconoscimento ottico dei caratteri. Le fasi del processo di lavorazione con OCR prevedono lo scanning delle informazioni presenti (scan), l'interpretazione dei dati riconosciuti (interpret), la verifica della bontà degli stessi (verify) mediante postazioni PC monitorate da operatori. L'output finale (transfer) viene restituito nei

formati elettronici standard, idonei all‟import su database e alla elaborazione. Per il processo di verifica della qualità dei dati, viene estratto un campione di questionari compilati da acquisire nuovamente allo scanner e da sottoporre alle fasi di lavorazione OCR. Se i risultati dell‟output della seconda acquisizione OCR sono congruenti con i risultati della prima, il controllo qualità si ritiene eseguito con successo. Al fine di ridurre il numero delle variabili „not valid‟ ed identificare i falsi missing, spesso generati da un eccessivo/insufficiente annerimento delle caselle presenti nel questionario cartaceo, vengono verificati i valori di risposta acquisiti su set di variabili, suddivise nelle principali aree di interesse (genere, età, alcol, cannabis, ecc.), risalendo dai valori dell‟output dati elettronico alla corrispondente scannerizzazione del questionario. Una volta ottenuto il set completo di dati, prima di procedere con le analisi, viene verificata la consistenza delle risposte fornite nei questionari. Seguendo gli standard adottati a livello europeo, vengono eliminati i questionari che presentano: più del 50% di mancata risposta, risposte sistematiche (per esempio aver risposto sempre allo stesso item in colonna), risposte incongruenti (per esempio: aver usato tutte le sostanze 40 o più volte negli ultimi 30 giorni), inconsistenza di almeno una risposta sull‟uso di sostanze (per esempio aver risposto di aver fatto uso nei dodici mesi e non nella vita).

Analisi della affidabilità delle nuove domande

Nel caso in cui si renda necessario aggiungere o cambiare alcune domande del questionario, una procedura di test-retest viene condotta in un campione minimo di 5 scuole. Sullo stesso campione viene condotto lo studio a distanza di 3 settimane al fine di analizzare e migliorare l‟affidabilità e la consistenza delle risposte alle nuove domande (i questionari delle due somministrazioni vengono linkati mediante codici anonimi) (Molinaro et al., 2012). Un gruppo di controllo composto di 40 scuole viene campionato a parte per testare possibili differenze nelle risposte tra il nuovo ed il precedente questionario, al fine di evitare distorsioni nella comparabilità temporale delle evidenze.

I consumi di sostanze psicoattive

Nell‟anno che ha preceduto lo svolgimento dell‟ultima indagine il 27% degli studenti italiani ha utilizzato almeno una sostanza illegale: di questi, l‟85% ha fatto uso di una sola sostanza e circa il 15% possono essere considerati policonsumatori, quelli cioè che hanno usato 2 o più sostanze illecite durante l‟anno.

Tra tutte le sostanze illegali, la cannabis è la sostanza psicoattiva maggiormente utilizzata, mentre l‟eroina è la meno diffusa, con cocaina, stimolanti ed allucinogeni che si pongono in posizione intermedia. Il genere maschile è più esposto al comportamento di consumo di tutte le sostanze, con un rapporto di genere, per quanto riguarda il consumo durante l‟anno, che oscilla tra 1,5 per la cannabis, 1,9 per gli stimolanti e 2,2 per le altre sostanze illegali (Molinaro et al., 2011). È importante evidenziare che tra gli studenti maggiorenni le prevalenze riferite al consumo nella vita e a quello recente risultano superiori a quelle dei 15-17enni, fatta eccezione per l‟eroina per la quale le prevalenze risultano del tutto simili. La differenza risulta altresì irrilevante quando si fa riferimento al consumo corrente e a quello frequente: le prevalenze riferite al consumo nel mese antecedente la somministrazione del questionario e a quello frequente rilevate tra gli studenti minorenni risultano del tutto simili a quelle dei maggiorenni, sia tra i maschi che tra le femmine.

Si stima che circa il 2,5% degli studenti di 15-19 anni abbia assunto almeno una volta nella vita sostanze psicoattive “sconosciute”, senza sapere di cosa si trattasse. Il 56% circa di questi studenti

le ha assunte per non più di 2 volte, ma per il 23% si è trattato di ripetere l‟esperienza oltre 10 volte.

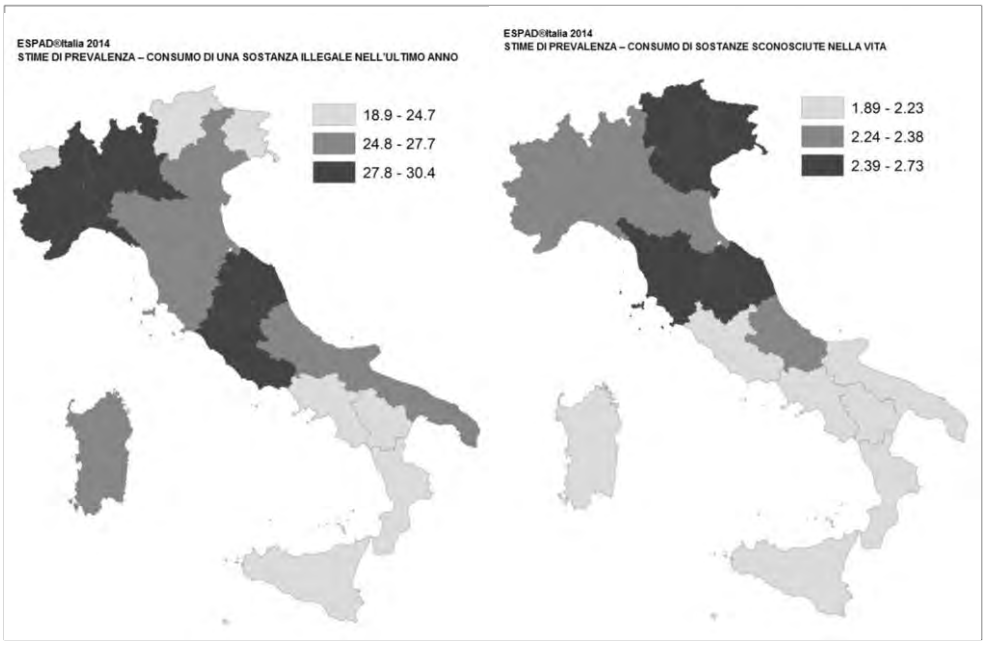
Rispetto alla forma delle sostanze assunte, il 53% di questi studenti ha assunto un miscuglio di erbe sconosciute, per il 47% le sostanze non note si presentavano in forma liquida e per il 43% erano sotto forma di pasticche/pillole. Rispetto al genere, quasi il 3% dei maschi e poco meno del 2% delle femmine ha consumato sostanze psicoattive senza sapere cosa fossero. Gli utilizzatori di sostanze psicoattive "sconosciute" sono in misura maggiore tra coloro che durante l‟anno hanno utilizzato sostanze diverse dalla cannabis rappresentano infatti il 7% tra chi ha utilizzato unicamente cannabis contro il 36% di chi ha utilizzato cocaina, stimolanti e/o allucinogeni e quasi il 60% di chi ha utilizzato eroina).

Sono le regioni site a Nord-Ovest della penisola (Piemonte, Liguria, Lombardia) e al Centro (Lazio, Umbria, Marche) a far registrare prevalenze di consumatori di almeno una sostanza illegale nell‟ultimo anno superiori alla media nazionale (con valori compresi tra 27,8% e 30,4%). Le regioni meridionali, ad eccezione di quelle adriatiche ma con l‟aggiunta di Valle d‟Aosta, Trentino Alto Adige e Friuli Venezia Giulia, fanno registrare prevalenze al di sotto del valore nazionale (18,8% - 24,7%).

Gli studenti che invece hanno consumato nella vita almeno una sostanza a loro sconosciuta, riportando valori superiori alla media nazionale, si concentrano nella parte Nord-Orientale (Trentino Alto Adige, Veneto e Friuli Venezia Giulia) e al Centro-Nord (Toscana, Umbria e Marche) con valori compresi tra 2,4% e 2,7%. Al sud e nelle isole, con l‟aggiunta della regione Lazio, si rilevano prevalenze al di sotto del valore nazionale (1,9% - 2,2%).

Figura 45: Stime di prevalenza degli studenti italiani che hanno consumato almeno una sostanza illegale nell‟ultimo anno e sostanze sconosciute nella vita. Anno 2014

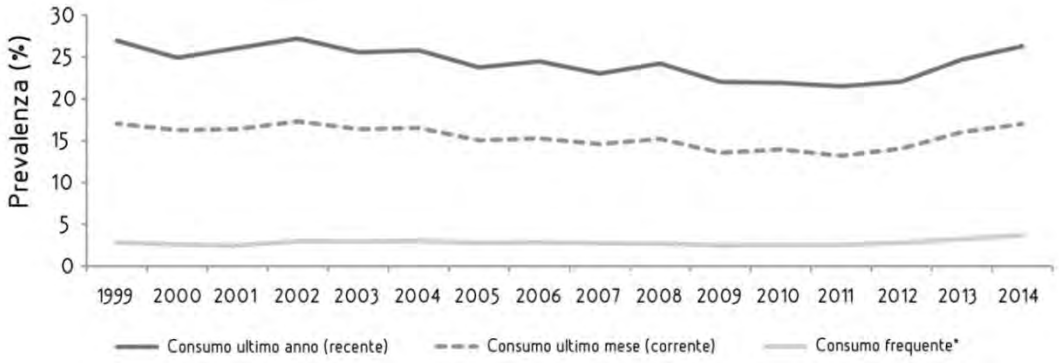
a) Almeno una sostanza illegale **b) Sostanze sconosciute**



Il consumo di cannabis

Il consumo di cannabis, dopo un andamento decrescente, nel corso degli ultimi anni ha fatto registrare una ripresa, soprattutto rispetto ai "*frequent users*" (coloro cioè che hanno consumato la sostanza venti o più volte nel mese antecedente lo svolgimento dello studio), i quali dal 2,5% degli studenti, rilevato negli anni 2009-2011, passano al 2,8% nel 2012 all"attuale 3,7%.

Figura 46: Stime di prevalenza degli studenti italiani che hanno consumato cannabis. Trend anni 1999-2014

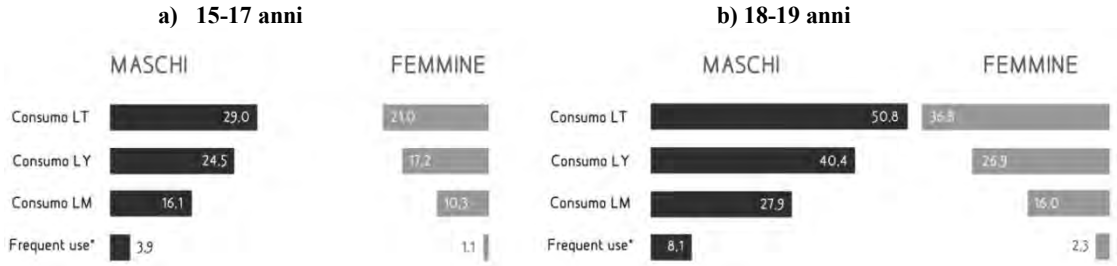


* 20 o più volte negli ultimi trenta giorni
ESPAD®Italia

Un terzo degli studenti italiani di 15-19 anni ha provato cannabis almeno una volta nella vita (38,1% dei maschi e 27,6% delle femmine), mentre il 26,3% l"ha utilizzata nei 12 mesi precedenti lo studio, con la prevalenza annuale maschile superiore a quella femminile (31,1% e 21,3%).

I *"current users",* coloro cioè che hanno utilizzato cannabis nei 30 giorni antecedenti alla somministrazione del questionario, rappresentano il 17% degli studenti italiani (21% tra i maschi e 12,7% tra le femmine) e di questi poco più di uno studente ogni quattro è anche *"frequent user"* (ha, cioè, consumato la sostanza venti o più volte nel mese antecedente), pari al 3,7% di tutti gli studenti italiani. È nel genere maschile e tra i maggiorenni che si riscontrano le prevalenze superiori, in riferimento a tutti gli intervalli temporali di consumo.

Figura 47: Stime di prevalenza degli studenti italiani che hanno consumato cannabis. Anno 2014



LT= LifeTime (almeno una volta nella vita); LY= Last Year (almeno una volta negli ultimo dodici mesi); LM= Last Month (almeno una volta negli ultimi trenta giorni) ; Frequent use= 20 o più volte negli ultimi trenta giorni.
ESPAD®Italia 2014

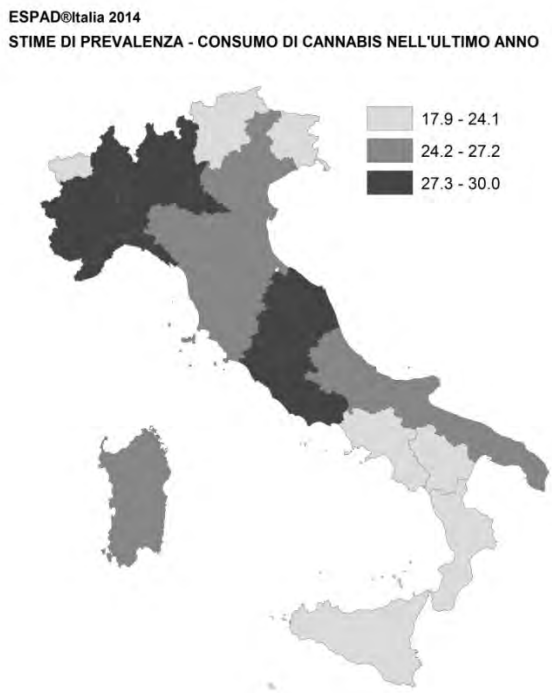
Il 42% degli studenti italiani, che abbiano o meno consumato cannabis, ritiene che sia facile potersela procurare e ne sono più convinti coloro che la utilizzano, in particolar modo i frequent users (92% contro l‟82% dei consumatori recenti).

Un terzo degli studenti concorda che i luoghi più frequentati dai giovani sono anche quelli dove si potrebbe facilmente reperire cannabis: strada, giardini e parchi. Tra coloro che usano frequentemente cannabis il 74% ritiene di poterla facilmente trovare in strada e il 55% dallo spacciatore. Tra i ragazzi che hanno utilizzato cannabis durante gli ultimi trenta giorni il 15% ha speso 50 euro o più nell‟ultimo mese, il 26% non ne ha spesi più di 10 ed il 34%, invece, non ha sostenuto alcuna spesa. Tra i frequent users il 48% ha speso oltre i 50 euro e 6% non ha speso più di 10 euro.

Analisi del consumo di cannabis nelle regioni italiane: il consumo recente negli ultimi 10 anni

Nelle regioni del Nord-Italia e nelle Isole maggiori si conferma l‟andamento nazionale: le prevalenze hanno una tendenza a diminuire leggermente fino al 2010-2011 per tornare ad aumentare costantemente negli anni successivi. Nello stesso periodo, nelle regioni del Centro e del Sud-Italia le prevalenze restano abbastanza stabili, anche se un leggero incremento dei consumi si osserva a partire dal 2012-2013. La Valle d‟Aosta è l‟unica regione che nell‟ultima indagine registra un calo delle prevalenze passando dal 27,8% del 2013 a 22,7%. Sono le regioni nord-occidentali (Piemonte, Liguria, Lombardia) e centrali (Lazio, Umbria, Marche) a far registrare prevalenze di consumatori nell‟ultimo anno superiori alla media nazionale (con valori compresi tra 27% e 30%). Sono, invece, le regioni meridionali, ad eccezione di quelle che si affacciano sul Mare Adriatico, con l‟aggiunta di Valle d‟Aosta, Trentino Alto Adige e Friuli Venezia Giulia, a far registrare prevalenze al di sotto del valore nazionale (tra 17,9% e 24,1%). È l‟Umbria a far registrare la prevalenza maggiore nel 2014 (30%), mentre la Calabria riporta quella più bassa (17,9%).

Figura 48: Stime di prevalenza degli studenti italiani che hanno consumato cannabis nell'ultimo anno. Anno 2014



ESPAD ® Italia 2014

Il consumo problematico di cannabis

Considerata la diffusione di questa sostanza psicoattiva, nello studio ESPAD®Italia, con lo scopo di definire e monitorare il grado di problematicità del consumo *recente* di cannabis, è stato inserito il test di screening CAST–*Cannabis Abuse Screening Test* (Legleye et al., 2007), opportunamente validato a livello nazionale (Bastiani et al., 2013). Sono il 6% gli studenti italiani per i quali il consumo di cannabis è definibile "problematico", corrispondenti al 22,7% di coloro che hanno assunto la sostanza durante l'anno, circa 1 ogni 4. Non si evidenziano differenze tra maggiorenni (22,9%) e minorenni (22,4%), mentre percentuali superiori si registrano tra i maschi (26,5% contro 17,1% delle coetanee). Tuttavia è interessante notare che un terzo dei consumatori frequenti risulta non avere un profilo problematico, così come circa la metà dei consumatori con uso problematico non ha un consumo frequenti.

Tra i consumatori problematici di cannabis, il 35% è un policonsumatore di sostanze illegali. Il 30% è anche un forte fumatore (10 o più sigarette al giorno), il 18% beve alcolici quotidianamente o quasi, ed il 6% ha frequentemente utilizzato psicofarmaci senza prescrizione medica nell'ultimo mese (10 o più volte).

Per l'80% dei consumatori problematici fumare cannabis quando ci si ritrova con gli amici è una pratica comune e circa la metà di questi (48%) lo fa tutti i giorni o quasi. Un terzo dei consumatori problematici ha speso oltre 50 euro negli ultimi 30 giorni per acquistare la sostanza ed il 91% ritiene che sia facile procurarsela, anche on-line (12%) ma soprattutto in strada (73%).

Rispetto a coloro che non hanno utilizzato cannabis durante l‟anno o agli occasionali (cioè coloro che hanno consumato cannabis al massimo 10 volte negli ultimi dodici mesi, ovvero il 60% dei consumatori recenti), tra i consumatori problematici la quota di chi ritiene che i propri risultati scolastici siano scarsi risulta ampiamente superiore (14,3% contro il 4% dei non consumatori ed il 5,8% dei consumatori occasionali) così come la quota di chi, nel mese antecedente la rilevazione, ha fatto 7 o più giorni di assenza per mancanza di motivazione (9,8% contro 1,4% dei non consumatori e 2,9% di quelli occasionali). Il 64,3% degli studenti con un profilo problematico di consumo di cannabis ha avuto esperienze di risse ed il 24,4% ha fatto incidenti mentre era alla guida di un veicolo (contro rispettivamente il 37,1% e 7,2% dei non consumatori ed il 50,1% e 12,8% di quelli occasionali).

The Cannabis Abuse Screening Test

È una scala di screening composta da 6 domande che descrivono il comportamento d‟uso o eventuali esperienze problematiche vissute a causa dell‟utilizzo della sostanza e misura la frequenza dei seguenti eventi nei dodici mesi precedenti all‟intervista:

a) Hai mai fumato cannabis prima di mezzogiorno?

b) Hai mai fumato cannabis da solo?

c) Hai mai avuto problemi di memoria dopo aver fumato cannabis?

d) Gli amici dei tuoi familiari ti hanno mai detto che dovresti ridurre il tuo uso di cannabis?

e) Hai mai provato a ridurre o a smettere di consumare cannabis senza riuscirci?

f) Hai mai avuto problemi a causa del tuo uso di cannabis (discussioni, risse, incidenti, brutti voti a scuola, ecc.)?

Le risposte si distribuiscono lungo una scala a 5 punti (0 “mai”, 1 “di rado”, 2 “di tanto in tanto”, 3 “piuttosto spesso” e 4 “molto spesso”). Nella versione originale denominata CAST binario (Legleye et al., 2007) l‟attribuzione del punteggio varia a seconda dell‟item ed il punteggio totale può variare da 0 a 6, dove uno score totale ≥2 definisce un comportamento problematico.

Legleye e collaboratori (2011) hanno testato e validato anche una versione del CAST denominata Full-version, che non prevede soglie diverse tra le alternative di risposta ma, ad ogni items, viene assegnato la stesso punteggio a seconda dell‟alternativa di risposta segnata, cosicché il punteggio totale risulta compreso tra 0 a 24. Un comportamento problematico è identificato da uno score totale ≥3.

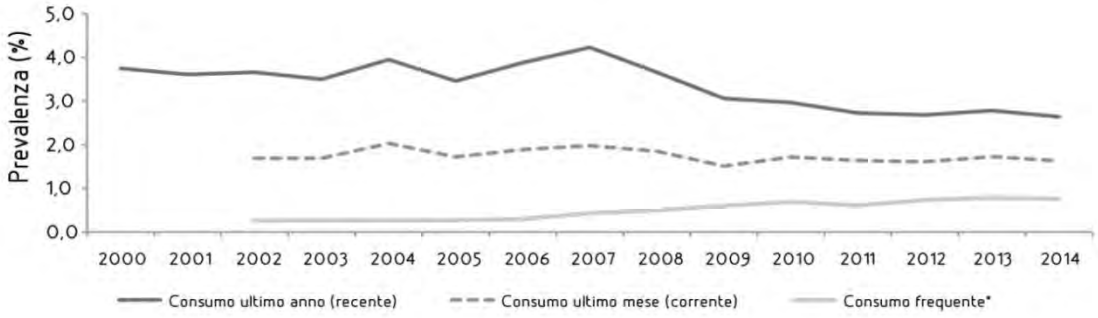
Lo studio di validazione Italiano del CAST (Bastiani et al., 2013) è stato sviluppato mediante un‟analisi dell‟equidistanza tra le diverse alternative di risposta per ognuno dei 5 items. Il punteggio totale della versione Italiana (CAST-MCA) prevede, quindi, un algoritmo che somma i pesi attribuendo differente importanza alle diverse opzioni di risposta. Il punteggio totale di questa versione è compreso tra 0 a 24, definendo comportamento problematico uno score totale ≥7.

Il consumo di cocaina

Le prevalenze riferite al consumo *recente* di cocaina, ovvero almeno una volta negli ultimi dodici mesi, tra gli studenti italiani di 15-19 anni hanno fatto registrare una sostanziale stabilità fino al 2005 seguita da un graduale e progressivo incremento fino all‟anno 2007, per decrescere successivamente e attestarsi a valori intorno a 2,6%-2,8% negli ultimi quattro anni. Una Sostanziale stabilità si osserva per le prevalenze riferite al consumo *corrente*, avvenuto nei trenta giorni

antecedenti lo svolgimento dello studio, che dal 2% rilevato nell'anno 2007 passano a valori intorno a 1,6%-1,7% nel corso delle ultime cinque rilevazioni. In aumento risultano le prevalenze riferite ai *"frequent users"*, a coloro cioè che hanno utilizzato cocaina dieci o più volte nell'ultimo mese: passano da 0,3% degli anni 2002-2006 a 0,6% del 2009 a 0,8% degli ultimi 2 anni.

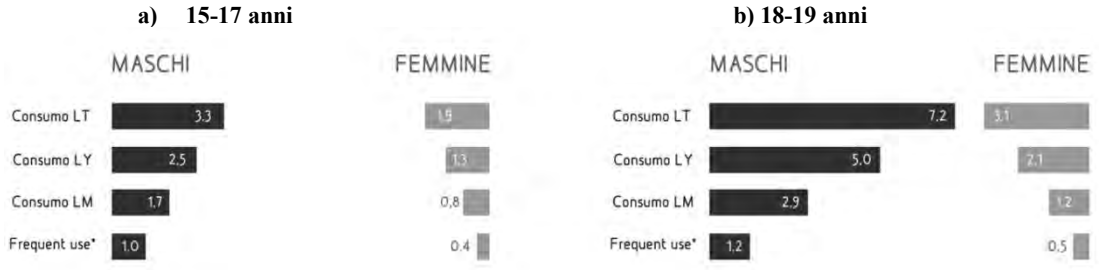
Figura 49: Stime di prevalenza degli studenti italiani che hanno consumato cocaina. Trend anni 2000-2014



*Frequent use= 10 o più volte negli ultimi trenta giorni
ESPAD®Italia

Sono il 2,6% gli studenti che nel 2014 riferiscono di aver utilizzato cocaina durante l'anno e l'1,6% i *"current users",* ossia coloro che l'hanno consumata nel mese prima dello svolgimento dello studio. Sono soprattutto gli studenti di genere maschile ad averla utilizzata e gli studenti maggiorenni. Tra i *"current users"* sono la metà coloro che hanno consumato cocaina frequentemente: anche in questo caso sono i maschi ed i maggiorenni a risultare in quota superiore.

Figura 50: Stime di prevalenza degli studenti italiani che hanno consumato cocaina. Anno 2014



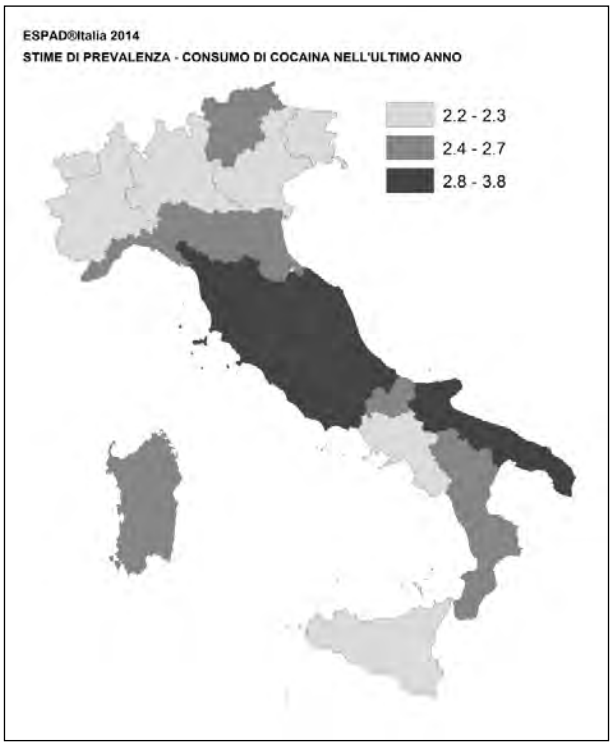
LT= LifeTime (almeno una volta nella vita); LY= Last Year (almeno una volta negli ultimo dodici mesi); LM= Last Month (almeno una volta negli ultimi trenta giorni) ; Frequent use= 10 o più volte negli ultimi trenta giorni.
ESPAD®Italia 2014

Analisi del consumo di cocaina nelle regioni italiane: il consumo recente negli ultimi 10 anni

La tendenza registrata per i consumi *recenti* a livello nazionale si ripete per tutte le regioni del Paese che, dopo i picchi del 2007, tendono ad una diminuzione, più leggera nel Sud-Italia e nelle Isole e maggiore nel Centro e nel Nord-Italia, sino all'assestamento tra il 2011 e il 2014 per tutte le regioni. Solo in Umbria dal 2012 le prevalenze tornano a incrementare passando da 2,8% del 2008

a 3,8% del 2014. Nell‟ultima indagine anche in Trentino Alto Adige si registrano leggeri aumenti a differenza del resto delle regioni italiane. Fatta eccezione per la regione Puglia, sono concentrate tutte al Centro-Italia le regioni che riportano prevalenze di consumatori nell‟ultimo anno superiori alla media nazionale (con valori maggiori a 2,8%), mentre si collocano al Nord (a esclusione del Trentino Alto Adige), con l‟aggiunta di Campania e Sicilia, le regioni che fanno registrare prevalenze al di sotto del dato nazionale (con valori inferiori a 2,3%).

Figura 51: Stime di prevalenza degli studenti italiani che hanno consumato cocaina nell‟ultimo anno. Anno 2014



ESPAD®Italia 2014

Il 14% degli studenti ritiene sia facile reperire cocaina. Per entrambi i generi al crescere dell‟età aumenta la facilità a reperire la sostanze: a 15 anni la prevalenza è dell‟8% per entrambi i generi, ma al crescere dell‟età le prevalenze dei maschi arrivano, tra i 19enni, a superare il 22%, tra le coetanee il 15%. Non si rilevano differenze tra le diverse tipologie di consumatori rispetto alla facilità a reperire la sostanza (75% tra i consumatori recenti e 76% tra i consumatori frequenti).

È soprattutto per strada (11%) che gli studenti ritengono di poterla reperire facilmente così come in discoteca (11%) o direttamente da uno spacciatore (9%). Le differenze tra maschi e femmine vedono i

primi riportare prevalenze più alte, soprattutto rispetto alla strada (M=13%; F=9%) e allo spacciatore (M=10%; F=7%). Chi ha consumato cocaina nell‟ultimo anno ha indicato lo spacciatore come il luogo presso cui reperire più facilmente la sostanza (41%) seguito dalla strada (39%) e dalla discoteca (38%). Poco diversa la distribuzione dei consumatori frequenti, per i quali il posto maggiormente indicato è sempre lo spacciatore (40%) a seguire discoteca e strada (rispettivamente 37% e 34%).

Un quarto dei consumatori correnti ha speso oltre 90€ mentre il 34% riferisce di non aver speso nulla. La situazione è diversa tra i consumatori frequenti: superano il 44% quelli che hanno speso oltre 90€ e non raggiungono il 23% quelli che non hanno speso denaro per procurarsi la sostanza.

Il consumo di stimolanti ed allucinogeni

Le prevalenze annuali riferite a queste sostanze psicoattive evidenziano la stessa diffusione: il 2,6% degli studenti italiani ha utilizzato stimolanti (es. amfetamine ed ecstasy) ed il 2,4% ha fatto uso di allucinogeni (es. LSD e funghi allucinogeni), sono rispettivamente l"1,6% e 1,4% i *"current users"* (coloro che hanno consumato nel mese antecedente lo svolgimento della survey). Come evidenziato nel caso della cocaina, quasi la metà dei "current users" è anche un "frequent user": lo 0,8% degli studenti italiani ha utilizzato stimolati almeno 10 volte nel corso dei 30 giorni antecedenti la somministrazione del questionario e una quota altrettanto consistente ha utilizzato allucinogeni con la stessa frequenza. Negli anni le prevalenze annuali dal 2003 al 2008 seguono un andamento progressivamente crescente (da 1,9% a 2,8% per gli stimolanti e da 2,2% a 2,9% per gli allucinogeni), mentre è dal 2012 che tendono a rimanere costanti, con valori pari a 2,5% nel caso del consumo di allucinogeni ed intorno a 2,6-2,8% per gli stimolanti. Sono le prevalenze riferite al *"current use"* che fanno registrare una tendenza all"aumento, così come quelle riferite al "*frequent use*" (10 o più volte nell"ultimo mese) mostrando, comunque, una stabilizzazione nel corso delle ultime tre rilevazioni. Rispetto alle sostanze stimolanti le prevalenze riferite ai *"current users"* passano da 0,9% del 2003 a 1,3% nel 2009 a 1,6-1,7% nelle ultime due rilevazioni, mentre quelle dei *"frequent users"* da 0,2% degli anni dal 2003 al 2005 a 0,6% nel 2009 a 0,8% nelle ultime tre rilevazioni. Anche per quanto riguarda i consumi di allucinogeni si osserva la stessa tendenza: le prevalenze riferite ai "*current users*" passano da 0,8% del 2005 a 1,2% nel 2007 a 1,3-1,4% nelle ultime due rilevazioni, così come nei rispettivi anni le prevalenze dei "*frequent users*" passano da 0,2% a 0,4% a 0,8% nelle ultime due rilevazioni.

Figura 52: Stime di prevalenza degli studenti italiani che hanno consumato stimolanti. Trend anni 2003-2014

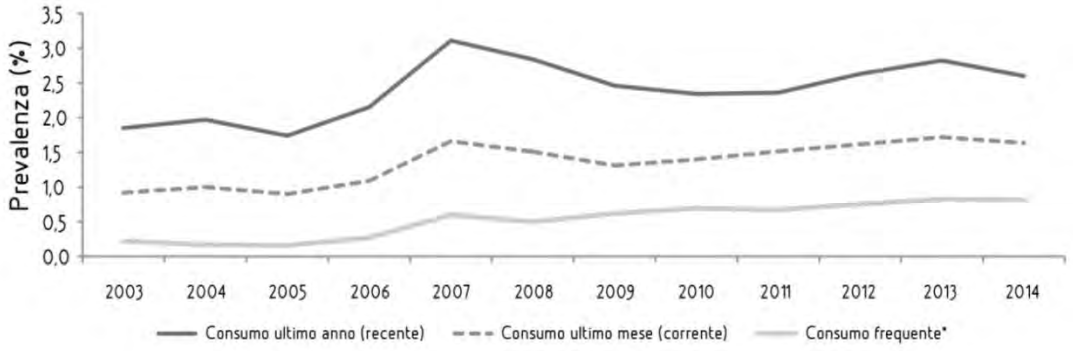
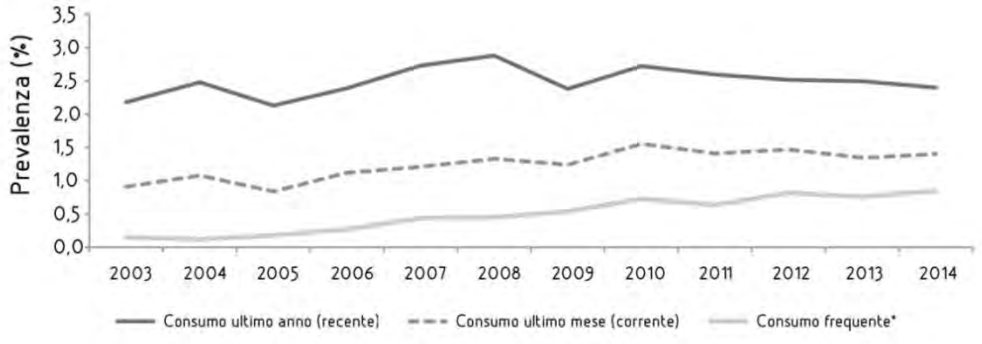


Figura 53: Stime di prevalenza degli studenti italiani che hanno consumato allucinogeni. Trend anni 2003-2014

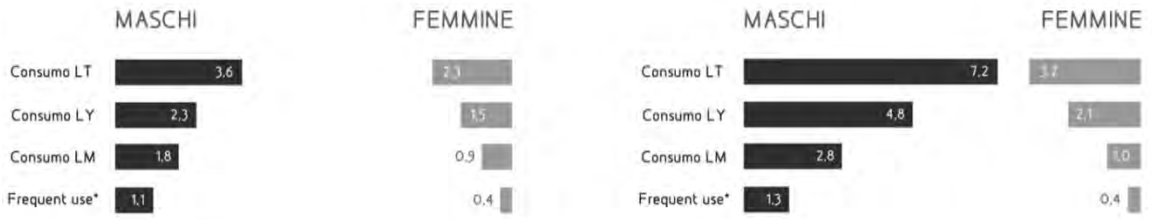


*Frequent use= 10 o più volte negli ultimi trenta giorni
ESPAD®Italia

Anche in questo caso, sono soprattutto gli studenti di genere maschile ad utilizzare queste sostanze, così come i maggiorenni.

Figura 54: Stime di prevalenza degli studenti italiani che hanno consumato stimolanti. Anno 2014

a) 15-17 anni **b) 18-19 anni**



LT= LifeTime (almeno una volta nella vita); LY= Last Year (almeno una volta negli ultimo dodici mesi); LM= Last Month (almeno una volta negli ultimi trenta giorni) ; Frequent use= 10 o più volte negli ultimi trenta giorni.
ESPAD®Italia 2014

Figura 55: Stime di prevalenza degli studenti italiani che hanno consumato allucinogeni. Anno 2014

a) 15-17 anni **b) 18-19 anni**

LT= LifeTime (almeno una volta nella vita); LY= Last Year (almeno una volta negli ultimo dodici mesi); LM= Last Month (almeno una volta negli ultimi trenta giorni) ; Frequent use= 10 o più volte negli ultimi trenta giorni.
ESPAD®Italia 2014

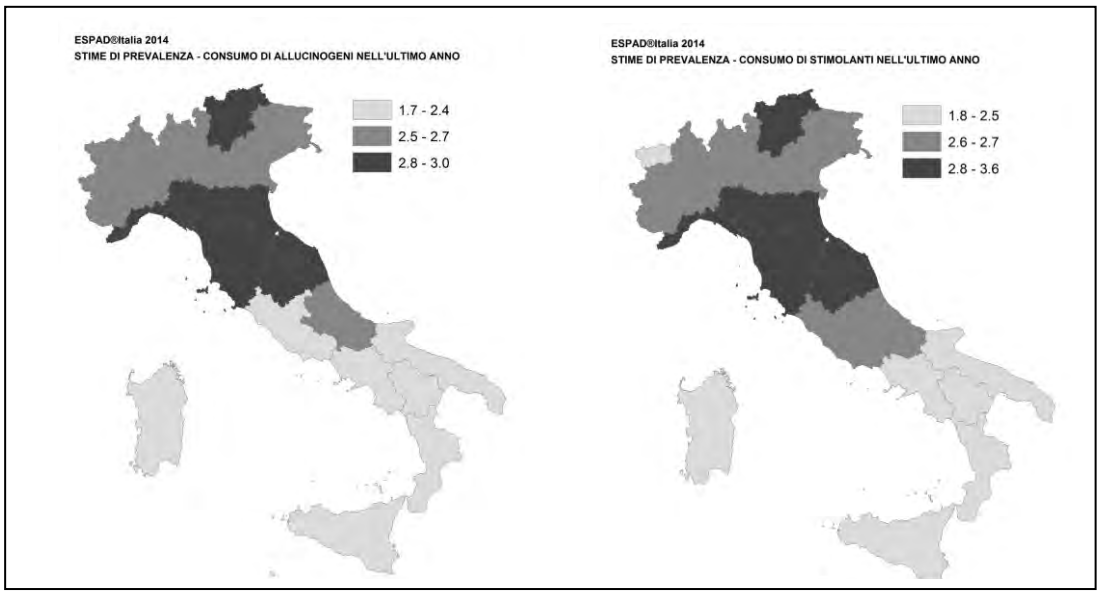
Analisi del consumo di stimolanti e allucinogeni nelle regioni italiane: il consumo recente negli ultimi 10 anni

I trend all'interno delle regioni italiane sono differenti per le due tipologie di sostanze sintetiche: a livello di macro area risulta più omogeneo quello degli stimolanti rispetto a quello degli allucinogeni, per i quali difatti si assiste ad un andamento altalenante. Per quanto riguarda gli stimolanti, si osservano incrementi in tutte le regioni dal 2005 al 2007. Successivamente, il consumo rimane costante nelle regioni del Sud-Italia e tende a diminuire gradualmente nelle Isole. Decrementi sostanziali dei consumi si osservano, invece, dal 2007 al 2009-2010 per tutte le regioni del Nord e del Centro, con ulteriori incrementi a partire dal 2011. Per gli allucinogeni si osservano incrementi dal 2005 al 2008 in tutte le regioni, anche se di minore entità nelle Isole. Negli anni successivi il trend nelle Isole è diverso da quello del resto d'Italia: se in queste si osserva un andamento altalenante, con picchi di consumo sia nel 2009 che nel 2012, nel resto d'Italia è proprio nel 2009 che i consumi diminuiscono, soprattutto al Nord, per riprendere ad aumentare nel 2010 e stabilizzarsi negli anni ultimi anni.

Nel 2014 è sempre la Sicilia, per entrambe le tipologie di sostanza, a riportare le prevalenze inferiori (allucinogeni=1,7%; stimolanti=1,9%); sono, invece, la Liguria per gli allucinogeni (3%) e l'Umbria (2,6%) per gli stimolanti a far registrare le prevalenze maggiori. A differenza di quanto rilevato per eroina e cocaina, per allucinogeni e stimolanti le prevalenze di consumo durante l'anno risultano inferiori alla media nazionale nelle regioni del Sud-Italia, con l'aggiunta di Sicilia e Sardegna, ma anche Lazio per gli allucinogeni (con valori inferiori a 2,4% per allucinogeni e 2,5% per stimolanti). Sono, invece, le regioni Trentino Alto Adige, Liguria, Emilia Romagna, Toscana, Umbria e Marche a porsi con valori superiori a quello di riferimento nazionale, riportando prevalenze superiori a 2,8% per entrambe le sostanze.

Figura 56: Stime di prevalenza degli studenti italiani che hanno consumato allucinogeni e stimolanti nell'ultimo anno. Anno 2014

a) Allucinogeni **b) Stimolanti**



ESPAD®Italia 2014

L'11% degli studenti a riferito di poter reperire facilmente stimolanti, così come il 69% dei consumatori recenti e l'80% dei consumatori frequenti.

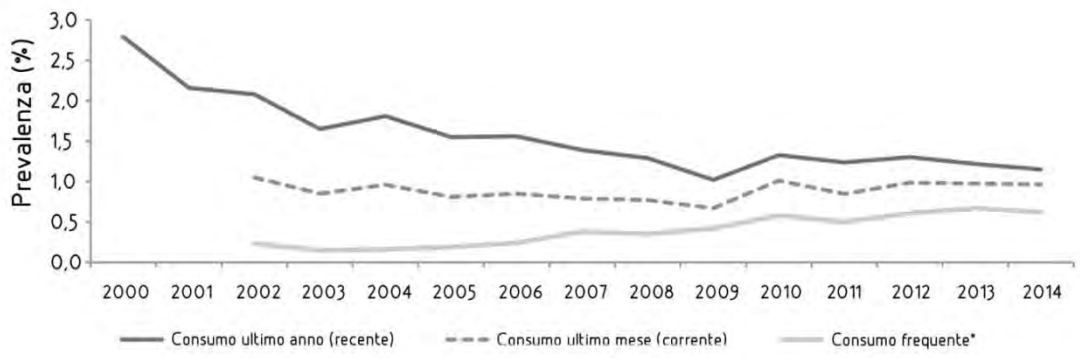
I luoghi dove gli studenti pensano di poter reperire facilmente stimolanti sono la discoteca (10%), la strada (8,5%), le manifestazioni pubbliche (8%) e tramite uno spacciatore (6,5%). I maschi sembrano avere meno difficoltà a individuare luoghi dove recuperare la sostanza, riportando sempre prevalenze maggiori rispetto alle femmine. La discoteca resta il luogo maggiormente indicato anche dai consumatori recenti (44%), seguita dalle manifestazioni pubbliche (35%) e dallo spacciatore (34%).

Il 12% degli studenti ritiene che gli allucinogeni siano di facile reperimento, in particolare tra i consumatori recenti e tra i frequent users (75%). Come per gli stimolanti sono la discoteca, la strada (entrambe oltre il 7%), le manifestazioni pubbliche e tramite uno spacciatore (entrambi al 6%) i luoghi nei quali gli studenti pensano di poter reperire facilmente allucinogeni. Anche in questo caso i maschi riportano prevalenze superiori per tutti i luoghi indagati, soprattutto rispetto alla strada (M=9,2%; F=5,9%). Il contatto con lo spacciatore è il luogo indicato di maggior reperibilità per chi ha assunto allucinogeni negli ultimi 30 giorni (36%) seguito dalla discoteca (34%) e dalla strada (31%). Casa dello spacciatore rimane il luogo maggiormente identificato anche dai consumatori frequenti (34%), seguito dalle vicinanze della scuola (30%).

Il consumo di eroina

L'eroina è, da sempre, la sostanza psicoattiva illegale meno utilizzata dagli studenti italiani. Dopo quasi un decennio di progressiva diminuzione dei consumi annuali (dal 2,8% nel 2000 all'1% nel 2009) e di quelli correnti (da 1,1% nel 2002 a 0,7% nel 2009), dal 2010 si è assistito ad una leggera ripresa dei consumi e allo stabilizzarsi delle prevalenze annuali intorno a valori dell'1,1-1,3% e dell'1% per quelle riferite al "current use". Rispetto al "frequent use" si osserva un incremento lieve ma crescente che da 0,2% del 2002 passa a 0,4% nel 2009 a 0,6-0,7% nelle ultime tre rilevazioni.

Figura 57: Stime di prevalenza degli studenti italiani che hanno consumato eroina. Trend anni 2000-2014

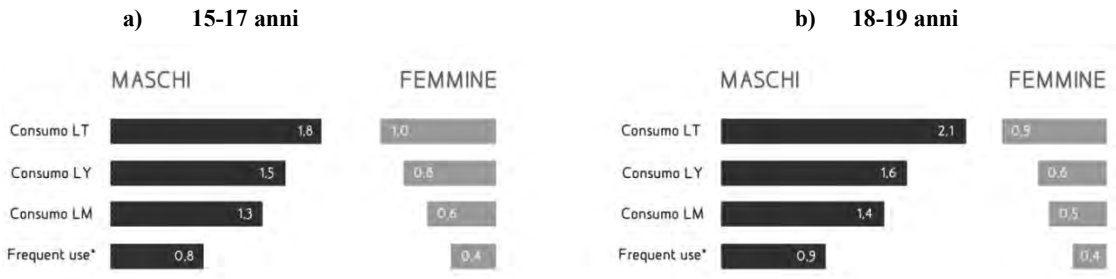


*Frequent use= 10 o più volte negli ultimi trenta giorni
ESPAD®Italia

Sono l'1,1% coloro che l'hanno assunta nei dodici mesi precedenti lo studio e per l'1% il consumo è avvenuto anche nel corso degli ultimi trenta giorni. Per il 60% dei *"current users"* (che

corrispondono allo 0,6% di tutti gli studenti italiani 15-19enni) si è trattato di farne un uso frequente, per 10 o più volte negli ultimi 30 giorni. Per tutte le tipologie di consumo le prevalenze maschili risultano superiori a quelle femminili, con un rapporto di genere di circa 1 maschio ogni 2 femmine. A differenza di quanto rilevato per le altre sostanze illegali, le prevalenze per genere risultano del tutto simili tra minorenni e maggiorenni.

Figura 58: Stime di prevalenza degli studenti italiani che hanno consumato eroina. Anno 2014



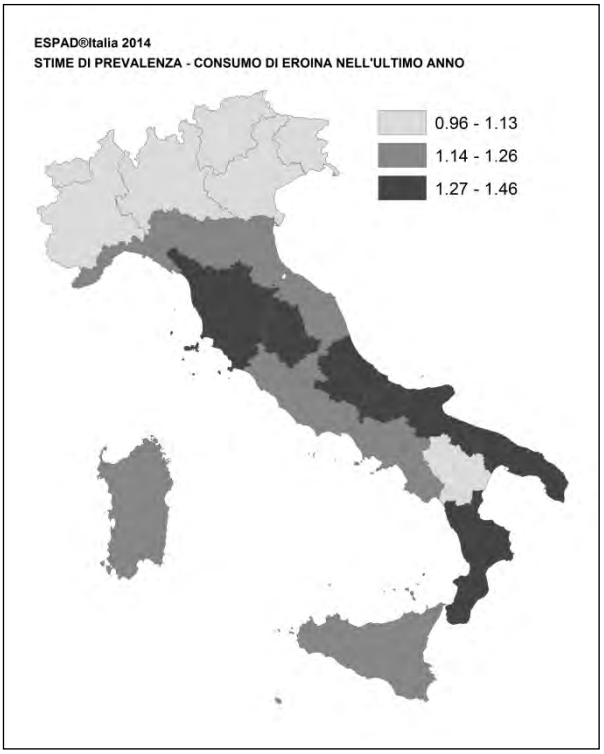
LT= LifeTime (almeno una volta nella vita); LY= Last Year (almeno una volta negli ultimo dodici mesi); LM= Last Month (almeno una volta negli ultimi trenta giorni) ; Frequent use= 10 o più volte negli ultimi trenta giorni.
ESPAD®Italia

Analisi del consumo di eroina nelle regioni italiane: il consumo recente negli ultimi 10 anni

Nello specifico si assiste ad una costante diminuzione dei consumi fino al 2009, anno in cui per tutte le regioni italiane si sono registrate le prevalenze più basse. A partire dal 2010 i consumi aumentano leggermente per stabilizzarsi sino al 2012 nelle regioni del Sud-Italia e nelle Isole e diminuire successivamente (fatta eccezione per Abruzzo e Molise dove le prevalenze continuano a rimanere stabili). Nel Nord e nel Centro-Italia, dopo l"incremento registrato nel 2010, le prevalenze tendono a stabilizzarsi. Nel 2014 sono la Lombardia a far registrare la prevalenza più bassa (1%) e il Molise quella più alta (1,5%).

Nel complesso sono le regioni della fascia Sud-orientale, alle quali si aggiungono Toscana, Umbria e Calabria, a riportare le prevalenze superiori alla media italiana con valori compresi tra 1,27 e 1,46%. Tutte le regioni del Nord-Italia con l"aggiunta di Basilicata si pongono al di sotto del valore nazionale.

Figura 59: Stime di prevalenza degli studenti italiani che hanno consumato eroina nell‟ultimo anno. Anno 2014



ESPAD®Italia 2014

Sono il 7% la prevalenza degli studenti che ritengono facile reperire eroina: non si evidenziano distinzioni di genere. Come per la cocaina, la facilità aumenta all‟aumentare dell‟età. Tra gli studenti che hanno consumato eroina recentemente, la prevalenza è del 67% e tra i consumatori frequenti del 70%. Sono strada (7%), discoteca (6,4%) e casa dello spacciatore (6%) i luoghi dove gli studenti pensano di poter trovare facilmente eroina. I maschi riportano prevalenze più alte soprattutto quelle riferite allo spacciatore e alla strada.

Tra chi ha consumato eroina negli ultimo dodici mesi, il luogo in cui è più semplice reperire la sostanza è casa dello spacciatore (36%), seguono la discoteca, i bar e la scuola (28%); tra i frequent users la casa dello spacciatore resta il luogo maggiormente indicato (39%), seguito dai luoghi circostanti scuola (35%).

Rispetto alla spesa, il 29% dei consumatori correnti riferisce di non aver speso denaro e il 32% di aver speso oltre i 90€; tra i consumatori frequenti oltre il 45% ha speso 91 o più euro e il 18% riferisce di non aver sostenuto alcuna spesa.

Il danno associato al consumo di una o più sostanze psicoattive (indicatori FUS e PDS)

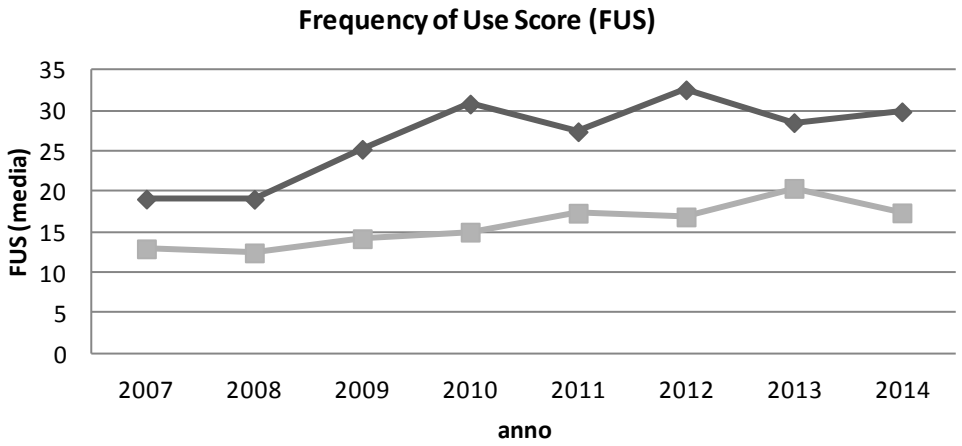
Gli indicatori Frequency of Use Score (FUS) e Poly-Drug Score (PDS) sono dei punteggi calcolabili per ogni utilizzatore che rappresentano, rispettivamente, la frequenza globale del consumo di una o più droghe e la misura del danno che l‟assunzione di queste provoca alla salute. La definizione di questi indicatori si basa sulla classificazione delle conseguenze negative sulla

salute fatta da Van Amsterdam (Van Amsterdam et al. 2010) il quale ha assegnato un punteggio di danno a ciascuna sostanza
considerandone la tossicità acuta, la tossicità cronica e la dipendenza. Per ogni utilizzatore, il FUS si ottiene sommando le frequenze d‟uso di tutte le sostanze usate, mentre il PDS si ottiene facendo la somma "pesata" delle frequenze d‟uso di tutte le sostanze usate, utilizzando come "pesi" i punteggi di Van Amsterdam. La descrizione più dettagliata di questi indicatori e una prima applicazione ai dati ESPAD® si può trovare in Mammone et al. 2014. Rispetto alla prevalenza d‟uso, questi indicatori tenendo in considerazione le conseguenze sulla salute misurano la gravità dell‟uso di sostanze (sia essa dovuta all‟uso molto frequente di una sostanza altamente dannosa, oppure all‟uso di più sostanze mediamente dannose a frequenze più moderate), mentre la prevalenza misura solamente la diffusione dell‟uso.

Gli indicatori FUS e PDS sono stati calcolati, dall‟indagine del 2007 fino a quella del 2014, sugli studenti tra i 15 e i 19 anni che hanno dichiarato di aver consumato almeno una sostanza[40] nel corso dei 30 giorni antecedenti alla compilazione del questionario. Al trend degli indicatori FUS e PDS è stato affiancato il trend della prevalenza d‟uso di almeno una sostanza. Questi indicatori, con andamenti molto simili tra loro essendo strettamente correlati l‟uno all‟altro, risultano in netta crescita sino al 2012 per i maschi e fino al 2013 per le femmine. Il consumo corrente nel complesso, è rimasto sostanzialmente stabile, dal 2007 al 2011. Ciò significa che in questi anni, nonostante non sia cambiata la diffusione dell‟uso di sostanze tra gli studenti, coloro che hanno utilizzato sostanze lo hanno fatto con modalità e frequenze sempre più dannose per la salute. Dal 2012 per i maschi e 2013 per le femmine gli indicatori FUS e PDS hanno assunto un andamento decrescente a fronte anche di un aumento della prevalenza. La distinzione di genere, se non per tassi evidentemente più elevati tra i maschi rispetto alle femmine, non evidenzia differenze avendo, studenti e studentesse, i medesimi andamenti. Le uniche differenze sono aumenti più "diluiti" nel tempo per le studentesse mentre i coetanei rilevano incrementi più decisi nel 2010 e nel 2012, oltre alla diversa tendenza dell‟ultima rilevazione: gli studenti fanno registrare un lieve incremento in entrambi gli indicatori, mentre le ragazze un calo a fronte di un incremento della prevalenza per entrambi.

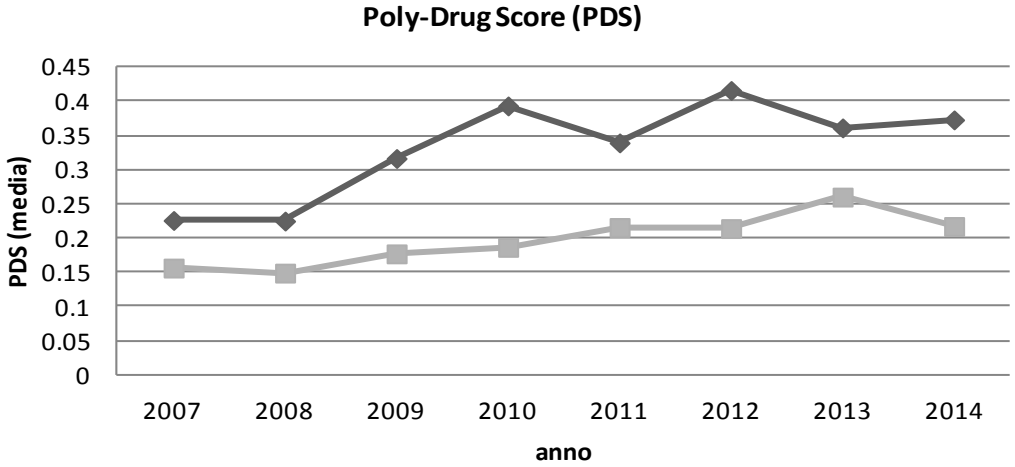
40 Cannabis, eroina, cocaina, stimolanti, allucinogeni, psicofarmaci e anabolizzanti.

Figura 60: Andamento temporale del FUS. Popolazione studentesca 15-19 anni. Distinzione per genere. Anni 2007-2014



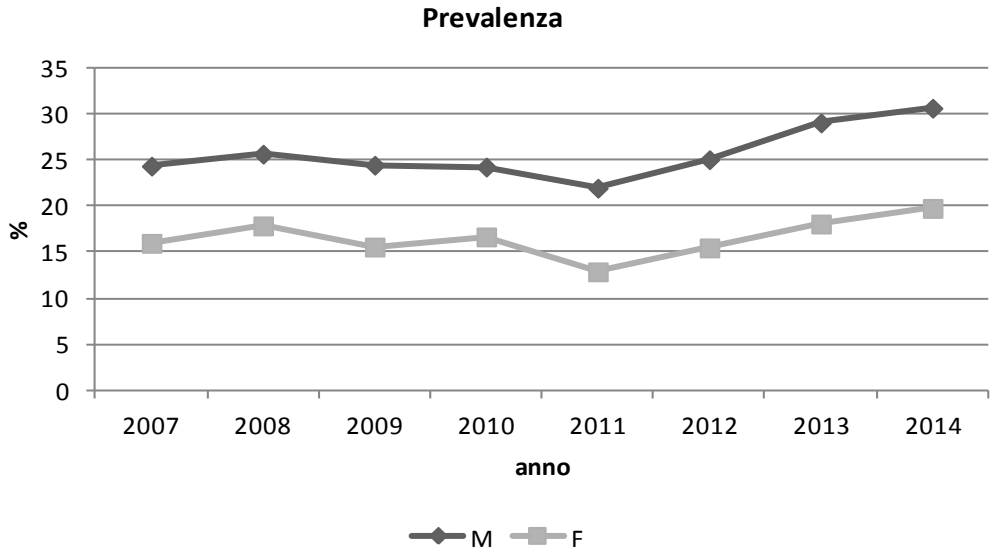
ESPAD®Italia

Figura 61: Andamento temporale del PDS. Popolazione studentesca 15-19 anni. Distinzione per genere. Anni 2007-2014



ESPAD®Italia

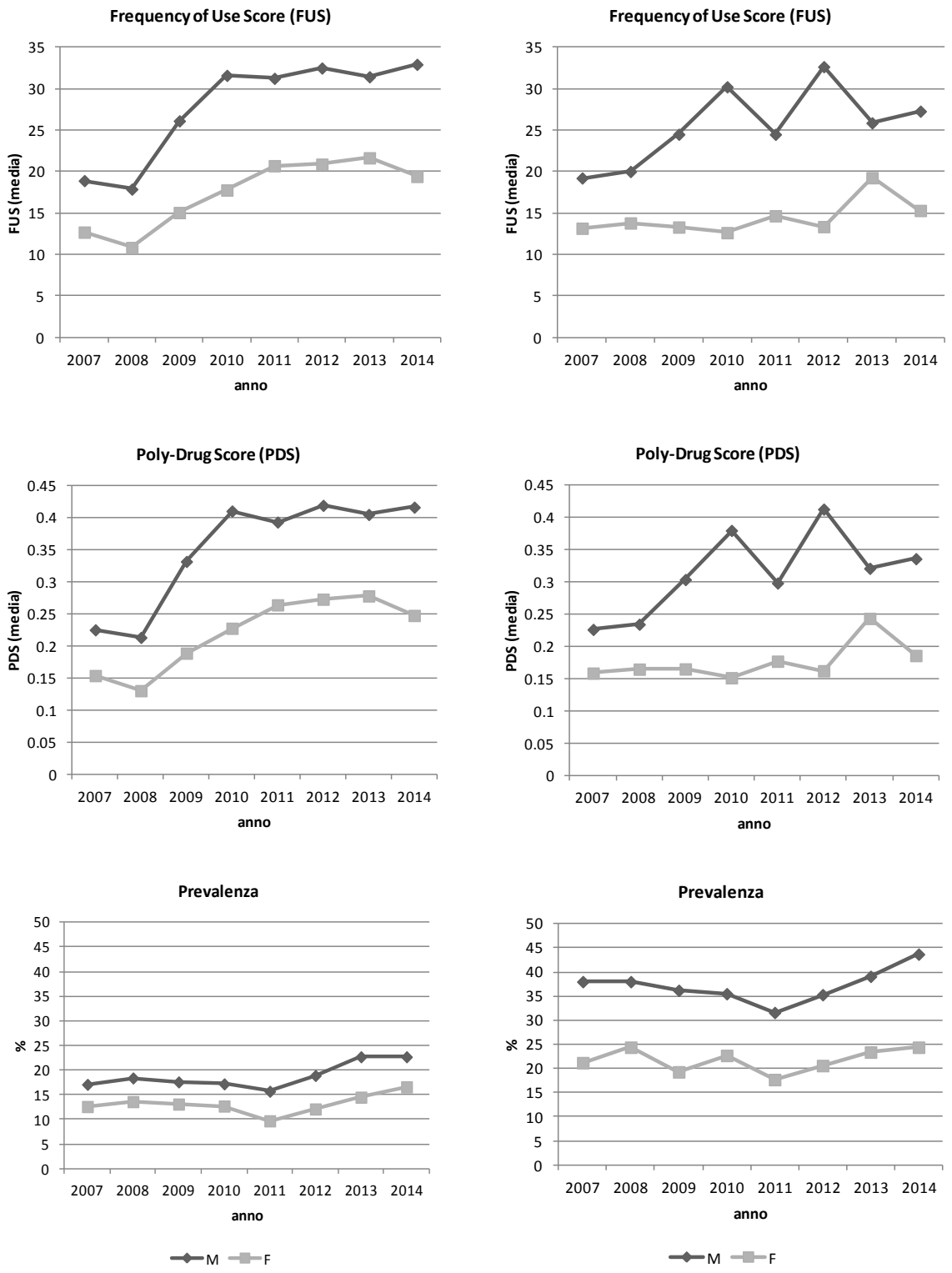
Figura 62: Andamento temporale della prevalenza. Popolazione studentesca 15-19 anni. Distinzione per genere. Anni 2007-2014



ESPAD®Italia

È tra minorenni e maggiorenni che invece si evidenziano le differenze più rilevanti. Tra i primi, sino al 2010, si è osservato un forte incremento degli indicatori FUS e PDS, a fronte di una lieve diminuzione della prevalenza; i maggiorenni, invece, ricalcano l‟andamento della popolazione intera presentando incrementi meno graduali. Le discrepanze maggiori però si riscontrano tra l‟entità degli indicatori: se fino al 2008 erano i maggiorenni a presentare valori più elevati (quindi un uso più dannoso per la salute), dal 2009 al 2014 si inverte la tendenza.Rispetto alle differenze di genere, come nella popolazione studentesca generale, gli andamenti sono molto simili: le studentesse riportano variazioni più omogenee, gli studenti variazioni più significative di anno in anno ma gli andamenti per genere, tra le due classi di età, sono i medesimi. I maschi superano in entrambe le classi di età e per entrambi gli indicatori le coetanee.

Figura 63: Andamento temporale del FUS, del PDS e della prevalenza. Distinzione per genere e tra studenti maggiorenni e minorenni. Anni 2007-2014.



Caratteristiche dei consumatori "frequenti"

Al fine di individuare le caratteristiche associate ai consumatori "frequenti", sia di cannabis che di altre sostanze illegali, sono stati utilizzati dei modelli statistici di regressione logistica che stima le misure di associazione Odds Ratio-OR (o "Rapporto tra Odds") associate alle diverse variabili raccolte nel questionario. Le misure di associazione sono state aggiustate per genere ed età e vengono riportate in tabella come ORadj (IC= intervallo di confidenza 95%). Se l'OR assume un valore superiore ad 1 è possibile affermare che la variabile in esame risulta associata in maniera positiva con il comportamento in studio. Se invece l'OR risulta negativo la variabile in esame è associata negativamente al fenomeno in studio. La significatività statistica è stata stabilita per un valore di $p \leq .05$.

I consumatori "frequenti" di cannabis

Gli studenti che hanno assunto frequentemente cannabis, ovvero 20 o più volte nel mese, evidenziano un'associazione fortemente positiva con il bere 5 o più unità alcoliche in un tempo ristretto (praticare cioè il binge drinking), con il fumare quotidianamente sigarette così come con l'aver assunto sostanze psicoattive "sconosciute". I "frequent users" di cannabis, inoltre, mostrano una maggiore probabilità di giocare d'azzardo durante l'anno così come avere un comportamento di gioco definibile problematico. Oltre alla maggiore propensione ai comportamenti a rischio, i "frequent users" evidenziano associazioni positive anche rispetto ad alcune caratteristiche relative alla famiglia d'origine, alla gestione del tempo libero e all'andamento scolastico. Vivere in una famiglia "non tradizionale" (ad esempio famiglia monogenitoriale, allargata, etc.) avere fratelli che utilizzano sostanze psicoattive illegali e genitori che non controllano la gestione dei soldi da parte dei figli sono caratteristiche che risultano fortemente associate all'essere un frequent users di cannabis.

Dall'altra parte, coloro che riferiscono di avere una situazione economica familiare mediamente elevata, di essere monitorati dai genitori nelle attività del sabato sera o ancora di essere soddisfatti del rapporto con i propri genitori e/o con i fratelli evidenziano una minore probabilità di essere un consumatore frequente di cannabis. Anche rispetto al rapporto con i pari, i frequent users si distinguono in quanto evidenziano un'associazione fortemente positiva con l'avere amici che usano sostanze psicoattive illegali, uscire frequentemente la sera (andare un discoteca, al bar, ecc.) e/o andare in giro con gli amici (stare per strada, andare al centro commerciale, ecc.).

Caratteristiche dei consumatori frequenti di cannabis

Minore probabilità di consumo		**Maggiore probabilità di consumo**	
Caratteristica	*ORadj (IC 95%)*	***Caratteristica***	*ORadj (IC 95%)*
		Altri comportamenti a rischio	
		Binge drinking	6.2 (5.3;7.2)
		Aver giocato d'azzardo recentemente	1.6 (1.4;1.8)
		Profilo problematico per il gioco d'azzardo	2.7 (2.1;3.5)

		Aver usato droghe sconosciute	7.8 (6.4;9.7)
		Fumare sigarette quotidianamente	16.1 (13.7;19)
Famiglia			
Situazione economica familiare medio-alta	0.6 (0.5;0.7)	Vivere in una famiglia "non tradizionale"	2.2 (1.9;2.5)
Essere controllati dai genitori nelle uscite del sabato sera	0.2 (0.2;0.3)	Spendere più di 50 euro a settimana senza il controllo dei genitori	4.6 (3.9;5.5)
Soddisfatti del rapporto coi propri genitori	0.4 (0.3;0.4)	Avere fratelli che consumano droghe	7.3 (6.1;8.7)
Soddisfatti del rapporto coi propri fratelli/sorelle	0.6 (0.5;0.7)		
Scuola			
Avere un rendimento scolastico medio/alto	0.3 (0.3;0.4)	Aver perso 3 o più giorni di scuola senza motivo	4.4 (3.8;5)
Amici e tempo libero			
Partecipare spesso ad attività sportive	0.7 (0.6;0.8)	Avere amici che consumano droghe	8 (5.9;10.9)
		Andare spesso in giro con gli amici	2.6 (2;3.4)
		Uscire spesso la sera	3.6 (3;4.4)

I consumatori "frequenti" di altre illegali (cocaina, eroina, allucinogeni, stimolanti)

L'1,5% degli studenti è un consumatore frequente di almeno una sostanza illegale tra cocaina, eroina, allucinogeni e/o stimolanti, ovvero ne ha fatto uso almeno 10 volte nell'ultimo mese. Tra questi il 37% è anche consumatore frequente di cannabis. Tali studenti mostrano una associazione positiva con tutti gli altri comportamenti a rischio. Tuttavia, rispetto ai consumatori frequenti di cannabis, evidenziano associazioni più elevate con il consumo di sostanze sconosciute e con il gioco d'azzardo (soprattutto con il gioco d'azzardo problematico), ed inferiori per il consumo quotidiano di sigarette. I frequent users di altre illegali evidenziano associazioni positive più elevate anche rispetto ad alcune caratteristiche relative alla famiglia d'origine, come vivere in una famiglia "non tradizionale", avere fratelli che utilizzano sostanze psicoattive illegali e avere genitori che non controllano la gestione dei soldi da parte dei figli. Rispetto alla gestione del tempo libero ed al rapporto coi pari, i frequent users di altre illegali si distinguono in quanto evidenziano un'associazione positiva meno forte rispetto ai frequent users di cannabis con l'avere amici che usano sostanze psicoattive illegali e con l'uscire frequentemente la sera (andare un discoteca, al bar, ecc.), mentre andare in giro con gli amici (stare per strada, andare al centro commerciale, ecc.) non risulta associato al consumo frequente di altre illegali.

Caratteristiche dei consumatori frequenti di altre illegali

Minore probabilità di consumo		**Maggiore probabilità di consumo**	
Caratteristica	*ORadj (IC 95%)*	***Caratteristica***	*ORadj (IC 95%)*
		Altri comportamenti a rischio	
		Binge drinking	6.5 (5.1;8.3)
		Aver giocato d'azzardo recentemente	2.7 (2.2;3.4)
		Profilo problematico per il gioco d'azzardo	27.9 (19.7;39.5)
		Aver usato droghe sconosciute	55 (43.5;69.5)
		Fumare sigarette quotidianamente	5.7 (4.7;7.1)
		Famiglia	
Situazione economica familiare medio-alta	0.5 (0.4;0.6)	Vivere in una famiglia non tradizionale	6.8 (5.4;8.5)
Essere controllati dai genitori nelle uscite del sabato sera	0.1 (0.1;0.2)	Spendere più di 50 euro a settimana senza il controllo dei genitori	6.7 (4.9;9.2)
Soddisfatti del rapporto coi propri genitori	0.4 (0.3;0.6)	Avere fratelli che consumano droghe	14.3 (11.3;18.3)
Soddisfatti del rapporto coi propri fratelli/sorelle	0.5 (0.4;0.6)		
		Scuola	
Avere un rendimento scolastico medio/alto	0.3 (0.2;0.4)	Aver perso 3 o più giorni di scuola senza motivo	3.8 (3.1;4.7)
		Amici e tempo libero	
Partecipare spesso ad attività sportive	0.7 (0.6;0.9)	Avere amici che consumano droghe	3.3 (2.4;4.6)
		Uscire spesso la sera	1.6 (1.3;2.0)

Confronto tra metodologia di somministrazione cartacea (P&P) e online (Web) sull'autocompilazione del questionario ESPAD®Italia 2014 tra gli studenti italiani: partecipazione, qualità dei dati e stime di prevalenza

Nel corso degli ultimi quindici anni, si è assistito ad un crescente uso di Internet per la raccolta dei dati nella ricerca in campo sanitario. I vantaggi derivanti dall"utilizzo della rilevazione online, rispetto a quella cartacea (P&P) stanno contribuendo ad una maggiore considerazione dell"utilizzo della metodologia Web nella gestione degli studi trasversali che prevedono la compilazione di questionari auto-somministrati, come nel caso delle indagini condotte tra gli adolescenti nelle scuole (Denniston et al., 2010).

I vantaggi di condurre un"indagine utilizzando la metodologia Web includono: una riduzione dei costi per la raccolta dei dati, un ridotto numero di errori grazie all"immissione automatica delle risposte e l'accessibilità dei dati in breve tempo. D'altra parte, la compilazione di un questionario web dipende dall'integrità della connessione internet delle scuole partecipanti e da una crescente difficoltà nella raccolta dei dati associata alla programmazione e organizzazione della rilevazione: è difatti necessario prenotare i laboratori di informatica per tempo così come riuscire a garantire la partecipazione solo agli studenti selezionati e soprattutto la compilazione di un solo questionario per studente, garantendone comunque l'anonimato (Eaton et al., 2010).
È noto in letteratura che i metodi di raccolta dei dati possono influenzare le risposte su domande sensibili (ad esempio sull"uso di droghe), così come la validità di un dato self-reported può essere influenzato dalla percezione della privacy o riservatezza da parte degli studenti intervistati. Alcuni studi che mettono a confronto la qualità dei dati ottenuti con P&P, rispetto a somministrazioni Web, tra gli adolescenti rilevano questionari più incompleti tra quelli compilati via web, mentre altri studi evidenziano che i dati derivanti da indagini P&P riportano più valori mancanti (Bates et al., 2008; Raat et al., 2007). Inoltre, i risultati di alcuni studi basati sul confronto tra indagini Web e P&P sui comportamenti a rischio non hanno trovato differenze significative rispetto alle prevalenze di tali comportamenti (Bates et al., 2008).
Lo scopo del nostro studio è quello di indagare la comparabilità di una vasta gamma di dati relativi ai comportamenti sensibili e non sensibili ottenuti via web contro il tradizionale metodo P&P in un campione rappresentativo nazionale di studenti. Un campione rappresentativo di 31 scuole secondarie italiane è sono stato estratto casualmente dal campione dello studio ESPAD®Italia 2014. Due interi corsi (dalla prima alla quinta classe) sono stati selezionati e assegnati ad una delle due condizioni (P&P o Web).
Le scuole che hanno rifiutato di partecipare sono state sostituite con altre estratte in modo casuale aventi le stesse caratteristiche (geografiche e tipo di scuola). 53 scuole si sono rifiutate di partecipare per vari motivi (17 a causa della mancanza di strutture informatiche adeguate).
Gli studenti di 15-19 anni che hanno partecipato sono stati 2.191 per lo studio P&P e 1.937 per l'indagine Web. Domande sensibili, come l"uso di droghe, e non sensibili, come il consumo di frutta e verdura, sono state prese in considerazione nell"analisi. Sia le incongruenze che le risposte mancanti sono state confrontate tra P&P e Web.
I risultati sulla qualità dei dati hanno rilevato un maggior numero di questionari incompleti per la somministrazione via web, mentre nessuna differenza significativa è stata rilevata per le incongruenze totali. Un effetto della modalità di compilazione è stato osservato per diverse domande riguardanti l"uso di sostanze a diffusione più bassa: la modalità P&P ha prodotto stime di prevalenza più elevate. Non sono state riscontrate invece differenze per le domande non sensibili. Nel complesso, nel confronto con la prevalenza del campione nazionale, il sottocampione partecipante a tale studio ha prodotto stime di prevalenza più basse.
Un effetto della modalità è stato osservato tra gli studenti italiani, così come una auto-selezione delle scuole in grado di partecipare alla somministrazione web. Prima di apportare modifiche nella modalità di gestione di un sistema di sorveglianza nazionale in corso, è fondamentale prendere in considerazione gli effetti potenziali che tali cambiamenti potrebbero avere sulla partecipazione delle scuole, e degli intervistati, la qualità dei dati e le stime di prevalenza generate dalle ricerche in quanto i cambiamenti nella modalità di raccolta dei dati potrebbero compromettere soprattutto la capacità di valutare le tendenze nel tempo.

Indagine ESPAD®Italia2014: campione, rispondenti e non rispondenti

L"indagine ESPAD®Italia nell"edizione 2014 è stata condotta a partire dal campione di studenti di età compresa tra i 15 ed i 19 anni e dal numero di scuole dislocate su tutto il territorio nazionale. Di

seguito è riportata la distribuzione per area geografica del campione teorico, effettivo ed analizzato delle scuole e degli studenti.

Tabella 14: Distribuzione per area geografica del campione teorico, effettivo ed analizzato delle scuole e degli studenti.

	TOTALE	CAMPIONE TEORICO	CAMPIONE EFFETTIVO	CAMPIONE ANALIZZATO	PERCENTUALE DI RISPOSTA
Scuole	7105	474	405	405	85,44
NORD	2675	192	168	168	87,50
CENTRO	1317	95	80	80	84,21
SUD-ISOLE	3113	187	157	157	83,96
Popolazione	2652448*	41000**	32542	30091	
NORD	1069892	17000	14571	13586	
CENTRO	504468	8000	6257	5731	
SUD-ISOLE	1078088	16000	11714	10774	

* dati aggiornati: http://dati.istat.it/Index.aspx?DataSetCode=DCIS_SCUOLESECOND2

**stimato considerando il numero medio di studenti per scuola

Le scuole che hanno somministrato i questionari sono state complessivamente 405, pari ad una rispondenza di circa l‟85%, che varia tra l‟84% delle scuole dislocate al Sud e nelle Isole maggiori, all‟88% delle scuole del Nord-Italia.Meno dello 0,5% degli studenti presenti in classe durante la somministrazione, si è rifiutato di partecipare all‟indagine.

I questionari compilati ricevuti sono stati 32,452. Dopo le procedure di pulizia dei dati, precedemente descritte, il campione analizzato risulta composto da 30,091 questionari.

Di seguito vengono riportati i dati del campione teorico e del campione analizzato di studenti iscritti per tipologia di scuola e macro-area.

Tabella 15: Distribuzione del campione teorico di studenti iscritti per tipologia di scuola e macro-area.

	LICEI	ARTISTICI	TECNICO/ PROFESSIONALI	TOTALE
NORD	417749	44136	608007	1069892
CENTRO	228869	21380	254219	504468
SUD-ISOLE	475104	35915	567069	1078088

Tabella 16: Distribuzione del campione analizzato di studenti iscritti per tipologia di scuola e macro-area.

	LICEI	ARTISTICI	TECNICO/ PROFESSIONALI	TOTALE
NORD	5401	820	7365	13586
CENTRO	2532	238	2961	5731
SUD-ISOLE	4727	562	5485	10774

In tabella è riportata la distribuzione per genere e fasce di età rilevate dai questionari ricevuti[41].

Tabella 17: Distribuzione per genere e fasce di età rilevate dai questionari ricevuti.

	15 anni	16 anni	17 anni	18 anni	19 anni
Maschi	2,743	3,092	2,980	2,812	3,558
Femmine	2,823	2,968	2,761	2,729	3,383

Le stime vengono poi corrette attraverso l‟utilizzo di metodi di calibrazione delle stime stesse. Si tratta di procedure che mettono in relazione caratteristiche note a livello di popolazione con quanto rilevato dall‟indagine sulle stesse caratteristiche, in maniera tale da definire una struttura di pesi adeguata per le stime[42,43,44.]

2.3 Uso illegale di farmaci psicotropi, in particolare tra i giovani

Cenni sull'Inquadramento internazionale del fenomeno

E‟ opportuno inquadrare l‟analisi del commercio online e del consumo senza ricetta di farmaci psicotropi in un più ampio ambito internazionale, anche perché storicamente gli andamenti del mercato americano hanno spesso preceduto tendenze europee e italiane; la globalizzazione accelera il processo. In Italia, peraltro, abbiamo a disposizione dati che mettono in luce la stessa tendenza di consumo, anche se non particolarmente legata per quanto riguarda i farmaci, al commercio online.

41 In 242 questionari non era presente l‟informazione sul genere e/o l‟età

42Deville J.C., C.E. Särndal. 1992. Calibration Estimators in Survey Sampling. *Journal of the American Statistical Association*, 87:367-382.

43Kott, Phillip S. 2006. "Using Calibration Weighting to Adjust for Nonresponse and Coverage Errors." Survey Methodology 32(2):133–142.

44 http://www.istat.it/it/strumenti/metodi-e-strumenti-it/metodi-di-elaborazione/biblio-estimation

Già nel 2008 il **"National Drug Threat Assessment 2008",** a cura del **National Drug Intelligence Center (United States Department of Justice)** riportava le affermazioni seguenti, con supporto di consistenti dati statistici:

"E' molto probabile che l'applicazione della legge dovrà confrontarsi con un crescente numero di "farmacie" localizzate all'estero ma operanti via Internet, man mano che i cittadini americani acquisiranno pratica nell'acquisto di droghe da queste fonti".

" Il numero di tali "farmacie" Internet è in aumento".

"Gruppi criminali e utilizzatori eccessivi talvolta rubano farmaci droganti dai veicoli che li trasportano dai luoghi di fabbricazione a quelli di distribuzione, all'ingrosso o al dettaglio".

Nello stesso rapporto veniva anche significativamente fatto notare che i più rigorosi controlli sulle ricette e i comportamenti di medici e farmacisti aveva provocato il passaggio degli utilizzatori ad altre modalità di acquisto (internet e non).

Analogamente, i punti essenziali sul fenomeno si possono leggere nel World Drug Report di UNODC del 2012.

Beyond the traditional "highs":
… the non-medical use of prescription pharmaceuticals

Global figures for the non-medical use of prescription drugs other than opioids and amphetamines are not available. Nevertheless, this is reportedly a growing health problem, with prevalence rates higher than for numerous controlled substances in many countries. In the United States, for example, lifetime, annual and monthly prevalence of non-medical use of psychotherapeutics (mostly pain relievers) among persons aged 12 and over was reported as 20.4, 6.3 and 2.7 per cent, respectively, for 2010[45], higher rates than for any drug other than cannabis. And while illicit drug use among males in general greatly exceeds that among females, the non-medical use of tranquillizers and sedatives among females, in those countries where data are available (in South America, Central America and Europe), is a notable exception to the rule (and exceeds the use of cannabis)[46]. There is also evidence that these substances are increasingly being used in combination with more traditional illicit substances, in polydrug use designed to either enhance or counterbalance their effects.

Traduzione: **Uso non medico di farmaci psicotropi prescrivibili: si va oltre i "picchi" sulle sostanze tradizionali.**

A livello mondiale, non si dispone di cifre complessive sull'uso non medico di farmaci prescrivibili ma droganti, a parte le amfetamine e gli oppiodi. Tuttavia, questo è segnalato in molti paesi come un problema sanitario in aumento, con tassi di prevalenza ormai superiori rispetto a numerose altre

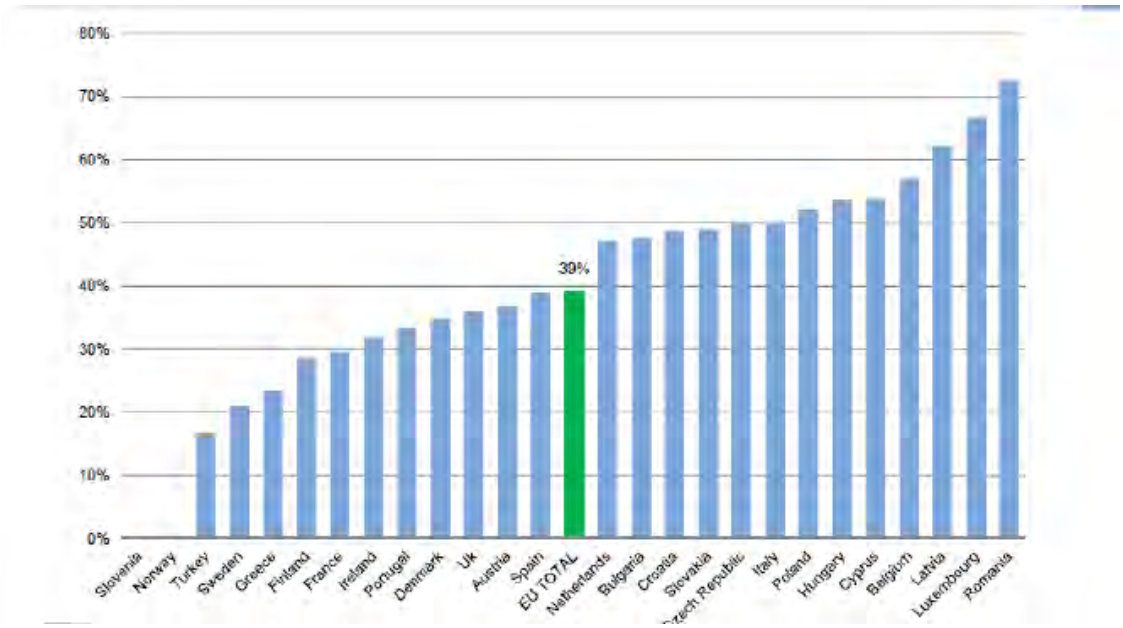
45United States of America, Department of Health and Human Services, Substance Abuse and Mental Health Services Administration, *Results from the 2010 National Survey on Drug Use and Health: Summary of National Findings*, NSDUH Series H-41, HHS Publication No. SMA 11-4658 (Rockville, Maryland, 2011).

46 In fact, monthly prevalence of tranquillizer use among females in South America (1.3%) and Europe (4.2%) is greater than annual prevalence of the use of cannabis among females in South America (1%) and Europe (3.5%).

sostanze regolamentate. Negli Stati Uniti, per esempio, la prevalenza di uso non medico degli psicofarmaci (per lo più, antidolorifici), fra le persone al di sopra dei 12 anni nel 2010 è riportata 20,4 (intero arco della vita), 6,3 (ultimo anno) e 2,7 (ultimo mese); questi tassi sono superiori a quelli di tutte le altre droghe, tranne la cannabis. Inoltre, mentre in generale l'uso di droghe illegali è molto superiore nei maschi rispetto alle femmine, si verifica l'opposto nel caso dell'uso non medico di tranquillanti e sedativi, almeno nei paesi che dispongono di dati (Europa, Centro America, Sud America); nelle femmine, tale uso supera addirittura quello della cannabis. Risulta anche che sempre più queste sostanze vengono usate in combinazione con altre sostanze illecite più tradizionali, in un "poli-uso" effettuato onde potenziare o controbilanciare l'effetto di queste ultime.

Recentemente (2015) si è svolto un convegno presso l'EMCDDA, dove è stato presentato l'uso di benzodiazepine (senza prescrizione) crescente tra quanti si rivolgono ai servizi di assistenza. Il grafico che illustra il problema anche per l'Italia (uso 10% più alto della media europea) è molto chiaro (*http://www.drugsandalcohol.ie/24052/1/Misuse%20of%20benzos_POD2015.pdf*).

Figura 64: Uso di benzodiazepine (senza prescrizione) in Europa.



In Italia i dati forniti dal Ministero della Salute sugli assistiti presso i SerT nel 2014 mostrano che 63 soggetti hanno come sostanza primaria i barbiturici non prescritti, 166 benzodiazepine non prescritte e 30 altri ipnotici e sedativi non prescritti, in totale lo 0,13% degli assistiti. Come seconda sostanza 530 soggetti hanno i barbiturici non prescritti, 1527 benzodiazepine non prescritte e 191 altri ipnotici e sedativi non prescritti, in totale lo 1,13% degli assistiti.

E' molto importante allora monitorare il fenomeno sin dal primo uso di psicofarmaci senza prescrizione per pianificare interventi di prevenzione adeguati per prevenire la diffusione e le conseguenze sulla salute.

Analisi dell'uso tra gli studenti della scuola superiore in Italia (ESPAD 2014 e SPS 2010)

Per l'Italia, si dispone dei risultati di due indagini condotte tra gli studenti della scuola superiore che, con due diversi questionari, hanno indagato gli aspetti dell'uso di farmaci psicotropi senza prescrizione medica. Gli aspetti indagati in modo analogo da entrambi i progetti mostrano andamenti coerenti, fornendo informazioni importanti che suggeriscono come impostare possibili interventi di prevenzione e nuove indagini.

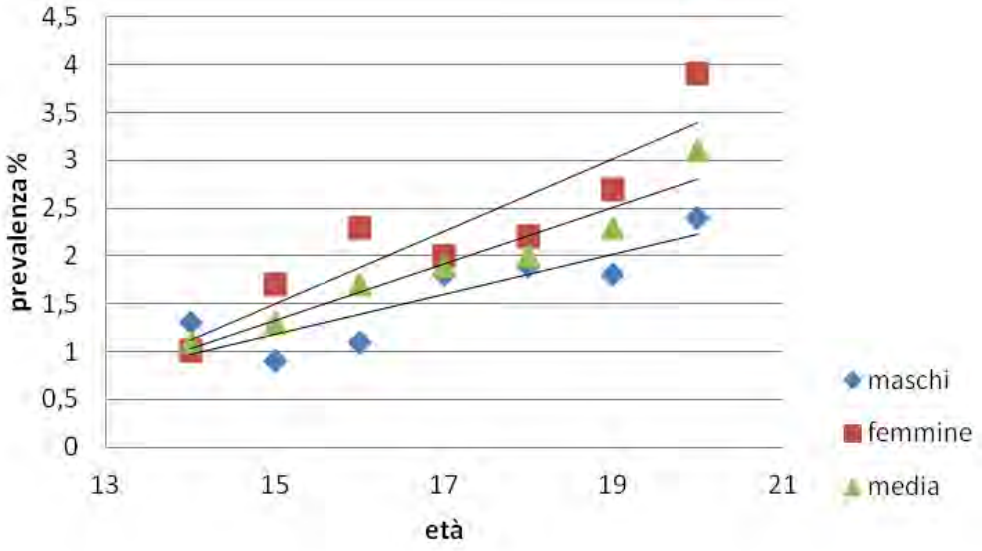
SPS (Students' Population Survey) 2010[47]

L'indagine comprendeva, tra le sostanze indagate rispetto al consumo dei giovani, solo quelle complessivamente chiamate "tranquillanti o sedativi senza prescrizione medica", rispetto alle quali si indagava la prevalenza nell'arco della vita, negli ultimi 12 mesi e negli ultimi 30 giorni.

Il consumo di tranquillanti o sedativi almeno una volta nella vita è stato sperimentato dal 5% della popolazione scolastica in età 15-19 anni, con prevalenza maggiore tra le femmine (5,9%) rispetto ai maschi (4,1%). Per quanto riguarda gli ultimi 12 mesi, il 2,6% dei rispondenti riferisce di aver assunto la sostanza (1,9% maschi e 3,3% femmine); tale percentuale è l'1,4% (1% maschi e 1,7% femmine) se si prendono in considerazione gli ultimi 30 giorni.

Per tutti i rispondenti, in particolare di genere femminile, si osserva un andamento crescente del consumo della sostanza all'aumentare dell'età, come rappresentato in Figura 65.

Figura 65: Andamento della prevalenza negli ultimi 30 giorni al variare dell'età.



47 Si sono utilizzati i dati del 2010 perché nella Relazione al Parlamento 2010 è riportato per esteso il disegno della rilevazione, il piano di campionamento, la percentuale di adesione delle scuole campionate (80%) e degli studenti (75%). Questa informazione non è presente nelle Relazioni successive.

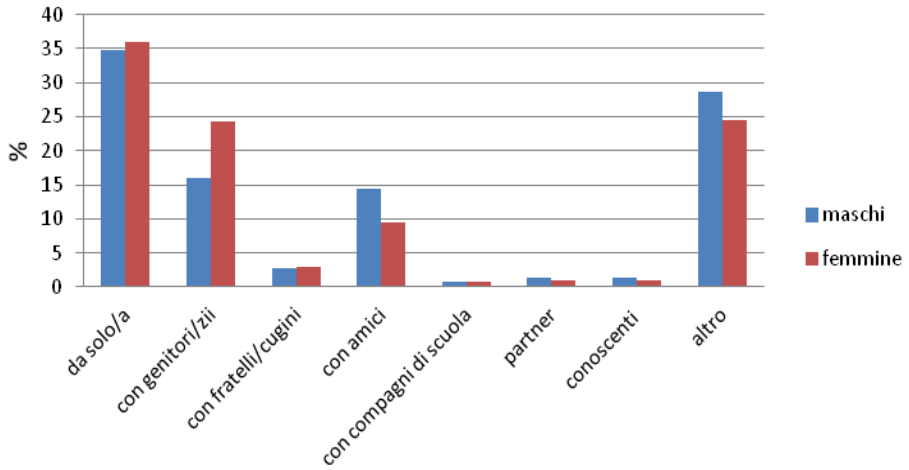
Come si vede, la linea che mostra la tendenza per le femmine è molto più inclinata di quella dei maschi: la prevalenza degli ultimi 30 giorni cresce più velocemente, rispetto all‟età, per le femmine che per i maschi.
Altri aspetti importanti indagati sono l‟età a cui si è fatto uso per la prima volta, dove, con chi.

Gli studenti dichiarano di aver cominciato ad usare tranquillanti o sedativi per lo più non prima dei 16 anni, sia fra i maschi (28,7%) sia fra le femmine (34,3%). Una percentuale rilevante di soggetti afferma di aver iniziato ad assumere tranquillanti o sedativi prima degli 11 anni, con maggiore frequenza tra i maschi (20,4%) rispetto alle femmine (10,2%).

Il principale luogo di iniziazione all‟uso di tranquillanti o sedativi è, sia per i maschi sia per le femmine, la propria abitazione (per i maschi il 67,7%, per le femmine l‟80,3%). Seguono: la casa di amici, sia per i maschi (6,7%) sia per le femmine (5%); poi "strada / parco", "discoteca", "festa privata" e "parrocchia", con percentuali tra il‟1% e il 3%.

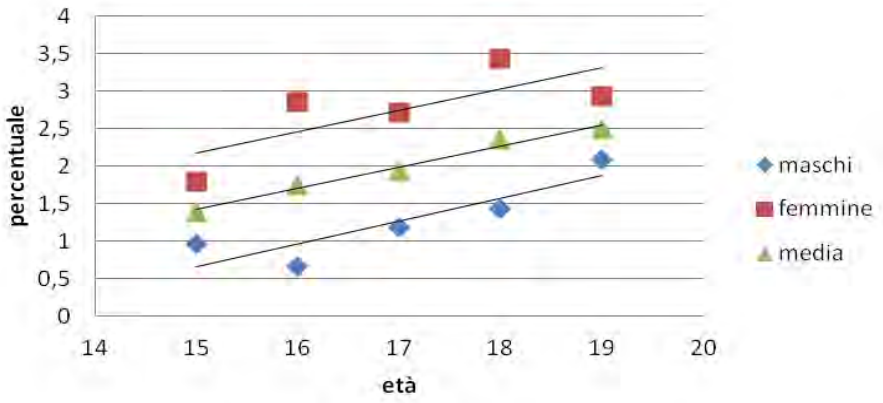
Con riferimento al gruppo di persone con cui sono stati assunti per la prima volta tranquillanti o sedativi, si evidenzia che la maggior parte dei consumatori afferma di aver assunto la sostanza in solitudine (34,7% maschi e 35,9% femmine); seguono "altre persone (non specificate)" (28,7% maschi e 24,6% femmine), " familiari adulti" (16% maschi e 24,3% femmine),"in compagnia degli amici" (14,5% maschi e 9,5% femmmine).

Figura 66: Persone con cui si è fatto uso per la prima volta di tranquillanti o sedativi.



Se si considera l‟analoga, ma con diverso questionario, rilevazione SPS del 2014, si ottiene un simile andamento per esempio nella prevalenza relativa agli ultimi dodici mesi (Figura **67**).

Figura 67: Andamento della prevalenza negli ultimi 12 mesi al variare dell'età.



ESPAD 2014 (European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs)

L'indagine ESPAD 2014 ha indagato sull'uso di farmaci psicoattivi senza ricetta estendendone notevolmente le tipologie e con un questionario diverso, che indaga più dettagliatamente sull'uso programmato per le sostanze assunte e sulle modalità con cui ci si procura il farmaco, ma non sull'età e sulle modalità di inizio dell'uso. Utilizzando contemporaneamente le due indagini si riesce a conoscere meglio il fenomeno e a controllare la sua espansione.

Nella Tabella 18 sono riportati per i consumi rilevati di tutti gli psicofarmaci, i tassi di prevalenza "nella vita", "negli ultimi 12 mesi" e "negli ultimi 30 giorni".

Se si confronta con SPS 2010, si osserva una crescita rilevante. Confrontando, in particolare, la crescita della prevalenza "negli ultimi 30 giorni" (Figura 68), si osserva il suo aumento, a tutte le età, nel 2014 (ESPAD) rispetto al 2010 (SPS) .

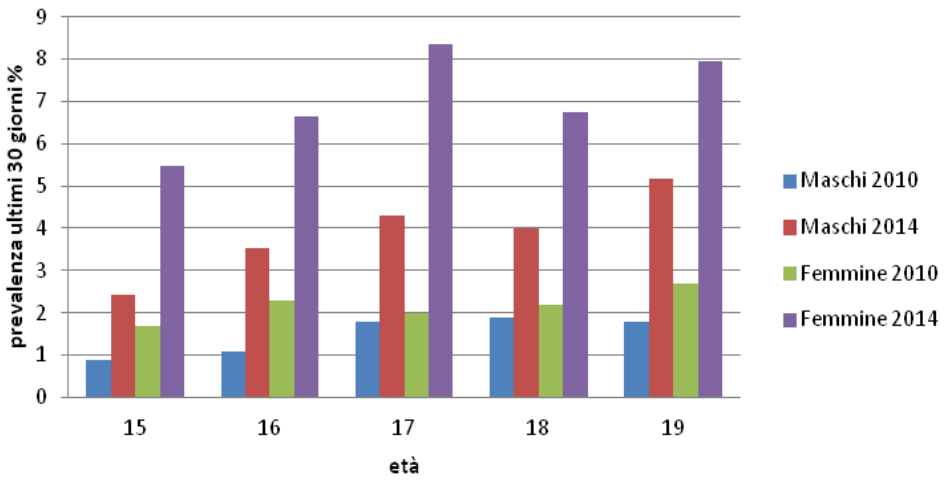
Già, da una osservazione preliminare, appare lo stesso andamento rispetto all'età per le due indagini, ma un livello assai più alto, più che raddoppiato nel 2014 (ESPAD).

Però, per interpretare bene il fenomeno, occorre verificare quali farmaci si rilevavano nell'indagine ESPAD del 2014, ricordando che in SPS 2010 erano solo "tranquillanti e sedativi".

Tabella 18: Prevalenze di consumo di tutte le tipologie di farmaci. Anno 2014

ITALIA												
PSICOFARMACI (attenzione/diete/ dormire/umore)	15-19		15		16		17		18		19	
	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F
psicofarmaci vita	11,7	22,2	8,9	17,0	10,8	20,5	11,9	24,8	12,9	22,7	13,7	25,5
psicofarmaci 12mm	6,3	12,0	4,0	8,6	5,6	11,0	7,1	13,8	6,7	12,2	7,6	14,2
psicofarmaci 30gg	4,0	7,1	2,4	5,5	3,5	6,6	4,3	8,4	4,0	6,7	5,2	7,9

Figura 68: Andamento della prevalenza degli ultimi 30 giorni per le due indagini SPS 2010 e ESPAD 2014.



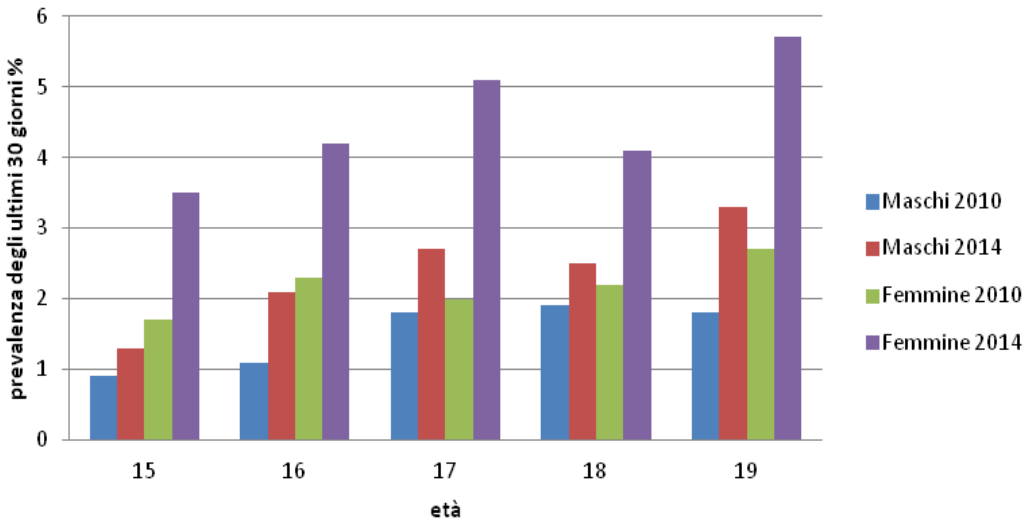
Nella Tabella 19 sono riportati i risultati in base alla stratificazione per tipo di farmaco e motivo dell'utilizzazione secondo il consumatore.

Tabella 19: Prevalenze di consumo fra i giovani di 15-19 anni - per tipologia di farmaci.

ITALIA	PREVALENZA NEGLI ULTIMI TRENTA GIORNI (%)											
SOSTANZE	15-19		15		16		17		18		19	
	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F
farmaci attenzione	1,9	1,9	1,2	1,6	1,9	1,9	2,0	2,0	1,9	1,6	2,1	2,4
farmaci diete	1,0	2,1	0,6	1,7	0,8	2,2	1,1	2,3	1,1	2,1	1,1	2,0
farmaci dormire	2,4	4,6	1,3	3,5	2,1	4,2	2,7	5,1	2,5	4,1	3,3	5,7
farmaci umore	1,4	1,8	0,9	1,7	1,3	1,8	1,4	1,9	1,3	1,6	1,9	2,0

I tranquillanti e sedativi rilevati nell'indagine SPS del 2010 si possono equiparare con i "farmaci per dormire" dell'indagine ESPAD del 2014 (Figura 69).

Figura 69: Andamento della prevalenza degli ultimi 30 giorni per le due indagini SPS 2010 (tranquillanti e sedativi) e ESPAD 2014 (farmaci per dormire).



Come si vede l"andamento rispetto all"età è assolutamente analogo, solo che nel 2014 il consumo è pressoché raddoppiato per le femmine, e aumentato di circa un terzo per i maschi.

La Figura 70 (a,b,c,d) riporta l"andamento per età e genere della prevalenza negli ultimi 30 giorni per i diversi tipi di farmaci "indagati" nel 2014. Come si vede, le femmine consumano sempre molto più dei maschi. L'unica situazione abbastanza simile, rispetto al genere, si ha per i farmaci "attenzione".

Nella Tabella 20 si riportano le prevalenze nella vita e negli ultimi 12 mesi, per tipologia di farmaci.

La Tabella 21 dall"indagine ESPAD permette di analizzare come si è evoluto il consumo tra il 2007 e il 2014. Come si vede, si osserva un aumento soprattutto nelle prevalenze di consumo negli ultimi 12 mesi e negli ultimi 30 giorni, sintomo evidente di sempre maggior rilevanza negli anni recenti. Anche il "consumo frequente" è aumentato del 50% nel periodo considerato.

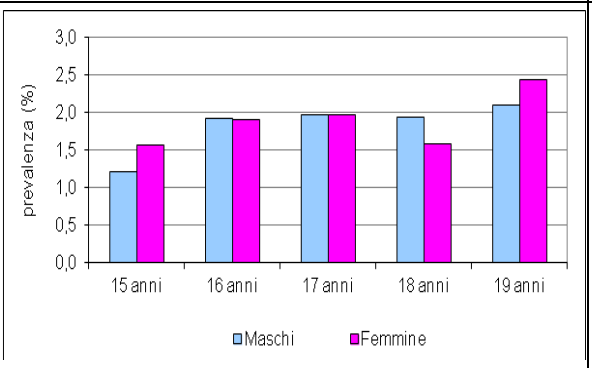
L"altro aspetto rilevante dell"indagine ESPAD-2014 riguarda i luoghi dove i consumatori più frequenti possono procurarsi gli psicofarmaci e, come mostra la Tabella 22. Il luogo più frequente è la propria casa, che già risultava da SPS-2010 come luogo di primo uso. Se si tiene conto che il primo consumo (SPS) era avvenuto per lo più in solitudine o con parenti (genitori, zii, fratelli e cugini), le due indagini forniscono risultati coerenti. Bisogna però tener presente che il secondo modo di procurarsi psicofarmaci è "tramite uno spacciatore" e che è anche agevole trovarli via Internet. Questo porta a riprendere le considerazioni relative agli Stati Uniti, da cui abbiamo cominciato l"analisi.

Sarebbe utile, nella prossima indagine sugli studenti, inserire **tutte** le domande delle due indagini precedenti per una conoscenza più accurata e utile per programmare interventi di prevenzione.

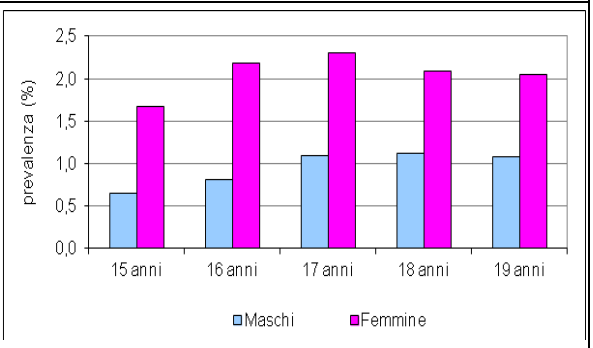
E" importante pianificare in modo più completo l"indagine nelle scuole completandola, per la parte farmaci, con altri dati socio-economici relativi ad ogni studente di tipo "amministrativo" (cioè già disponibili presso le scuole), da valutare.

Figura 70: Uso di farmaci nella popolazione scolarizzata. Distribuzione per genere e classi d"età.

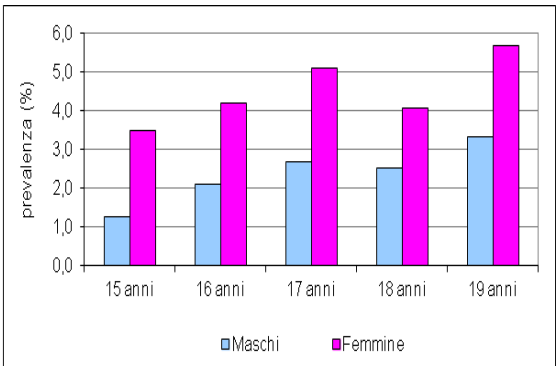
a. Uso di farmaci "attenzione" nella popolazione scolarizzata (una o più volte negli ultimi 30 giorni).



b. Uso di farmaci "dieta" nella popolazione scolarizzata (una o più volte negli ultimi 30 giorni).



c. Uso di farmaci "dormire" nella popolazione scolarizzata (una o più volte negli ultimi 30 giorni).



d. Uso di farmaci "umore" nella popolazione scolarizzata (una o più volte negli ultimi 30 giorni).

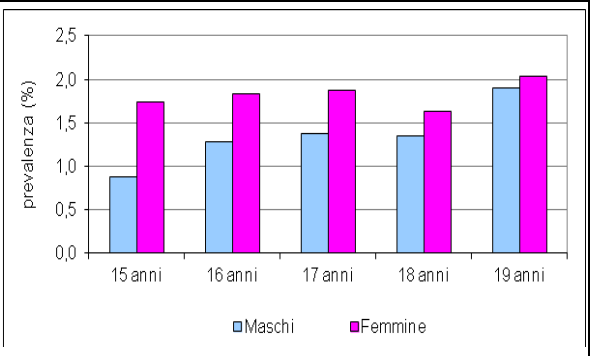


Tabella 20: Consumo per tipologia di farmaco. Anno 2014

ITALIA	PREVALENZA NELLA VITA (%)											
SOSTANZE	15-19		15		16		17		18		19	
	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F
farmaci attenzione	4,3	6,0	3,4	4,5	4,1	5,8	4,4	6,5	4,6	5,4	5,0	7,4
farmaci diete	2,0	7,2	1,2	5,5	1,8	6,6	2,0	8,3	2,5	7,0	2,3	8,4
farmaci dormire	8,2	16,2	6,1	11,9	7,5	15,4	8,7	17,2	8,9	17,6	9,4	18,6
farmaci umore	2,6	5,4	1,7	4,1	2,3	5,3	2,7	6,2	2,9	5,1	3,3	6,3
ITALIA	PREVALENZA NEGLI ULTIMI DODICI MESI (%)											

SOSTANZE	15-19		15		16		17		18		19	
	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F
farmaci attenzione	2,6	3,2	1,7	2,4	2,8	3,2	2,8	3,8	2,6	2,9	3,0	3,8
farmaci diete	1,2	3,7	0,8	2,6	1,0	3,7	1,4	4,3	1,5	3,9	1,2	3,9
farmaci dormire	4,2	8,2	2,4	5,9	3,4	7,2	5,0	8,9	4,6	8,5	5,1	10,4
farmaci umore	1,8	3,0	1,1	2,5	1,7	3,2	2,0	3,6	1,6	2,7	2,4	3,1

Tabella 21: Andamento temporale della prevalenza di consumatori di psicofarmaci (indipendentemente dalla tipologia) almeno una volta nella vita, negli ultimi 12 mesi, negli ultimi 30 giorni.

Psicofarmaci totale (4 tipologie)	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Consumo nella vita	*16,0*	*16,5*	*17,4*	*17,1*	*16,4*	*15,4*	*16,9*	*16,9*
Consumo nell'ultimo anno	*7,8*	*8,4*	*9,0*	*8,8*	*8,8*	*8,2*	*8,7*	*9,1*
Consumo negli ultimi 30 giorni	*4,3*	*4,8*	*5,0*	*5,1*	*5,3*	*4,8*	*5,1*	*5,5*
Consumo frequente (10 o più volte al mese)	*1,2*	*1,4*	*1,6*	*1,7*	*1,8*	*1,7*	*1,8*	*1,8*

Tabella 22: Consumatori frequenti e luoghi dove è possibile reperire facilmente psicofarmaci. Anno 2014

LUOGHI	**Consumatori frequenti***
in strada psicofarmaci	13,7
scuola psicofarmaci	10,9
casa amici psicofarmaci	12,1
discoteca psicofarmaci	12,9
spacciatore psicofarmaci	14,6
internet psicofarmaci	12,7
manifestazioni psicofarmaci	9,2
a casa mia psicofarmaci	25,5
*= consumo 10 o più volte nell'ultimo mese	

Conclusioni e suggerimenti

Come riportato nei documenti internazionali, e come risulta dai dati rilevati tra gli studenti della scuola superiore, sembra in aumento, in particolare nella popolazione femminile, l‟utilizzo di farmaci, in particolare tranquillanti e sedativi, senza ricetta medica. E‟ opportuno approfondire le indagini e programmare adeguatamente interventi preventivi per i giovani. Il problema è stato preso in esame anche dal Gruppo Pompidou che ha studiato l‟andamento del fenomeno nei paesi europei

e mediterranei, in particolare nella popolazione femminile. Il rapporto "*The gender dimension of non-medical use of prescription drugs in Europe and the Mediterranean region*" andrebbe studiato in dettaglio, anche prima di effettuare nuove indagini nazionali.

2.4 Stima dell'indicatore High Risk Drug Use (HRDU) per cannabis, cocaina e oppiacei: aspetti critici e possibili soluzioni

2.4.1 L'indicatore PDU, ora HRDU

Con il termine PDU (uso problematico di droghe), ora denominato HRDU (utilizzo ad alto rischio di droghe), si intende la "prevalenza" dei consumatori"gravi" per problemi di salute o per comportamento rischioso; è un indice statistico che stima quella parte dei consumatori che, in relazione all"uso di sostanze stupefacenti, necessiterebbe di un intervento assistenziale socio-sanitario. La difficoltà fondamentale nel calcolo dell"indicatore risiede nella stima delle varie popolazioni di utilizzatori di droghe che sono popolazioni "nascoste". Si rende, quindi, necessario l"utilizzo di modelli statistico - probabilistici in grado di stimare una popolazione nascosta sulla base delle informazioni indirette, ma correlate al fenomeno. L"utilizzo "ad alto rischio" è definito come "l"uso intenso di sostanze psicoattive che causa danni" alla persona stessa (cioè conseguenze negative, inclusa la dipendenza, ma anche problemi psicologicie/o sociali). Lo studio della popolazione HRDU, oltre a stimarne la prevalenza, tende a mettere in luce aspetti rilevanti, utilizzando e integrando diverse informazionie sulla base di diversi data base.

Al fine di produrre stime dell"HRDU per le sostanze stupefacenti cannabis e cocaina, i flussi informativi utilizzati come base provengono dagli archivi del Ministero dell"Interno; invece, l"HRDU per il consumo di oppiacei si basa sui dati SIND. Per ora non è possibile produrre stime in relazione all"uso di altre sostanze come, per esempio, l"alcol o il tabacco, almeno in Italia.

Dati amministrativi: analisi esplorativa delle segnalazioni per art.75

Il Centro Studi Ricerca e Documentazione, Dipartimento per le Politiche del Personale dell"Amministrazione Civile e per le Risorse Strumentali e Finanziarie del Ministero dell"Interno 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.309/90.

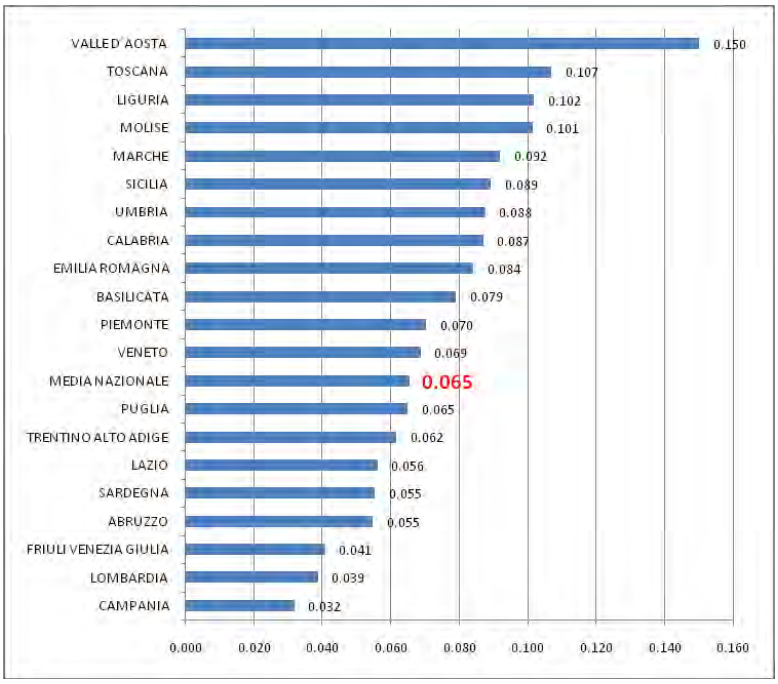
Da questi dati "amministrativi", per mezzo di metodologie statistiche utilizzate da diversi paesi europei e con le linee guida dell"Osservatorio europeo (EMCDDA)[48], è possibile stimare le popolazioni di consumatori di stupefacenti da cui provengono i soggetti segnalati.

48 http://www.emcdda.europa.eu/html.cfm/index65519EN.html;http://www.emcdda.europa.eu/html.cfm/index58064EN.html

I dati di base vengono di seguito presentati secondo tabelle e grafici aggregati per mettere in luce alcuni aspetti territoriali e altre variabili classificative di interesse, prima di procedere alla stima dell'HRDU.

Dai dati aggregati per regione, si calcola anzitutto un indicatore d"impatto, ovvero la percentuale regionale del numero di segnalati su popolazione residente.

Figura 71: Percentuale del numero di segnalazioni rispetto alla popolazione residente.



La media nazionale è pari a 0,065. Come si vede, è alta la variabilità a livello regionale. Fra le regioni con impatto molto più elevato della media nazionale si trovano Valle d"Aosta, Toscana, Liguria, Molise, Marche, Sicilia, Umbria, Emilia Romagna e Calabria; impatto molto inferiore alla media nazionale, invece, per Campania, Lombardia e Friuli Venezia Giulia; le altre 9 regioni hanno un valore vicino alla media nazionale.

Per verificare l"esito delle segnalazioni si può calcolare la percentuale regionale di colloqui effettuati dalle Prefetture sulle segnalazioni. La media nazionale è 59,61.

Le regioni che hanno valori molto più elevati della media nazionale sono Basilicata, Abruzzo, Lombardia e Puglia; molto minore, invece, Friuli Venezia Giulia, Sardegna, Umbria, Emilia Romagna, Molise e Lazio. In parte questo effetto può essere spiegato in base all"indicatore di impatto: se l"impatto è alto, si giustifica un secondo valore basso, come è nel caso di Umbria e

Molise; al contrario, percentuali elevate di colloqui corrispondono a regioni di impatto più basso, come la Lombardia.

E‟ interessante anche studiare la percentuale di sanzioni amministrative irrogate, rispetto al numero di segnalazioni e al numero di colloqui. Dalla figura si può nuovamente analizzare la variabilità regionale come sopra.

Come ultimo aspetto esplorativo si può considerare l‟analoga distribuzione del numero di archiviazioni sul numero di segnalazioni e di colloqui a livello regionale. Con i dati forniti si può anche analizzare questi andamenti a livello provinciale se di interesse.

Figura 72: Percentuale del numero di colloqui sul numero di segnalazioni

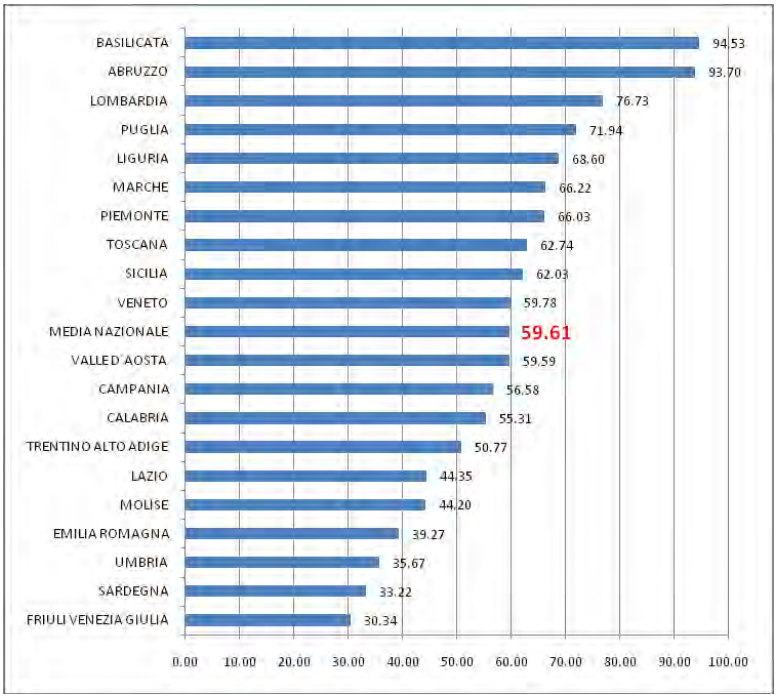


Figura 73: Distribuzione percentuale delle sanzioni amministrative rispetto alle segnalazioni e ai colloqui

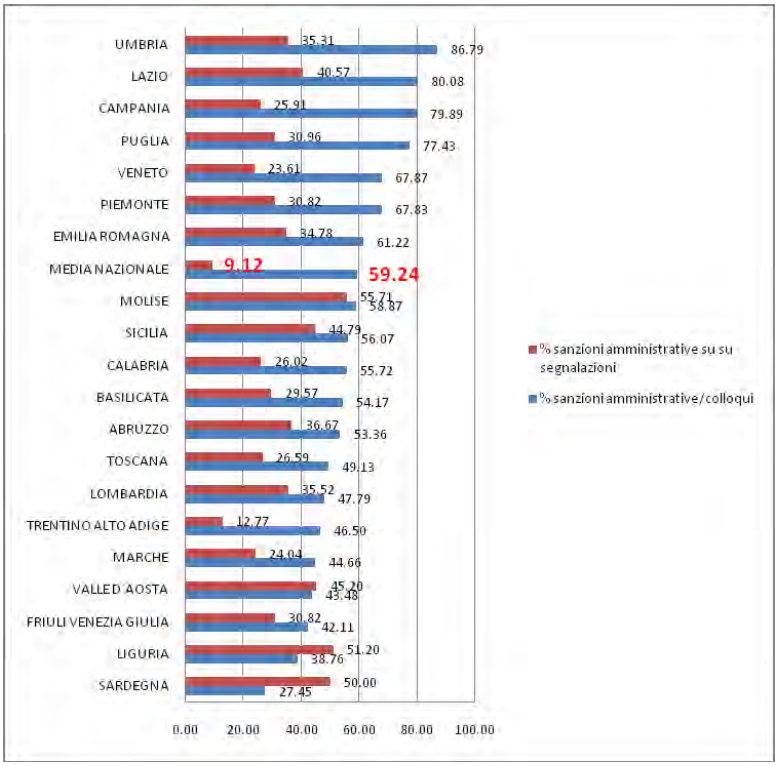
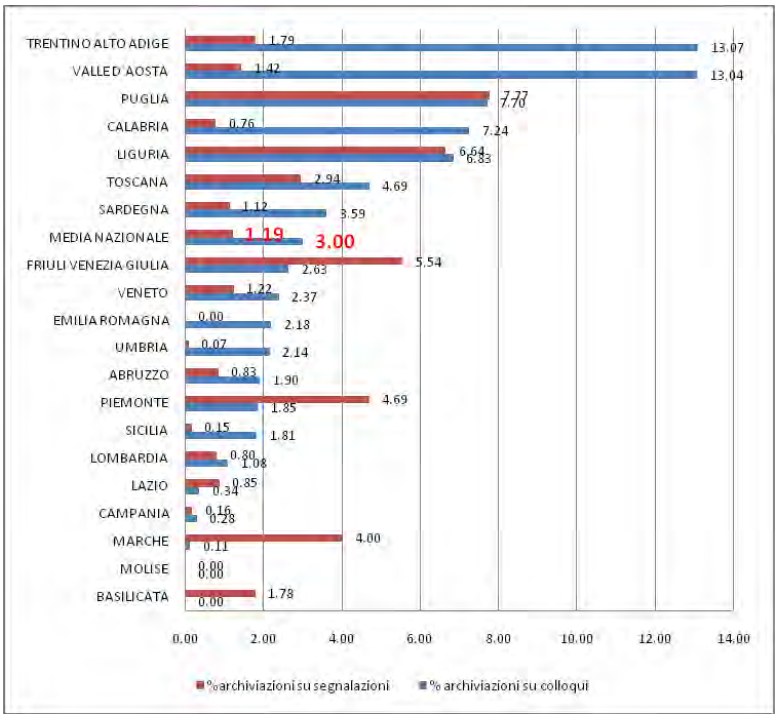


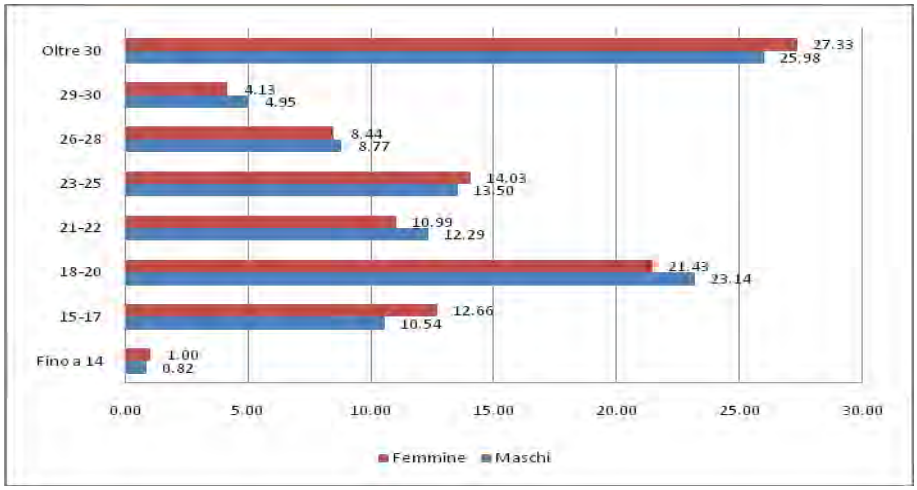
Figura 74: Distribuzione percentuale del numero di archiviazioni sul numero di segnalazioni e di colloqui.



Dati amministrativi: analisi esplorativa dei soggetti segnalati e delle sostanze utilizzate

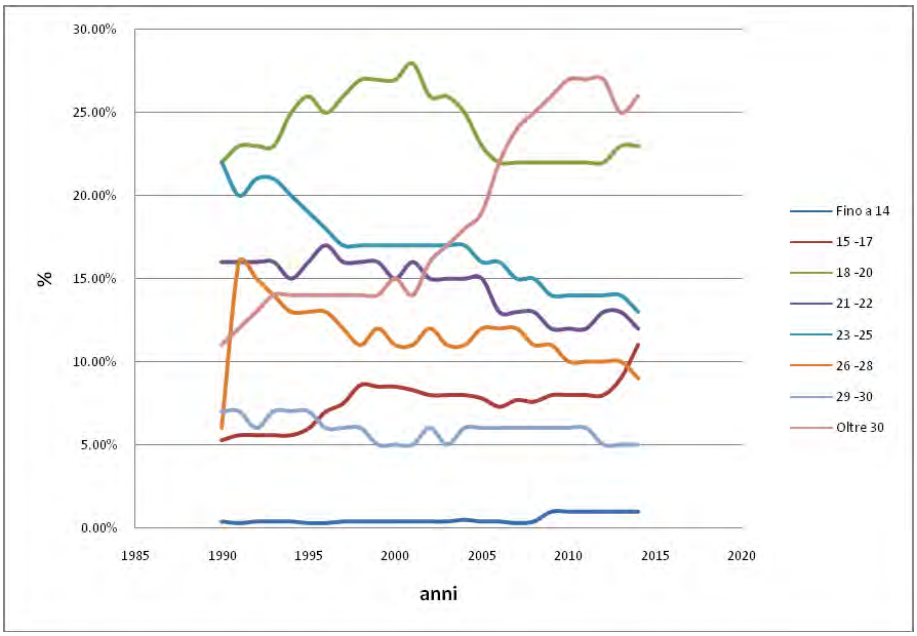
Il primo aspetto da investigare è l"età dei segnalati, fornita in classi. La distribuzione percentuale è riportata in Figura 5. Come si vede le età più rappresentate sono quelle giovanili (fino a 20 anni) con il 34,51% dei maschi e 35,01% delle femmine e quelle mature (più di 30 anni) con il 25,98% dei maschi e 27,33% delle femmine. Naturalmente quest"ultima classe andrebbe suddivisa in classi più piccole fino almeno a 40 anni per poterla confrontare con dati europei.

Figura 75: Distribuzione percentuale della classe di età dei maschi e femmine segnalati.



E" anche interessante osservare l"andamento dal 1990 (anno di entrata in vigore della disposizione di legge 309/90) delle classi di età.

Figura 76: Serie temporale della distribuzion percentuale dell"età dei segnalati



Come si vede, la percentuale dei segnalati con età inferiore a 14 anni è più che raddoppiata dal 2009 e la percentuale di soggetti con età compresa tra 15 e 17 anni è raddoppiata rispetto ai primi anni di vigenza della legge. Fenomeno analogo per i maschi e per le femmine. Questo è un aspetto molto grave, perché l"abbassamento dell"età di primo uso è un fattore di rischio per un uso successivo più problematico e un "poliuso" di sostanze. Anche la percentuale di segnalati di età oltre 30 è molto cresciuta; questo è dovuto principalmente all"invecchiamento di una delle popolazioni di utilizzatori di sostanze, quella dei consumatori di eroina. Lo stesso andamento si riscontra in altri insiemi di dati relativi agli utilizzatori.

Per quanto riguarda le sostanze utilizzate dai soggetti segnalati, si riporta la tabella fornita (Tabella 1) che mostra un numero di sostanze superiore al numero dei segnalati (poliuso).

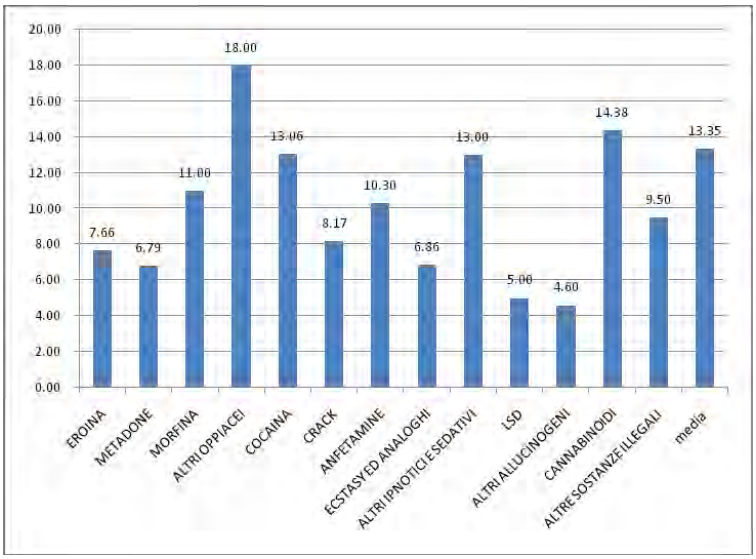
Le sostanze più utilizzate sono: al primo posto la cannabis sia per maschi sia per femmine; la seconda è per entrambi la cocaina; la terza l"eroina. E" anche da sottolineare che sarebbe opportuno suddividere la classe "altre sostanze illegali", che ha frequenza maggiore di molte sostanze specificate individualmente come LSD e inalanti volatili, per evidenziare il trend dal confronto con gli anni precedenti.

La quota di maschi e femmine consumatori delle varie sostanze è diversa. La Figura 77 mostra il rapporto numero di maschi su numero di femmine per le sostanze utilizzate da entrambi, che va dal 18 per "altri oppiacei" al 4,60% per "altri allucinogeni".

Tabella 23: Sostanze utilizzate dai soggetti segnalati nel 2014

Sostanza	Maschi	Femmine	Totale
EROINA	1.793	234	**2.027**
METADONE	163	24	**187**
MORFINA	22	2	**24**
ALTRI OPPIACEI	54	3	**57**
COCAINA	3.695	283	**3.978**
CRACK	49	6	**55**
ANFETAMINE	103	10	**113**
ECSTASY ED ANALOGHI	96	14	**110**
ALTRI STIMOLANTI	3	0	**3**
BARBITURICI	1	0	**1**
BENZODIAZEPINE	1	0	**1**
ALTRI IPNOTICI E SEDATIVI	13	1	**14**
LSD	5	1	**6**
ALTRI ALLUCINOGENI	23	5	**28**
INALANTI VOLATILI	20	0	**20**
CANNABINOIDI	24.929	1.734	**26.663**
ALTRE SOSTANZE ILLEGALI	76	8	**84**
TOTALE GENERALE	**31.046**	**2.325**	**33.371**

Figura 77: Rapporto Maschi su Femmine per le diverse sostanze tra i segnalati



Dati amministrativi: utilizzazione per stimare le diverse popolazioni di utilizzatori

Uno dei punti cruciali nello studio dell'uso di sostanze stupefacenti illegali è la stima della dimensione del fenomeno e della sua dinamica. Per tale finalità, sarebbe necessaria una adeguata "indagine sulla popolazione generale" (GPS); purtroppo, attualmente non è disponibile in Italia una GPS che fornisca risultanze attendibili, quelle svolte negli anni più recenti soffrono di gravi carenze dovute alla distorsione dei campioni per il basso tasso di risposta. E' dunque indispensabile ricorrere a metodi indiretti. Utilizzando metodologie statistiche e modelli probabilistici abbastanza semplici si può stimare sia l'ampiezza della popolazione coinvolta nel consumo delle sostanze, sia la distribuzione in base al sesso e all' età; le stime per le età più basse possono anche fungere da proxy per valutare l'incidenza di nuovo consumo giovanile.

Sul piano tecnico, sia il metodo della "cattura - ricattura" sia il metodo derivato dal "processo di Poisson troncato" si basano sulla proporzione di catture multiple, ravvicinate e indipendenti, di alcune unità della popolazione Nel primo caso, però, occorre seguire due (o più) diversi processi di cattura, come, per esempio la cattura da parte del sistema carcerario e quella da parte del sistema ospedaliero. Nel secondo caso invece si modellano le catture multiple in uno stesso sistema (recidività in carcere, segnalazioni multiple alle Prefetture e così via). Proprio sulla base di questo schema si stimerà la popolazione nascosta di utilizzatori di sostanze a partire dai dati sulle segnalazioni, con riferimento ai consumatori di cannabis e di cocaina. Per le altre sostanze occorre invece procedere diversamente, con metodi meno precisi ma più stabili, poiché il basso numero di catture non consente un'efficace applicazione del metodo Poisson.

Va sottolineato che la disomogeneità,rispetto alla probabilità di cattura, nelle popolazioni catturate porta a sottostimare la popolazione nascosta[49].

In alcuni casi si può ridurre la disomogeneità introducendo nel modello alcune "covariate", cioè ulteriori variabili classificatorie osservabili (come il sesso, l'età, l'area territoriale). É soprattutto opportuno distinguere in base alla sostanza di uso primaria, ecc.

Cannabis

Si applica il modello di stima di Poisson basato sulle ricatture e usando le covariate sesso, classe d'età, area territoriale; come, per esempio, la Tabella 24 e la

Tabella 25 mostrano. La formula che consente di passare dai dati disponibili alla stima del numero di utilizzatori di cannabis a rischio di segnalazione è lo "stimatore di Zelterman" (Mascioli e Rossi, 2010). Le stime ottenute sono riportate nella Tabella 26.

Sono riportati anche gli "intervalli di confidenza al 95%"; nel caso il limite inferiore sia negativo, si sostituisce con il numero dei segnalati, poiché la popolazione nascosta non può essere inferiore a quella intercettata. Per i segnalati anche negli anni precedenti, in alcuni casi, si sono ampliate le classi d'età, essendo nullo il numero di soggetti segnalati almeno 2 volte, che sono indispensabili per applicare il metodo di stima.

Tabella 24: Frequenze di cattura di maschi consumatori di cannabis nel Sud in base al numero di ricatture e alla classe d'età nel 2013

Area di residenza	Classi di età	1	2	3	>=4	Totale
	minore	313	6	0	0	**319**
	18-25	2.560	86	5	2	**2.653**
Sud	**26-30**	492	8	0	0	**500**
	31-40	393	9	0	0	**402**
	>40	161	5	0	0	**166**
Totale		**3.919**	**114**	**5**	**2**	**4.040**

49 Si può spiegare intuitivamente immaginando, per esempio, che ci siano 2 sottopopolazioni, di cui una più ampia con intensità di cattura molto piccola bassa e una più piccola con intensità di cattura maggiore. Nel campione delle ricatture saranno presenti quasi esclusivamente soggetti della seconda sotto popolazione e, pertanto, la stima dell'intensità avrà ordine di grandezza vicino a quello maggiore. Dato che la stima della popolazione nascosta dipende inversamente dalla stima dell'intensità, avendo sovrastimato quest'ultima, si sottostimerà la popolazione. Nel caso limite in cui una sotto popolazione abbia intensità di cattura zero o trascurabile, l'intera sua dimensione verrebbe esclusa sarà assente ne dalla stima di del numero complessivo N. Questo è presumibile che, in certa misura, si verifichi accade per i dati delle segnalazioni.

Tabella 25: Frequenze di cattura di maschi consumatori di cocaina in base al numero di ricatture e all'area territoriale

Area di residenza	1	2	3	>=4	Totale
Centro	672	7	2	0	**681**
Isole	231	4	0	0	**235**
Nord-Est	505	3	0	0	**508**
Nord-Ovest	623	4	0	0	**627**
Sud	461	6	0	0	**467**
Totale	**2.492**	**24**	**2**	**0**	**2.518**

Tabella 26: Numerosità stimata della popolazione di maschi utilizzatori di cannabis

Λ = PROBABILITÀ DI CATTURA SU BASE ANNUA

Segnalati per la prima volta nel 2013

NORD-OVEST	λ	Stima di N	INF I.C. 95%	SUP I.C 95%
minore	0,03993	**14.358**	5.879	22.838
18-25	0,04018	**69.702**	51.123	88.280
26-30	0,00731	**75.351**	29.078	179.779
31-40	0,02863	**17.574**	4.559	30.588
>40	0,00980	**21.115**	20.268	62.499
Totale		**138.394**	**107.087**	**169.701**

Segnalati nel 2013, già segnalati negli anni precedenti

NORD-OVEST	λ	Stima di N	INF I.C. 95%	SUP I.C 95%
minore	0,11765	**162**	18	478
18-25	0,07933	**6.556**	3.615	9.496
26-30	0,07692	**3.647**	1.392	5.902
31-40	0,04459	**7.361**	1.912	12.810
>40	0,04196	**3.553**	146	7.571
Totale		**19.663**	**13.580**	**25.746**

NORD-EST	λ	Stima di N	INF I.C. 95%	SUP I.C. 95%
minore	0,06377	**5.763**	2.363	9.163
18-25	0,04028	**51.442**	35.511	67.373
26-30	0,01442	**29.261**	3.848	62.369
31-40	0,01102	**33.307**	12.852	79.465
>40	0,04145	**4.876**	101	9.652
Totale		**94.426**	**70.546**	**18.307**

NORD-EST	λ	Stima di N	INF I.C. 95%	SUP I.C. 95%
minore	0,09091	**265**	23	782
18-25	0,09329	**4.053**	2.074	6.032
26-30	0,03371	**5.461**	181	11.637
31-40	0,07843	**2.810**	868	4.753
>40	0,05556	**1.369**	74	3.265
Totale		**12.047**	**7.745**	**16.349**

CENTRO	λ	Stima di N	INF I.C. 95%	SUP I.C. 95%
minore	0,06154	**5.613**	2.139	9.087
18-25	0,03154	**70.537**	46.836	94.237

CENTRO	λ	Stima di N	INF I.C. 95%	SUP I.C. 95%
minore	1,00000	**5**	3	12
18-25	0,10180	**3.637**	1.915	5.359

26-30	0,02948	**14.215**	2.845	25.586
31-40	0,01146	**30.801**	11.884	73.486
>40	0,01064	**17.861**	4.145	52.866
Totale		**114.127**	**83.413**	**144.841**

26-30	0,04054	**3.801**	151	8.099
>30	0,01320	**23.257**	305	55.486
Totale		**14.285**	**8.455**	**20.115**

SUD	λ	Stima di N	INF I.C. 95%	SUP I.C. 95%
minore	0,03834	**8.481**	1.699	15.263
18-25	0,06719	**40.828**	32.214	49.441
26-30	0,03252	**15.626**	4.802	26.450
31-40	0,04580	**8.980**	3.118	14.841
>40	0,06211	**2.756**	344	5.169
Totale		**71.482**	**58.377**	**84.586**

SUD	λ	Stima di N	INF I.C. 95%	SUP I.C. 95%
minore	0,10000	**221**	21	652
18-25	0,14157	**6.409**	4.728	8.089
26-30	0,06818	**6.949**	3.439	10.459
31-40	0,07576	**5.674**	2.810	8.539
>40	0,03279	**3.844**	124	9.170
Totale		**19.524**	**15.461**	**23.587**

ISOLE	λ	Stima di N	INF I.C. 95%	SUP I.C. 95%
minore	0,03738	**8.912**	1.785	16.039
18-25	0,07120	**23.776**	17.561	29.990
26-30	0,03546	**8.266**	1.024	15.508
31-40	0,01509	**17.889**	6.901	42.680
>40	0,03636	**3.136**	1.208	7.481
Totale		**48.556**	**37.276**	**59.836**

ISOLE	λ	Stima di N	INF I.C. 95%	SUP I.C. 95%
minore	0,16667	**91**	14	268
18-25	0,20513	**3.047**	2.231	3.862
26-30	0,06130	**4.541**	1.399	7.683
31-40	0,13793	**1.684**	808	2.560
>40	0,10909	**561**	58	1.193
Totale		**8.055**	**6.283**	**9.827**

La popolazione totale di utilizzatori di cannabis "a rischio di segnalazione" è stimata a livello nazionale in 540.558. Questa cifra è certamente una sottostima dell'intera popolazione di consumatori, perché rimane del tutto nascosta la parte "a rischio bassissimo di segnalazione", soprattutto quella che ha abitudini di consumo solo in luoghi privati come casa propria, di amici …. Tale parte di consumatori andrebbe stimata a partire da una adeguata indagine sulla popolazione generale (GPS); come già detto, non è attualmente disponibile in Italia un'attendibile GPS. La popolazione stimata, in particolare quella relativa ai soggetti già segnalatinegli anni precedenti, si può definire a rischio per comportamento e fornisce una stima di 73.574,(con intervallo di confidenza, al 95%, con estremi a 50.000 e 100.000 circa).Questa stima fornisce un"approssimazione degli utilizzatori maschi di cannabis con comportamento ad alto rischio, rispetto alla cattura.

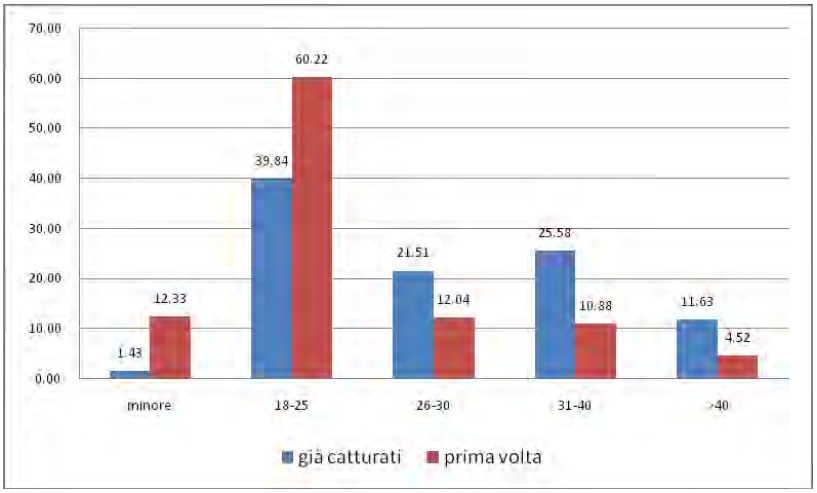
Se si confrontano le età delle due sotto-popolazioni (nuovi segnalati e già segnalati), si osserva che quella dei già segnalati è più alta (come riportato in Figura 8 per il Nord Ovest; situazione analoga per gli altri territori). Un"analisi dettagliata meriterebbe la stima del parametro λ, ovvero della probabilità annua di cattura di ogni soggetto della popolazione; tale stima mostra che i giovani, in particolare i minori, hanno quasi ovunque probabilità di cattura maggiori dei più anziani; inoltre, i già catturati hanno probabilità maggiore di quelli catturati per la prima volta.

Analogamente si può procedere per la popolazione femminile che, però, data la sua scarsa numerosità, occorre raggruppare in un"unica classe d"età e può essere stimata solo a livello nazionale. Per i soggetti femminili segnalati per la prima volta, si hanno in totale 1450 segnalazioni e 1436 soggetti; la stima a livello nazionale risulta pari a 75.092 con intervallo di confidenza al 95% (35.762; 114.421).

Per i soggetti già segnalati, risultano 142 segnalazioni di 140 soggetti e la stima è 5.041, con l"intervallo di confidenza molto ampio (140[50]; 12.026). Per la popolazione femminile segnalata l"andamento dell"età risulta simile a quello per i maschi.

La probabilità di cattura è invece molto più bassa per le femmine. La proporzione maschi su femmine per gli utilizzatori stimati risulta pari a 7,67 contro il rapporto di 14,38 che vale per i soggetti segnalati; la probabilità di cattura per le femmine è dunque circa la metà di quella dei maschi.

Figura 78: Distribuzioni percentuali delle classi di età per i già catturati e catturati per la prima volta nel Nord Ovest.



L"impatto territoriale dei consumatori di cannabis, stimati sulla base delle segnalazioni, ovvero il numero di consumatori per popolazione residente di tutte le età, è evidenziato in Figura 79 e l"andamento dell"impatto dei consumatori rispetto all"impatto delle segnalazioni è evidente in Figura 80.

Globalmente la stima dell"indicatore HRDU per la cannabis risulta pari a 78.615 soggetti, utilizzando solo la stima prodotta da soggetti "già segnalati". É possibile migliorare la stima considerando che tra i soggetti segnalati per la prima volta, una parte sarà segnalata di nuovo l"anno seguente. Considerando due anni consecutivi è possibile stimare quanti saranno risegnalati il secondo anno e facevano parte dei segnalati per la prima volta l"anno precedente. Considerando gli anni disponibili si ottiene che circa il 30% dei soggetti segnalati per la prima volta un certo anno sarà risegnalata l"anno successivo.

50 Si osservi che il valore minimo dell"intervallo coincide con il numero di soggetti segnalati.

Aggiungendo il 30% dei soggetti stimati dai segnalati per la prima volta nel 2013, si ottiene una stima più realistica dei consumatori di cannabis HRDU, pari a 134.960.

Figura 79: Numero di consumatori (Nuovi segnalati) per 1000 residenti per area territoriale.

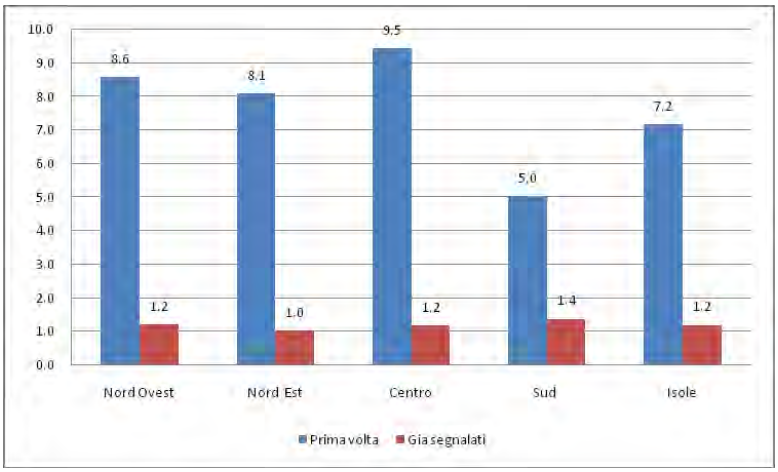
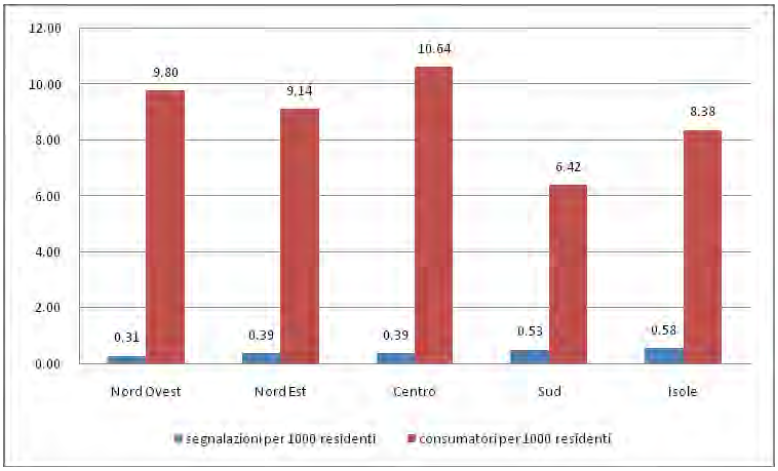


Figura 80: Consumatori totali stimati e segnalazioni per cannabis per 1000 residenti.



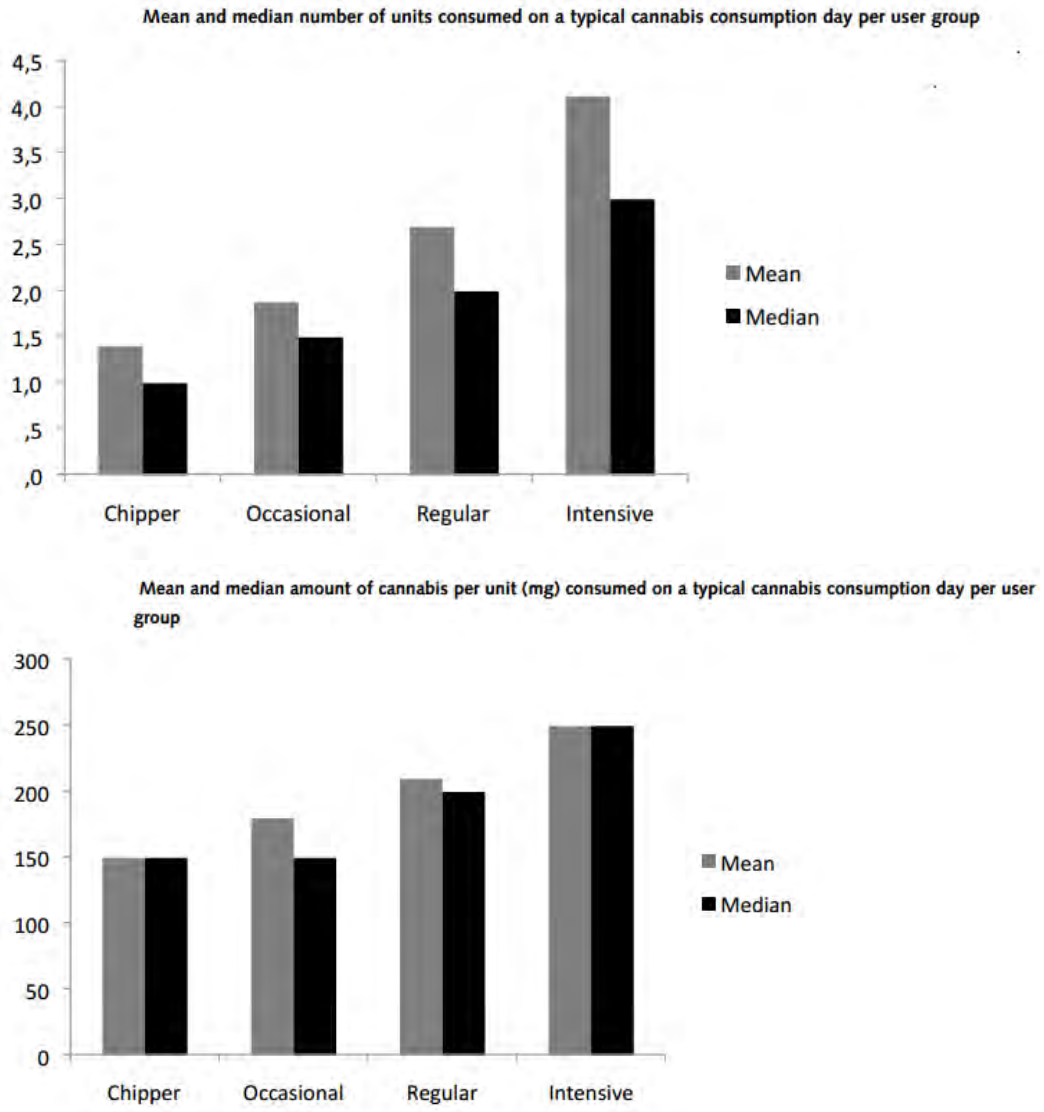
Per acquisire ulteriori informazioni e produrre una stima più accurata, si può far riferimento ad un lavoro effettuato per la Commissione Europea (*http://www.trimbos.org/projects/research-monitoring-and-policies/further-insights-into-aspects-of-the-eu-illicit-drugs-market*)sull'uso di alcune sostanze, in particolare anche cannabis, cocaina ed eroina in sette paesi, tra cui l'Italia,che ha prodotto un importante pubblicazione (Trautmann et al.,2013).

Nel capitolo sulla cannabis, a seguito dei dati e delle numerose informazioni dalla letteratura, si è stimata la popolazione degli utilizzatori di cannabis suddivisi per "tipo" di uso: "non frequenti" (in inglese, "chipper"; sono quelli che hanno consumato cannabis non più di una volta al mese nell'ultimo anno e poi "occasionali" "regolari" e "intensivi"; si tratta di una classificazione secondo la frequenza d'uso nell'ultimo mese, già introdotta in precedenza in Italia (Rey et al., 2011). Ove possibile, le categorie dei "regolari" e "intensivi" vengono ulteriormente dettagliate.

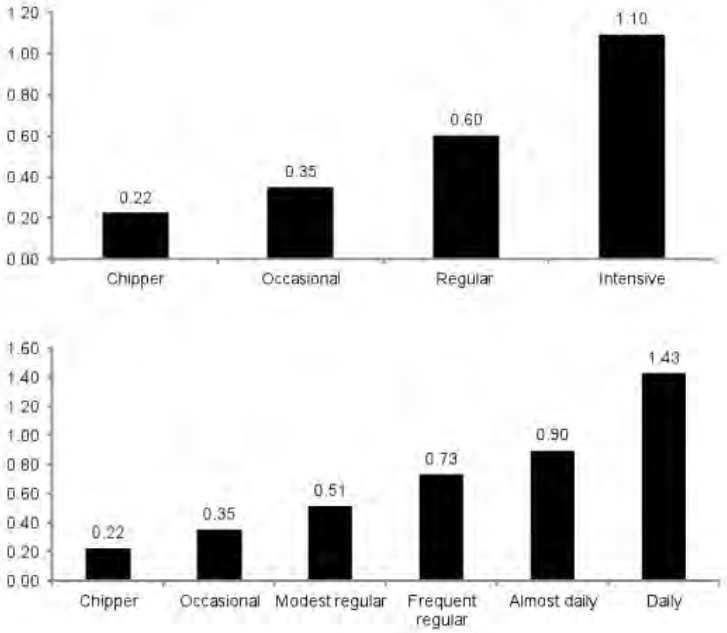
La Figura 81, ripresa dalla pubblicazione per la Commissione europea (Trautmann et al., 2013)

mostra chiaramente come gli "intensivi", non solo per la frequenza d"uso, ma anche per la quantità, formano la categoria più adeguata come proxy dei consumatori HRDU.

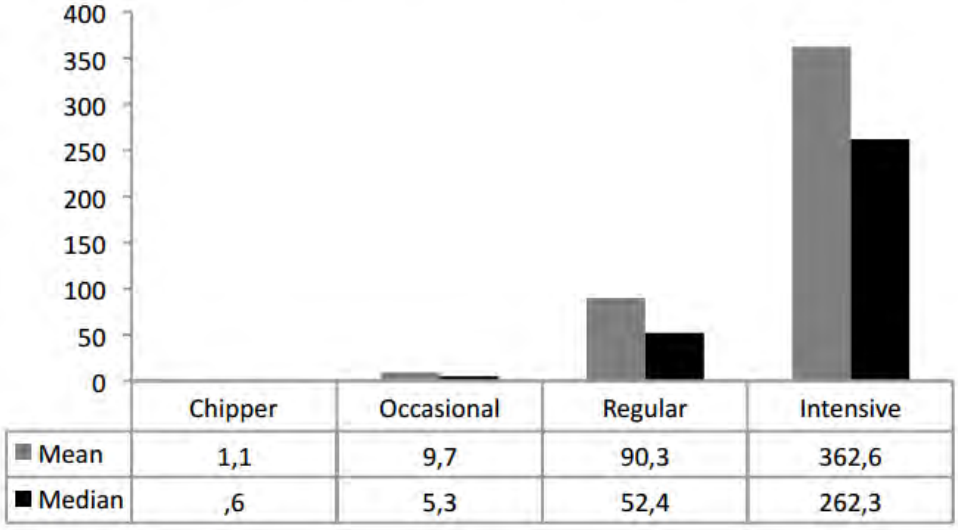
Figura 81: Indicatori di quantità giornaliera caratteristica dei diversi gruppi.

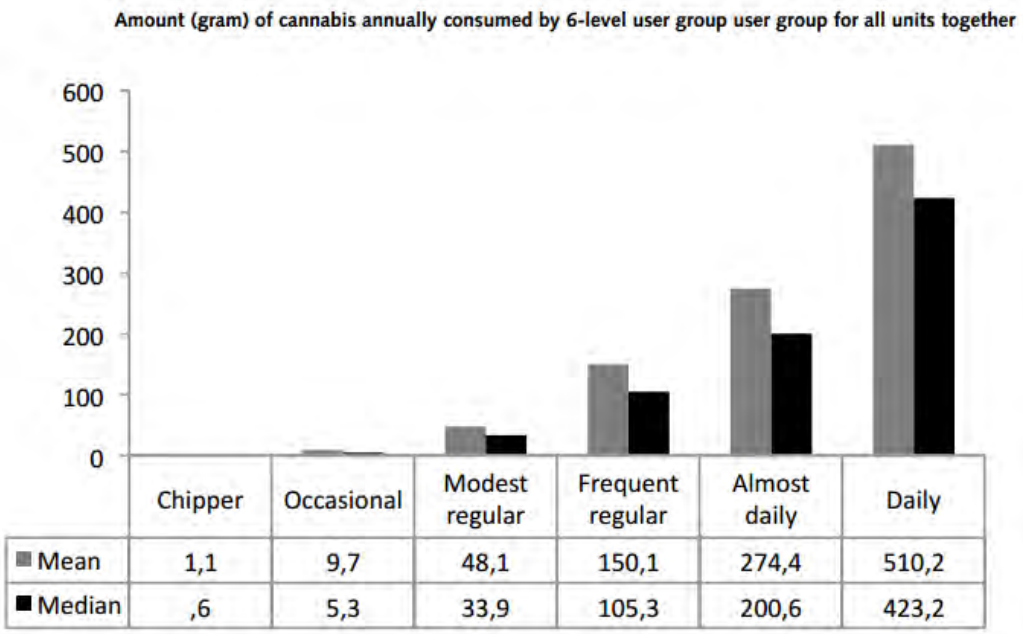


Amount (gram) of cannabis consumed on a typical use day by 4-level (upper panel) or 6-level user group (lower panel)



Amount (gram) of cannabis annually consumed by 4-level user group user group for all units together





La stima dei consumatori delle diverse tipologie per l'Italia è riportata in Tabella 27.

Tabella 27: Numbers of cannabis users per user group in Italy (15-64 years) according to different estimation methods (million persons)

	Estimation based on population surveydata*		Indirect estimation method**		Adjusted indirect estimation method***	
	Numbers	%	Numbers	%	Numbers	%
Chipper	3,305,720	58%	1,100,000	19%	3,305,720	41%
Occasional user	963,027	17%	3,000,000	51%	3,000,000	37%
Regularuser	972,868	17%	1,000,000	17%	1,000,000	12%
Intensiveuser	451,456	8%	800,000	14%	800,000	10%
Total	5,693,071	100%	5,900,000	100%	8,105,720	100%

**Estimateusingpopulationsurveydata(2008/2005)*

***Indirectestimationmethodusingdatafromregistereddealers,adealertocustomerratioandusergroupdistributionfromschoolsurveys (Fabietal.2012)*

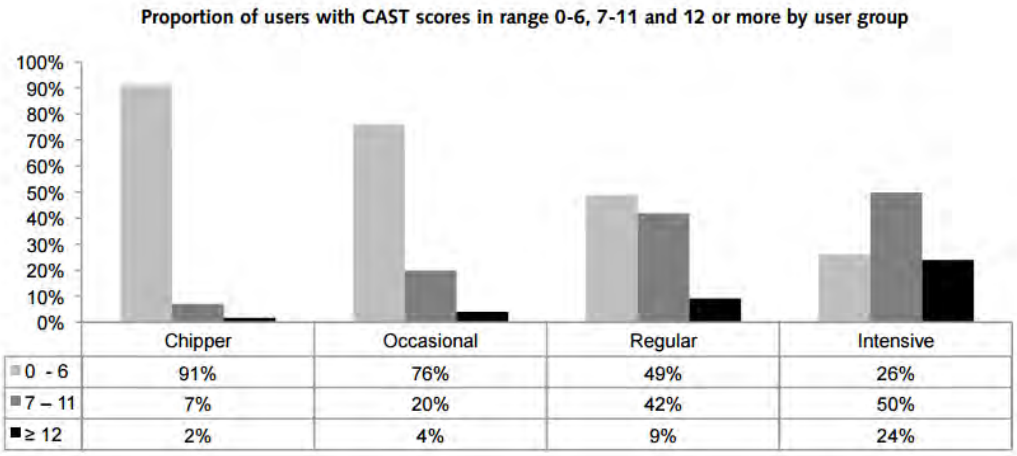
****Estimatebasedtheindirectestimationmethodforoccasional,regularandintensiveusers,correctedforunderestimationofthegroupofchippersonthebasisoftheGPSdatafor2008/2005*

Se si considerano consumatori HRDU di cannabis gli "intensivi" ottenuti tramite lo "Indirectestimationmethod** o ***",si ottiene un valore di 800.000, ben superiore (di quasi 6 volte) alla stima ottenuta con le segnalazioni (134.960).

Se si ricorre alla "scala CAST" (Trautmannet al., 2013) e si segue il criterio adottato nel rapporto europeo, si definiscono consumatori "problematici" di cannabis coloro che hanno il livello CAST pari almeno a 7.

Come si vede dalla tabella riassuntiva, si tratta essenzialmente degli "intensivi", anche se la figura mostra che consumatori problematici sono anche negli altri gruppi, come peraltro alcuni intensivi possono non essere problematici. Data la difficoltà di condurre survey in cui si pongano anche le domande orientate al calcolo di CAST, la stima data dagli "intensivi" è già una buona proxy della popolazione dei "problematici".

		Chipper	Occasional	Regular	Intensive
Italy	Mean	2.0	4.2	6.7	7.9
	Median	1.0	4.0	6.0	8.0



Un'altra fonte importante di dati e informazioni sull"offerta di cannabis, che è proporzionale alla domanda, è fornita dal rapporto della Direzione Nazionale Antimafia, dove, a proposito della cannabis, si dice:

…. Fra i dati in possesso da ritenersi più attendibili al fine di comprendere in quale direzione si muove il mercato, vi sono quelli relativi ai sequestri di narcotico effettuati sul territorio nazionale che fotografano quindi (per lo più) *l'offerta* di stupefacente.

….

Si ritiene prudenzialmente, almeno a livello italiano ed almeno attualmente, che, di norma, ad un dato quantitativo di stupefacente sequestrato, corrisponda un quantitativo di stupefacente immesso sul mercato pari a circa 10/20 volte quello sequestrato.

Ricordiamo, allora, per dare un significato concreto ai dati che riguardano il presente anno, che, nel periodo precedente a quello in esame (dunque, dal 1 Luglio 2012 al 30 Giugno 2013), in Italia, venivano intercettati: kg 3748 di cocaina –dato che, già all"epoca, non faceva che confermare la

fortissima offerta di questo tipo di stupefacente in Italia - kg 830 di eroina (stupefacente che risultava meno richiesto sul mercato rispetto al precedente *trend*) kg 63.132 di cannabis, di cui 35.849 di marijuana, kg 27.282 di hashish e kg 4074 di piante (già all‟epoca il dato non solo dava conto di un mercato increscita, ma anche di una auto-produzione, per lo più aumentata da micro-piantagioni domestiche diffuse su tutto il territorio nazionale) …..

Nel periodo in esame – 1.7.2013/30.6.2014 – si registra un significativo, ma non eccezionale, aumento dei sequestri di tutte le sostanze stupefacenti sopra indicate, fatto salvo il dato sulla cannabis, che evidenziava unrilevantissimo picco di incremento di oltre il120%.

In particolare, cadevano in sequestro: kg 4.499 di cocaina, Kg 851 dieroina, kg 147.132 di cannabis (di cui 109.000 di hashish, 37.151 di marijuana, 900 di piante)….

Non essendo maturate nuove e particolari tecniche investigative in taleambito deve ragionevolmente ritenersi che a sequestri così imponenti ed inaumento corrisponda una massa circolante di cannabinoidi decisamente in aumento.

Per avere contezza della dimensione che ha, oramai, assunto il fenomenodel consumo delle cd droghe leggere, basterà osservare che - consideratoche, come si è detto, il quantitativo sequestrato è di almeno 10/20 volte inferiorea quello consumato - si deve ragionevolmente ipotizzare un mercato chevende, approssimativamente, fra 1,5 e 3 milioni di Kg all‟anno di cannabis, quantità che soddisfa una domanda di mercato di dimensioni gigantesche.

In via esemplificativa, l‟indicato quantitativo consente a ciascuncittadino italiano (compresi vecchi e bambini) un consumo di circa 25/50 grammi *pro- capite* (pari a circa 100/200 dosi) all‟anno.

Naturalmente all‟aumento dei consumatori di cannabis corrisponde anche l‟aumento degli intensivi; se ne deduce l‟assoluta inefficacia delle stime prodotte sulla base delle segnalazioni, mentre risulta adeguata la stima proposta dal rapporto per la Commissione europea.

Analoghi dati DCSA riferiti al 2014 riportano simili aumenti della cannabis nell‟offerta e quindi nella domanda come stima.

Cocaina

L‟unica altra sostanza per cui è possibile utilizzare le segnalazioni per stimare la sotto-popolazione nascosta a rischio di cattura è la cocaina. Si procede alla stima, ma, come visto per la cannabis, si otterrà una sottostima, anche perché, data la scarsità di catture e ricatture, non sarà possibile introdurre covariate utili, con conseguente aggravio del problema della disomogeneità dei dati di base.

I dati sono riportati in Tabella 28 e le stime ottenute in Tabella 29.

Tabella 28: Segnalazioni di consumatori di cocaina

Soggetti già segnalati in precedenza segnalati per cocaina nell'anno 2013					
Area di residenza	**1**	**2**	**3**	**>=4**	**Totale**
Centro	264	9	0	0	**273**
Isole	105	1	1	0	**107**
Nord-Est	149	7	1	0	**157**
Nord-Ovest	309	5	0	0	**314**
Sud	328	11	0	0	**339**
Totale	**1.155**	**33**	**2**	**0**	**1.190**
Nuovi soggetti segnalati per cocaina nell'anno 2013					
Area di residenza	**1**	**2**	**3**	**>=4**	**Totale**
Centro	672	7	2	0	**681**
Isole	231	4	0	0	**235**
Nord-Est	505	3	0	0	**508**
Nord-Ovest	623	4	0	0	**627**
Sud	461	6	0	0	**467**
Totale	**2.492**	**24**	**2**	**0**	**2.518**

La stima totale della popolazione nascosta risulta pari a 153.415. Naturalmente si tratta dei consumatori di cocaina che sono a rischio di cattura; sono esclusi quelli che consumano in modo da ridurre quasi a zero la probabilità di cattura e sono la maggioranza, che occorre stimare con altri dati e altri metodi. Se si considerano solo i soggetti "già segnalati", la stima è di soltanto 21.426 soggetti rientranti nella categoria HRDU; anche se si aggiunge il 31% dei nuovi segnalati, come fatto per la cannabis, si ottiene 62.463. Questa stima, se paragonata con il numero di soggetti in carico ai SerT nel 2013 per uso primario o secondario di cocaina, pari a 42.016, porta al calcolo di un rapporto fra soggetti consumatori e soggetti trattati pari a 1,49, inferiore a quello relativo all"uso di oppiacei[51]. Purtroppo questo non è coerente con altre stime come, per esempio, il "tempo medio di latenza" (tempo fra il primo uso e la prima richiesta al SerT di terapia) fornito dai dati SIND. Esso risulta pari a 9,7 anni per gli oppiacei e 10,3 per la cocaina, che implica per la cocaina un coefficiente di moltiplicazione più elevato che per gli oppiacei, per cui è vicino a 2. In altre parole, i dati disponibili sui segnalati permettono solo delle valutazioni molto sottostimate per gli utilizzatori di HRDU cocaina, come per la cannabis. Anche se, come prima approssimazione, utilizzassimo lo stesso coefficiente di moltiplicazione degli oppiacei anche per la cocaina,

51 Il suddetto rapporto funge da "coefficiente di moltiplicazione", per stimare i consumatori di una certa categoria a partire dai soggetti trattati rientranti nella medesima categoria.

otterremo una sottostima meno grave di quella ottenuta a partire dalle segnalazioni, pari a circa 80.000.

Tabella 29: Stime dei consumatori di cocaina per area territoriale

Area di residenza	λ	Stima di N	INF I.C. 95%	SUP I.C. 95%
Centro	0,06818	4.142	1.440	6.843
Isole	0,01905	5.671	235	16.785
Nord-Est	0,09396	1.751	458	3.043
Nord-Ovest	0,03236	9.860	1.221	18.500
Sud	0,06707	5.226	2.143	8.308
Totale	**0,05714**	**21.426**	**14.125**	**28.726**

Area di residenza	λ	Stima di N	INF I.C. 95%	SUP I.C. 95%
Centro	0,02083	33.030	8.566	57.494
Isole	0,03463	6.904	141	13.666
Nord-Est	0,01188	43.011	508	91.680
Nord-Ovest	0,01284	49.142	986	97.297
Sud	0,02603	18.175	3.636	32.714
Totale	**0,01926**	**131.989**	**79.191**	**184.788**

Si può concludere che, utilizzando i dati relativi alle segnalazioni ex art.75, si ottengono forti sottostime delle popolazioni di interesse, perché le sotto-popolazioni realmente a rischio di segnalazione sono di dimensione limitata, tenendo anche conto del comportamento dei soggetti. Quote rilevanti delle popolazioni di consumatori hanno probabilità quasi nulla di incorrere in segnalazione. Dal lavoro per la Commissione europea citato sopra si è stimato che l'indicatore HRDU per la cocaina deve esserecompreso tra 200.000 e 300.000.

Considerazioni finali

Un ultimo passaggio, che mette in evidenza ancora questo aspetto di sottostima, riguarda la stima globale dei consumatori di una qualunque sostanza, senza distinzione, a partire dai dati sulle segnalazioni, e gli approfondimenti necessari sviluppati per gli utilizzatori di cannabis (non solo HRDU), è riportato nel paragrafo successivo.

Procedendo per area territoriale e classe d'età per i maschi, ma non per le femmine, si ottiene la stima:

totale dei maschi consumatori di sostanze illegali segnalati per la prima volta: 606.141;

totale dei maschi consumatori di sostanze illegali già segnalati: 108.653;

totale delle femmine consumatrici di sostanze illegali segnalate per la prima volta: 87.519;

totale delle femmine consumatrici di sostanze illegali già segnalate: 4.804.

Si può subito osservare, per esempio, che la popolazione totale di consumatrici già segnalate (4.804) è inferiore alla popolazione analoga delle consumatrici di cannabis, che risulta 5.041.

Questo evidenzia che l'introduzione, quando è possibile, di covariate, rende più attendibile la stima. Sicuramente la sottostima delle popolazioni femminili è molto più elevata di quella delle popolazioni maschili, avendo una probabilità di cattura che è circa la metà di quella dei maschi che non permette di utilizzare covariate.

Per comprendere meglio il problema dei dati sulle segnalazioni si è esteso il modello di cattura in modo originale.

2.4.2 Un nuovo modello di stima di popolazioni non omogenee che riduce la distorsione e la sottostima

L'obiettivo principale che si persegue nel controllo e nella valutazione dei fenomeni droga-correlati è la stima della dimensione delle popolazioni coinvolte: consumatori con diverso profilo, spacciatori, trafficanti etc. Ovvero popolazioni "nascoste".

La numerosità di queste popolazioni può essere stimata solo in modo indiretto a partire dai dati disponibili, che riguardano la parte (in generale piccola) diventata visibile.

Per arrivare ad una stima convincente si sono costruiti modelli che descrivessero nella maniera più realistica possibile il processo di emersione di questa piccola parte delle popolazioni oggetto di indagine. Tutti i modelli di stima fino ad ora utilizzati, sia a livello nazionale che internazionale, si basano su metodi di cattura-ricattura da più fonti o da una sola fonte, come il modello di Poisson troncato. Queste procedure hanno, come forti limitazioni, l'assumere omogeneità temporale della probabilità di osservazione, l'assenza di modulazione comportamentale delle risposte, e il non sempre utilizzare informazioni aggiuntive preziose (come anche solo l'età e il genere del soggetto identificato).

Il lavoro proposto da Farcomeni e Scacciatelli, pubblicato sulla rivista "*Annals of AppliedStatistics*", si inserisce nel progetto europeo *"New methodologicaltools for policy and programmeevaluation (JUST/2010/DPIP/AG/1410)"*; finanziato dalla Commissione europea (DG Justice). Gli obiettivi del progetto erano la prevenzione della tossicodipendenza, lo studio del mercato delle droghe e del loro uso; nonché la stima della dimensione delle sottopopolazioni - nascoste e non - e dei loro comportamenti. Grazie a questo progetto è stato possibile accedere alla base dati del Centro Studi Ricerca e Documentazione, Dipartimento per le Politiche del Personale dell'Amministrazione Civile e per le Risorse Strumentali e Finanziarie che, ai sensi del dpr 309/1990, si occupa di rilevare dati statistici inerenti i soggetti segnalati ai prefetti come assuntori e consumatori di sostanze stupefacenti (ex articoli 75 e 121 del dpr), attraverso le rilevazioni eseguite dagli Uffici territoriali del governo. Studiamo in particolare le segnalazioni ai sensi dell' art.75 per cannabis, in un periodo che va dal 2006, anno in cui entra in vigore la legge 309, meglio conosciuta come "Fini-Giovanardi", fino al 2008.

Il lavoro si inserisce nell'ambito dei modelli di cattura-ricattura in tempo continuo, modellizzando l'eterogeneità non osservabile, le principali caratteristiche (ad esempio genere, età, provincia di provenienza) degli individui catturati, e considerando anche una componente comportamentale a seguito della cattura (nuovo aspetto). Per ciascun individuo identificato almeno una volta dalle forze dell'ordine si valuta il tempo passato dall'inizio del campionamento (primo Marzo 2006) alla prima registrazione, e il tempo tra registrazioni. Si tiene così conto delle eterogeneità temporali del rischio di cattura (variazioni dovute a mesi estivi, fine settimana, festività, etc.). Data inoltre l'alta sproporzione tra i generi, e la polarizzazione delle età registrate, utilizzare queste informazioni ha

permesso un sostanziale vantaggio in termini di precisione delle stime. Infine, si è inserita una componente comportamentale nel modello, che è risultata determinante. Infatti si osserva un crollo della probabilità di identificazione dopo il secondo evento: gli individui, a rischio se fermati nuovamente dalle Forze dell'Ordine, si fanno più cauti e/o restringono il consumo. Ignorare questo effetto porterebbe a una stima completamente errata. Tutte le possibili fonti di eterogeneità sono quindi state valutate nel modello utilizzato, ottenendo infine per ogni individuo una probabilità di inclusione nel campione. Lo stimatore di Horvitz-Thompson, ovvero la somma del reciproco di queste probabilità, fornisce una stima efficiente e consistente del parametro di interesse, ovvero della numerosità della popolazione di utenti adulti di cannabis, suscettibili di art. 75, nel periodo considerato.

I circa 50000 maggiorenni consumatori di cannabis registrati nel database nel periodo considerato hanno una età media di 26 anni. Il 93% sono maschi. La numerosità finale stimata risulta pari a 3.3 milioni. Si ribadisce che questa stima si riferisce alla popolazione adulta che consuma, compra o trasporta cannabis nelle strade per uso personale, ovvero alla popolazione suscettibile di essere fermata ex art. 75. Si stima quindi che i consumatori "visibili" di cannabis siano pari a circa il 9% della popolazione adulta, ma che questa percentuale presumibilmente vari fortemente con età, genere ed esperienza precedente. Si evidenziano infatti gli effetti preannunciati nella sezione precedente, ove i maschi sono a maggior rischio di essere fermati delle donne, il rischio di fermo diminuisce con l'età e soprattutto crolla di circa l'80% dopo la seconda identificazione. Non si può con le informazioni disponibili discernere tra propensità all'identificazione e al consumo. Si può solo speculare che probabilmente per le donne si ha il primo effetto (ovvero la probabilità che una donna consumatrice sia fermata è sostanzialmente minore di quella di un uomo consumatore), mentre per l'età il secondo (ovvero il consumo di cannabis decresce con l'età). Parimenti con le informazioni a disposizione è possibile dire se dopo il secondo evento di identificazione i soggetti smettano di usare lo stupefacente o, più probabilmente, si facciano più cauti.

Chiaramente questo modello più accurato applicato ai dati delle segnalazioni in anni più recenti permetterebbe di stimare tutta la popolazione di utilizzatori di cannabis e, applicando la proporzione di intensivi l'indicatore HRDU per la cannabis.

2.4.3 Stima dell'indicatore HRDU per gli utilizzatori di oppiacei[52]

L'indicatore HRDU per consumatori di oppiacei viene stimato da quelle Regioni e Province Autonome che dispongono di archivi sanitari in grado di essere collegati tra loro. Per tali Regioni/PP.AA., Il DPA, in collaborazione con il Dipartimento di Sociologia e Diritto dell'Economia dell'Università di Bologna per il 2013 e di esperti esterni per il 2014, ha fornito il supporto metodologico per l'applicazione di procedure standard per la stima dei sottogruppi di consumatori, utilizzando le linee guida dell'Osservatorio Europeo (EMCDDA) per le stime locali[53].

52 Parte di questo paragrafo proviene dal lavoro di Giovanni Pieretti, Università di Bologna, in particolare le stime territoriali e nazionali del 2013.

53 http://www.emcdda.europa.eu/html.cfm/index58064EN.html

Le stime dell'indicatore HRDU per uso di oppiacei a livello locale derivano dall'applicazione del metodo di cattura - ricattura (su fonti sanitarie). Da esse si trae la stima del "coefficiente moltiplicativo" da utilizzare nel metodo di calibrazione per la stima dell'indicatore a livello nazionale, come riportato nelle linee guida dell'Osservatorio Europeo[54] per la stima dell'indicatore a livello nazionale. Il coefficiente moltiplicativo è un valore numerico che, moltiplicato per il numero di soggetti trattati, consente di stimare il numero di soggetti consumatori HRDU di una sostanza con necessità di trattamento. Le stime locali disponibili sono riportate in appendice.

Per calcolare un coefficiente moltiplicativo valido a livello nazionale, occorre sintetizzare gli indicatori locali.

Le informazioni pervenute dalla Regione Calabria non sono state utilizzate in quanto il coefficiente moltiplicativo stimato risultava molto elevato rispetto a tutte le altre Regioni/PP.AA.

Parallelamente, anche le informazioni pervenute dalla ASL di Bergamo non sono state utilizzate in quanto il coefficiente moltiplicativo stimato risultava troppo elevato rispetto ai dati rilevati da un'altra ASL della Regione Lombardia (quella di Varese), ritenuta più attendibile.

Stime per il 2013

Per l'anno 2013 si stimano in Italia circa 168.000 soggetti che avrebbero bisogno di un trattamento per uso primario di oppiacei ("prevalenza su base annua"), corrispondenti a una prevalenza relativa di 4,3 per mille residenti di età compresa tra i 15 e i 64 anni. Gli intervalli di confidenza al 95% hanno ampiezza complessiva di circa 43.000 soggetti, quindi con un minimo di circa 147.000 ed un massimo di circa 190.000. Rispetto al 2012, la stima della popolazione suddetta resta sostanzialmente stabile. Le stime a livello regionale[55] (Figura 1), evidenziano che le aree a prevalenza più elevata sono la Liguria (7,4 casi per mille residenti di età compresa tra i 15 e i 64 anni), la Toscana ed il Molise (6,7). Le regioni con a prevalenza più bassa sono la Lombardia (2,6 casi per mille residenti di età compresa tra i 15 e i 64 anni), la Sicilia (2,7) e la Calabria (3,3). Nella **Tabella 35** sono riportate le stime delle prevalenza relativa per regione e per genere.

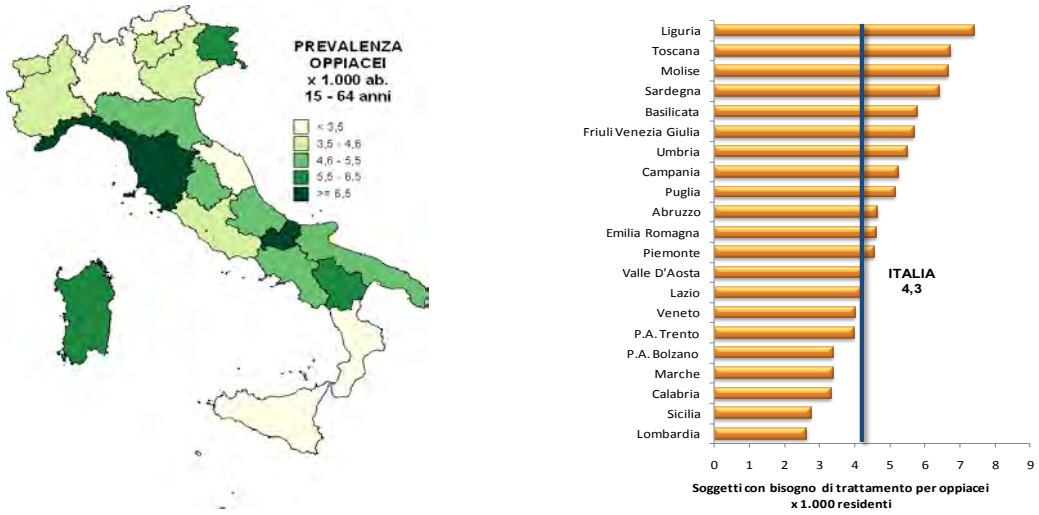
Si può molto approssimativamente fare il confronto a livello europeo delle stime di prevalenza dei soggetti con bisogno di trattamento per oppiacei (Figura 82). Considerando le stime disponibili per 19 Paesi UE (http://www.emcdda.europa.eu/data/2014)[56], le prevalenze del consumo problematico di oppiacei variano da meno di 1,0 a circa 8,0 casi per 1.000 abitanti di età compresa fra i 15 e i 64 anni. L'Italia (sigla IT) con un valore di 4,3 si colloca alla posizione 14 su 19 della graduatoria ascendente. Tale valore è il doppio del valore mediano dei 19 paesi (pari a 2,4), e poco più della metà del valore massimo (l'8,1 della Gran Bretagna).

54 *http://www.emcdda.europa.eu/html.cfm/index65519EN.html*

55 Calcolate in modo "nazionale" ovvero con l'unico coefficiente moltiplicativo nazionale senza tener conto di eventuali variabilità regionali sia dei dati che dei coefficienti moltiplicativi.

56 Dato che riguardano anni di stima diversi non permettono rigorose comparazioni: 2006 Irlanda, 2007 Lussemburgo e Lituania, 2008 Slovacchia e Norvegia, 2009 Polonia, 2010 Lettonia, 2010-11 Gran Bretagna e Ungheria, 2011 Spagna, Slovenia, Austria e Turchia, 2012 Malta, Cipro, Paesi Bassi, Grecia e Repubblica Ceca, 2013 Italia.

Figura 82: Stime di prevalenza (per mille residenti di età 15-64 anni) di soggetti con bisogno di trattamento per oppiacei. Anno 2013



Fonte: Elaborazione su flussi informativi SIND

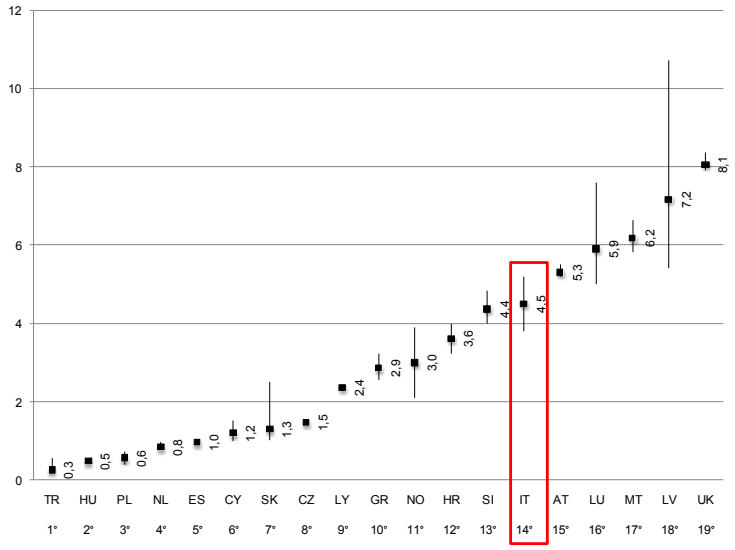
Tabella 30: Stime regionali di prevalenza (per mille residenti di età 15-64 anni) di soggetti con bisogno di trattamento per oppiacei secondo il genere. Anno 2013

Regione	Maschi	Femmine	Totale
Liguria	11,9	3,1	7,4
Molise	11,5	1,9	6,7
Toscana	10,4	3,2	6,7
Sardegna	11,3	1,6	6,4
Basilicata	10,6	1	5,8
Friuli Venezia Giulia	8,7	2,6	5,7
Umbria	9,2	1,9	5,5
Campania	9,6	1	5,3
Puglia	9,3	1,1	5,1
Abruzzo	8	1,4	4,6
Emilia Romagna	7,5	1,7	4,6
Piemonte	7,6	1,6	4,6
Lazio	7,4	1,1	4,2
Valle D'Aosta	6,8	1,7	4,2
P.A. Trento	6,3	1,6	4
Veneto	5,9	1,5	4
Marche	5,6	1,2	3,4
P.A. Bolzano	5	1,7	3,4
Calabria	6,1	0,6	3,3
Sicilia	5,1	0,5	2,7
Lombardia	4,3	0,9	2,6

Media	**7,3**	**1,4**	**4,3**

Fonte: Elaborazione su flussi informativi SIND

Figura 83: Stime di prevalenza (per mille residenti di età 15-64 anni) di soggetti con bisogno di trattamento per oppiacei – confronto a livello europeo



Fonte: Bollettino Statistico EMCDDA 2014

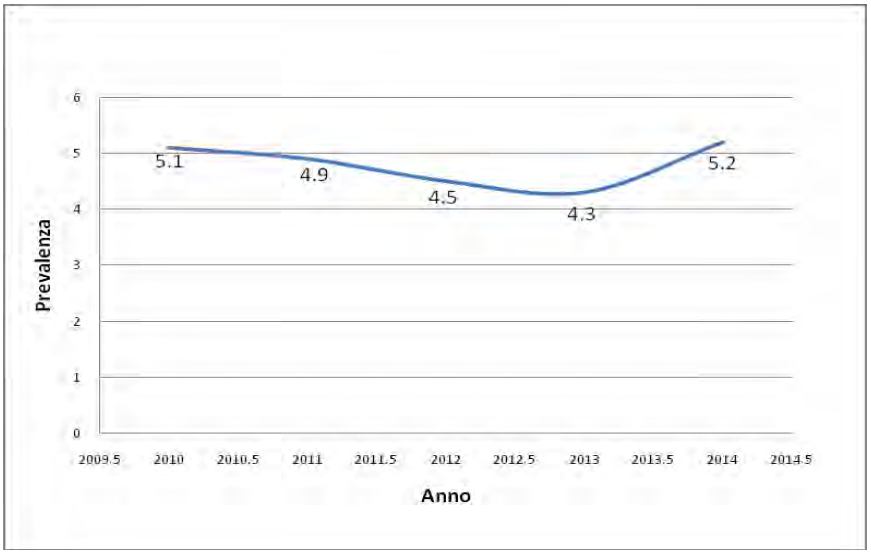
Aggiornamento delle stime nazionali al 2014

I consumatori di oppiacei con bisogno di trattamento, nel 2014, sono stimati in 203.000, con un intervallo di confidenza al 95% che va da 179.000 a 227.000; i dati di base provengonodalle stesse fonti, a partire dal 2010. Il calcolo viene effettuato annualmente attraverso un "metodo di calibrazione" utilizzato per le stime nazionali in molti paesi. Esso si basa sulla popolazione in trattamento osservata (per l'Italia, fornita dal Ministero della Salute; dati "SIND"), e la moltiplica per il coefficientemoltiplicativo stimato sintetizzando i valori parziali relativi a popolazioni limitate a livello territoriale, più facilmente stimabili con metodi di cattura-ricattura, da una o più fonti.

Le stime relative al 2014 mostrano, rispetto al 2013, un aumento del 20% conseguente ad un pari aumento nei dati di base.

La stima di prevalenza relativa per mille residenti di età compresa tra 15 e 64 anni, è pari a 5,2, che rispetto al valore 4,3 del 2013 corrisponde pure ad un incremento del 20% (la dimensione della popolazione di interesse è pressoché costante negli anni). Nella Figura 84 si riporta l'andamento delle stime della prevalenza relativa dal 2010 al 2014 che rappresentano i soli anniper i quali è possibile il confronto omogeneo, dato lo stesso metodo di stima, diversoda quello utilizzato negli anni precedenti.

Figura 84: Prevalenza di consumatori di oppiacei con necessità di trattamento per 1000 abitanti di età 15-64 anni.



Appendice

Tabella 31: Stime dei casi prevalenti di utilizzo problematico di OPPIACEI, età 15-64 anni, Regione ABRUZZO. Anno 2013

Metodologia	Casi prevalenti (numero soggetti)		
	Stima	IC INF (95%)	IC SUP (95%)
Cattura/Ricattura	3.881	3.553	4.209
Coefficiente moltiplicatore		1,2	

Tabella 32: Stime dei casi prevalenti di utilizzo problematico di OPPIACEI, età 15-64 anni, Regione BASILICATA. Anno 2013

Metodologia	Casi prevalenti (numero soggetti)		
	Stima	IC INF (95%)	IC SUP (95%)
Cattura/Ricattura	1.916	1.360	2.472
Coefficiente moltiplicatore		1,7	

Tabella 33: Stime dei casi prevalenti di utilizzo problematico di OPPIACEI, età 15-64 anni, ASL BERGAMO. Anno 2013

Metodologia	Casi prevalenti (numero soggetti)		
	Stima	IC INF (95%)	IC SUP (95%)
Cattura/Ricattura	3.348	2.136	4.559
Coefficiente moltiplicatore		2,1	

Tabella 34: Stime dei casi prevalenti di utilizzo problematico di OPPIACEI, età 15-64 anni, Area Metropolitana di BOLOGNA. Anno 2013

Metodologia	Casi prevalenti (numero soggetti)		
	Stima	IC INF (95%)	IC SUP (95%)
Cattura/Ricattura	2.275	2.032	2.518
Coefficiente moltiplicatore		1,3	

Tabella 35: Stime dei casi prevalenti di utilizzo problematico di OPPIACEI, età 15-64 anni, P.A. BOLZANO. Anno 2013

Metodologia	Casi prevalenti (numero soggetti)		
	Stima	IC INF (95%)	IC SUP (95%)
Cattura/Ricattura	1.100	931	1.269
Coefficiente moltiplicatore		1,8	

Tabella 36: Stime dei casi prevalenti di utilizzo problematico di OPPIACEI, età 15-64 anni, Regione CALABRIA. Anno 2013

Metodologia	Casi prevalenti (numero soggetti)		
	Stima	IC INF (95%)	IC SUP (95%)
Cattura/Ricattura	16.913	5.664	28.162
Coefficiente moltiplicatore		13,8	

Tabella 37: Stime dei casi prevalenti di utilizzo problematico di OPPIACEI, età 15-64 anni, Regione PUGLIA. Anno 2013

Metodologia	Casi prevalenti (numero soggetti)		
	Stima	IC INF (95%)	IC SUP (95%)
Cattura/Ricattura	1.640	255	3.025
Coefficiente moltiplicatore		4,0	

Tabella 38: Stime dei casi prevalenti di utilizzo problematico di OPPIACEI, età 15-64 anni, Regione SARDEGNA. Anno 2013

Metodologia	Casi prevalenti (numero soggetti)		
	Stima	IC INF (95%)	IC SUP (95%)
Cattura/Ricattura	4.950	4.139	5.761
Coefficiente moltiplicatore		1,6	

Tabella 39: Stime dei casi prevalenti di utilizzo problematico di OPPIACEI, età 15-64 anni, Regione SICILIA. Anno 2013

AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE DI ENNA			
Metodologia	Casi prevalenti (numero soggetti)		
	Stima	IC INF (95%)	IC SUP (95%)
Cattura/Ricattura	146	146	146
Coefficiente moltiplicatore		1,0	
AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE DI PALERMO			
Metodologia	Casi prevalenti (numero soggetti)		
	Stima	IC INF (95%)	IC SUP (95%)
Cattura/Ricattura	3.079	2.329	3.829

Coefficiente moltiplicatore		1,8	

AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE DI RAGUSA			
Metodologia	**Casi prevalenti (numero soggetti)**		
	Stima	**IC INF (95%)**	**IC SUP (95%)**
Cattura/Ricattura	743	310	1.176
Coefficiente moltiplicatore		2,2	

AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE DI SIRACUSA			
Metodologia	**Casi prevalenti (numero soggetti)**		
	Stima	**IC INF (95%)**	**IC SUP (95%)**
Cattura/Ricattura	678	539	817
Coefficiente moltiplicatore		1,1	

Tabella 40: Stime dei casi prevalenti di utilizzo problematico di OPPIACEI, età 15-64 anni, ASL VARESE. Anno 2013

Metodologia	**Casi prevalenti (numero soggetti)**		
	Stima	**IC INF (95%)**	**IC SUP (95%)**
Cattura/Ricattura	1.399	1.166	1.632
Coefficiente moltiplicatore		1,3	

Tabella 41: Stime dei casi prevalenti di utilizzo problematico di OPPIACEI, età 15-64 anni, ASL VERONA. Anno 2013

Metodologia	**Casi prevalenti (numero soggetti)**		
	Stima	**IC INF (95%)**	**IC SUP (95%)**
Cattura/Ricattura	855	710	1.000
Coefficiente moltiplicatore		1,2	

2.5 Uso di sostanze stupefacenti/psicotrope nei praticanti di attività sportive

Uso di sostanze stupefacenti/psicotrope nei praticanti attività sportiva sottoposti ai controlli della Commissione di Vigilanza sul doping

La legge 376/2000 (Disciplina della tutela sanitaria delle attività sportive e della lotta contro il doping, G.U. n. 294 del 18 dicembre 2000) all"articolo 9 riconosce come reato penale il procurare ad altri, somministrare, assumere o favorire l"utilizzo di farmaci o di sostanze biologicamente o farmacologicamente attive ricompresi nelle classi previste all"articolo 2, comma 1 della medesima legge.

Molte sostanze vietate per doping presenti nella Lista delle sostanze e metodi proibiti prevista dalla legge 376/2000, tuttavia , a causa della loro capacità di indurre dipendenza fisica e psichica, sono inserite anche nelle Tabelle delle sostanze stupefacenti o psicotrope soggette alla vigilanza e al controllo del Ministero della Salute secondo la legge 309/1990 e successive modifiche.

Tra le due leggi sopracitate esistono importanti sovrapposizioni: sono infatti catalogati sia tra le sostanze stupefacenti che tra le sostanze vietate per doping alcuni stimolanti, narcotici, anabolizzanti e la cannabis.

Nel corso dell"anno 2014, la Commissione di Vigilanza ed il controllo sul Doping e per la tutela della salute nelle attività sportive (CVD), istituita presso il Ministero della Salute in attuazione dell"art. 3 comma 1 della legge 376/2000, ha effettuato controlli antidoping su 274 manifestazioni sportive.

Il controllo sanitario e antidoping, secondo l"art.1 comma 2 del D.M. 14 febbraio 2012 (G.U. n. 70 del 23/3/2012), è stato effettuato in corso di eventi sportivi, sulla matrice biologica urinaria di atleti praticanti attività sportive non agonistiche e attività amatoriali giovanili anche agonistiche in diverse discipline e pratiche sportive.

Sono stati sottoposti a controllo antidoping 1427 atleti, di cui 976 maschi (68,4%) e 451 femmine (31,6%). L"età media della popolazione sottoposta a controllo antidoping è di 30,6 anni, specificatamente quella degli atleti 31,4 anni e quella delle atlete 28,9 anni. Complessivamente, 7 atleti (lo 0,5% del campione), è risultato positivo a sostanze vietate sia secondo quanto previsto dalla legge 309/90 che secondo quanto previsto dalla legge 376/00. Di questi atleti, 6 sono di sesso maschile (0,6% degli atleti controllati) ed 1 è di sesso femminile (0,2% degli atleti controllati). L"età media degli atleti risultati positivi ai controlli è di 43 anni (43,7% per gli uomini, 39,1 per le donne).

Tabella 42

MASCHI	976	50	6 (0,6%)
FEMMINE	451	8	1 (0,2%)

Relativamente alle sostanze rilevate ai controlli antidoping ed inserite anche nelle Tabelle delle sostanze stupefacenti o psicotrope soggette alla vigilanza e al controllo del Ministero della Salute,

si segnalano i seguenti principi attivi: la cannabis e derivati (3 atleti), la cocaina (2 atleti) l"ossicodone (1 atleta) e la fentermina (1 atleta).

Gli atleti risultati positivi alla cannabis e derivati sono 3, di cui uno appartenente alla FIR (rugby), uno alla FIHP (Hockey e pattinaggio) ed uno alla FIGGMA (arti marziali).La cannabis non è mai stata rilevata in associazione con altre sostanze vietate dalla legge 376/00.

Gli atleti risultati positivi alla cocaina sono due e praticano il ciclismo. La cocaina è stata rilevata in associazione ad altre sostanze dopanti, ed in particolare ad agenti anabolizzanti,diuretici ed ormoni (eritropoietina).

La fentermina è stata rilevata in associazione ad ormoni e corticosteroidi in un atleta praticante il ciclismo.

L"ossicodone, un narcotico (classe doping S7), è stato assunto da un atleta praticante ciclismo.

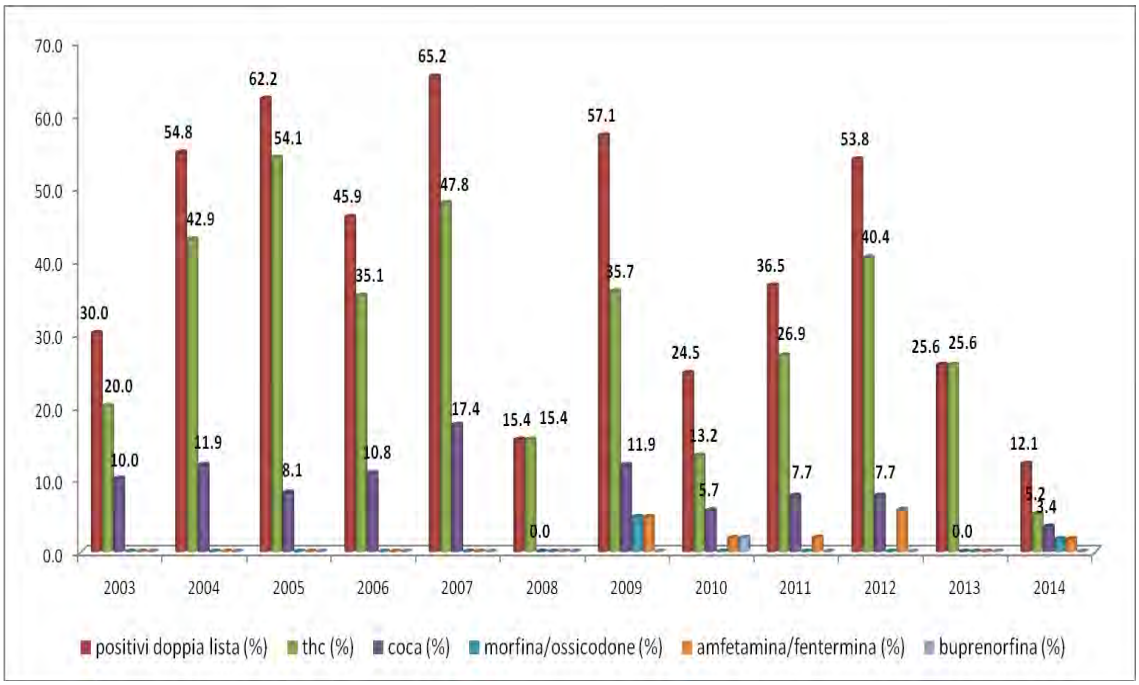
Tabella 43: Elenco delle sostanze vietate per doping e secondo quanto previsto dalla legge 309/90 stratificate per numero di atleti che le hanno assunte e relativo genere di appartenenza: valori assoluti

Cocaina, Furosemide, Mesterolone, Eritropoietina ricombinate	1	4	maschio
Gonadotropina corionica, Fentermina, Prednisone, Prednisolone, Cocaina,	1	4	maschio
Testosterone e/o suoi precursori*	1	2	maschio
THC	3	1	maschio (2) femmina (1)
Ossicodone	1	1	maschio

La Figura 85 mostra l"andamento delle positività registrate tra gli atleti monitorati dalla CVD nel corso degli anni 2003-2014 relativamente alle sostanze vietate sia secondo quanto previsto dalla legge 309/90 che dalla legge 376/00. Come è possibile osservare dalla lettura del grafico, le sostanze per così dire "in doppia lista", hanno sempre rappresentato una percentuale non irrilevante tra gli atleti risultati positivi ai controlli antidoping. La percentuale minore è stata registrata nel 2014 (il 12,1% delle positività è relativo a principi attivi "in doppia lista"), la più elevata nel 2007 (65,2%). Nel 2007, anno in cui la percentuale di positività degli atleti monitorati dalla CVD ad una o più sostanze vietate per doping è stata complessivamente pari al 2,9%, i principi attivi maggiormente rilevati sono stati la cannabis e derivati (47,8%) e la cocaina (13,0%).

Da notare come nel corso degli anni la cannabis e derivati (classe doping S8) abbiano sempre rappresentato la percentuale più rilevante tra le positività registrate per le sostanze vietate "in doppia lista". Nel maggio 2013 tuttavia la WADA ha deciso di aumentare il livello di soglia (cut-off analitico) per la positività alla cannabis: il risultato di tale variazione è stata una forte diminuzione nelle positività rilevate tra gli atleti monitorati dalla CVD registrata a partire dal 2013 e confermata nel 2014.

Figura 85: Distribuzione delle positività rilevate per le sostanze inserite nella Lista delle sostanze e metodi proibiti prevista dalla legge 376/2000 e nelle Tabelle delle sostanze stupefacenti o psicotrope soggette alla vigilanza e al controllo del Ministero della Salute secondo la legge 309/1990.



2.6 Incidenza di positività tra le Forze Armate

Orientamenti generali

Nel corso del 2014 le Forze Armate (FFAA) italiane hanno rinnovato l"impegno nel contrastare la diffusione e l"uso delle sostanze stupefacenti e psicotrope nel proprio ambito, attraverso una capillare opera di sensibilizzazione, prevenzione e controllo rivolta in favore di tutte gli Enti dipendenti, fino ai minori livelli organizzativi.

L"orientamento comune è quello di eliminare totalmente l"uso di dette sostanze da parte del personale dipendente, al fine di soddisfare la prioritaria esigenza di poter disporre, in qualsiasi momento, di personale totalmente integro sul piano psico-fisico e quindi idoneo ad assolvere in piena sicurezza tutti i compiti istituzionali.

Il primo step di intervento (prevenzione primaria) viene attuato mediante specifici programmi di informazione ed educazione, cui si aggiungono programmi formativi per il personale medico e psicologo. A ciò è inoltre associato, come obiettivo primario che l"Amministrazione della Difesa persegue, la prevenzione del disagio (giovanile e non) e della sofferenza psicologica, nonché il precoce riconoscimento dei comportamenti a rischio, in quanto favorenti il consumo delle sostanze stupefacenti e psicotrope.

La successiva fase di intervento (prevenzione secondaria) consta nell"accertamento dell"uso di sostanze stupefacenti e/o psicotrope, basato su:

- riscontro documentale di trattamenti socio sanitari avvenuti per condizioni di tossicodipendenza o comunque legati all"uso/abuso di dette sostanze;

- riscontro di segni/sintomi fisici o psichici clinici di assunzione abituale di sostanze stupefacenti e/o psicotrope, di intossicazione in atto, di sindrome d"astinenza;
- riscontro di cataboliti specifici nei liquidi biologici e nei tessuti.

In particolare, il personale militare sospetto assuntore di sostanze stupefacenti e/o psicotrope viene sottoposto ad accurati controlli di laboratorio e valutazioni cliniche psicopatologiche a cura dei Servizi sanitari e dei Consultori Psicologici e Servizi di Psicologia, attraverso metodiche e protocolli che garantiscono le previste condizioni di sicurezza. Vengono inoltre effettuati accertamenti pre-affidamento delle mansioni/attività a rischio, periodici e di follow-up, nonchè accertamenti randomici su tutto il personale. Infine, il personale risultato positivo ai test e/o agli altri interventi di prevenzione secondaria viene avviato ad attività di sostegno e rieducazione sanitaria (interventi terapeutici e riabilitativi) presso i Consultori Psicologici/Servizi di Psicologia e contestualmente sottoposto, presso le Commissioni Medico Ospedaliere, ad accurata e approfondita valutazione clinica e psicodiagnostica finalizzata ad accertare la struttura personologica/o psicopatologica di fondo e/o patologie organiche concomitanti che sottendono all"abuso, onde accertare l"inidoneità al servizio per altra causa.

Consuntivo sintetico delle attività di controllo tossicologico

I dati relativi al numero totale dei soggetti sottoposti ad esame tossicologico e al numero di quelli risultati positivi sono stati raccolti ed aggregati dall"Ispettorato Generale della Sanità Militare - Osservatorio Epidemiologico della Difesa, nonché strutturati in schede distinte per FA/CC, di seguito riportate, rispettivamente per EI, MM, AM, CC):

Tabella 44: Nr. totale soggetti sottoposti ad esame tossicologico nell"EI. Anno 2014

RAPPORTO SULLA RICERCA DEI CATABOLITI DI STUPEFACENTI NEI LIQUIDI BIOLOGICI		ESERCITO ITALIANO	ANNO DI RIFERIMENTO			SEMESTRE DI RIFERIMENTO			
			TOTALE 2014			X		X	
			Totale soggetti sottoposti a test di screening					TOTALE	
			FASCE DI ETA'						
CATEGORIE			15-24	25-34	35-44	45-54	> 54		
Militari S.P.E.	UFF.LI	Autisti	0	14	12	11	0	37	0
		Piloti	0	6	9	0	0	15	0
		Altro	96	246	181	170	24	717	0
	SOTT.LI	Autisti	21	37	52	38	0	148	0
		Piloti	0	7	11	8	0	26	0
		Altro	194	616	730	471	146	2157	0
	TRUPPA	Autisti	1401	2692	263	1	0	4357	0
		Altro	3111	7999	915	21	1	12047	0
Militari F.V.		Autisti	370	177	1	0	0	548	0
		Altro	1883	707	3	2	0	2595	0
Civili AD			1	0	7	32	21	61	0
Civili altre Amm.ni			0	2	1	0	0	3	0

* = Dato non pervenutoAC

Tabella 45: Nr. totale risultati positivi nell'EI. Anno 2014

RAPPORTO SULLA RICERCA DEI CATABOLITI DI STUPEFACENTI NEI LIQUIDI BIOLOGICI			ESERCITO ITALIANO	ANNO DI RIFERIMENTO		SEMESTRE DI RIFERIMENTO			
				TOTALE 2014		X		X	
			Numero soggetti positivi al test di conferma					TOTALE	
			FASCE DI ETA'						
CATEGORIE			15-24	25-34	35-44	45-54	> 54		
Militari S.P.E.	UFF.LI	Autisti	0	0	0	0	0	0	0
		Piloti	0	0	0	0	0	0	0
		Altro	1	0	0	0	0	1	0
	SOTT.LI	Autisti	0	0	0	0	0	0	0
		Piloti	0	0	0	0	0	0	0
		Altro	0	3	1	0	0	4	0
	TRUPPA	Autisti	0	4	4	0	0	8	0
		Altro	6	21	2	2	0	31	0
Militari F.V.		Autisti	0	4	4	0	0	8	0
		Altro	2	3	0	0	0	5	0
Civili AD			1	0	0	0	0	1	0
Civili altre Amm.ni			0	1	1	0	0	2	0

* = Dato non pervenutoAC

Tabella 46: Nr. soggetti per categoria di sostanza nell'EI. Anno 2014

RAPPORTO SULLA RICERCA DEI CATABOLITI DI STUPEFACENTI NEI LIQUIDI BIOLOGICI			ESERCITO ITALIANO													
									ANNO DI RIFERIMENTO				SEMESTRE DI RIFERIMENTO			
									TOTALE 2014				X		X	
			CATEGORIE SOSTANZE STUPEFACENTI													
CATEGORIE			Anfetamine		Cannabinoidi		Cocaina		Oppiacei		Barbiturici		Benzodiazepine		Altro	
			TOT	POS	TOT	POS	TOT	POS	TOT	POS	TOT	POS	TOT	POS	TOT	POS
Militari S.P.E.	UFF.LI	Autisti	*	0	*	0	*	0	*	0	*	0	*	0	*	0
		Piloti	*	0	*	0	*	0	*	0	*	0	*	0	*	0
		Altro	*	0	*	1	*	0	*	0	*	0	*	0	*	0
	SOTT.LI	Autisti	*	0	*	0	*	0	*	0	*	0	*	0	*	0
		Piloti	*	0	*	0	*	0	*	0	*	0	*	0	*	0
		Altro	*	0	*	4	*	0	*	0	*	0	*	0	*	0
	TRUPPA	Autisti	*	0	*	6	*	2	*	0	*	0	*	0	*	0
		Altro	*	0	*	18	*	7	*	6	*	0	*	0	*	0

Militari F.V.	Autisti	*	0	*	4	*	3	*	1	*	0	*	0	*	0
	Altro	*	4	*	1	*	0	*	0	*	0	*	0	*	0
Civili AD		*	0	*	1	*	0	*	0	*	0	*	0	*	0
Civili altre Amm.ni		*	0	*	2	*	0	*	0	*	0	*	0	*	0

* = Dato non pervenutoAC

Tabella 47: Nr. totale soggetti sottoposti ad esame tossicologico nella MM. Anno 2014

RAPPORTO SULLA RICERCA DEI CATABOLITI DI STUPEFACENTI NEI LIQUIDI BIOLOGICI		MARINA MILITARE	ANNO DI RIFERIMENTO			SEMESTRE DI RIFERIMENTO			
			TOTALE 2014			X		X	
			Totale soggetti sottoposti a test di screening					TOTALE	
			FASCE DI ETA'						
CATEGORIE			15-24	25-34	35-44	45-54	> 54		
Militari S.P.E.	UFF.LI	Autisti	0	4	27	15	4	50	0
		Piloti	0	55	38	6	0	99	0
		Altro	0	36	40	22	1	99	0
	SOTT.LI	Autisti	14	55	160	62	1	292	0
		Piloti	0	12	66	46	0	124	0
		Altro	6	92	428	139	13	678	0
	TRUPPA	Autisti	6	103	46	3	0	158	0
		Altro	84	317	85	2	0	488	0
Militari F.V.		Autisti	36	199	195	1	0	431	0
		Altro	86	10	4	2	0	102	0
Civili AD			99	89	70	8	22	288	0
Civili altre Amm.ni			0	2	1	40	5	48	0

* Totale determinazioni effettuate
** Casi risultati positivi al test di conferma

Tabella 48: Nr. totale risultati positivi nella MM. Anno 2014

RAPPORTO SULLA RICERCA DEI CATABOLITI DI STUPEFACENTI NEI LIQUIDI BIOLOGICI		MARINA MILITARE	ANNO DI RIFERIMENTO			SEMESTRE DI RIFERIMENTO			
			TOTALE 2014			X		X	
			Numero soggetti positivi al test di conferma					TOTALE	
			FASCE DI ETA'						
CATEGORIE			15-24	25-34	35-44	45-54	> 54		
Militari S.P.E.	UFF.LI	Autisti	0	0	0	0	0	0	0
		Piloti	0	0	0	0	0	0	0
		Altro	0	0	0	0	0	0	0
	SOTT.LI	Autisti	0	0	0	0	0	0	0
		Piloti	0	0	0	0	0	0	0
		Altro	0	0	1	0	0	1	0
	TRUPPA	Autisti	0	0	0	0	0	0	0
		Altro	0	0	0	0	0	0	0
Militari F.V.		Autisti	0	0	0	0	0	0	0
		Altro	0	0	0	0	0	0	0
Civili AD			0	0	0	0	0	0	0
Civili altre Amm.ni			0	0	0	0	0	0	0

* Totale determinazioni effettuate

** Casi risultati positivi al test di conferma

Tabella 49: Nr. soggetti per categoria di sostanza nella MM. Anno 2014

RAPPORTO SULLA RICERCA DEI CATABOLITI DI STUPEFACENTI NEI LIQUIDI BIOLOGICI			MARINA MILITARE						ANNO DI RIFERIMENTO				SEMESTRE DI RIFERIMENTO			
									TOTALE 2014				X		X	
			CATEGORIE SOSTANZE STUPEFACENTI													
			Anfetamine		Cannabinoidi		Cocaina		Oppiacei		Barbiturici		Benzodiazepine		Altro	
CATEGORIE			TOT	POS	TOT	POS	TOT	POS	TOT	POS	TOT	POS	TOT	POS	TOT	POS
Militari S.P.E.	UFF.LI	Autisti	50	0	50	0	50	0	50	0	10	0	10	0	50	0
		Piloti	100	0	100	0	100	0	100	0	1	0	1	0	99	0
		Altro	87	0	87	0	87	0	87	0	41	0	41	0	83	0
	SOTT.LI	Autisti	290	0	290	0	290	0	290	0	161	0	161	0	270	0
		Piloti	124	0	124	0	124	0	124	0	0	0	0	0	124	0
		Altro	635	0	635	1	635	0	635	0	285	0	285	0	598	0
	TRUPPA	Autisti	128	0	128	0	128	0	128	0	43	0	43	0	127	0
		Altro	468	1	468	0	468	0	468	0	226	0	220	0	418	1

Militari F.V.	Autisti	360	0	360	0	360	0	360	0	203	0	203	0	346	0
	Altro	74	0	74	0	74	0	74	0	71	0	71	0	74	0
Civili AD		286	0	286	0	286	0	286	0	170	0	170	0	280	0
Civili altre Amm.ni		48	0	48	0	48	0	48	0	15	0	15	0	48	0

* Totale determinazioni effettuate

** Casi risultati positivi al test di conferma

Tabella 50: Nr. totale soggetti sottoposti ad esame tossicologico nella AM. Anno 2014

RAPPORTO SULLA RICERCA DEI CATABOLITI DI STUPEFACENTI NEI LIQUIDI BIOLOGICI		AERONAUTICA MILITARE	ANNO DI RIFERIMENTO			SEMESTRE DI RIFERIMENTO			
			TOTALE 2014			X		X	
			Totale soggetti sottoposti a test di screening					TOTALE	
			FASCE DI ETA'						
CATEGORIE			15-24	25-34	35-44	45-54	> 54		
Militari S.P.E.	UFF.LI	Autisti	0	1	5	4	0	10	0
		Piloti	124	637	833	369	114	2077	0
		Altro	422	275	534	440	83	1754	0
	SOTT.LI	Autisti	4	56	439	190	6	695	0
		Piloti	57	240	391	414	35	1137	0
		Altro	44	801	1850	3129	125	5944	0
	TRUPPA	Autisti	9	253	147	5	0	414	0
		Altro	1226	1911	1405	867	103	5512	0
Militari F.V.		Autisti	14	61	7	0	1	83	0
		Altro	413	431	143	148	25	1160	0
Civili AD			4	6	30	76	34	150	0
Civili altre Amm.ni			1868	584	515	547	105	3619	0

* Totale determinazioni effettuate

** Casi risultati positivi al test di conferma

* = Dato non pervenutoAC

Tabella 51: Nr. totale risultati positivi nella AM. Anno 2014

RAPPORTO SULLA RICERCA DEI CATABOLITI DI STUPEFACENTI NEI LIQUIDI BIOLOGICI		AERONAUTICA MILITARE	ANNO DI RIFERIMENTO			SEMESTRE DI RIFERIMENTO			
			TOTALE 2014			X		X	
			Numero soggetti positivi al test di conferma					TOTALE	
			FASCE DI ETA'						
CATEGORIE			15-24	25-34	35-44	45-54	> 54		
Militari S.P.E.	UFF.LI	Autisti	0	0	0	0	0	0	0
		Piloti	0	0	0	0	0	0	0
		Altro	0	0	0	0	0	0	0
	SOTT.LI	Autisti	0	0	0	0	0	0	0
		Piloti	0	0	0	0	0	0	0
		Altro	0	1	3	5	0	9	0
	TRUPPA	Autisti	0	0	1	0	0	1	0
		Altro	1	2	1	0	0	4	0
Militari F.V.		Autisti	0	0	0	0	0	0	0
		Altro	4	0	1	0	0	5	0
Civili AD			1	0	0	0	0	1	0
Civili altre Amm.ni			0	0	1	4	0	5	0

* Totale determinazioni effettuate

** Casi risultati positivi al test di conferma

* = Dato non pervenutoAC

Tabella 52: Nr. soggetti per categoria di sostanza nella AM. Anno 2014

RAPPORTO SULLA RICERCA DEI CATABOLITI DI STUPEFACENTI NEI LIQUIDI BIOLOGICI			AERONAUTICA MILITARE						ANNO DI RIFERIMENTO				SEMESTRE DI RIFERIMENTO			
									TOTALE 2014				X		X	
			CATEGORIE SOSTANZE STUPEFACENTI													
CATEGORIE			Anfetamine		Cannabinoidi		Cocaina		Oppiacei		Barbiturici		Benzodiazepine		Altro	
			TOT	POS	TOT	POS	TOT	POS	TOT	POS	TOT	POS	TOT	POS	TOT	POS
Militari S.P.E.	UFF.LI	Autisti	6	0	6	0	6	0	6	0	6	0	6	0	4	0
		Piloti	1784	0	1790	0	1790	0	1790	0	1250	0	1145	0	1189	0
		Altro	1673	1	1673	1	1673	0	1673	0	1258	0	1260	0	1262	0
	SOTT.LI	Autisti	792	0	792	0	792	0	792	0	352	0	342	0	417	0
		Piloti	1129	0	1129	0	1129	0	1129	0	428	0	423	0	428	0
		Altro	6279	4	6280	10	6280	2	6280	8	3399	0	3398	0	3677	0
	TRUPPA	Autisti	386	0	386	0	386	1	386	0	204	0	204	0	258	0

		Altro	5158	0	5158	3	5158	0	5158	3	3599	0	3589	0	3652	0
Militari F.V.		Autisti	79	0	79	0	79	0	79	0	8	0	8	0	53	0
		Altro	1142	0	1142	5	1142	0	1142	1	704	0	727	0	737	0
Civili AD			136	0	136	0	136	0	136	0	83	0	83	0	84	0
Civili altre Amm.ni			3617	1	3617	5	3617	1	3617	4	3576	0	3576	0	3576	0

* Totale determinazioni effettuate

** Casi risultati positivi al test di conferma

* = Dato non pervenutoAC

Tabella 53: Nr. totale soggetti sottoposti ad esame tossicologico nei CC. Anno 2014

RAPPORTO SULLA RICERCA DEI CATABOLITI DI STUPEFACENTI NEI LIQUIDI BIOLOGICI		COMANDO GENERALE DELL'ARMA DEI CARABINIERI	ANNO DI RIFERIMENTO			SEMESTRE DI RIFERIMENTO			
			TOTALE 2014			X		X	
			Totale soggetti sottoposti a test di screening					TOTALE	
			FASCE DI ETA'						
CATEGORIE			15-24	25-34	35-44	45-54	> 54		
Militari S.P.E.	UFF.LI	Autisti	0	0	2	0	0	2	0
		Piloti	0	0	0	0	0	0	0
		Altro	0	16	2	0	0	18	0
	SOTT.LI	Autisti	0	3	0	1	0	4	0
		Piloti	0	0	0	0	0	0	0
		Altro	2	9	14	41	6	71	0
	TRUPPA	Autisti	0	59	33	29	0	121	0
		Altro	0	55	58	27	4	144	0
Militari F.V.		Autisti	0	0	0	0	0	0	0
		Altro	0	46	0	0	0	88	0
Civili AD			0	0	0	0	0	0	0
Civili altre Amm.ni			0	0	0	0	0	0	0

* Totale determinazioni effettuate

** Casi risultati positivi al test di conferma

* = Dato non pervenutoAC

Tabella 54: Nr. totale risultati positivi nei CC. Anno 2014

RAPPORTO SULLA RICERCA DEI CATABOLITI DI STUPEFACENTI NEI LIQUIDI BIOLOGICI		COMANDO GENERALE DELL'ARMA DEI CARABINIERI	ANNO DI RIFERIMENTO			SEMESTRE DI RIFERIMENTO			
			TOTALE 2014			X		X	
			Numero soggetti positivi al test di conferma					TOTALE	
			FASCE DI ETA'						
CATEGORIE			15-24	25-34	35-44	45-54	> 54		
Militari S.P.E.	UFF.LI	Autisti	0	0	0	0	0	0	0
		Piloti	0	0	0	0	0	0	0
		Altro	0	0	0	0	0	0	0
	SOTT.LI	Autisti	0	0	0	0	0	0	0
		Piloti	0	0	0	0	0	0	0
		Altro	0	0	0	0	0	0	0
	TRUPPA	Autisti	0	0	0	0	0	0	0
		Altro	0	0	0	0	0	0	0
Militari F.V.		Autisti	0	0	0	0	0	0	0
		Altro	0	0	0	0	0	0	0
Civili AD			0	0	0	0	0	0	0
Civili altre Amm.ni			0	0	0	0	0	0	0

* Totale determinazioni effettuate

** Casi risultati positivi al test di conferma

* = Dato non pervenutoAC

Tabella 55: Nr. soggetti per categoria di sostanza nei CC. Anno 2014

RAPPORTO SULLA RICERCA DEI CATABOLITI DI STUPEFACENTI NEI LIQUIDI BIOLOGICI			COMANDO GENERALE DELL'ARMA DEI CARABINIERI						ANNO DI RIFERIMENTO				SEMESTRE DI RIFERIMENTO			
									TOTALE 2014				X		X	
			CATEGORIE SOSTANZE STUPEFACENTI													
			Anfetamine		Cannabinoidi		Cocaina		Oppiacei		Barbiturici		Benzodiazepine		Altro	
CATEGORIE			TOT	POS	TOT	POS	TOT	POS	TOT	POS	TOT	POS	TOT	POS	TOT	POS
Militari S.P.E.	UFF.LI	Autisti	2	0	2	0	2	0	2	0	2	0	2	0	0	0
		Piloti	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
		Altro	18	0	18	0	18	0	18	0	18	0	18	0	0	0
	SOTT.LI	Autisti	4	0	4	0	4	0	4	0	4	0	4	0	0	0
		Piloti	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
		Altro	71	0	71	0	71	0	71	0	71	0	71	0	0	0

	TRUPPA	**Autisti**	**121**	**0**	**121**	**0**	**121**	**0**	**121**	**0**	**121**	**0**	**121**	**0**	**0**	**0**
		Altro	**144**	**0**	**144**	**0**	**144**	**0**	**144**	**0**	**144**	**0**	**144**	**0**	**0**	**0**
Militari F.V.		**Autisti**	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**
		Altro	**88**	**0**	**88**	**0**	**88**	**0**	**88**	**0**	**88**	**0**	**88**	**0**	**0**	**0**
Civili AD			**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**
Civili altre Amm.ni			**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**

* Totale determinazioni effettuate

** Casi risultati positivi al test di conferma

* = Dato non pervenuto AC

Rispetto all"anno precedente, i dati pervenuti indicano un incremento del numero dei soggetti sottoposti a screening nel complesso delle FFAA/CC e, a fronte di un aumento dei positivi in termini assoluti, una riduzione percentuale delle positività accertate.

A tal riguardo sono riportate le seguenti tabelle riassuntive di confronto 2013-2014 riferite alle singole F.A./CC:

Tabella 56: nr. sogg. sottoposti a screening e percentuali dei positivi nell'EI relativi all'anno 2014 confrontati con gli analoghi dati dell"anno precedente

ESERCITO									
CATEGORIE		TOTALE SOGGETTI SOTTOPOSTI A TEST DI SCREENING		TOTALE TEST EFFETTUATI		TOTALE SOGGETTI POSITIVI AL TEST DI CONFERMA		PERCENTUALE DI POSITIVITA'	
		2013	**2014**	2013	**2014**	2013	**2014**	2013	**2014**
Militari S.P.E.	UFF.LI	86	769	419	NP*		1		0.1300
	SOTT.LI	259	2331	1053	NP*		4		0.1716002
	TRUPPA	6530	16404	43004	NP*	19	39	0.2909	0.2377469
Militari F.V.		317	3143	1268	NP*		13		0.4136176
TOTALE F.A.		7192	22647	45744	NP*	19	57	0.2641	0.251689

Tabella 57: nr. sogg. sottoposti a screening e percentuali dei positivi nella MMrelativi all'anno 2014 confrontati con gli analoghi dati dell"anno precedente

MARINA MILITARE									
CATEGORIE		TOTALE SOGGETTI SOTTOPOSTI A TEST DI SCREENING		TOTALE TEST EFFETTUATI		TOTALE SOGGETTI POSITIVI AL TEST DI CONFERMA		PERCENTUALE DI POSITIVITA'	
		2013	2014	2013	2014	2013	2014	2013	2014
Militari S.P.E.	UFF.LI	147	248	715	1284		0		
	SOTT.LI	736	1094	3850	6080		1		0.0914
	TRUPPA	418	646	2045	3461	3	0	0.7177	
Militari F.V.		252	533	1147	2704		0		
TOTALE F.A.		1553	2521	7757	13529	3	1	0.1932	0.0397

Tabella 58: nr. sogg. sottoposti a screening e percentuali dei positivi nell"AM relativi all'anno 2014 confrontati con gli analoghi dati dell"anno precedente

AERONAUTICA MILITARE									
CATEGORIE		TOTALE SOGGETTI SOTTOPOSTI A TEST DI SCREENING		TOTALE TEST EFFETTUATI		TOTALE SOGGETTI POSITIVI AL TEST DI CONFERMA		PERCENTUALE DI POSITIVITA'	
		2013	2014	2013	2014	2013	2014	2013	2014
Militari S.P.E.	UFF.LI	4406	3841	23109	21250	1	0	0.022	
	SOTT.LI	13811	7776	69935	45667	5	9	0.036	0.1157407
	TRUPPA	6050	5926	32547	33682	2	5	0.033	0.0843739
Militari F.V.		959	1243	5112	7121		5		0.4022526
TOTALE F.A.		25229	18786	130703	107720	8	19	0.032	0.1011391

Tabella 59: nr. sogg. sottoposti a screening e percentuali dei positivi nei CC relativi all'anno 2014 confrontati con gli analoghi dati dell"anno precedente

CARABINIERI									
CATEGORIE		TOTALE SOGGETTI SOTTOPOSTI A TEST DI SCREENING		TOTALE TEST EFFETTUATI		TOTALE SOGGETTI POSITIVI AL TEST DI CONFERMA		PERCENTUALE DI POSITIVITA'	
		2013	2014	2013	2014	2013	2014	2013	2014
Militari S.P.E.	UFF.LI	12	20	66	120		0		
	SOTT.LI	68	75	287	450		0		
	TRUPPA	220	265	1009	1590	3	0	1.3636	
Militari F.V.		82	88	346	528		0		
TOTALE F.A.		382	448	1708	2688	3	0	0.7853	

Occorre inoltre evidenziare che i programmi di prevenzione vengono elaborati da ciascuna FA sulla scorta di direttive che prevedono controlli randomici della forza effettiva in patria, mentre per quanto riguarda l"Arma dei Carabinieri i controlli vengono effettuati in fase di selezione e per alcune idoneità particolari.

A tali linee di intervento si aggiunge la direttiva della ex Direzione Generale Della Sanità Militare recante il "Regolamento per l"applicazione delle procedure per gli accertamenti sanitari in assenza di 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" ed. 2010, finalizzata 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 secondo le indicazioni dell"Accordo Stato Regioni 18.09.2008, n. 178/CSR. Dall"analisi dei dati riportati nelle tabelle da 5 a 8 si evidenzia inoltre che, proporzionalmente alla popolazione della FA, il maggiore numero di controlli viene effettuato in ambito A.M.. Tale dato è influenzato significativamente dal fatto che la statistica in esame include i test effettuati presso gli Istituti di Medicina Aerospaziale su tutto il personale aeronavigante e su quello addetto a supporto dell"attività di volo, personale che comprende anche quello delle altre F.A./CC.

2.7 Stime dell'uso di sostanze attraverso l'analisi delle acque reflue

Rilevazione dei consumi di sostanze stupefacenti mediante l'analisi delle acque reflue: utilità e aspetti critici

Il Dipartimento Politiche Antidroga ha affidato all'Istituto di Ricerche Farmacologiche Mario Negri diMilano i prelievi e l'analisi di campioni di acque reflue per lamisuradei residui di sostanze psicotrope in essi presenti. A partire dal 2013, è stata svolta per una settimana all'anno in 17 centri urbani e in tre scuole (a Roma, a Torino e a Verona).

L'Istituto Mario Negri ha infatti sviluppato un metodo di stima dei consumi di sostanze psicotrope a partire dalla misurazione, nelle acque reflue, dei principali residui metabolici escreti per via urinaria (sostanze parentali e/o metaboliti). Tale metodo è oggi applicato in numerose città europee e consente, in tempo reale, di valutare i consumi qualitativi e quantitativi, anche se limitati al periodo di rilevazione e non estendibili nel tempo e nello spazio.

Il pregio principale del metodo è di aiutare la stima della dimensione complessiva del consumo delle sostanze psicotrope.

La prima campagna analitica è stata effettuata in tutti i centri selezionati nei mesi di ottobre-novembre 2013. Sono stati raccolti 7 campioni giornalieri consecutivi in tutti gli impianti selezionati delle 17 città.

La seconda campagna analitica è stata effettuata nel mese di maggio 2014 in 6 città (nella città di Napoli i prelievi non sono stati effettuati a causa di un guasto sull'impianto di depurazione di Napoli Cuma). Sono stati di nuovo raccolti 7 campioni giornalieri consecutivi in tutti gli impianti campionati. Nella Tabella 1 sono riportate le città, le date di raccolta dei campioni e gli abitanti facenti capo all'impianto campionato.

Quest'ultimo dato serve per normalizzare le misure per un confronto tra le città, anche se i consumi rilevati non si riferiscono necessariamente ai residenti, dato il pendolarismo giornaliero in e fuori città e in e fuori impianto; tale fatto è stato ampiamente studiato in un lavoro per la Commissione europea, che ha valutato l'utilizzo del metodo per la stima non distorta del consumo locale (Sara Zuzzi, Carla Rossi & Gianpaolo Scalia Tomba, Estimates of cocaine use in Milan, *Drug Abuse Rev.* 2013 Jun;6(2), 165-175). Come si vede esaminando le città campionate (come rilevazione è stato scelto esclusivamente l'impianto più importante della città), non si può considerare il territorio nazionale campionato in modo rappresentativo. Solo una settimana di raccolta in un anno per quasi tutte le città, e due settimane solo per pochissimi impianti appaiono insufficienti a stimare il consumo annuale già per le singole città; tanto meno i consumi nazionali. Si tratta, comunque, di un progetto pilota ampio che conferma la validità scientifica del metodo e suggerisce un utilizzo, in casi particolari di interesse, per fornire una stima in tempo reale del consumo locale di particolari sostanze.

Nelle figure che seguono sono riportati i valori di consumo normalizzato per la popolazione residente nell'impianto, rilevati per le diverse sostanze nelle città capoluogo di regione. Come si vede, l'andamento delle misure ha una grande variabilità nei diversi giorni, confermando la non rappresentatività ai fini di stima del consumo annuale.

É anche possibile approfondire la variabilità giornaliera, che potrebbe essere dovuta sia a un consumo effettivamente diverso della popolazione, sia a modifiche di tale popolazione per

pendolarismo o altro.

Per poter utilizzare il metodo ai fini della valutazione del consumo di sostanze a livello nazionale, sarebbe necessario costituire una rete di rilevazione nazionale rappresentativa (come si fa per la stima del livello di pioggia con i pluviometri) e condurre la rilevazione periodicamente con una certa frequenza nel corso dell'anno, coprendo l'intero ciclo stagionale, anche per mettere in relazione il consumo rilevato in un anno con quello dell'anno successivo. Occorre anche tener conto del pendolarismo, in particolare per le grandi città, seguendo esperienze internazionali già note (Brian J. Stults & Matthew Hasbrouck. The effect of commuting on city-level crime rates, *J Quant Criminol*, 4 Febr. 2015, Springer,doi: 10.1007/s10940-015-9251-z). Occorre, inoltre, non limitarsi alla rilevazione in un solo impianto di depurazione, soprattutto per le grandi città, dove è alto anche il pendolarismo interno alla città.

In altre parole, i dati disponibili al momento sono sufficienti per la valutazione dell'affidabilità del metodo, ma possono essere solo indicativi del consumo complessivo in alcuni periodi e in alcuni luoghi, (Zuzzi, Rossi, Scalia Tomba, op,.cit.)

Un altro aspetto importante da mettere in luce è che la stima del consumo complessivo non permette, senza un opportuno e complesso modello ancora da realizzare, di stimare il numero di consumatori, dato che una stessa quantità di residui può derivare da un intenso consumo unitario concentrato su pochi o da un consumo unitario moderato ma diffuso su molti. In altre parole, non è possibile utilizzare il metodo basato sull'analisi delle acque reflue per stimare la c.d. "prevalenza di uso" nella popolazione, che è l'indicatore importante richiesto dall'Osservatorio europeo, che può essere stimata solo effettuando rilevazioni sulla popolazione generale di buona qualità. Inoltre, il metodo non può in alcun modo aiutare a stimare il poli-consumo, attualmente molto diffuso tra i consumatori, che può essere stimato solo attraverso indagini di popolazione qualitative.

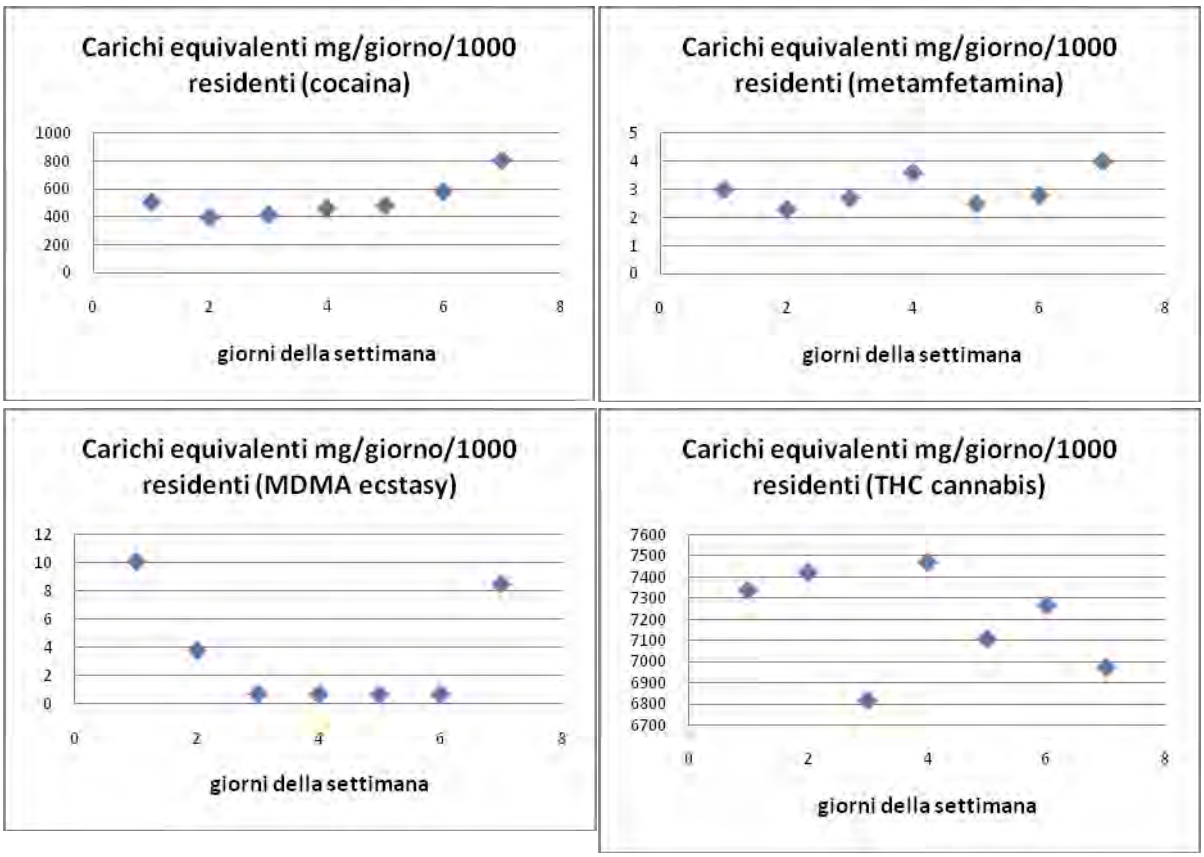
In definitiva, il metodo di stima del consumo dell'Istituto Mario Negri è molto importante per la stima di un altro indicatore che è la "dimensione del mercato". Per questo scopo andrebbe però applicato in modo rappresentativo e non limitato a rilevazioni locali e in brevi periodi.

Tabella 60: Campionamento rispetto alle città e al periodo di rilevazione

Città	Residenti nella zona dell'impianto di rilevazione	I periodo di raccolta dati	II periodo di raccolta dati
Bari	341.290	18/11/13-24/11/13	
Bologna	530.000	18/11/13-24/11/13	19/5/14-25/5/14
Cagliari	220.723	11/11/13-17/11/13	
Firenze	204.000	18/11/13-24/11/13	19/5/14-25/5/14
Gorizia	33.000	18/11/13-24/11/13	
Merano	75.000	11/11/13-17/11/13	
Milano	1.120.000	11/11/13-17/11/13	19/5/14-25/5/14
Napoli	650.000	11/11/13-17/11/13	
Nuoro	20.878	11/11/13-17/11/13	
Palermo	26.5050	11/11/13-17/11/13	19/5/14-25/5/14

Perugia (impianto Genna)	68.882	18/11/13-24/11/13	
Pescara	154.000	18/11/13-24/11/13	
Potenza	80.000	18/11/13-24/11/13	
Roma	1.279.098	2/12/13-8/12/13	9/6/14-15/6/14
Terni	100.000	18/11/13-24/11/13	
Torino	1.370.000	11/11/13-17/11/13	
Verona	287.000	11/11/13-17/11/13	19/5/14-25/5/14

Figura 86: Andamenti del consumo delle varie sostanze nei diversi giorni della settimana a Bari



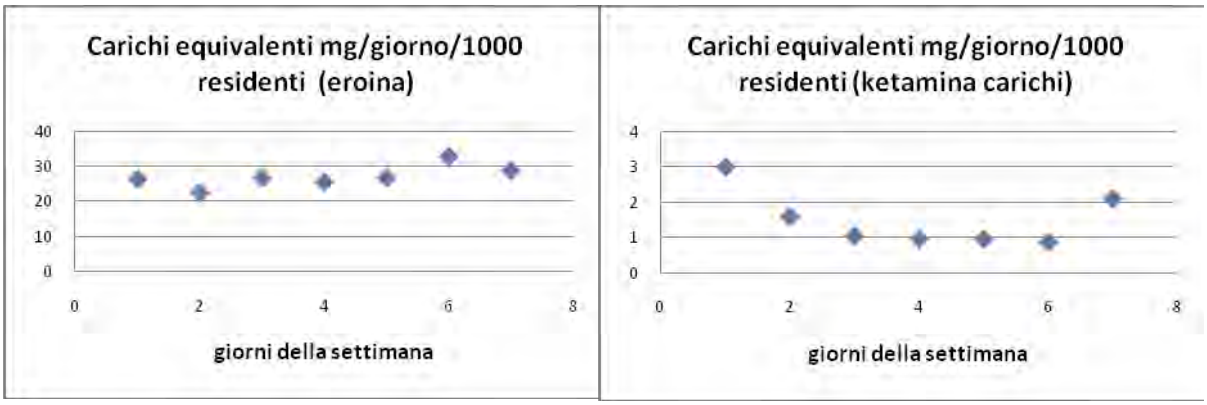
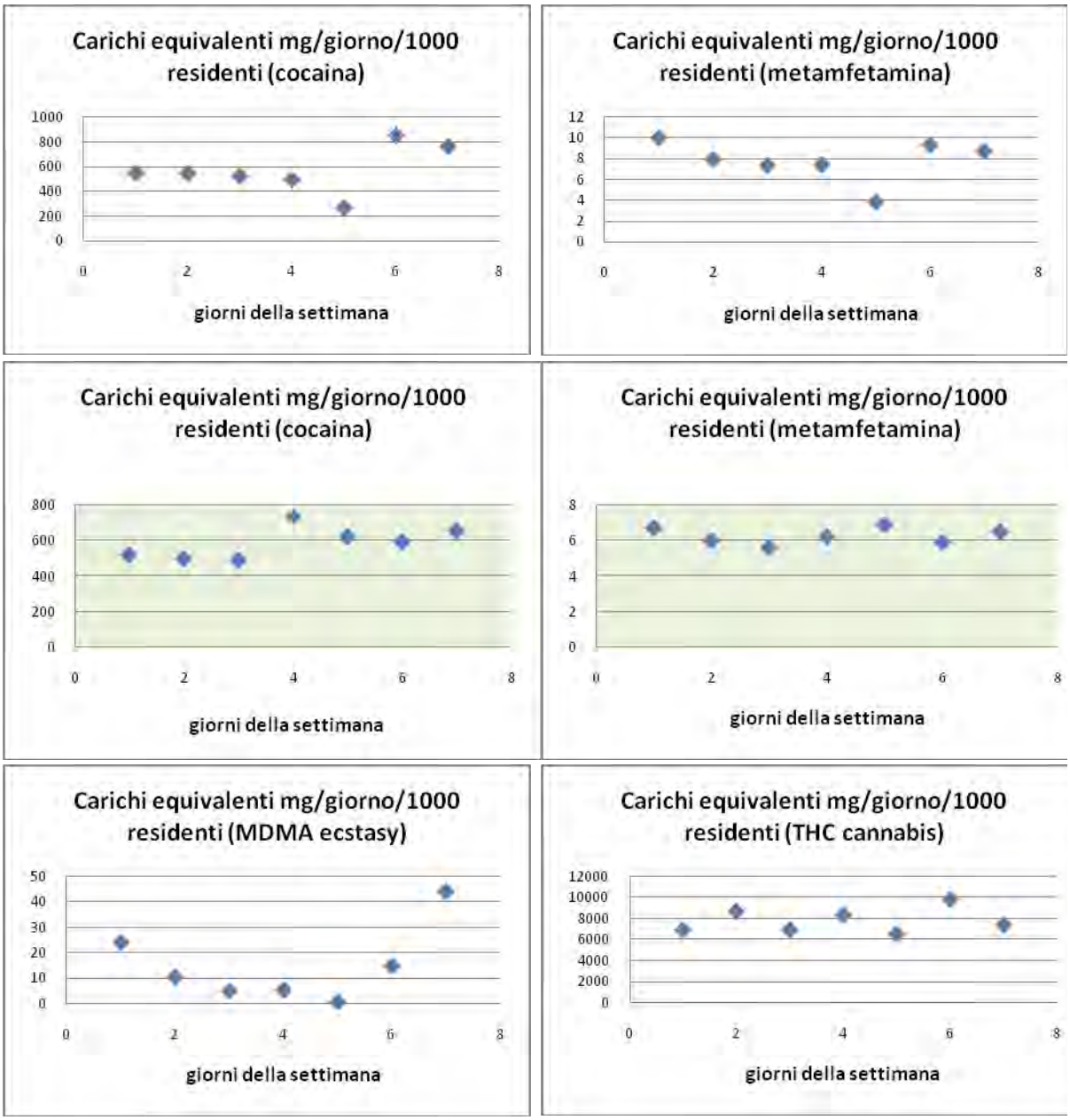
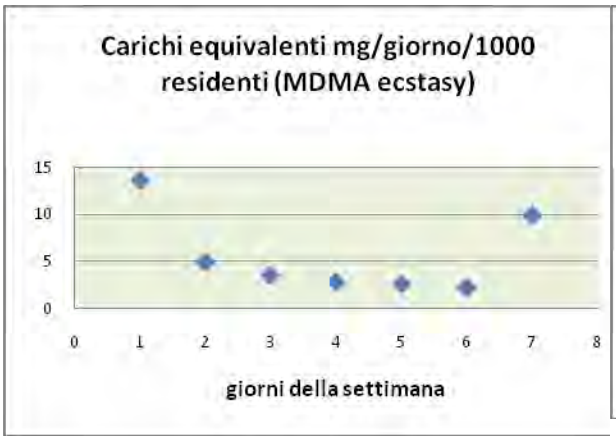
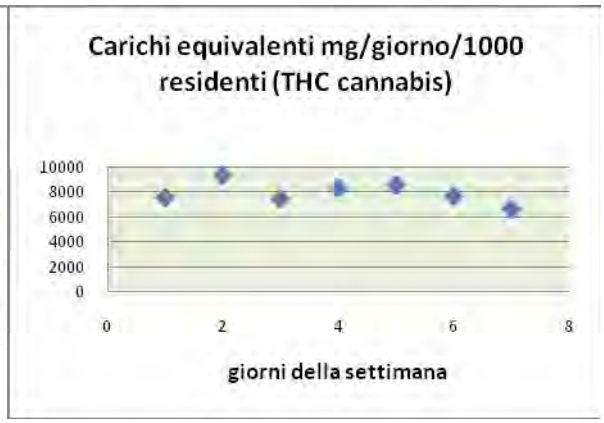
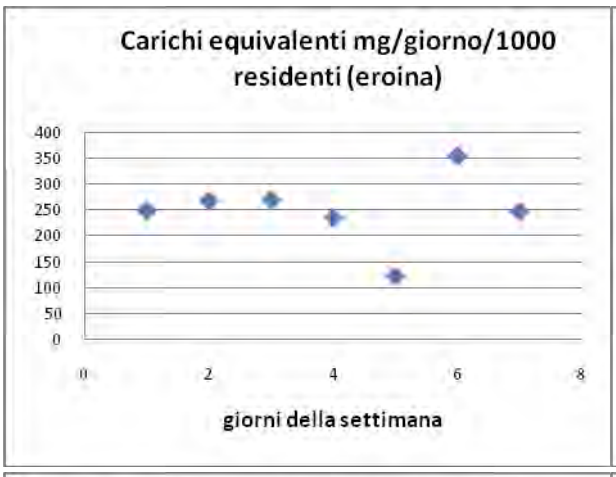


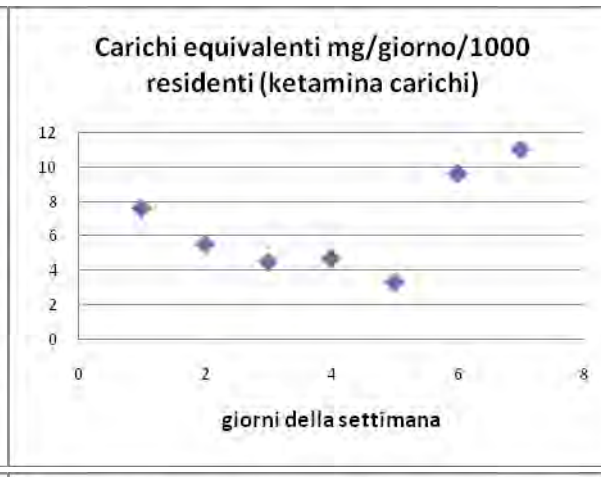
Figura 87:. Andamenti del consumo delle varie sostanze nei diversi giorni della settimana a Bologna

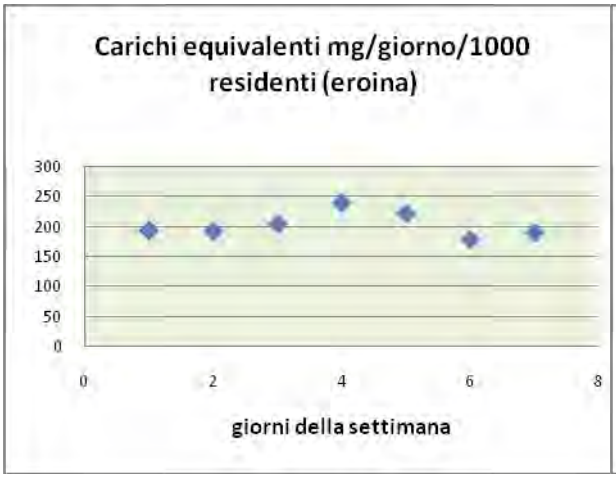


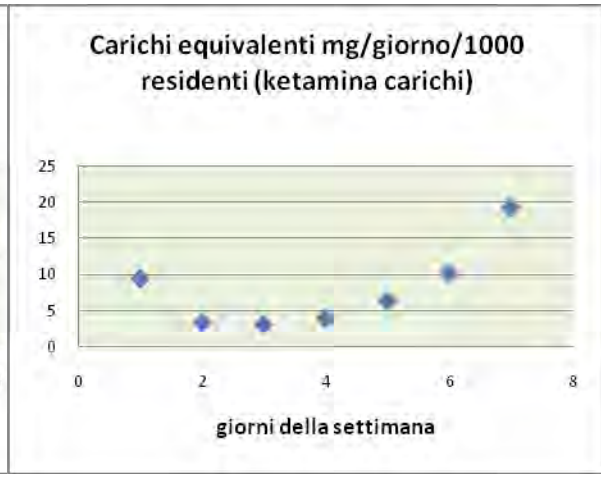

Carichi equivalenti mg/giorno/1000 residenti (MDMA ecstasy)
15
10
5
0
0 1 2 3 4 5 6 7 8
giorni della settimana


Carichi equivalenti mg/giorno/1000 residenti (THC cannabis)
10000
8000
6000
4000
2000
0
0 2 4 6 8
giorni della settimana


Carichi equivalenti mg/giorno/1000 residenti (eroina)
400
350
300
250
200
150
100
50
0
0 2 4 6 8
giorni della settimana


Carichi equivalenti mg/giorno/1000 residenti (ketamina carichi)
12
10
8
6
4
2
0
0 2 4 6 8
giorni della settimana


Carichi equivalenti mg/giorno/1000 residenti (eroina)
300
250
200
150
100
50
0
0 2 4 6 8
giorni della settimana


Carichi equivalenti mg/giorno/1000 residenti (ketamina carichi)
25
20
15
10
5
0
0 2 4 6 8
giorni della settimana

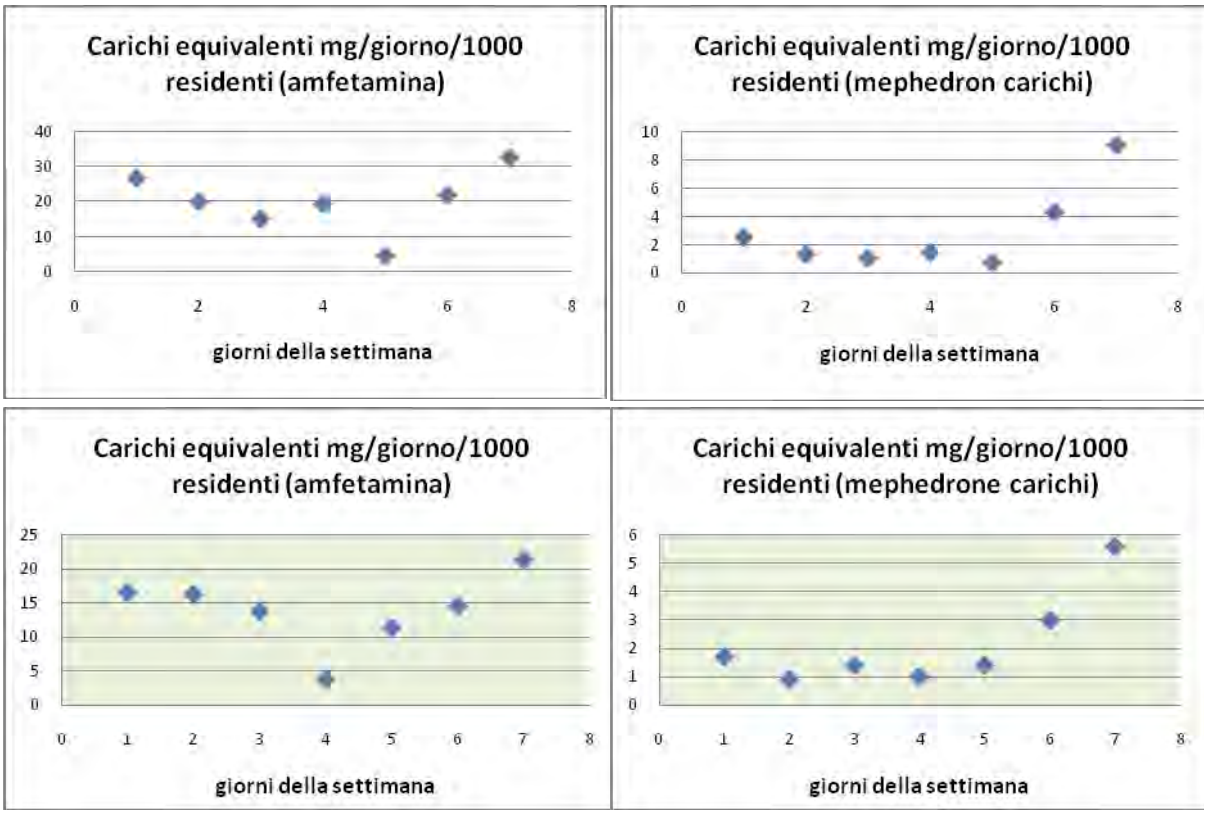
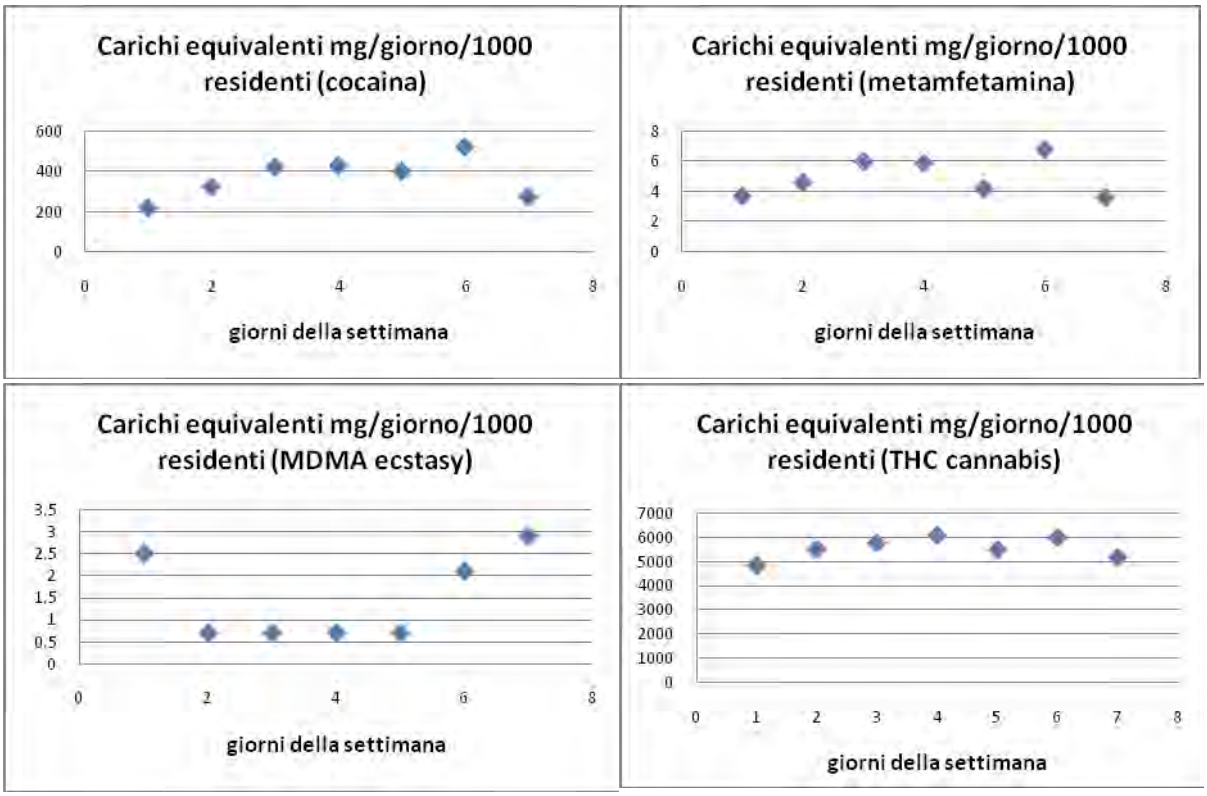


Figura 88: Andamenti del consumo delle varie sostanze nei diversi giorni della settimana a Cagliari



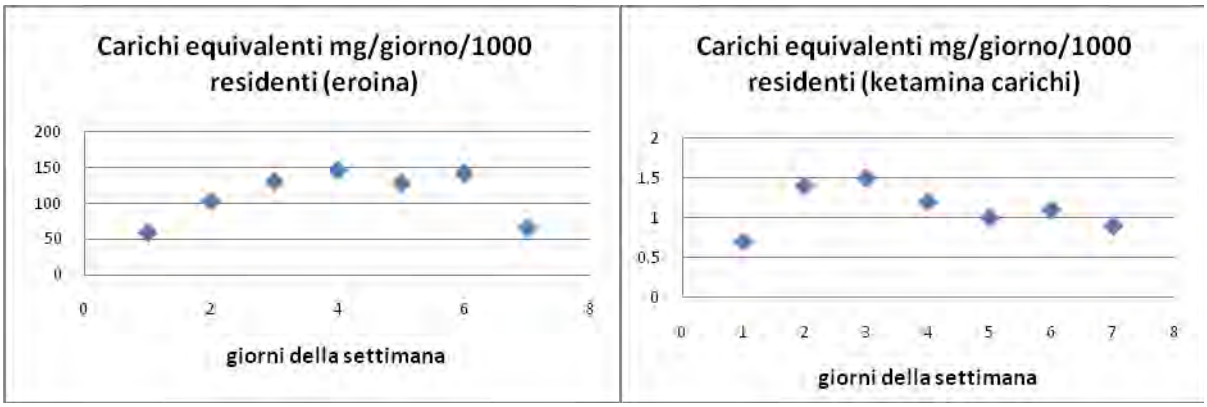
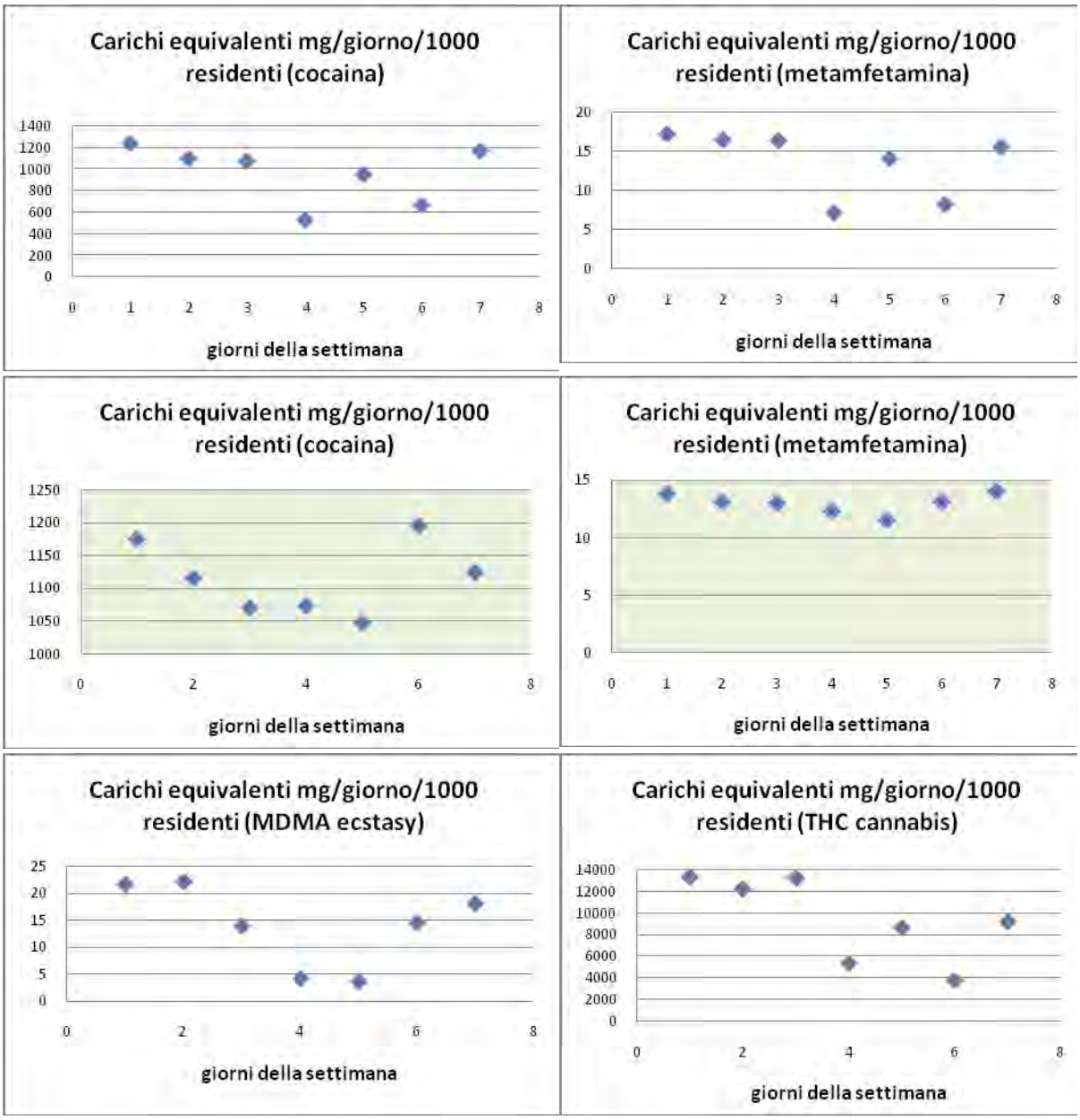
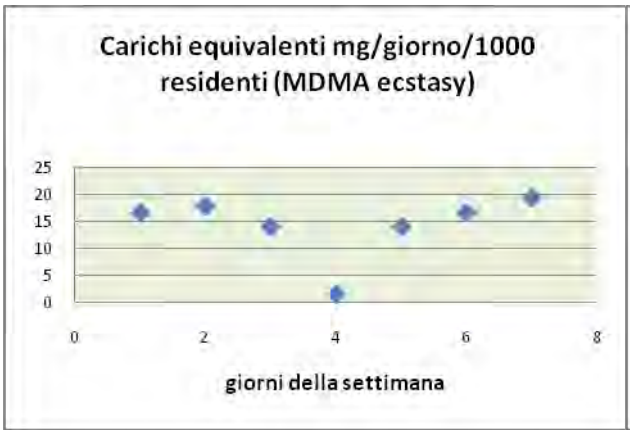
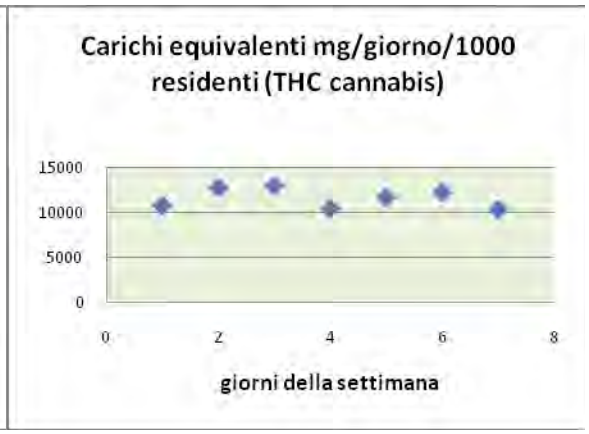
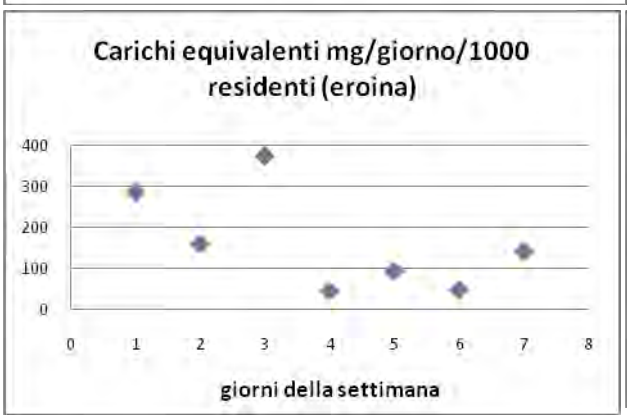


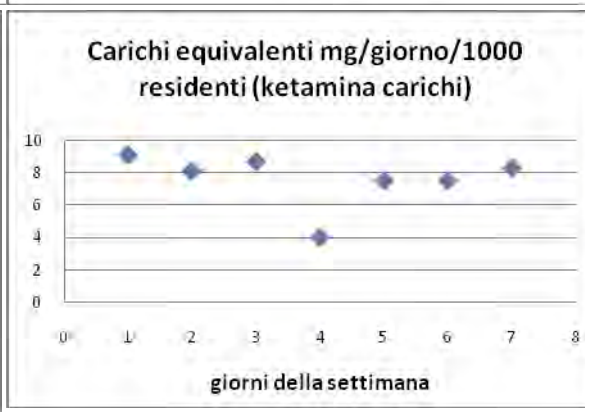
Figura 89: Andamenti del consumo delle varie sostanze nei diversi giorni della settimana a Firenze

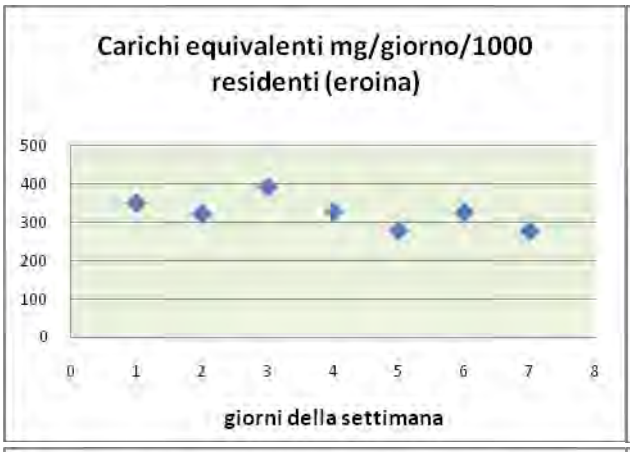


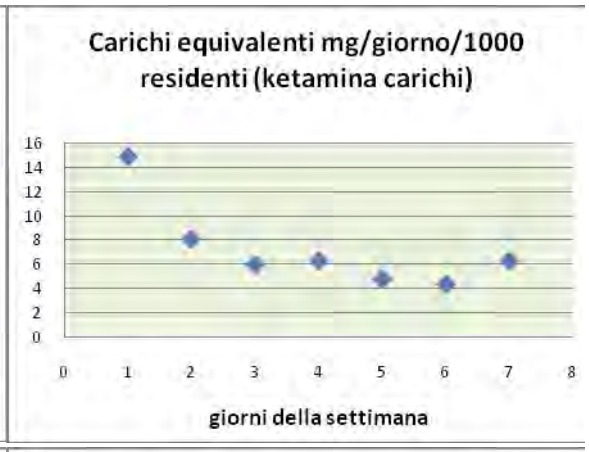

Carichi equivalenti mg/giorno/1000 residenti (MDMA ecstasy)
25
20
15
10
5
0
0
2
4
6
8
giorni della settimana

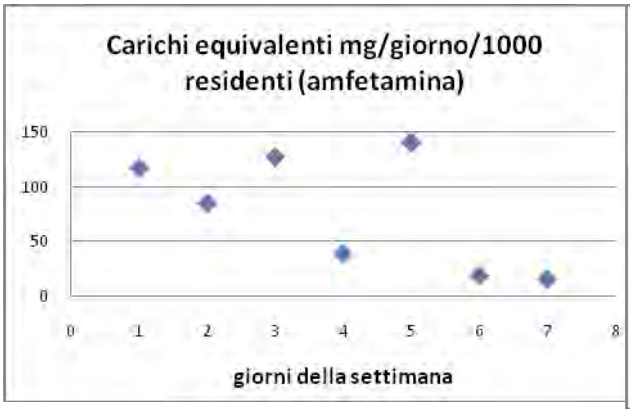

Carichi equivalenti mg/giorno/1000 residenti (THC cannabis)
15000
10000
5000
0
0
2
4
6
8
giorni della settimana

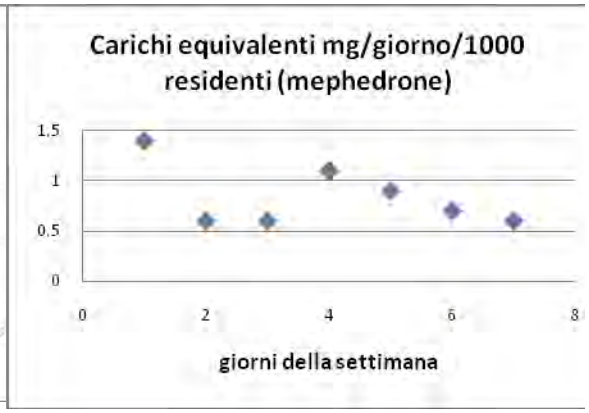

Carichi equivalenti mg/giorno/1000 residenti (eroina)
400
300
200
100
0
0
1
2
3
4
5
6
7
8
giorni della settimana


Carichi equivalenti mg/giorno/1000 residenti (ketamina carichi)
10
8
6
4
2
0
0
1
2
3
4
5
6
7
8
giorni della settimana


Carichi equivalenti mg/giorno/1000 residenti (eroina)
500
400
300
200
100
0
0
1
2
3
4
5
6
7
8
giorni della settimana


Carichi equivalenti mg/giorno/1000 residenti (ketamina carichi)
16
14
12
10
8
6
4
2
0
0
1
2
3
4
5
6
7
8
giorni della settimana


Carichi equivalenti mg/giorno/1000 residenti (amfetamina)
150
100
50
0
0
1
2
3
4
5
6
7
8
giorni della settimana


Carichi equivalenti mg/giorno/1000 residenti (mephedrone)
1.5
1
0.5
0
0
2
4
6
8
giorni della settimana

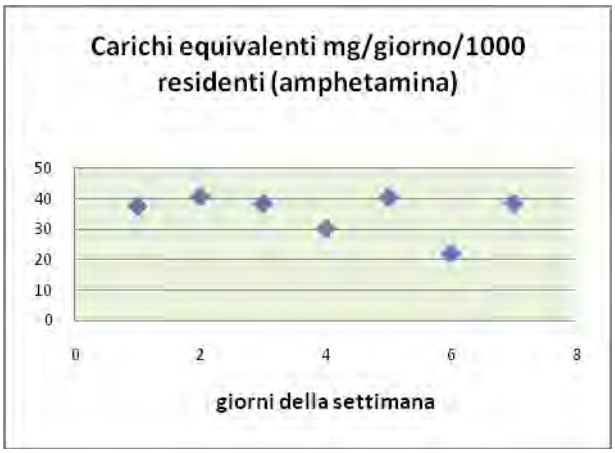
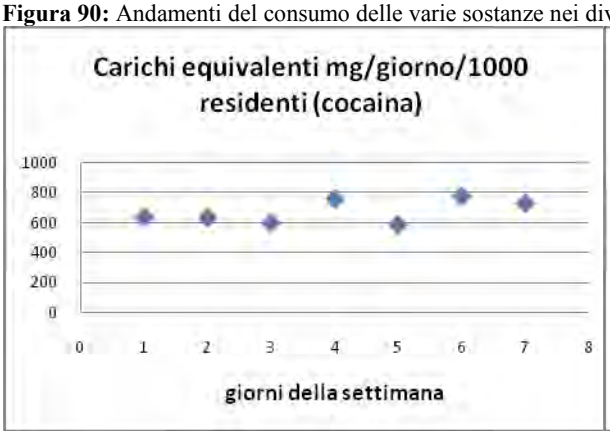
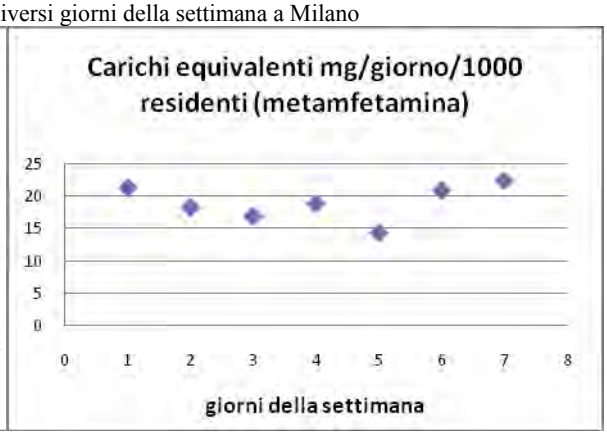
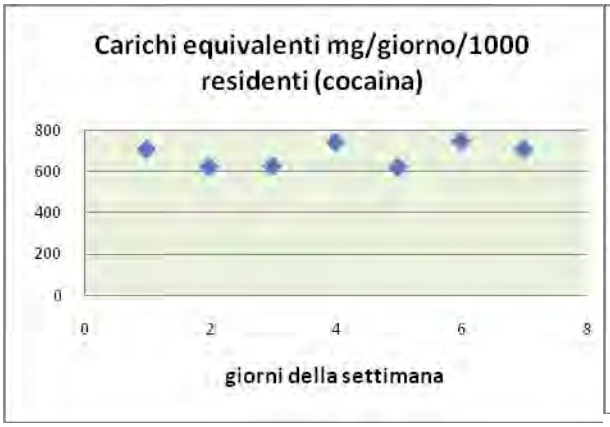
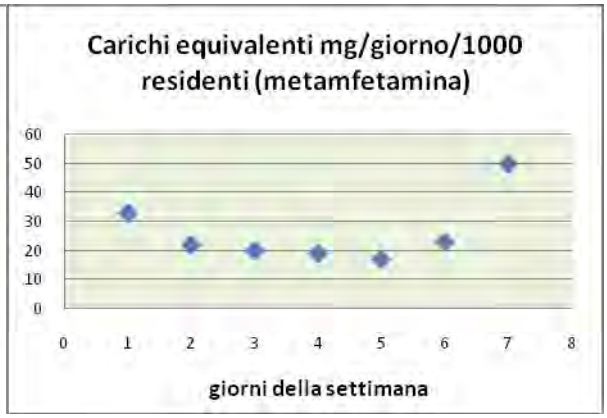


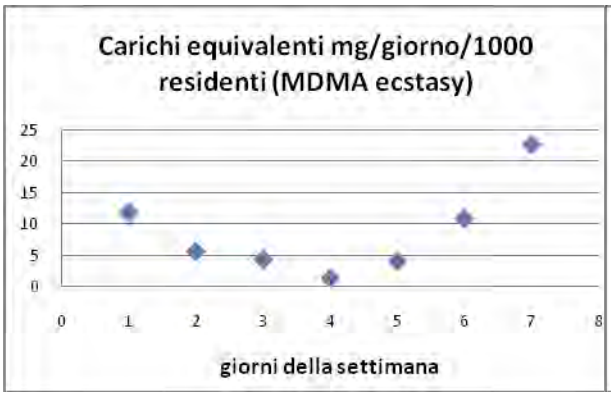
Figura 90: Andamenti del consumo delle varie sostanze nei diversi giorni della settimana a Milano

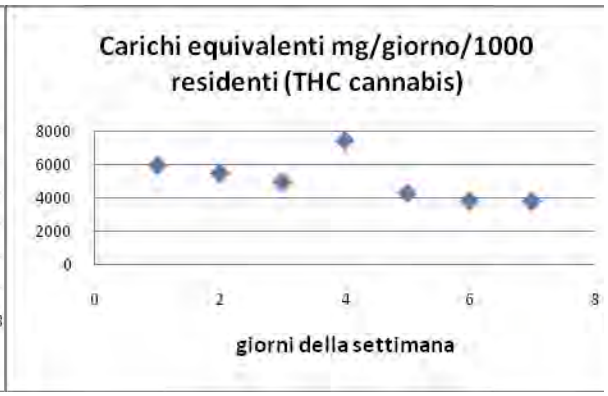


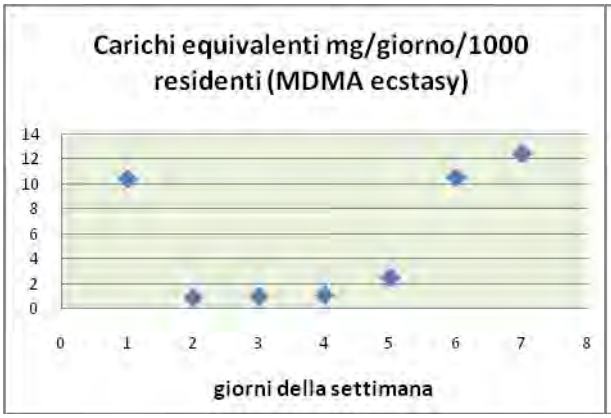


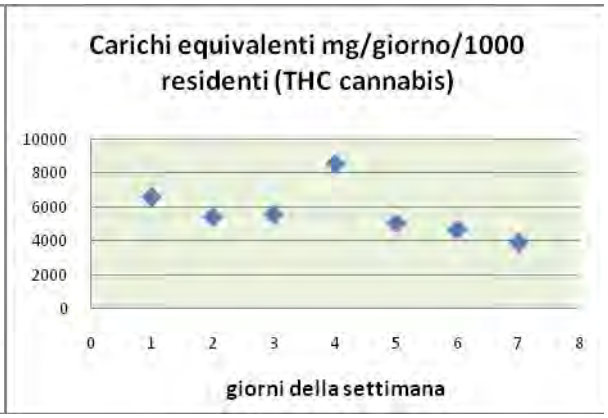


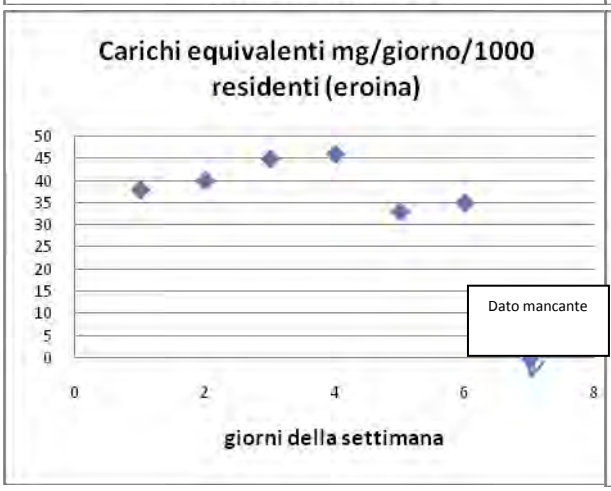


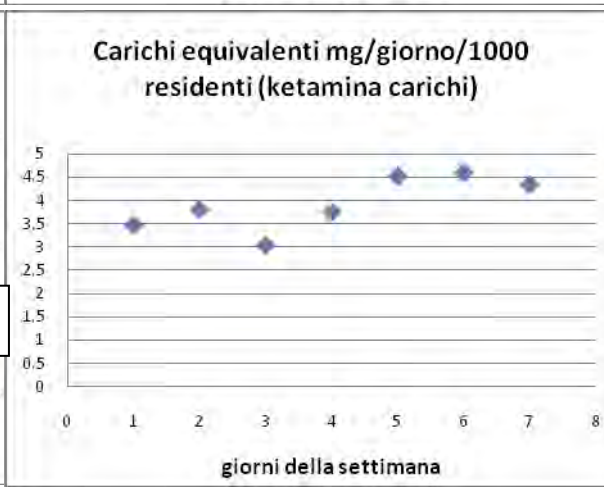

Carichi equivalenti mg/giorno/1000 residenti (MDMA ecstasy)
25
20
15
10
5
0
0 1 2 3 4 5 6 7 8
giorni della settimana

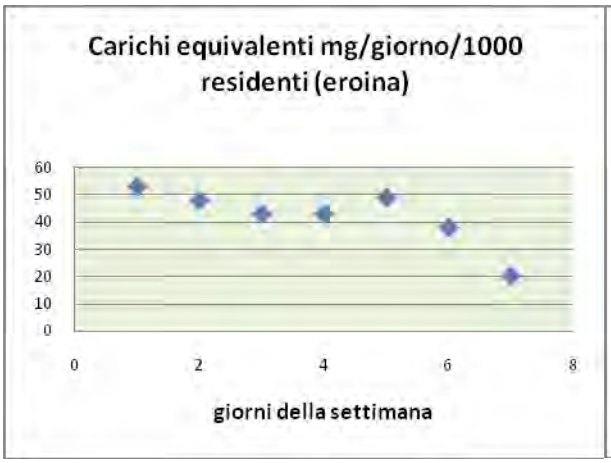

Carichi equivalenti mg/giorno/1000 residenti (THC cannabis)
8000
6000
4000
2000
0
0 2 4 6 8
giorni della settimana

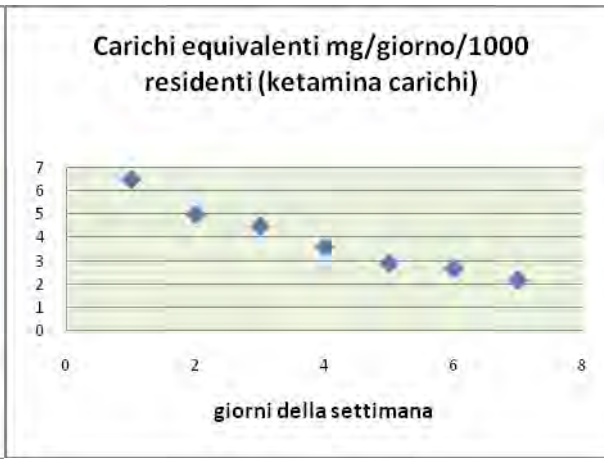

Carichi equivalenti mg/giorno/1000 residenti (MDMA ecstasy)
14
12
10
8
6
4
2
0
0 1 2 3 4 5 6 7 8
giorni della settimana


Carichi equivalenti mg/giorno/1000 residenti (THC cannabis)
10000
8000
6000
4000
2000
0
0 1 2 3 4 5 6 7 8
giorni della settimana


Carichi equivalenti mg/giorno/1000 residenti (eroina)
50
45
40
35
30
25
20
15
10
5
0
0 2 4 6 8
Dato mancante
giorni della settimana


Carichi equivalenti mg/giorno/1000 residenti (ketamina carichi)
5
4.5
4
3.5
3
2.5
2
1.5
1
0.5
0
0 1 2 3 4 5 6 7 8
giorni della settimana


Carichi equivalenti mg/giorno/1000 residenti (eroina)
60
50
40
30
20
10
0
0 2 4 6 8
giorni della settimana


Carichi equivalenti mg/giorno/1000 residenti (ketamina carichi)
7
6
5
4
3
2
1
0
0 2 4 6 8
giorni della settimana

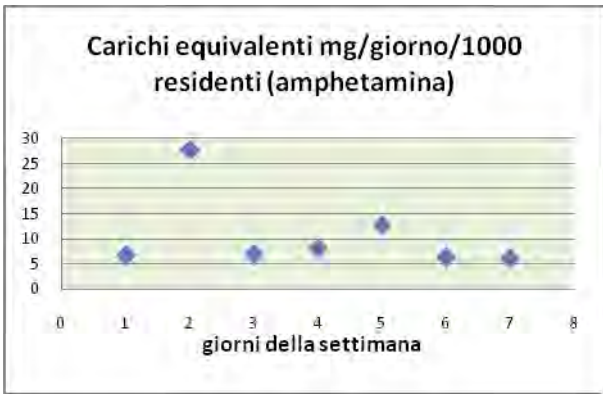


Figura 91: Andamenti del consumo delle varie sostanze nei diversi giorni della settimana a Napoli

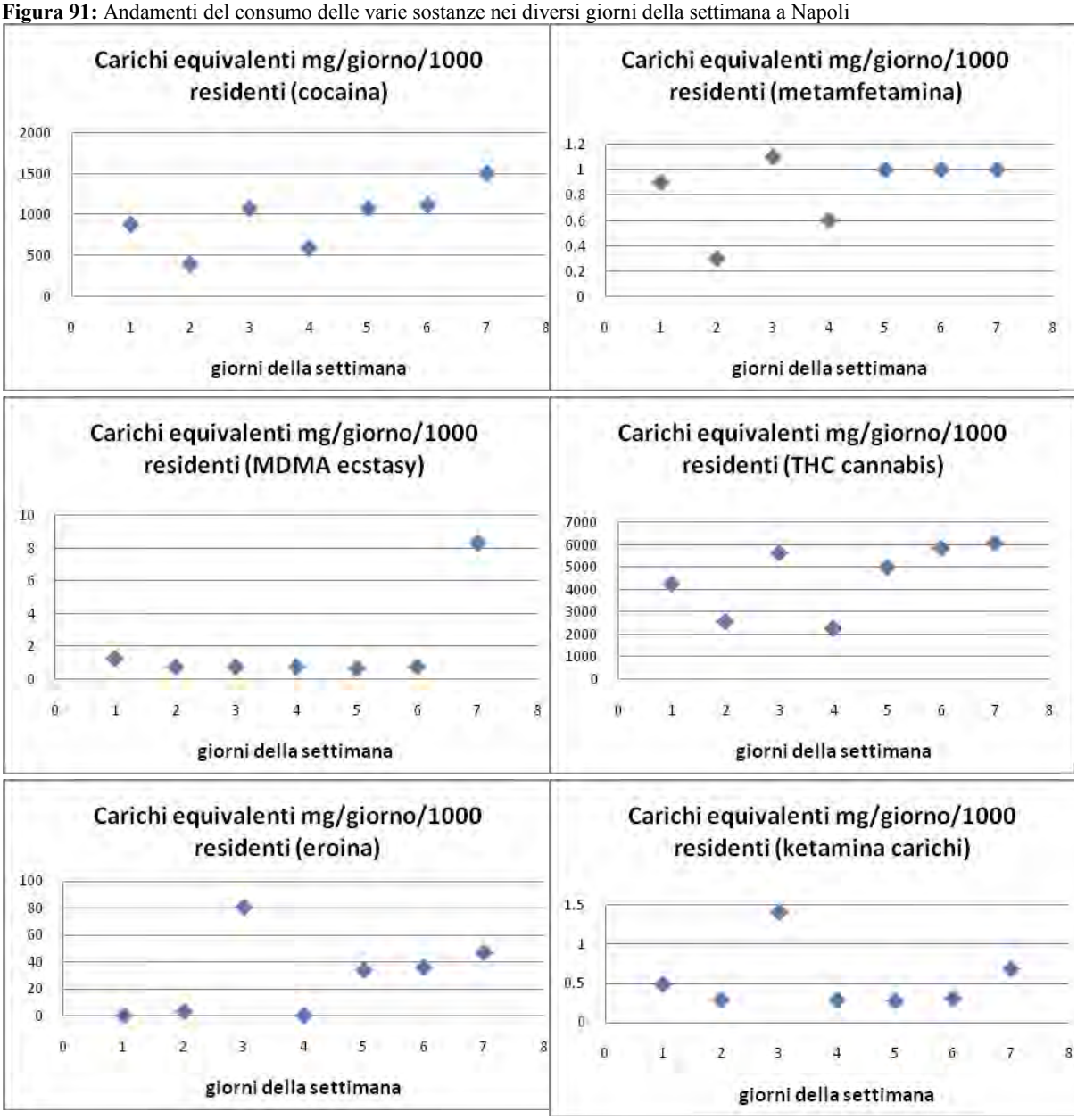
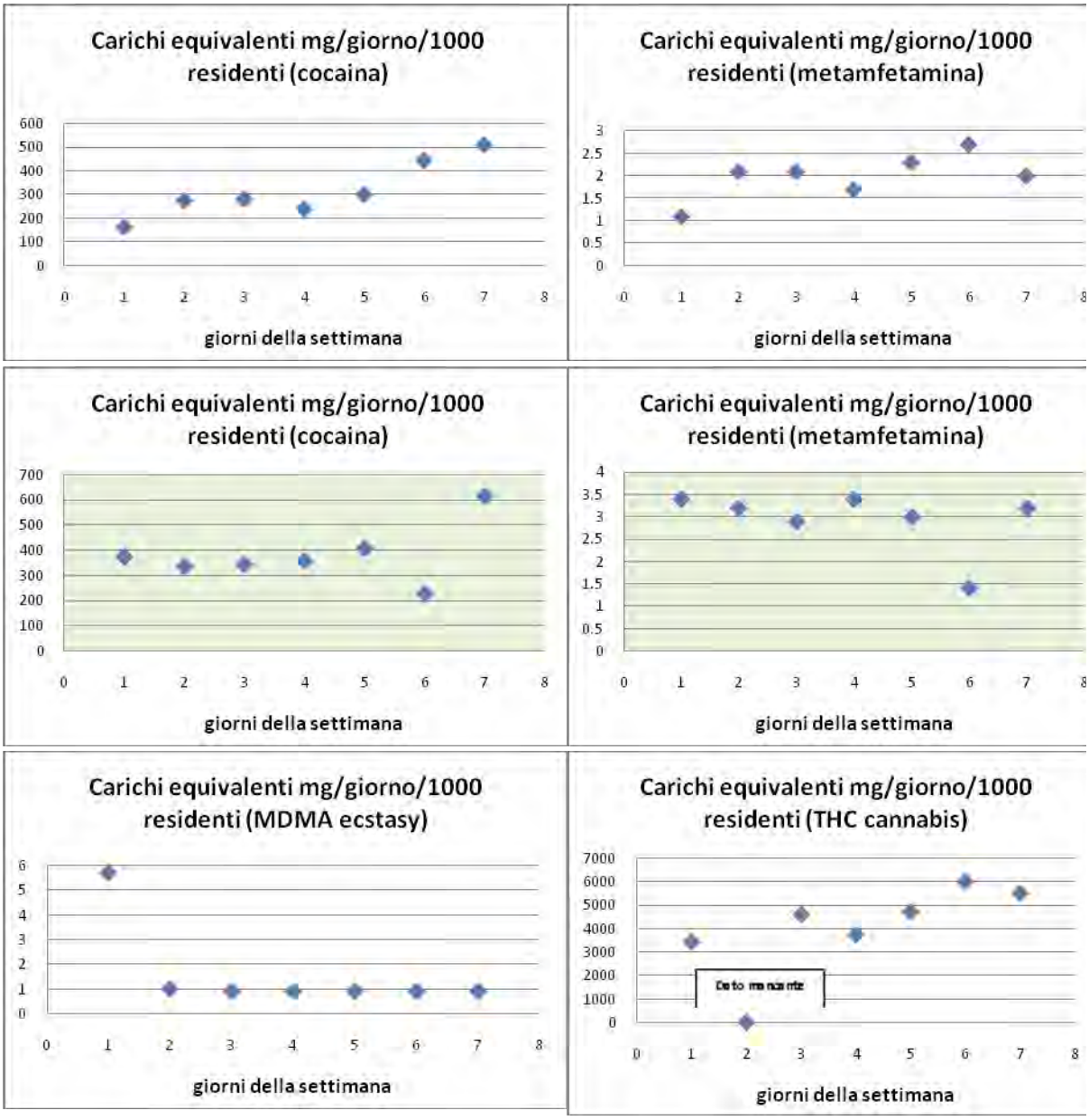
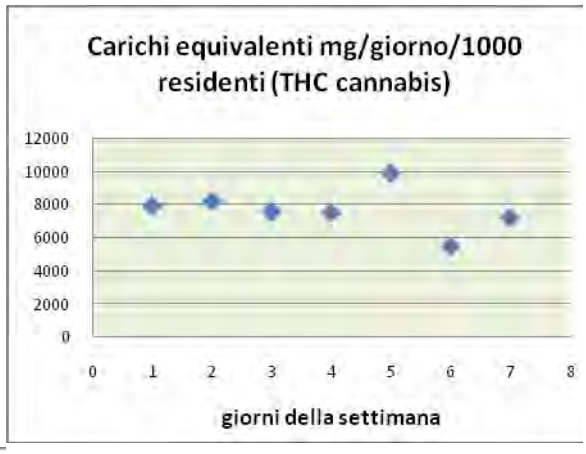
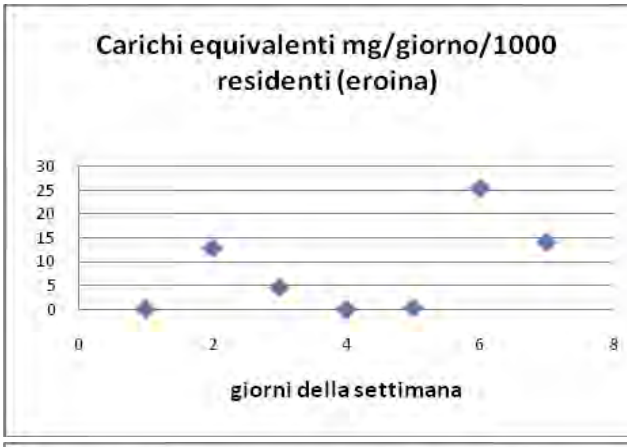


Figura 92: Andamenti del consumo delle varie sostanze nei diversi giorni della settimana a Palermo




Carichi equivalenti mg/giorno/1000 residenti (THC cannabis)
12000
10000
8000
6000
4000
2000
0
0 1 2 3 4 5 6 7 8
giorni della settimana


Carichi equivalenti mg/giorno/1000 residenti (eroina)
30
25
20
15
10
5
0
0 2 4 6 8
giorni della settimana

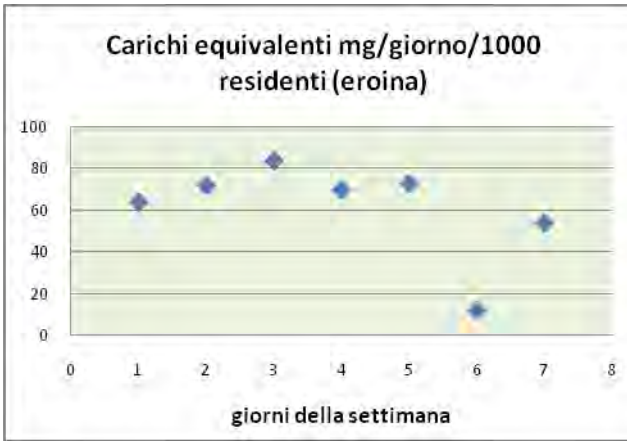

Carichi equivalenti mg/giorno/1000 residenti (eroina)
100
80
60
40
20
0
0 1 2 3 4 5 6 7 8
giorni della settimana

Figura 93: Andamenti del consumo delle varie sostanze nei diversi giorni della settimana a Perugia (impianto di Genna)

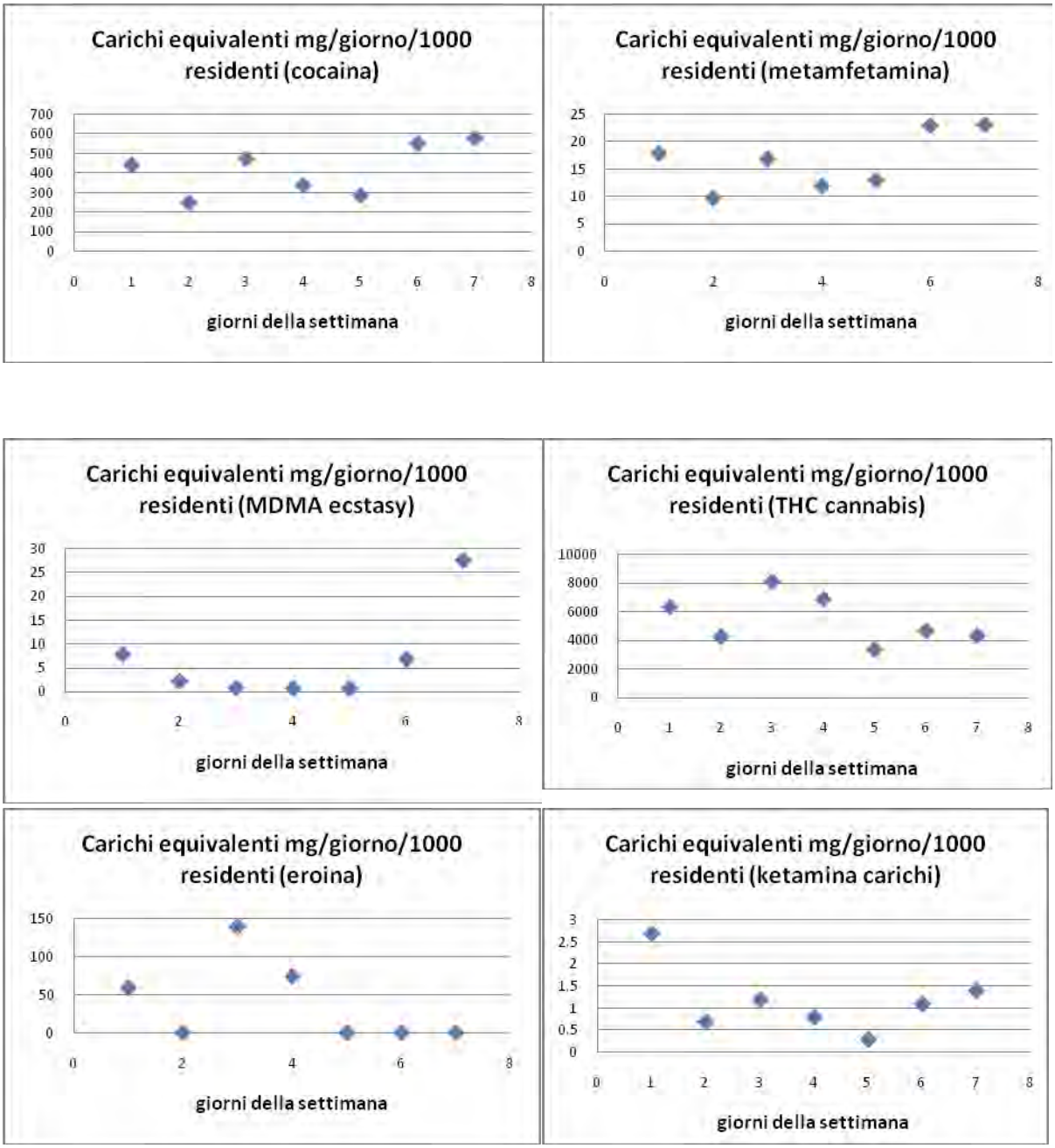
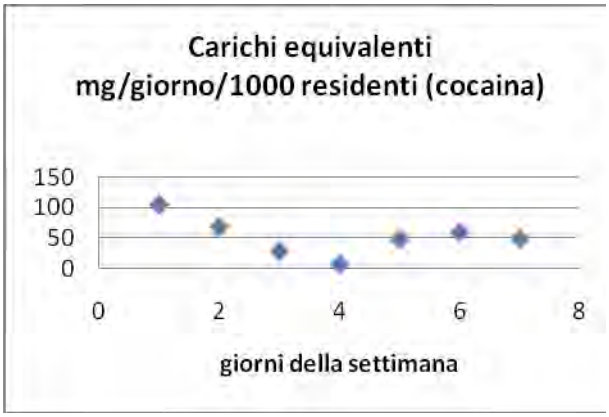
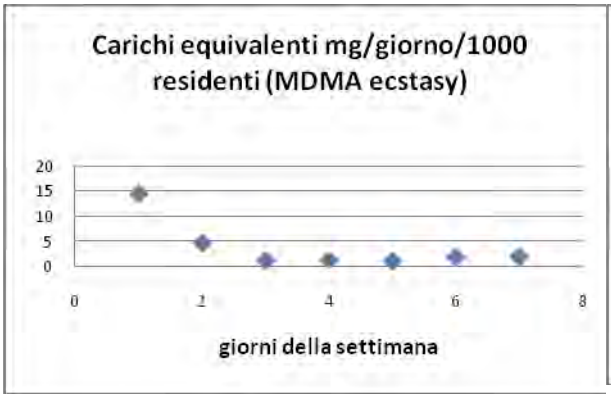
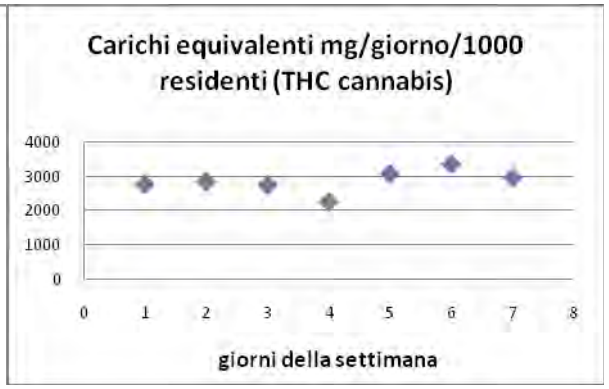
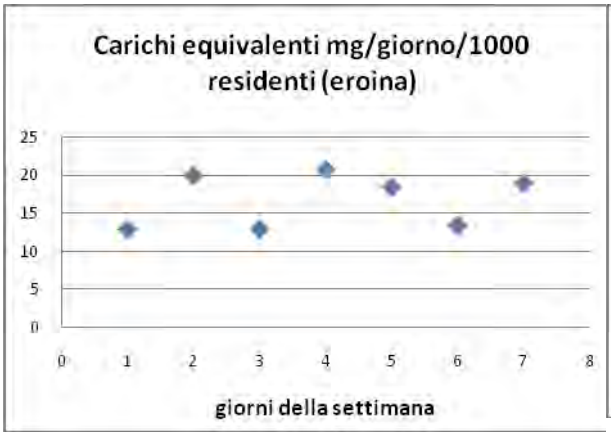


Figura 94:. Andamenti del consumo delle varie sostanze nei diversi giorni della settimana a Potenza









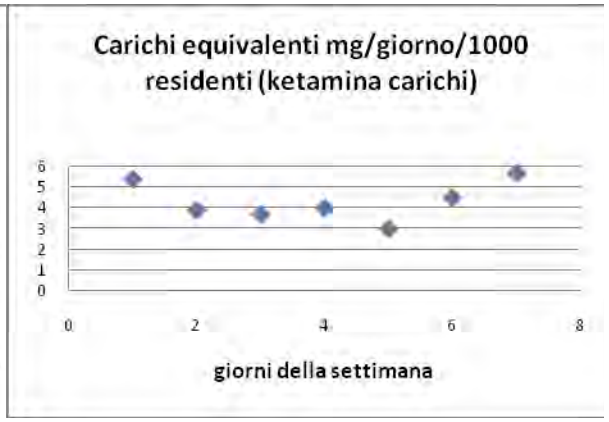
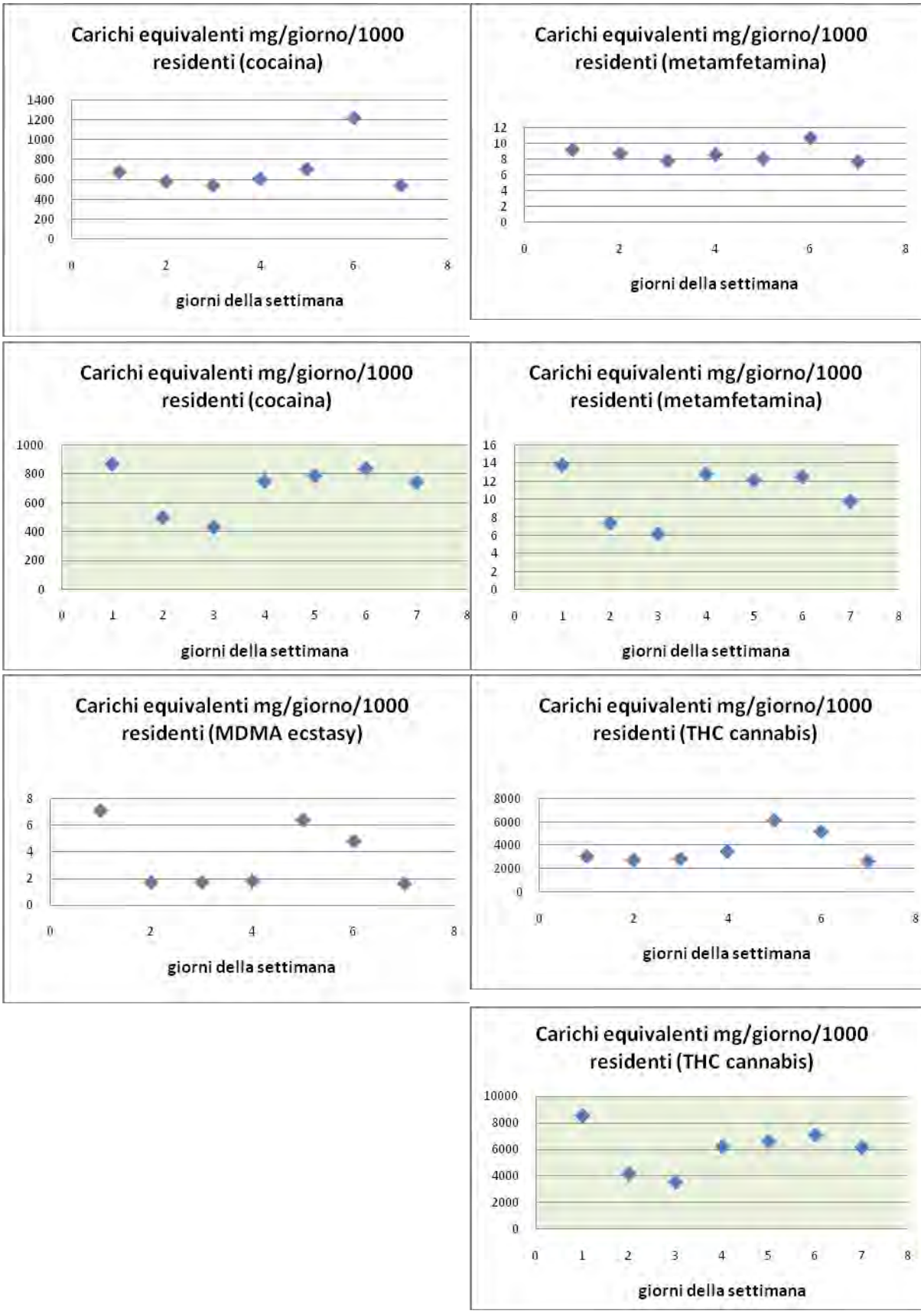


Figura 95: Andamenti del consumo delle varie sostanze nei diversi giorni della settimana a Roma



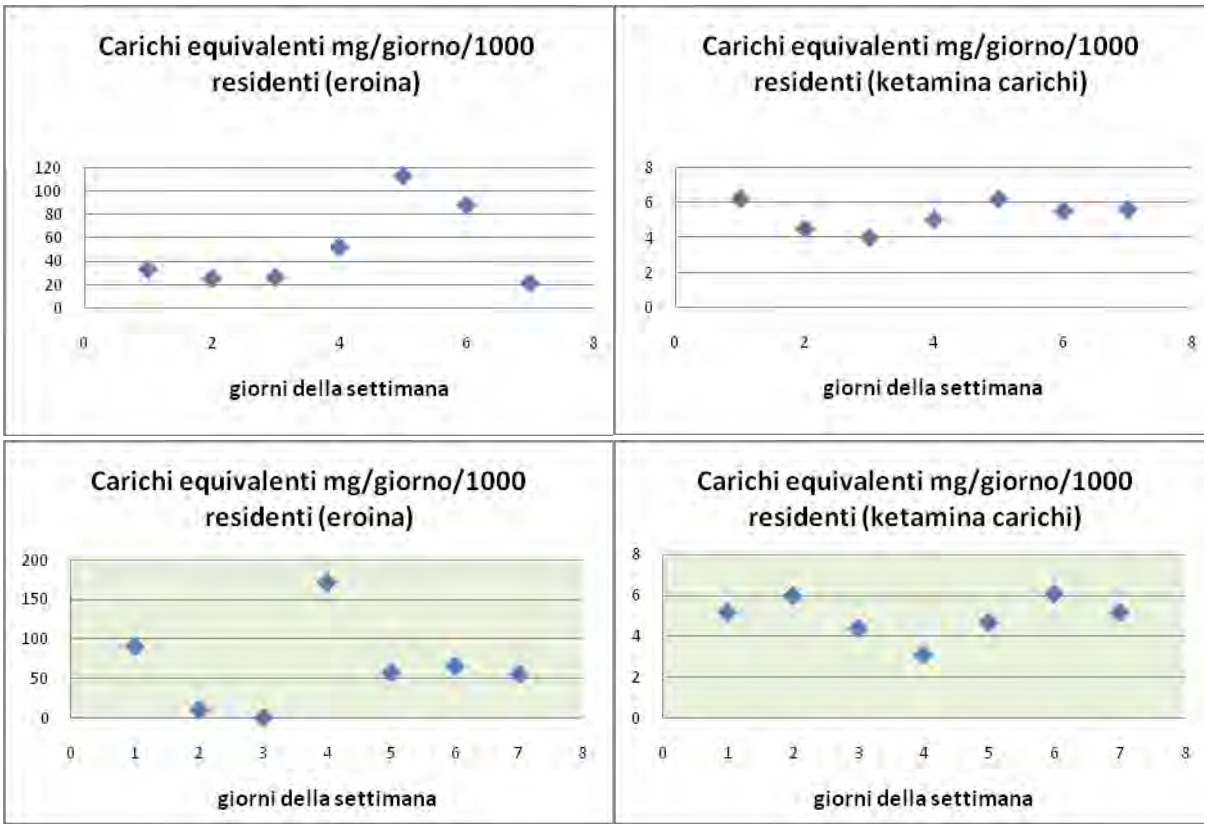
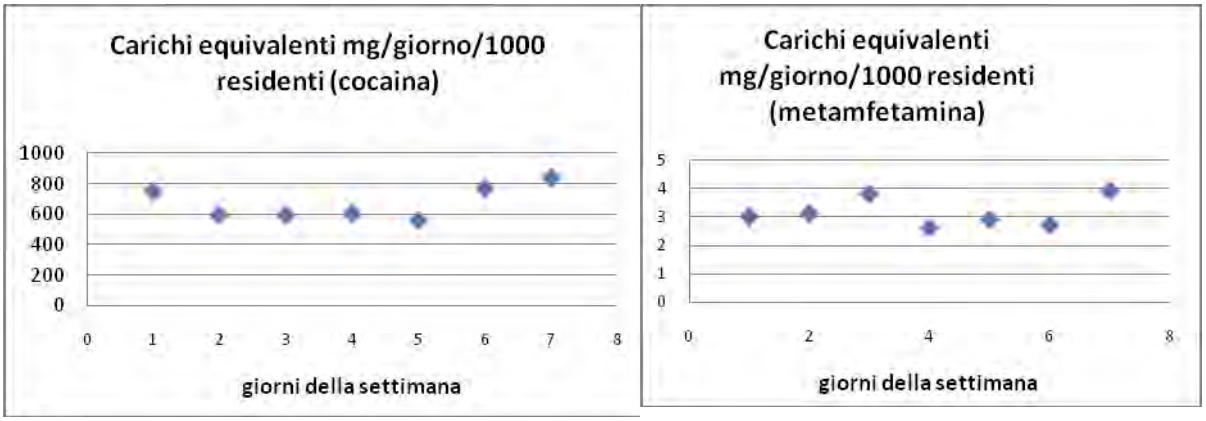
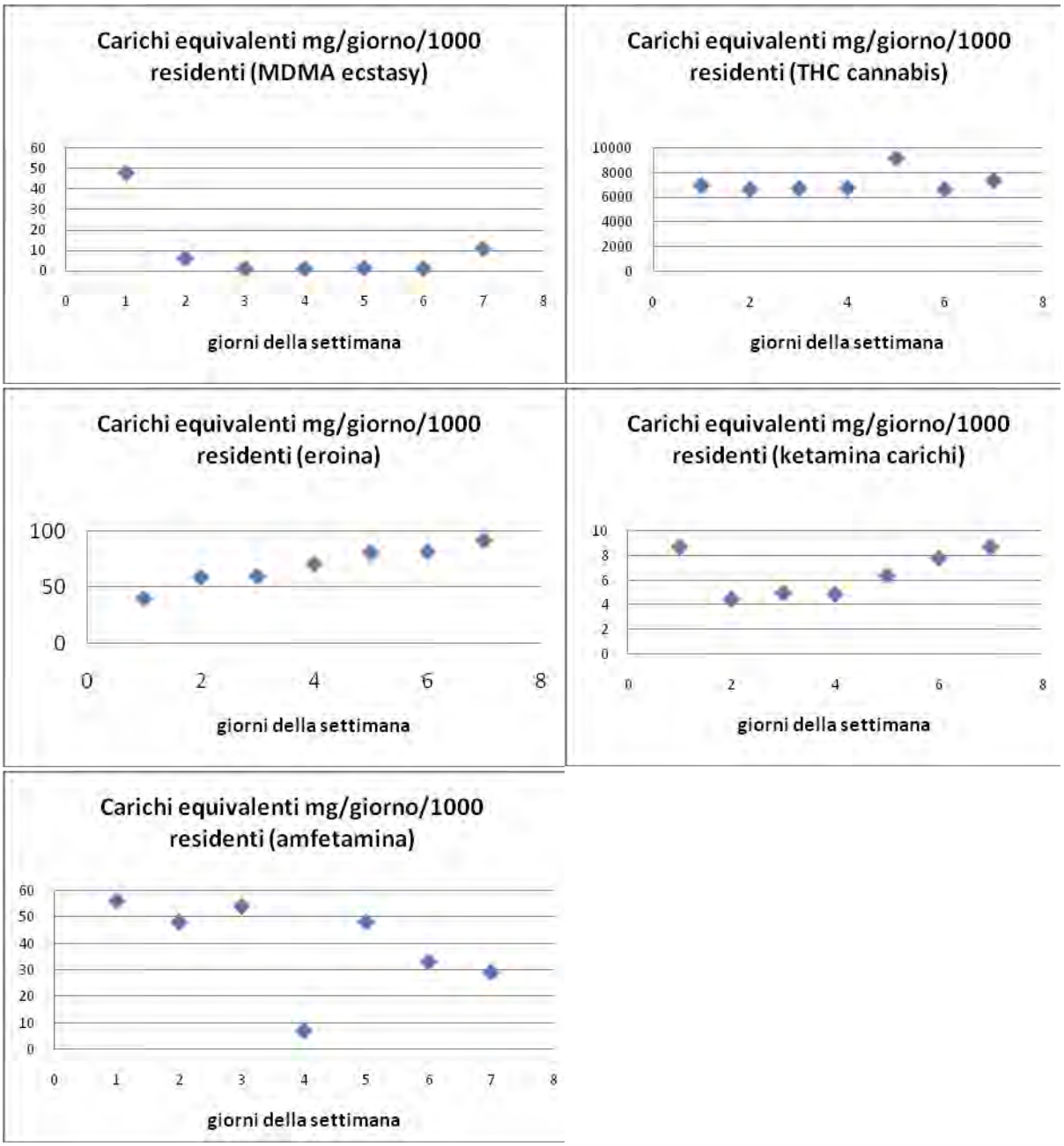


Figura 96: Andamenti del consumo delle varie sostanze nei diversi giorni della settimana a Torino





Rilevazione Pilota presso 3 scuole superiori a Roma, Torino e Verona

Non è ragionevole scientificamente immaginare di ampliare in futuro a sufficienza la rilevazione per la stima del consumo delle sostanze psicotrope tra gli studenti.Questo perché, come dimostrato dall"indagine scolastica condotta regolarmente dal DPA (SPS), gli studenti che consumano maggiormente tendono a fare un numero maggiore di assenze da scuola. Inoltre, il numero di ore di presenza a scuola è limitato, con esclusione totale della domenica. In questo tipo di indagineun aspetto importante, che non viene rilevato, è la presenza di farmaci assunti senza prescrizione, che rappresenta la seconda "sostanza" assunta non legalmente dalle ragazze nella scuola superiore (SPS).

In ogni caso, per completezza, si riportano nella Tabella 2 i risultati, dove appare l"enorme

variabilità da un giorno all"altro a Roma e a Torino (il valore del coefficiente di variazione CV risulta maggiore di 150 inaccettabile per condurre una stima media con i dati rilevati). Il fenomeno opposto si rileva a Verona, in cui i dati sono molto più stabili, addirittura per la cocaina con CV pari a zero. In ogni caso solo i dati relativi alla cannabis a Torino e a Verona sono statisticamente accettabili, ma non utilizzabili per una stima del consumo. In particolare, risulta che il consumo normalizzato per gli studenti della scuola di Verona (0,0114) è significativamente maggiore di quello degli studenti della scuola di Torino (0,0036).

Tabella 61:. Risultati assoluti nelle 3 scuole analizzate

Scuola di Roma

DOSI TOTALI (397 studenti)	Lunedì 02/12/13	Martedì 03/12/13	Mercoledì 04/12/13	Giovedì 05/12/13	Venerdì 06/12/13	Sabato 07/12/13	Media	SD	CV
Cocaina	0	0,003	0	0	0	0,025	0,005	0,01	200
Metamfetamina	0	0	0	0	0	0	0	0	
Eroina	0	0	0	0	0	0,02	0	0,01	
THC	0,22	0,28	0,25	0,78	3,8	0,33	0,94	1,42	151,06

Scuola di Torino

DOSI TOTALI (990 studenti)	Lunedì 11/11/13	Martedì 12/11/13	Mercoledì 13/11/13	Giovedì 14/11/13	Venerdì 15/11/13	Sabato 16/11/13	Media	SD	CV
Cocaina	0,01	0,012	0,006	0,003	0,002	0,429	0,08	0,17	212,5
Metamfetamina	0,027	0,002	0,001	0,001	0,003	0,001	0,006	0,01	166,667
MDMA	0	0	0	0	0	0	0	0	
Eroina	0,002	0,03	0,109	0,027	0,025	0,189	0,06	0,07	116,667
THC	2,5	2,7	3,2	2,9	4,5	5,9	3,6	1,3	36,111

Scuola di Verona

DOSI TOTALI (587 studenti)	Lunedì 11/11/13	Martedì 12/11/13	Mercoledì 13/11/13	Giovedì 14/11/13	Venerdì 15/11/13	Sabato 16/11/13	Media	SD	CV
Cocaina	0,001	0,001	0,001	0,001	0,001	0,001	0,001	0	0
Metamfetamina	0	0	0	0	0	0	0	0	
Eroina	0,051	0,041	0,044	0,041	0,059	0,061	0,05	0,009	18
THC	5,9	4,9	5	8,3	8	8,5	6,7	1,7	25,373

Bibliografia

Bastiani L., Siciliano V., Curzio O., Luppi C., Gori M., Grassi M., Molinaro S. (2013). Optimal scaling of the CAST and of SDS Scale in a national sample of adolescents. Addictive Behaviors, 38(4):2060-7. DOI: 10.1016/j.addbeh.2012.12.016.

Bates S.C., Cox J.M. (2008). The impact of computer versus paper–pencil survey, and individual versus group administration, on self-reports of sensitive behaviors. Computers in Human Behavior, 24, pp. 903–916

Denniston, M. M., Brener, N. D., Kann, L., Eaton, D. K., McManus, T., Kyle, T. M., Roberts, A. M., Flint, K. H., Ross, J. G. (2010). Comparison of paper-and-pencil versus Web administration of the Youth Risk Behavior Survey (YRBS): Participation, data quality, and perceived privacy and anonymity. Computers in Human Behaviour, 26, 5 pp. 1054-1060

Eaton D.K., Brener N.D., Kann L., Denniston M.M., McManus T., Kyle T.M., et al. (2010). Comparison of paper-and-pencil versus web administration of the Youth Risk Behavior Survey (YRBS): Risk behavior prevalence estimates. Evaluation Review, 34, pp. 137–153

Hibell B., Guttormsson U., Ahlström S., Balakireva O., Bjarnason T. et al. (2012). The 2011 ESPAD report. Substance use among students in 36 European countries. Stockholm, The Swedish Council for Information on Alcohol and Other Drugs.

http://www.espad.org/Uploads/ESPAD_reports/2011/The_2011_ESPAD_Report_FULL_2012_10_29.pdf).

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

Legleye S., Janssen E., Beck F., Chau N., Khlat, M. (2011). Social gradient in initiation and transition to daily use of tobacco and cannabis during adolescence: a retrospective cohort study. Addiction, 106(8):1520-31. DOI: 10.1111/j.1360-0443.2011.03447.x.

Mammone A., Fabi F., Colasante E., Siciliano V., Molinaro S., et al. (2014). New indicators to compare and evaluate harmful drug use among adolescents in 38 European countries. Nordic Studies on Alcohol and Drugs, 31(4):343-58. DOI: 10.2478/nsad-2014-0027.

Molinaro S., Siciliano V., Curzio O., Denoth F., Mariani F. (2012). Concordance and consistency of answers to the self-delivered ESPAD questionnaire on use of psychoactive substances. Int J Methods Psychiatr Res, 21(2):158-68. DOI: 10.1002/mpr.1353.

Molinaro S., Siciliano V., Curzio O., Denoth F., Salvadori S., Mariani F. (2011). Illegal Substance Use among Italian High School Students: Trends over 11 Years (1999–2009). PLoS One, 6(6):e20482. DOI: 10.1371/journal.pone.0020482).

Raat H, Mangunkusumo RT, Landgraf JM, Kloek G, Brug J. (2007) Feasibility, reliability, and validity of adolescent health status measurement by the Child Health Questionnaire Child Form (CHQ-CF): internet administration compared with the standard paper version. Qual Life Res. May;16(4):675-85. Epub 2007 Feb 8.

Van Amsterdam J, Opperhuizen A, Koeter M, van den Brink W. (2010). Ranking the Harm of Alcohol, Tobacco and Illicit Drugs for the Individual and the Population. Eur Addict Res;16:202-207.

Farcomeni, A. and Scacciatelli, D. (2013). *Heterogeneity and behavioural response in continuous time capture-recapture, with application to street cannabis use in Italy*, *Annals of Applied Statistics*, 7, 2293-2314.

EMCDDA. Guidelinesfor the prevalence of problem drug use (PDU) key indicator at local level, Lisbon, 1999.

EMCDDA. Guidelines for the prevalence of problem drug use (PDU) key indicator at national level, Lisbon 2004.

European Commission (2013). *FurtherinsightsintoaspectsoftheEUillicitdrugsmarket,* FranzTrautmann, Beau Kilmer & Paul Turnbulleditori, European Commission- Directorate-General forJustice © European Union,2013.

Mascioli F. and Rossi C. (2010). Capture-recapture methods to estimate prevalence indicators for evaluating drug policies, *UN Bulletin on Narcotics*, Volume LX, ,5-25.

MatthijsBlankers, Ph.D. Tom FrijnsVendulaBelackova, Carla Rossi, Bengt Svensson, Franz Trautmann&Margriet van Laar. (2014) Predicting cannabis abuse screening test (CAST) scores: a recursive partitioning analysis using survey data from Czech Republic, Italy, the Netherlands and Sweden, *PLOS ONE* 2014.

Guido Mario Rey, Carla Rossi & Alberto Zuliani. Il mercato delle droghe: dimensione, protagonisti e politiche. Marsili editori, Venezia, 2011.
Reporting System Doping Antidoping – 2014. Commissione per la Vigilanza sul Doping – Ministero della Salute.

Sara Zuzzi, Carla Rossi & Gianpaolo Scalia Tomba, Estimates of cocaine use in Milan, *Drug Abuse Rev.* 2013 Jun;6(2), 165-175.

Brian J. Stults & Matthew Hasbrouck, 2015) The effect of commuting on city-level crime rates, *J Quant Criminol*, 4 Febr. 2015, Springer, doi: 10.1007/s10940-015-9251-z.

Capitolo 3. Comorbilità droga correlata

A cura dell'Istituto Superiore di Sanità e dell'Istat

3.1 Diffusione di HIV - AIDS

3.1.1 Nuove diagnosi di infezione da HIV in consumatori di sostanze per via iniettiva

La sorveglianza delle nuove diagnosi di infezione da HIV, che riporta i dati relativi alle persone che risultano positive al test HIV per la prima volta, è stata istituita nel 2008 e dal 2012 ha copertura nazionale. Il Centro Operativo AIDS (COA) (Allegato 1) dell'Istituto Superiore di Sanità ha il compito di raccogliere le segnalazioni, gestire e analizzare i dati e assicurare il ritorno delle informazioni al Ministero della Salute (Decreto del Ministero della Salute del 31 marzo 2008; *Gazzetta Ufficiale* n. 175 del 28 luglio 2008).

A giugno di ogni anno il COA riceve dalle regioni (Allegato 1) i dati relativi all'anno precedente. Pertanto, nella presente relazione vengono riportati i dati fino al 2013 in quanto i dati del 2014 non sono ancora pervenuti al COA.

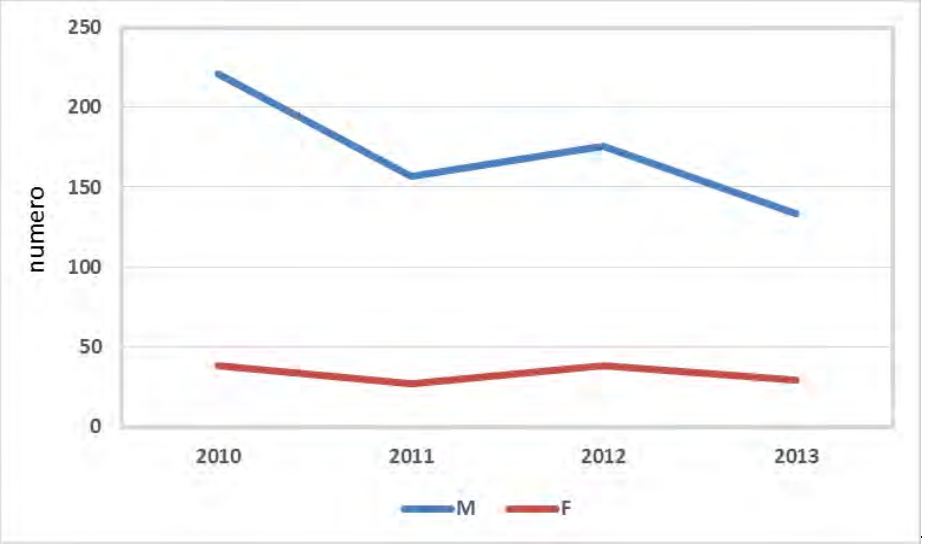
In questa Relazione vengono presentati i dati degli anni 2010-2013, periodo in cui la copertura del sistema di sorveglianza è stata maggiore del 98%.

Distribuzione temporale e caratteristiche demografiche delle nuove diagnosi di infezione da HIV tra consumatori di sostanze per via iniettiva – Injecting Drug Users (IDU)

Nel periodo 2010-2013 sono state segnalate 820 nuove diagnosi di infezione da HIV tra gli IDU; di queste il 79,9 % erano in maschi e il 20,0% in persone di nazionalità straniera. L'età mediana alla diagnosi di infezione da HIV, calcolata solo tra gli adulti (≤15 anni) era di 40 anni (intervallo interquartile (IQR): 34-46 anni) per i maschie di 38 anni (IQR: 33-45 anni) per le femmine.

Dal 2010 al 2013, sono state segnalate, entro giugno 2014, rispettivamente 221, 157, 176 e 133 nuove diagnosi di infezione da HIV tra gli IDU; il numero di nuove diagnosi registrato tra gli IDU maschi è 4/5 volte più alto di quello registrato tra le femmine (Figura 97). La diminuzione delle nuove diagnosi di infezione da HIV nell'ultimo anno è verosimilmente dovuta al ritardo di notifica.

Figura 97: Numero di nuove diagnosi di infezione da HIV in IDU(2010-2013)



Nuove diagnosi infezione da HIV tra gli IDU per regione di segnalazione e regione di residenza

La Tabella 62 riporta il numero di nuove diagnosi di infezione da HIV registrato tra gli IDU per regione di segnalazione e per regione di residenza nel 2010, 2011, 2012 e 2013. La differenza tra il numero dei casi residenti e quello dei casi segnalati fornisce informazioni utili sulla mobilità dei consumatori e sull"offerta assistenziale di alcune regioni: nel 2013, le regioni che hanno un numero di casi residenti maggiore rispetto ai casi segnalati (Piemonte, Liguria, PA di Bolzano, Umbria, Campania, Basilicata) hanno "esportato" casi in termini assistenziali; viceversa, quelle con più casi segnalati rispetto ai casi residenti (Lombardia, Veneto, Emilia-Romagna, Toscana, Lazio, Sardegna) ne hanno "importati" da altre regioni. Nel 2013 più della metà delle segnalazione sono pervenute da quattro regioni: Lombardia (22,8%), Emilia-Romagna (11,7%) Campania (14,8%) e Toscana (9,9%).

Tabella 62: Numero di nuove diagnosi di infezione da HIV in IDU, per regione di segnalazione e regione di residenza (2010- 2013)

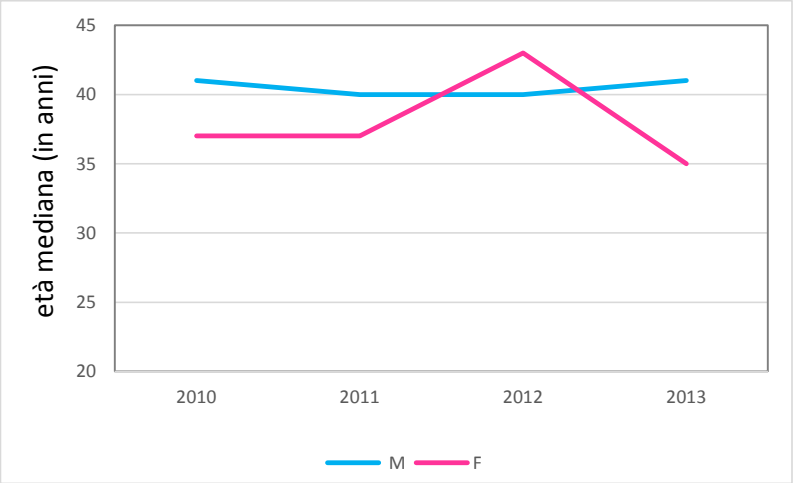
	2010		2011		2012		2013			
Regione	**Segnalati**	**Residenti**	**Segnalati**	**Residenti**	**Segnalati**	**Residenti**	**Segnalati**	**% sul totale**	**Residenti**	**% sul totale**
Piemonte	24	22	18	18	12	11	14	*8,6*	15	*9,3*
Valle d'Aosta	1	1	1	1	2	2	0	*0,0*	0	*0,0*
Liguria	6	33	5	37	6	31	3	*1,9*	35	*21,6*
Lombardia	30	7	37	1	32	3	37	*22,8*	0	*0,0*
Trento	7	1	6	1	4	3	1	*0,6*	1	*0,6*
Bolzano	1	11	1	4	3	11	1	*0,6*	4	*2,5*
Veneto	9	0	5	0	12	0	4	*2,5*	1	*0,6*

Friuli- Venezia Giulia	0	6	0	6	0	8	2	*1,2*	3	*1,9*
Emilia-Romagna	16	17	13	14	21	20	19	*11,7*	15	*9,3*
Toscana	26	22	15	12	12	10	16	*9,9*	14	*8,6*
Umbria	1	2	1	0	6	6	1	*0,6*	2	*1,2*
Marche	4	4	2	2	2	2	2	*1,2*	4	*2,5*
Lazio	18	14	24	16	17	15	15	*9,3*	9	*5,6*
Abruzzo	2	2	1	1	3	3	2	*1,2*	2	*1,2*
Molise	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Campania	59	48	39	36	47	45	24	*14,8*	25	*15,4*
Puglia	10	12	5	5	12	12	6	*3,7*	6	*3,7*
Basilicata	1	1	0	0	0	1	0	*0,0*	2	*1,2*
Calabria	34	32	1	2	0	1	1	*0,6*	1	*0,6*
Sicilia	11	14	10	11	11	13	8	*4,9*	8	*4,9*
Sardegna	0	1	0	1	12	12	6	*3,7*	5	*3,1*
Residenza Estera		1		0		2			2	
Residenza Non Nota		9		16		3			8	
Totale	**260**	**260**	**184**	**184**	**214**	**214**	**162**	**100**	**162**	**100**

Età alla diagnosi di infezione da HIV negli IDU

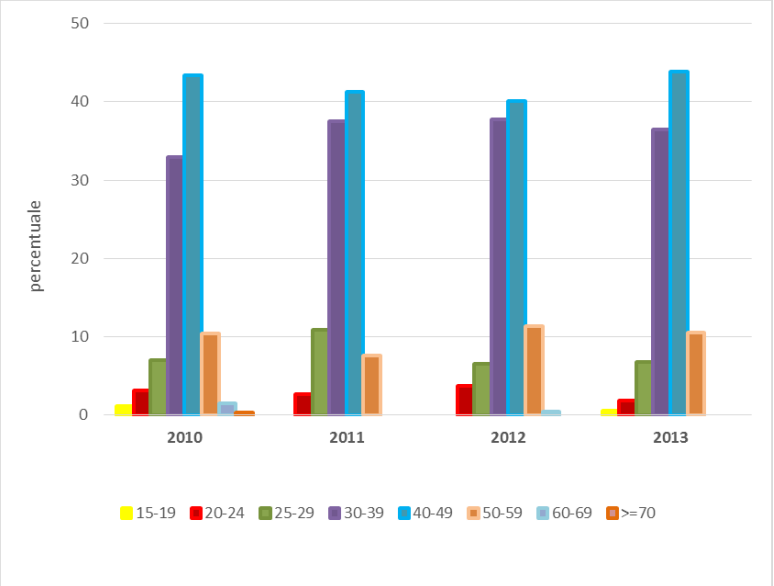
Dal 2010si osserva un andamento costante dell"età mediana al momento della diagnosi di infezione da HIV tra gli IDU maschi: 41anni (IQR: 34-46 anni) nel 2010 e 41 anni (IQR: 35-45 anni) nel 2013, mentre per le femmine si osserva una diminuzione dell"età mediana da 37 anni (IQR: 33-45anni) nel 2010 a 35 anni (IQR: 30-44 anni) nel 2013, con un picco di 43 anni nel 2012 (Figura 98).

Figura 98: Età mediana delle nuove diagnosi di infezione da HIV inIDU (2010-2013)



La Figura 99 mostra la distribuzione delle nuove diagnosi di infezione da HIV tra gli IDU, per anno di diagnosi e per classe di età.

Figura 99: Distribuzione percentuale delle nuove diagnosi di infezione da HIVin IDU, per anno di diagnosi e classe di età



Le classi di età 30-39 anni e 40-49 anni sono quelle più rappresentate, costituendo il 79% dei casi totali.

Numero di linfociti CD4 alla prima diagnosi di HIV tra gli IDU

I dati sul numero di linfociti CD4 riportati alla prima diagnosi di infezione da HIV, forniscono informazioni importanti sullo stato del sistema immunitario e sullo stadio clinico dell'infezione: quanto più basso il livello dei CD4 tanto più grave è lo stato di immunodepressione e tanto più è avanzata la malattia.

Nel 2013 il numero dei CD4 alla diagnosi è stato riportato per l'82,6% dei casi segnalati. Nel 2013 la regione Lazio non ha raccolto e inviato i dati relativi al numero di linfociti CD4 alla prima diagnosi di infezione da HIV. La completezza di questa variabile è diversa tra regioni e nel 2013 varia dal 13,9% del Molise al 100% della Valle d'Aosta, Friuli Venezia-Giulia, Emilia-Romagna, Umbria, Campania, Puglia, Basilicata, Sardegna.

Tabella 63: Numero di nuove diagnosi di infezione da HIV in IDU, per numero di CD4 alla diagnosi e per regione di segnalazione (2013)

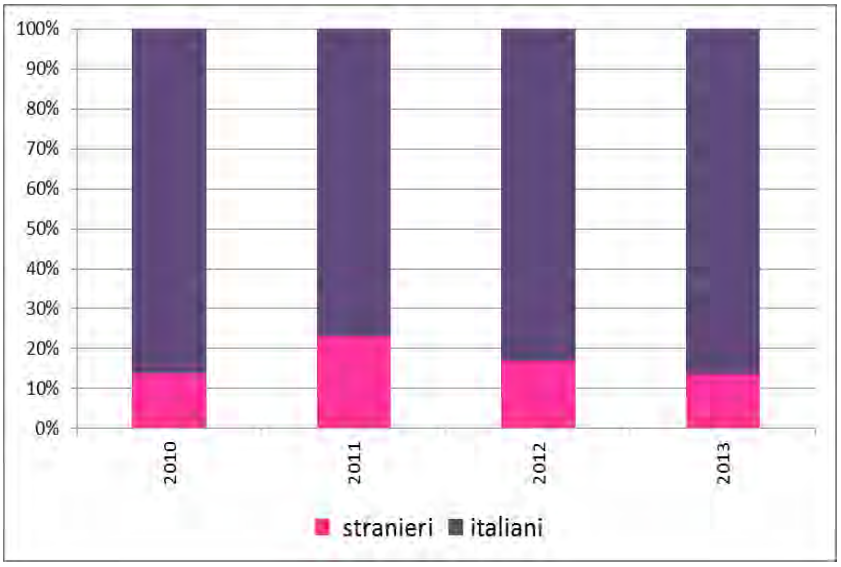
Anno 2013						
	numero di casi con CD4 riportati	completezza del dato (%)	CD4 < 200		CD4 < 350	
			n	%	n	%
Piemonte	59	*86,8*	21	*35,6*	30	*50,8*
Valle d'Aosta	4	*100,0*	1	*25,0*	1	*25,0*
Liguria	19	*95,0*	12	*63,2*	15	*78,9*
Lombardia	126	*92,6*	55	*43,7*	75	*59,5*
Trento	17	*94,4*	4	*23,5*	10	*58,8*
Bolzano	2	*33,3*	2	*100,0*	2	*100,0*
Veneto	23	*76,7*	5	*21,7*	11	*47,8*
Friuli Venezia- Giulia	2	*100,0*	1	*50,0*	1	*50,0*
Emilia - Romagna	69	*100,0*	30	*43,5*	39	*56,5*
Toscana	68	*98,6*	30	*44,1*	40	*58,8*
Umbria	9	*100,0*	2	*22,2*	3	*33,3*
Marche	9	*90,0*	5	*55,6*	6	*66,7*
Lazio	nn		nn		nn	
Abruzzo	7	*87,5*	5	*71,4*	5	*71,4*
Molise	0	*0,0*		*0,0*	0	*0,0*
Campania	169	*100,0*	59	*34,9*	95	*56,2*
Puglia	32	*97,0*	22	*68,8*	27	*84,4*
Basilicata	1	*100,0*	1	*100,0*	1	*100,0*
Calabria	5	*13,9*	4	*80,0*	4	*80,0*
Sicilia	38	*95,0*	22	*57,9*	28	*73,7*
Sardegna	18	*100,0*	9	*50,0*	9	*50,0*
Totale	677	*82,6*	290	*42,8*	402	*59,4*

Nel 2013 la proporzione di IDU con una nuova diagnosi di infezione da HIV diagnosticate con un numero di linfociti CD4 inferiore a 200 cell/µL era del42,8%, mentre quella di coloro che avevano un numero di CD4 inferiore a 350 cell/µLera del 59,4%.

Caratteristiche della popolazione straniera con nuova diagnosi di infezione da HIV tra gli IDU

La proporzione di nuove diagnosi di infezione da HIV tra gli IDU stranieri varia da un minimo del 13,6% nel 2013 ad un massimo di 22,8% nel 2011.

Figura 100: Distribuzione percentuale delle nuove diagnosi di infezione da HIV in IDU, per nazionalità e anno di diagnosi

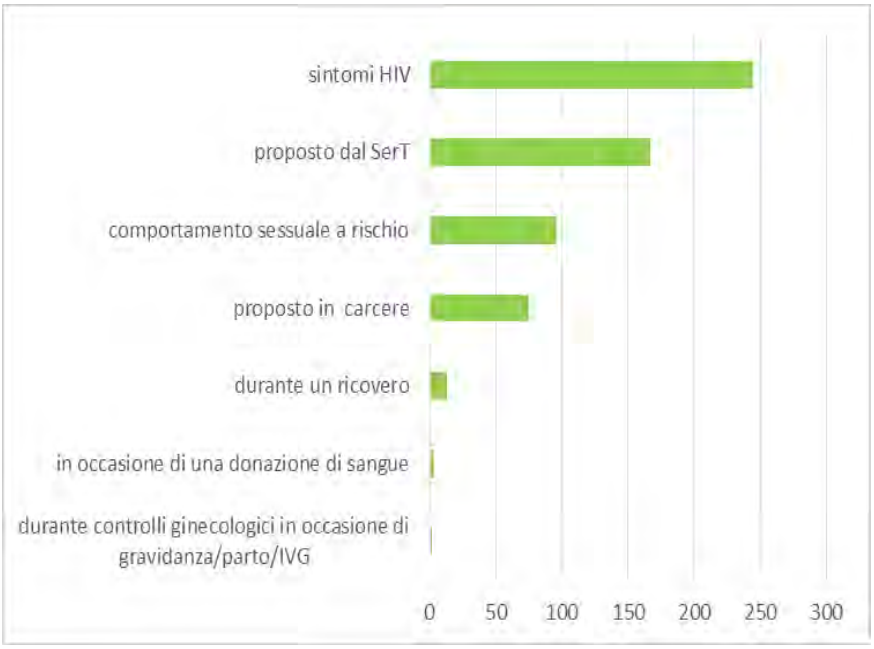


Nel 2013, 53,6% degli IDU stranieri con una nuova diagnosi di infezione da HIV proveniva dai paesi dell'Europea Centrale e Orientale, il 25,7% dall'Africa, il 5,7% dall'America meridionale, il 5,7% dall'Asia, il 5,0% dai paesi dell'Europa Occidentale. Nel 2013, il 77,7% degli IDU stranieri era costituito da maschi e l'età mediana alla prima diagnosi di infezione da HIV era di 34 anni (IQR 32,5-40,0) per i maschi e di 34 anni (IQR 26,5 - 34,5) per le femmine.

Motivo di effettuazione del test HIV

Nel 2013 il 40,8% degli IDU ha eseguito il test HIV per la presenza di sintomi HIV - correlati; il 27,6% in seguito alla proposta degli operatori del Sert; il 16,0% in seguito a comportamenti sessuali a rischio; il 12,5% in seguito alla proposta degli operatori del carcere; il 2,2% ha eseguito il test in occasione di un ricovero; lo 0,3% in seguito a controlli specialistici legati alla riproduzione sia nella donna che nel partner (gravidanza, parto, interruzione volontaria della gravidanza, procreazioni medicalmente assistita) e lo 0,3% ha eseguito il test nell'ambito dello screening pre-donazione di sangue (Figura 101).

Figura 101: Motivo di esecuzione del test delle nuove diagnosi di infezione da HIV in IDU, 2013



3.1.2 Nuove diagnosi di AIDS in consumatori di sostanze di via iniettiva (Injecting Drug User – IDU)

In Italia, la raccolta sistematica dei dati sui casi di Sindrome da Immunodeficienza Acquisita (AIDS) è iniziata nel 1982 e nel giugno 1984 è stata formalizzata in un Sistema di Sorveglianza Nazionale attraverso il quale vengono segnalati i casi di malattia diagnosticati dalle strutture cliniche del Paese. Con il decreto del 28 novembre 1986 (DM n. 288), l"AIDS è divenuta in Italia una malattia infettiva a notifica obbligatoria. Dal 1987, il Sistema di Sorveglianza è gestito dal COA. In collaborazione con le regioni, il COA provvede alla raccolta e archiviazione nel Registro Nazionale AIDS (RNAIDS), all"analisi periodica dei dati e alla pubblicazione e diffusione di un rapporto annuale.

I criteri di diagnosi di AIDS adottati sono stati, fino al 1993, quelli della definizione di caso della World Health Organization (WHO) - Centers for Disease Control and Prevention (CDC) del 1987 (2). A partire dal 1° luglio 1993, la definizione di caso adottata in Italia si attiene alle indicazioni del Centro Europeo del WHO. Quest"ultima aggiunge alla lista iniziale di patologie, altre tre patologie indicative di AIDS: la tubercolosi polmonare, la polmonite ricorrente e il carcinoma invasivo della cervice uterina (3).

Dati di mortalità AIDS

La segnalazione di decesso per AIDS non è obbligatoria. Per questo motivo, dal 2006, il COA in collaborazione con l"ISTAT e con l"IRCCS Centro di Riferimento Oncologico di Aviano ha avviato uno studio per aggiornare lo stato in vita di tutte le persone incluse nel Registro Nazionale AIDS.

I dati delle persone con AIDS diagnosticate tra il 1999 e il 2011 sono stati incrociati, attraverso una procedura automatizzata e anonima di record linkage, con quelli del registro di mortalità dell'ISTAT.

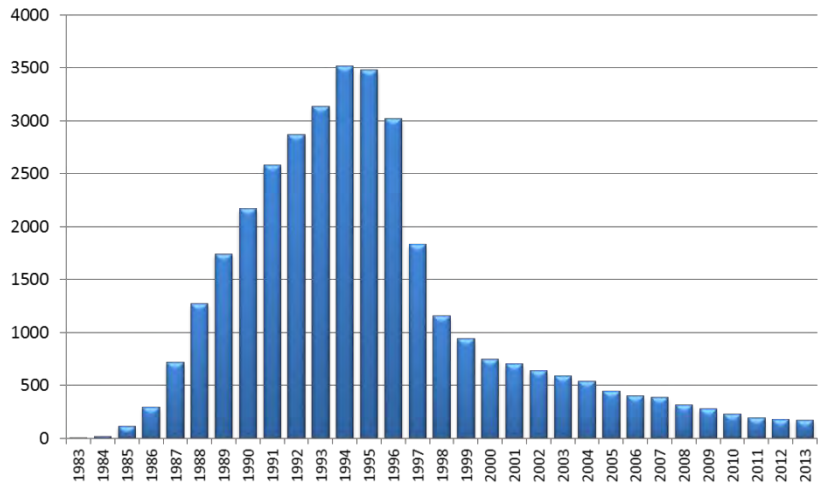
Pertanto, i dati sulla mortalità delle persone con AIDS sono stati validati fino al 2011, ultimo anno disponibile nel database di mortalità dell'ISTAT.

Distribuzione temporale dei casi di AIDS tra gli IDU

Dal 1982, anno della prima diagnosi di AIDS in Italia, al 31 Dicembre 2013 sono stati notificati al COA 34.636 casi di AIDS in IDU. Di questi, 27.760 (80,1%) erano maschi, e 727 (2,1%) erano stranieri o di nazionalità non nota. L'età mediana alla diagnosi di AIDS era di 33anni per i maschi e di 32 anni per le femmine.

La Figura 102 mostra l'andamento del numero dei casi di AIDS in IDU segnalati al RNAIDS.

Figura 102: Numero dei casi di AIDS in IDU



La Tabella 64 riporta il numero dei casi di AIDS e dei deceduti gli IDU per anno di decesso. In totale, 26.414 persone risultano decedute al 31 Dicembre 2013.

Tabella 64: Distribuzione annuale dei casi di AIDS e dei decessi in IDU

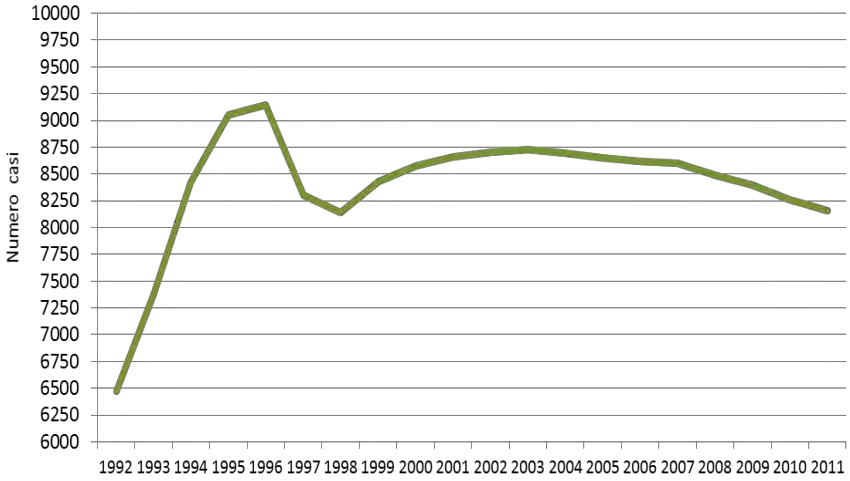
Anno di diagnosi	Casi IDU diagnosticati	IDU morti per anno di decesso
1983	1	0
1984	16	6
1985	115	51
1986	292	163
1987	714	363
1988	1.270	586
1989	1.740	969
1990	2.169	1.339
1991	2.583	1.817
1992	2.869	2.233

1993	3.136	2.469
1994	3.515	2.849
1995	3.479	2.925
1996	3.018	2.679
1997	1.832	1.316
1998	1.156	644
1999	937	603
2000	745	615
2001	700	594
2002	636	564
2003	586	573
2004	540	487
2005	445	432
2006	399	397
2007	383	430
2008	317	372
2009	275	357
2010	228	300
2011	191	281
2012	177	-
2013	172	-
Totale	**34.636**	**26.414**

Casi prevalenti di AIDS

I casi prevalenti in un determinato anno sono tutti i casi diagnosticati negli anni precedenti, più quelli diagnosticati nello stesso anno e vivi (anche per un solo giorno dell"anno considerato). Rappresenta il numero dei casi ancora viventi nell"anno considerato. Il numero dei casi prevalenti per anno di diagnosi viene mostrato in Figura 103. Il numero dei casi prevalenti è stato riportato fino al 2011, ultimo anno disponibile per il registro di mortalità dell"ISTAT (vedi sezione „*Dati di mortalità AIDS"*).

Figura 103: Numero dei casi di AIDS prevalenti in IDU



La distribuzione geografica

La Tabella 65 mostra il numero dei casi di AIDS tra gli IDU per regione di residenza e biennio di diagnosi (dati non corretti per ritardo di notifica). Come si osserva, le regioni più colpite sono nell'ordine: la Lombardia, il Lazio, l'Emilia-Romagna e il Piemonte. É evidente la persistenza di un gradiente Nord-Sud nella diffusione della malattia nel nostro Paese.

Tabella 65: Distribuzione del numero dei casi di AIDS in IDU per regione di residenza e per anno di diagnosi

Regione di residenza	Periodo di diagnosi								Totale
	<2000	2000-01	2002-03	2004-05	2006-07	2008-09	2010-11	2012-13	
Lombardia	9.199	466	368	328	197	151	103	96	10.908
Lazio	3.464	172	173	127	105	78	55	48	4.222
Emilia Romagna	2.826	137	102	87	85	66	29	32	3.364
Piemonte	1.849	102	64	70	48	45	38	16	2.232
Liguria	1.739	75	74	53	52	44	26	23	2.086
Veneto	1.671	50	42	32	34	23	15	13	1.880
Toscana	1.494	63	57	41	50	46	19	14	1.784
Puglia	1.244	74	73	52	36	8	21	20	1.528
Sicilia	1.147	55	50	33	27	20	15	14	1.361
Sardegna	1.145	55	43	37	36	15	19	10	1.360
Campania	1.003	66	67	43	40	39	37	32	1.327
Marche	411	23	21	14	10	9	7	10	505
Calabria	287	18	14	8	7	4	10	.	348
Umbria	191	15	11	3	6	4	1	5	236
Abruzzo	173	9	7	12	7	5	3	4	220
Friuli Venezia Giulia	183	4	6	10	4	1	3	1	212
Trento	173	4	4	5	5	3	.	.	194
Bolzano	96	9	6	4	10	5	4	.	134
Basilicata	84	3	6	5	1	5	2	.	106
Val D'Aosta	32	2	1	1	.	1	1	.	38
Molise	19	1	.	2	.	.	.	3	25
Estera	74	5	9	3	9	1	4	1	106
Ignota	338	37	24	15	13	19	7	7	460
Totale	**28.842**	**1.445**	**1.222**	**985**	**782**	**592**	**419**	**349**	**34.636**

Le caratteristiche demografiche: età e genere

La Tabella 66 mostra la distribuzione dei casi di AIDS tra gli IDU per classe d'età e genere negli anni 1993, 2003, 2013 e nel totale dei casi notificati dall'inizio dell'epidemia (1982-2013). Il 70,3% del totale dei casi si concentra nella classe d'età 30-49 anni. In particolare, rispetto al 1993, è

aumentata in modo rilevante la quota di casi di età ≥ 40 anni: per i maschi dal 6,6% nel 1993 al 76,4% nel 2013 e per le femmine dal 5,4% nel 1993 al 85,3% nel 2013.

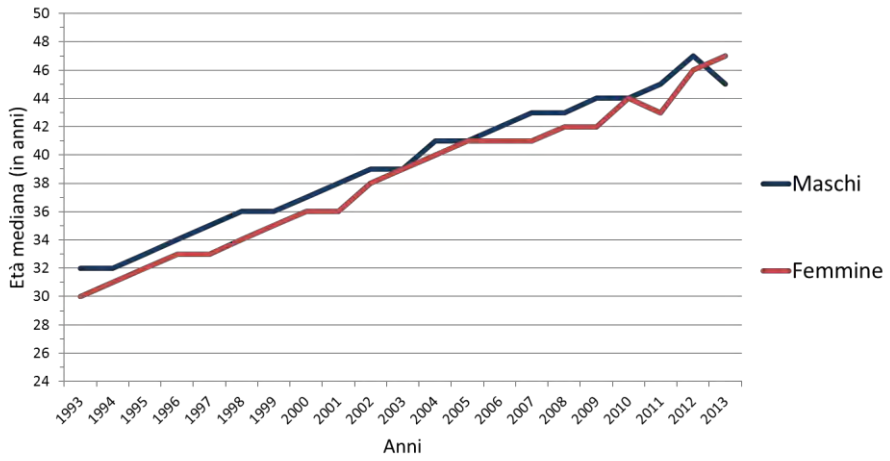
Tabella 66: Distribuzione dei casi di AIDS in IDU per classe di età e genere

Classe di età alla diagnosi		Maschi			Femmine			1982-2013		
		1993	2003	2013	1993	2003	2013	Totale	Maschi	Femmine
15-19 anni	%	0.0	0.0	0.8	0.2	0.0	0.0	0.1	0.1	0.2
20-24 anni	%	1.9	0.0	2.3	3.7	0.0	0.0	4.6	4.0	7.1
25-29 anni	%	26.0	2.8	3.8	38.2	1.7	4.9	23.2	22.2	27.3
30-34 anni	%	46.0	9.9	4.6	38.3	15.7	2.4	34.0	34.3	32.6
35-39 anni	%	19.4	38.7	12.2	14.2	38.0	7.3	22.1	23.0	18.7
40-49 anni	%	6.2	45.4	50.4	4.9	41.3	46.3	14.2	14.6	12.4
50-59 anni	%	0.4	3.2	26.0	0.5	3.3	39.0	1.6	1.6	1.5
=>60 anni	%	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.1	0.1	0.1
Totale	N	2.518	465	131	618	121	41	34.636	27.760	6.876

L'età mediana alla diagnosi dei casi adulti di AIDS tra gli IDU mostra un aumento nel tempo, sia tra i maschi che tra le femmine. Infatti, se nel 1993 la mediana era di 32 anni per i maschi e di 30 per le femmine, nel 2013 le mediane sono salite rispettivamente a 45 e 47 anni (

Figura **104**). Nell'ultimo decennio la proporzione di casi di AIDS di sesso femminile tra i casi adulti è rimasta sostanzialmente stabile intorno al 18-25% (dati non mostrati).

Figura 104: Età mediana dei casi di AIDS in IDU e genere



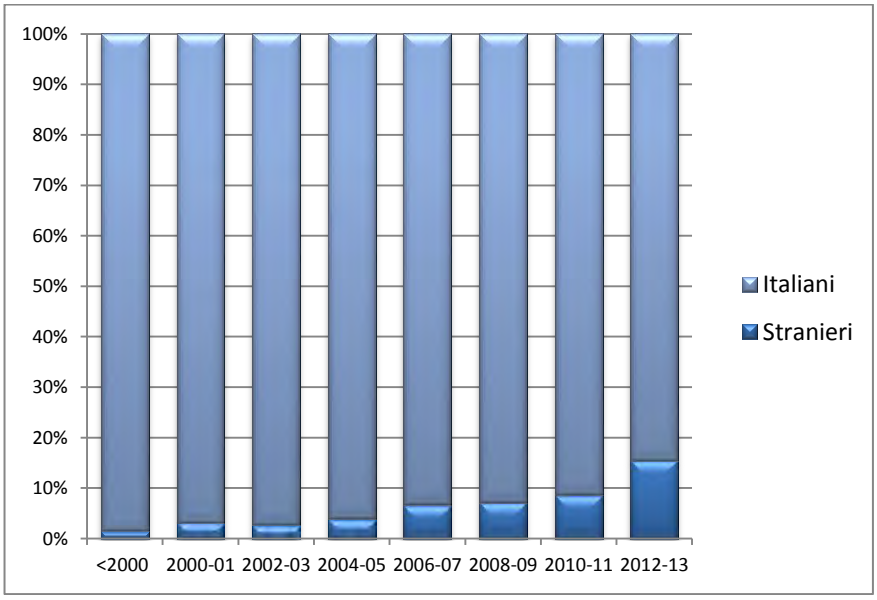
Casi di AIDS tra gli IDU stranieri

La proporzione di casi di AIDS tra gli IDU stranieri è aumentata nel tempo e è passata dal 2,4% nel biennio 2000-01 al 14,9% nel biennio2012-13 (Figura 105). La loro area di provenienza è mostrata nella Tabella 67.

Tabella 67: Distribuzione dei casi di AIDS in IDU per nazionalità e periodo di diagnosi

Area Geografica di Provenienza		Periodo di diagnosi								Totale
		<2000	2000-01	2002-03	2004-05	2006-07	2008-09	2010-11	2012-13	
AFRICA	N	95	18	19	16	20	16	12	8	204
	%	0.3	1.2	1.6	1.6	2.6	2.7	2.9	2.3	0.6
AMERICA CENTRO/MERIDIONALE	N	108	5	2	4	4	5	2	9	139
	%	0.4	0.3	0.2	0.4	0.5	0.8	0.5	2.6	0.4
AMERICA SETTENTRIONALE	N	8	.	.	.	.	1	.	.	9
	%	0.0	.	.	.	.	0.2	.	.	0.0
ASIA	N	16	1	1	2	4	3	3	4	34
	%	0.1	0.1	0.1	0.2	0.5	0.5	0.7	1.1	0.1
EUROPA	N	126	5	4	3	4	5	6	15	168
	%	0.4	0.3	0.3	0.3	0.5	0.8	1.4	4.3	0.5
EUROPA EST	N	32	5	6	2	12	9	13	16	95
	%	0.1	0.3	0.5	0.2	1.5	1.5	3.1	4.6	0.3
ITALIA	N	28.415	1.399	1.189	948	730	550	383	295	33.909
	%	98.5	96.8	97.3	96.2	93.4	92.9	91.4	84.5	97.9
NON NOTA	N	42	12	1	10	8	3	.	2	78
	%	0.1	0.8	0.1	1.0	1.0	0.5	.	0.6	0.2
Totale	**N**	**28.842**	**1.445**	**1.222**	**985**	**782**	**592**	**419**	**349**	**34.636**

Figura 105: Distribuzione percentuale delle nuove diagnosi di AIDS in IDU, per nazionalità e periodo di diagnosi



Patologie indicative di AIDS

La Tabella 68 riporta la distribuzione delle patologie che fanno porre diagnosi di AIDS tra gli IDU per biennio di diagnosi. I dati relativi alla distribuzione delle patologie indicative di AIDS fanno riferimento ai quadri clinici presenti all"esordio della malattia e non a tutte le patologie diagnosticate durante l"intero decorso clinico. Per ogni caso può essere indicata più di una patologia indicativa di AIDS; pertanto il numero di patologie riportate in un anno può essere superiore al numero di casi segnalati nello stesso anno. Se l"esordio è caratterizzato da più di una patologia, vengono considerate un massimo di sei, diagnosticate entro 60 giorni dalla prima.

Rispetto agli anni precedenti al 2000, si osserva negli ultimi anni una riduzione della toxoplasmosi cerebrale e viceversa, è aumentata la quota di diagnosi di Wasting syndrome, tubercolosi polmonare e di linfomi.

Tabella 68: Frequenza relativa delle patologie 13 indicative di AIDS in IDU e per periodo di diagnosi

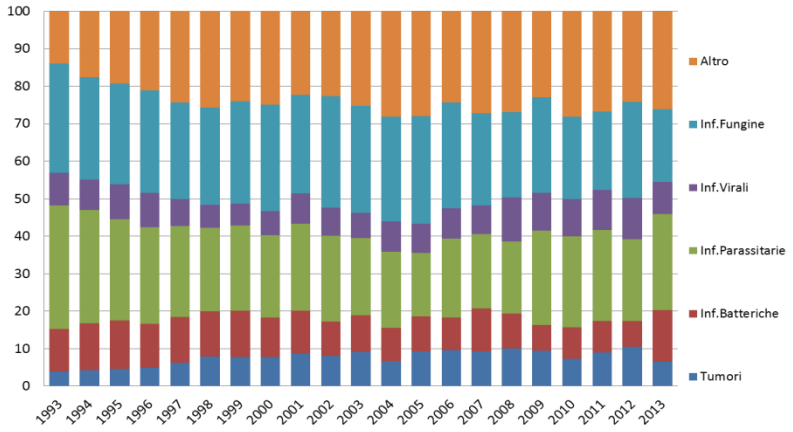
		Periodo di diagnosi								Totale
		<2000	2000-01	2002-03	2004-05	2006-07	2008-09	2010-11	2012-13	
Candidosi (polm. e esofagea)	**%**	25.6	24.5	25.7	26.2	23.3	20.8	19.5	21.2	25.3
Polmonite da PneumocystisCarinii	**%**	19.6	14.8	14.8	13.3	15.5	14.8	18.1	17.7	18.9
Toxoplasmosi cerebrale	**%**	8.6	6.2	6.2	5.3	4.5	6.3	5.9	4.9	8.1
Micobatteriosi	**%**	6.6	6.2	5.2	4.9	5.4	4.7	4.7	6.0	6.4
Altre infezioni opportunistiche	**%**	13.8	12.3	11.8	10.7	11.8	15.5	12.4	12.6	13.5
Sarcoma di Kaposi (KS)	**%**	2.0	2.3	2.2	1.5	1.4	2.0	2.6	1.4	2.0
Linfomi	**%**	2.7	5.1	5.4	6.0	7.6	7.0	4.9	6.5	3.2
Encefalopatia da HIV	**%**	8.0	7.8	7.8	8.4	9.4	8.8	10.6	9.8	8.1
WastingSyndrome	**%**	7.9	9.2	10.0	13.4	10.6	12.3	14.2	13.5	8.5
Carcinoma cervice uterina	**%**	0.3	0.8	0.9	0.4	0.4	0.7	0.6	0.7	0.4
Polmonite ricorrente	**%**	2.3	6.6	6.0	6.3	5.8	4.0	2.8	1.9	2.8
Tubercolosi Polmonare	**%**	2.5	4.2	3.8	3.6	4.3	3.1	3.7	4.0	2.7
Totale	**N**	**33.094**	**1.638**	**1.377**	**1.153**	**897**	**683**	**508**	**430**	**39.780**

La

Figura **106** mostra l"andamento dal 1993 al 2013 delle patologie indicative di AIDS suddivise in 6 gruppi: tumori (linfomi Burkitt, immunoblastico e cerebrale, sarcoma di Kaposi e carcinoma cervicale invasivo), infezioni batteriche (micobatteriosi disseminata o extrapolmonare, sepsi da salmonella ricorrente, tubercolosi polmonare e infezioni batteriche ricorrenti), infezioni parassitarie (criptosporidiosi intestinale cronica, isosporidiosi intestinale cronica, polmonite da *Pneumocystiscarinii* e toxoplasmosi cerebrale), infezioni virali (malattia sistemica da Cytomegalovirus inclusa retinite, infezione grave da Herpes simplex, leucoencefalopatia multifocale progressiva e polmonite interstiziale linfoide), infezioni fungine (candidosi polmonare ed esofagea, criptococcosi extrapolmonare, coccidioidomicosi disseminata, istoplasmosi disseminata) e altro (encefalopatia da HIV, wasting syndrome e polmonite ricorrente). Si osserva

che le infezioni funginee quelle parassitarie rappresentano le patologie più frequenti in tutto il periodo considerato.

Figura 106: Distribuzione delle patologie indicative di AIDS per tipologia in IDU



Diagnosi tardive di AIDS

Il fattore principale che determina la probabilità di avere effettuato una terapia antiretrovirale prima della diagnosi di AIDS è la consapevolezza della propria sieropositività. In Tabella 69 sono riportate le caratteristiche dei pazienti suddivisi secondo il tempo intercorso tra il primo test HIV positivo e la diagnosi di AIDS (informazione che viene raccolta dal 1996). Si osserva che la proporzione di pazienti con una diagnosi di sieropositività vicina (meno di 6 mesi) alla diagnosi di AIDS è in aumento, ed è più elevata nel genere maschile e tra gli stranieri; questi dati indicano che molti soggetti arrivano allo stadio di AIDS conclamato ignorando la propria sieropositività.

Tabella 69: Tempo intercorso tra i 1° test HIV positivo e la diagnosi di AIDS in IDU

Anno di diagnosi	Tempo tra 1° test HIV e diagnosi di AIDS			
	<= di 6 mesi		> 6 mesi	
	N	%	N	%
1996	239	9.0	2424	91.0
1997	229	13.3	1495	86.7
1998	152	13.8	949	86.2
1999	149	16.4	761	83.6
2000	121	16.6	607	83.4
2001	98	14.5	580	85.5
2002	105	17.1	509	82.9
2003	93	16.3	478	83.7
2004	71	13.8	444	86.2
2005	65	15.2	362	84.8
2006	60	15.9	318	84.1
2007	64	18.1	289	81.9
2008	56	19.5	231	80.5
2009	49	19.5	202	80.5
2010	62	31.2	137	68.8
2011	48	27.3	128	72.7
2012	51	30.7	115	69.3
2013	37	23.0	124	77.0

Genere				
Maschio	1502	15.8	7992	84.2
Femmina	247	10.3	2161	89.7
Area geografica				
Italia	1599	13.9	9881	86.1
Estero	141	37.5	235	62.5
Non nota	9	19.6	37	80.4
Totale	**1749**	**14.7**	**10153**	**85.3**

Stima dell'incidenza delle nuove diagnosi di infezione da HIV e dei casi di AIDS in IDU

Per calcolare l"incidenza annua delle nuove diagnosi di infezione da HIV e di AIDS sono state utilizzati il numero delle nuove diagnosi di infezione da HIV e il numero di casi di AIDS, rispettivamente, in IDU al numeratore e il numero stimato di consumatori di oppiacei eleggibili al trattamento, pubblicato annualmente nella Relazione al Parlamento sulle Tossicodipendenze (4-10), al denominatore.

La stima dell"incidenza delle nuove diagnosi di infezione da HIV è stata calcolata dal 2010, quella di AIDS dal 2006.

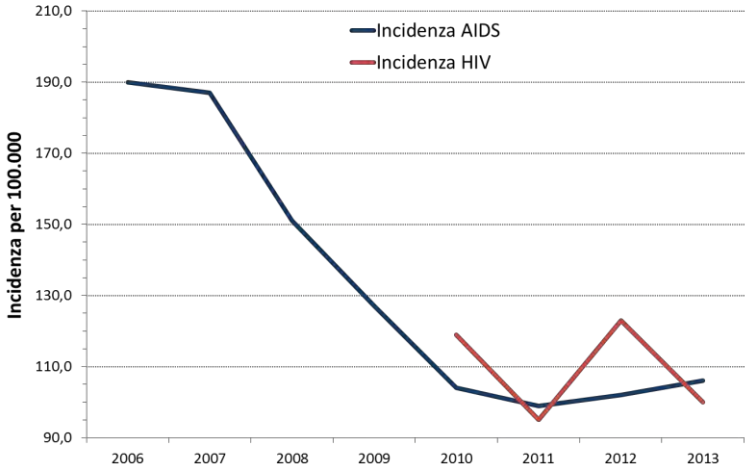
Tabella 70: Stima annua dell"incidenza delle nuove diagnosi di infezione da HIV e di AIDS

Anno	Stima consumatori di oppiacei eleggibili al trattamento	*N. casi HIV*	*Incidenza HIV (per 100.000)*	*N. casi AIDS*	*Incidenza AIDS (per 100.000)*
2006	210000			399	*190,0*
2007	205000			383	*186,8*
2008	210000			317	*151,0*
2009	216000			275	*127,3*
2010	218425	260	*119,0*	228	*104,4*
2011	193000	184	*95,3*	191	*99,0*
2012	174000	214	*123,0*	177	*101,7*
2013	152353	162	*99,8*	172	*105,9*

L"incidenza delle nuove diagnosi di HIV in IDU sembra oscillare intorno a 109 per 100.000 IDU nel periodo 2010-2013.

L"incidenza dei casi di AIDS in IDU mostra un andamento decrescente passando dal 190,0 per 100.000 IDU nel 2006 al 105,9 per 100.000 IDU nel 2013.

Figura 107: Incidenza delle nuove diagnosi di infezione da HIV e incidenza dei casi di AIDS (per 100.000) tra gli IDU



Sintesi finale

Nel periodo 2010-2013 il numero delle nuove diagnosi di infezione da HIV in IDU sembra essere in diminuzione. Quasi l'80% delle nuove diagnosi in IDU è rappresentato da maschi, il 20% da stranieri, il 79% da persone tra i 30 3 il 49 anni. Nel 2013 più della metà degli IDu con una nuova diagnosi di HIV si è presentato con un numero di linfociti CD4 inferiore a 350 e il 40% ha eseguito il test HIV perché riportava sintomi HIV-correlati.Nel periodo 2010-2013 l'incidenza delle nuove diagnosi di infezione da HIV in IDU sembra oscillare intorno al 109 per 100.000 IDU.

Nel periodo 1982-2013 sono stati notificati 34.636 casi di AIDS in IDU. Di questi, l'80,1% erano maschi, il 2,1% stranieri e il 76% risulta deceduto. Il 70,3% del totale dei casi di AIDS in IDU si concentra nella classe di età 30-49 anni. Nel ultimi 15 anni, si osserva una riduzione della toxoplasmosi cerebrale e viceversa, è aumentata la quota di diagnosi di Wasting syndrome, tubercolosi polmonare e di linfomi. La proporzione di pazienti con una diagnosi di sieropositività vicina (meno di 6 mesi) alla diagnosi di AIDS è in aumento. L'incidenza dei casi di AIDS in IDU mostra un andamento decrescente passando dal 190,0 per 100.000 IDU nel 2006 al 105,9 per 100.000 IDU nel 2013.

3.2 Diffusione di patologie sessualmente trasmissibili

3.2.1 Le infezioni sessualmente trasmesse (IST) in consumatori di sostanze per via iniettiva segnalate da una rete sentinella di centri clinici

Le Infezioni sessualmente trasmesse (IST) costituiscono un vasto gruppo di malattie infettive molto diffuse in tutto il mondo, che può essere causa di sintomi acuti, infezioni croniche e gravi complicanze a lungo termine per milioni di persone ogni anno, e le cui cure assorbono ingenti risorse finanziarie.

Oggi si conoscono circa trenta quadri clinici di IST determinati da oltre 20 patogeni sessualmente trasmessi (1).

In Italia, le informazioni disponibili sulla diffusione nazionale delle IST provengono dal Ministero della Salute e sono limitate alle sole malattie a notifica obbligatoria, cioè gonorrea, sifilide e pediculosi del pube (2).

Non ci sono dati nazionali relativi alla diffusione delle IST tra i consumatori di sostanze per via iniettiva - Injecting Drug Users (IDU).

Per sopperire a questa mancanza, nel 1991, in Italia così come in altri Paesi europei (3), è stato avviato un sistema di sorveglianza sentinella delle IST per disporre in tempi brevi di dati sulla loro diffusione, soprattutto in ragione dell'epidemia da HIV che emergeva in quel periodo (4).

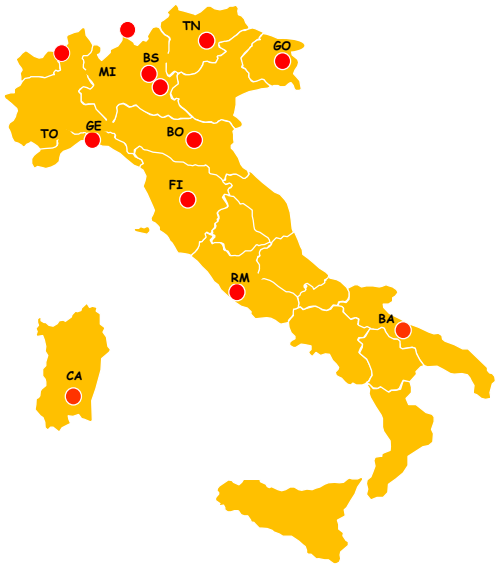
Questo sistema, coordinato dal Centro Operativo AIDS (COA) dell'Istituto Superiore di Sanità (ISS) (Allegato 2), allo stato attuale prevede la collaborazione di 12 centri clinici pubblici specializzati nella diagnosi e nella cura delle IST, dislocati sul territorio nazionale (Figura 1) (l'elenco dei Responsabili e dei Collaboratori della Rete sentinella dei centri clinici per le IST, è riportato in Allegato 2).

I centri clinici segnalano i pazienti con una prima diagnosi di IST (primo episodio), confermata, ove previsto, da appropriati test di laboratorio, e raccolgono informazioni socio-demografiche, comportamentali (tra queste anche il consumo di sostanze per via iniettiva) e cliniche, nonché il sierostato HIV.

Per alcune diagnosi di IST si sono scelti criteri di definizione di caso a favore di una maggiore sensibilità (ad esempio, le diagnosi di patologie virali sono basate su criteri esclusivamente clinici), per altre patologie si è scelto un criterio di definizione di caso a favore di una maggiore specificità, includendo nella definizione di caso la conferma microbiologica della diagnosi (ad esempio, infezioni batteriche e protozoarie).In questi anni, tale Sistema ha consentito di conoscere l'andamento delle diagnosi di diversi quadri clinici di IST in Italia, nonché di valutare la diffusione dell'infezione da HIV nei soggetti con una nuova IST, soprattutto in popolazioni più a rischio (ad esempio, consumatori di sostanze per via iniettiva) (5).

Di seguito vengono riportati i principali risultati del suddetto sistema di sorveglianza e relativi agli IDU.

Figura 108: Distribuzione geografica dei 12 centri clinici partecipanti al Sistema di sorveglianza sentinella delle IST

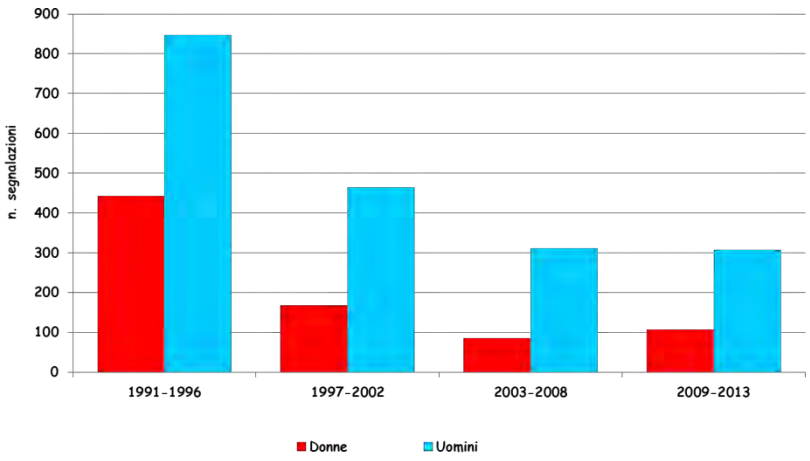


La casistica

La casistica completa per tutti i 12 centri clinici è disponibile sino al 31 dicembre 2013. Dal 1° gennaio 1991 al 31 dicembre 2013, il Sistema di sorveglianza ha segnalato un totale di 2.727 nuovi casi di IST in IDU, pari al 3,4% di tutti i casi di IST segnalati. Il numero dei casi di IST in IDU è diminuito nel tempo di circa tre volte, passando da 1.289 casi del periodo 1991-1996 a 412 casi del periodo 2009-2013 (Figura 109).

Nel 2013, sono stati segnalati 92 nuovi casi di IST in IDU, pari al 2,8% di tutti i casi di IST segnalati.

Figura 109: Andamento delle segnalazioni di IST in consumatori di sostanze per via iniettiva, per genere



Caratteristiche socio-demografiche, comportamentali e cliniche

Le caratteristiche socio-demografiche, comportamentali e cliniche degli IDU con IST, distinte per genere, nell'intero periodo (1991-2013) e nel 2013, sono riportate in

Tabella 71.

Si è scelto di riportare, oltre ai dati relativi all'intero periodo (1991-2013), anche quelli relativi al 2013, ultimo anno a disposizione, per dare un quadro recente della situazione.

Tabella 71: Caratteristiche socio-demografiche, comportamentali e cliniche dei consumatori di sostanze per via iniettiva con IST: intero periodo e 2013 (Sistema di Sorveglianza Sentinella delle IST basato su centri clinici)

Caratteristiche	1991-2013		2013	
	n.	%[a]	n.	%[a]
Totale	2.727	**100,0**	92	**100,0**
Genere				
Uomini	1.927	**70,7**	68	**73,9**
Donne	800	**29,3**	24	**26,1**
Nd	0	**-**	0	**-**
Classe di età				
15-24 anni	502	**18,4**	24	**26,1**
25-34 anni	1.456	**53,5**	32	**34,8**
35-44 anni	617	**22,7**	17	**18,5**
45 e più anni	148	**5,4**	19	**20,7**
Nd	4	**-**	0	**-**
Nazionalità				
Italiani	2.382	**92,3**	73	**79,3**
Stranieri	199	**7,7**	19	**20,7**
Nd	146	**-**	0	**-**
Livello di istruzione				
Nessuno	33	**1,4**	2	**2,3**
Scuola obbligo	1.714	**71,8**	43	**50,6**
Diploma	534	**22,3**	36	**42,4**
Laurea	107	**4,5**	4	**41,7**
Nd	339	**-**	7	**-**
Numero di partner sessuali nei sei mesi precedenti la diagnosi di IST				
0-1	1.122	**42,0**	42	**48,8**
2-5	1.198	**44,9**	41	**47,7**
≥ 6	351	**13,1**	3	**3,5**
Nd	56	**-**	6	**-**
Contraccettivi usati nei sei mesi precedenti la diagnosi di IST				
Nessuno	1.112	**41,7**	49	**58,3**
Condom sempre	350	**13,1**	2	**2,4**
Condom saltuario	1.093	**41,0**	29	**34,5**
Pillola	83	**3,1**	3	**3,6**
Altro	26	**1,0**	1	**1,2**
Nd	63	**-**	8	**-**
Pregresse IST				
Sì	1.117	**41,8**	28	**31,1**
No	1.554	**58,2**	62	**68,9**
Nd	56	**-**	2	**-**
Modalità di trasmissione				
Eterosessuali	2.264	**83,1**	76	**83,5**
MSM[b]	461	**16,9**	15	**16,5**
Nd	2	**-**	1	**-**
Tipo di IST in atto				
Virale	1.847	**67,7**	51	**55,4**
Batterica	706	**25,9**	41	**44,6**
Protozoaria	47	**1,7**	0	**0,0**
Parassitaria	127	**4,7**	0	**0,0**

(a) Percentuali basate sul totale dei soggetti con le informazioni disponibili; (b) Nd: non disponibile; (c) MSM: maschi che fanno sesso con maschi

Intero periodo (1991-2013)

Nell‘intero periodo, il 70,7% (n. 1.927) dei casi di IST in IDU è stato diagnosticato in uomini e il 29,3% (n. 800) in donne. L‘età mediana dei soggetti segnalati è stata di 30 anni (range interquartile - IQR, 26-35 anni); in particolare 31 anni (IQR 27-36 anni) per gli uomini e 28 anni (IQR 24-33 anni) per le donne.

Il 7,7% (n.199) degli IDU con IST era di nazionalità straniera, di questi la maggior parte proveniva da altri Paesi europei e dall‘Africa (rispettivamente, 56,5% e 22,3%).

Il 71,8% degli IDU con IST ha riferito di avere frequentato la scuola dell‘obbligo, il 22,3% di possedere un diploma di scuola media superiore, il 4,5% di essere in possesso di una laurea e solo l‘1,4% ha riferito di non avere nessuna istruzione.

Il 42,0%degli IDU con IST ha riferito di avere avuto nessuno o un partner sessuale nei sei mesi precedenti la diagnosi di IST, il 44,9% da due a cinque e il 13,1% sei o più.

Relativamente all‘utilizzo di metodi contraccettivi nei sei mesi precedenti la diagnosi di IST, il 41,7% degli IDU con IST ha riferito di non aver utilizzato alcun metodo contraccettivo. Il condom è stato utilizzato regolarmente in tutti i rapporti sessuali dal 13,1% degli IDU, invece il 41,7% degli IDU ha riferito di utilizzarlo saltuariamente.

Oltre un terzo degli IDU con IST (41,8%) ha riferito di avere avuto una IST in passato. L‘83,1% dei casi di IST in IDU è stato segnalato in eterosessuali e il 16,9% in MSM. Tra le donne il 100% dei casi di IST è stato segnalato in eterosessuali, tra gli uomini il 76,1% dei casi di IST è stato segnalato in eterosessuali e il 23,9% in MSM.

Il 67,7% degli IDU aveva una diagnosi di IST virale, il 25,9% di IST batterica, il 4,7% di IST parassitaria e l‘1,7% di IST protozoaria.

Anno 2013

Nel 2013, il 73,9% (n. 68) dei casi di IST in IDU è stato diagnosticato in uomini e il 26,1% (n. 24) in donne. L‘età mediana dei soggetti segnalati è stata di 32 anni (range interquartile - IQR, 24-42 anni); in particolare 33 anni (IQR 24,25-42,75 anni) per gli uomini e 27 anni (IQR 23,25-40,75 anni) per le donne.

Il 20,7% (n. 19) degli IDU con IST era di nazionalità straniera, di questi la maggior parte proveniva da altri Paesi europei e dall‘Africa (rispettivamente, 47,1% e 29,4%).

Il 50,6% degli IDU con IST ha riferito di avere frequentato la scuola dell‘obbligo, il 42,4% di possedere un diploma di scuola media superiore, il 4,7% di essere in possesso di una laurea e solo il 2,3% ha riferito di non avere nessuna istruzione.

Circa la metà degli IDU con IST (48,8%) ha riferito di avere avuto nessuno o un partner sessuale nei sei mesi precedenti la diagnosi di IST, il 47,7% da due a cinque e il 3,6% sei o più.

Relativamente all‘utilizzo di metodi contraccettivi nei sei mesi precedenti la diagnosi di IST, il 58,3% degli IDU con IST ha riferito di non aver utilizzato alcun metodo contraccettivo.

Il condom è stato utilizzato regolarmente in tutti i rapporti sessuali dal 2,4% degli IDU con IST, invece il 34,5% degli IDU con IST ha riferito di utilizzarlo saltuariamente.

Circa un terzo degli IDU con IST (31,1%) ha riferito di avere avuto una IST in passato.

L'83,5% dei casi di IST in IDU è stato segnalato in eterosessuali e il 16,5% in MSM. Tra le donne il 100% dei casi di IST è stato segnalato in eterosessuali, tra gli uomini il 77,6% dei casi di IST è stato segnalato in eterosessuali e il 22,4% in MSM.

Il 55,4% degli IDU aveva una diagnosi di IST virale e il 44,6% di IST batterica.

Distribuzione dei casi per tipo di IST diagnosticata

Intero periodo (1991-2013)

Nell'intero periodo, dalla distribuzione dei casi per tipo di IST diagnosticata è emerso che tra gli IDU le patologie più frequenti sono state i condilomi ano-genitali (1.525 casi, 55,9% del totale), l'herpes genitale (191 casi, 7,0% del totale), la sifilide latente (139 casi, 5,1% del totale) e il mollusco contagioso (131 casi, 4,8% del totale) (Tabella 72).

In particolare, tra gli uomini IDU le patologie più frequenti sono state i condilomi ano-genitali (58,2% del totale uomini), l'herpes genitale (8,4% del totale uomini), le uretriti batteriche non gonococciche non clamidiali (NG-NC) (6,1% del totale uomini) e le uretriti da *Neisseria gonorrhoeae* (4,7% del totale uomini); tra le donne IDU le patologie più frequenti sono state i condilomi ano-genitali (50,5% del totale donne), le cervicovaginiti NG-NC (16,1% del totale donne), la sifilide latente (6,4% del totale donne) e le cervicovaginiti da *Trichomonas vaginalis* (5,9% del totale donne) (dati non mostrati).

Tra gli MSM IDU le patologie più frequenti sono state i condilomi ano-genitali (44,5% del totale MSM), l'herpes genitale (10,2% del totale MSM), la pediculosi del pube (9,5% del totale MSM) e la sifilide primaria e secondaria (I-II) (8,2% del totale MSM) (dati non mostrati).

Anno 2013

Nel 2013, dalla distribuzione dei casi per tipo di IST diagnosticata è emerso che tra gli IDU le patologie più frequenti sono state i condilomi ano-genitali (45 casi, 48,9% del totale), le uretriti da *Chlamydia trachomatis* (10 casi, 10,9% del totale) e la sifilide I-II (7 casi, 7,6% del totale).

In particolare, tra gli uomini IDU le patologie più frequenti sono state i condilomi ano-genitali (50,0% del totale uomini), le uretriti da *Chlamydia trachomatis* (14,7% del totale) e la sifilide I-II (10,3% del totale uomini); tra le donne IDU le patologie più frequenti sono state i condilomi ano-genitali (45,8% del totale donne), le cervicovaginiti NG-NC (25,0% del totale donne) e le cerviciti da *Chlamydia trachomatis* (20,8% del totale donne) (dati non mostrati).

Tra gli MSM IDU le patologie più frequenti sono state i condilomi ano-genitali (20,0% del totale MSM), la sifilide I-II (20,0% del totale MSM) e le uretriti da *Neisseria gonorrhoeae* (20,0% del totale MSM) (dati non mostrati).

Tabella 72: Distribuzione totale e per genere dei casi per tipo di IST diagnosticata, in consumatori di sostanze per via iniettiva: intero periodo e 2013(Sistema di Sorveglianza Sentinella delle IST basato su centri clinici, 1991-2013)

IST DIAGNOSTICATA	1991-2013		2013	
	N.	%	N.	%
TOTALE	2.727	**100,0**	92	**100,0**
VIRALI				
Condilomi ano-genitali	1.525	**55,9**	45	**48,9**
Herpes genitale	191	**7,0**	2	**2,2**
Mollusco contagioso	131	**4,8**	4	**4,3**
BATTERICHE				
Cervicovaginiti NG-NC*	129	**4,7**	6	**6,5**
Uretrite NG-NC*	118	**4,3**	3	**3,3**
Sifilide primaria e secondaria (I-II)	108	**4,0**	7	**7,6**
Sifilide latente	139	**5,1**	6	**6,5**
Reinfezione sifilitica	9	**0,3**	1	**1,1**
Cerviciti da *Neisseria gonorrhoeae*	8	**0,3**	0	**0,0**
Uretriti da *Neisseria gonorrhoeae*	90	**3,3**	2	**2,2**
Cerviciti da *Chlamydia trachomatis*	35	**1,3**	5	**5,4**
Uretriti da *Chlamydia trachomatis*	67	**2,5**	10	**10,9**
Linfogranuloma venereo	1	**0,0**	1	**1,1**
Malattia infiammatoria pelvica da clamidia o da gonococco	1	**0,0**	0	**0,0**
Ulcera venerea	1	**0,0**	0	**0,0**
Granuloma inguinale	0	**0,0**	0	**0,0**
PROTOZOI				
Cervicovaginiti da *Trichomonas vaginalis*	47	**1,7**	0	**0,0**
PARASSITI				
Pediculosi del pube	127	**4,7**	0	**0,0**

(*) NG-NC: non gonococciche non clamidiali

Andamenti temporali delle principali IST

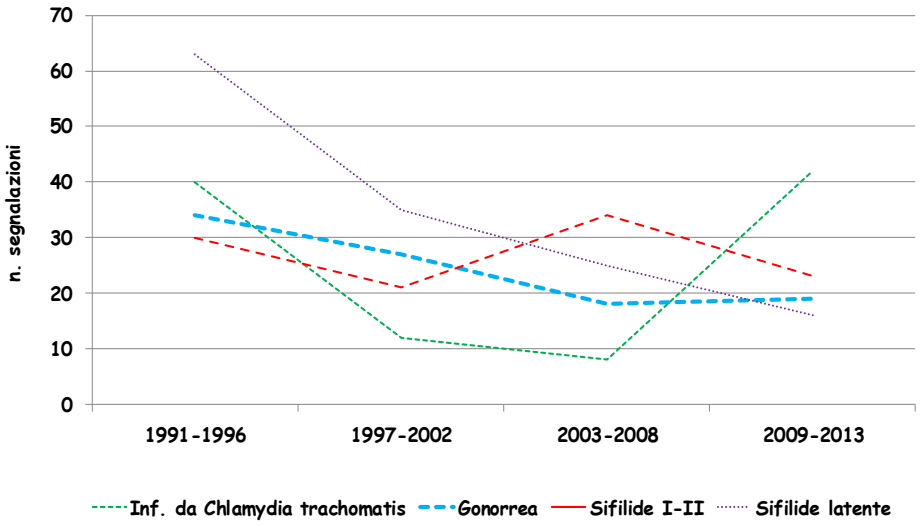
L‟andamento dei casi di sifilide I-II è rimasto relativamente stabile nell‟intero periodo considerato, con una media di 27 casi per periodo (Figura 110).

L'andamento dei casi di sifilide latente ha mostrato una riduzione costante dal periodo 1991-1996 al periodo 2009-2013, passando da 63 casi segnalati a 16 casi (Figura 110).

Le segnalazioni di gonorrea hanno mostrato una riduzione fino al periodo 2003-2008 e una successiva stabilizzazione nell'ultimo quinquennio (2009-2013).

I casi di infezione da *Chlamydia trachomatis* hanno mostrato una costante riduzione fino al periodo 2003-2008 e un successivo aumento di circa cinque volte tra il 2003-2008 e il 2009-2013, passando, rispettivamente, da 8 casi a 42 casi (Figura 110).

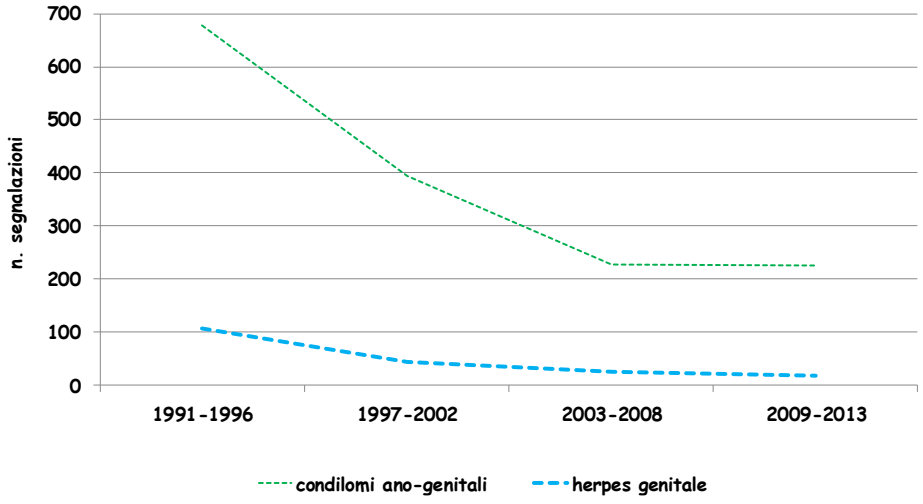
Figura 110: Andamento delle segnalazioni delle principali IST batteriche, in consumatori di sostanze per via iniettiva (Sistema di Sorveglianza Sentinella delle IST basato su centri clinici, 1991-2013)



Il numero dei casi di infezioni NG-NC è diminuito progressivamente, passando da 148 casi del periodo 1991-1996 a 21 casi del periodo 2009-2013 (andamento non mostrato).

Tra le due principali IST virali (Figura 111), il numero annuo di segnalazioni di condilomi ano-genitali è diminuito in maniera costante dal periodo 1991-1996 al periodo 2003-2008, passando da 678 casi a 227 casi, per poi stabilizzarsi nell'ultimo quinquennio. L'herpes genitale ha mostrato una riduzione delle segnalazioni tra il periodo 1991-1996 e il periodo 2009-2013, passando da 106 casi a 17 casi; tuttavia, le segnalazioni di herpes genitale sono rimaste sempre numericamente inferiori a quelle dei condilomi ano-genitali.

Figura 111: Andamento delle segnalazioni delle principali IST virali, in consumatori di sostanze per via iniettiva (Sistema di Sorveglianza Sentinella delle IST basato su centri clinici, 1991-2013)



Le infezioni da *Trichomonas vaginalis* hanno interessato esclusivamente le donne e l'andamento temporale dei casi ha mostrato una progressiva riduzione, passando da 31 casi del periodo 1991-1996 a 10 casi del periodo 2009-2013 (dati non mostrati).

L'andamento delle segnalazioni di pediculosi del pube ha mostrato una progressiva riduzione, passando da 101 casi del periodo 1991-1996 a 2 casi del periodo 2009-2013 (dati non mostrati).

L'andamento delle segnalazioni di mollusco contagioso ha mostrato una progressiva riduzione, passando da 56 casi del periodo 1991-1996 a 29 casi del periodo 2009-2013 (dati non mostrati).

Per tutte le altre IST diagnosticate gli andamenti non vengono riportati per l'esiguità dei casi segnalati nell'intero periodo.

L'infezione da HIV

Testati e non testati per HIV

Dei 2.727 IDU con una nuova IST segnalati dal 1991 al 2013, 2.250 (82,5%) hanno effettuato un test anti-HIV al momento della diagnosi di IST.

Dei 92IDU con una nuova IST segnalati nel 2013, 67 (72,8%) hanno effettuato un test anti-HIV al momento della diagnosi di IST.

Prevalenza di HIV

Durante l'intero periodo (1991-2013), tra i 2.250 IDU con IST testati per HIV, 1.168 sono risultati HIV positivi, pari a una prevalenza di 51,9% (IC95%: 49,8%-54,0%).

Nel 2013, tra i 67 IDU con IST testati per HIV, 14 sono risultati HIV positivi, pari a una prevalenza di 20,9% (IC95%: 11,9%-32,7%).

La prevalenza di HIV in diversi sottogruppi di IDU con IST, nell'intero periodo (1991-2013) e nel 2013, è riportata in Tabella 73.

Tabella 73: Prevalenza di HIV in diversi sottogruppi di consumatori di sostanze per via iniettiva con IST: intero periodo e 2013 (Sistema di Sorveglianza Sentinella delle IST basato su centri clinici, 1991-2013)

Caratteristiche	1991-2013		2013	
	Testati HIV n.	Prevalenza HIV (%)[a]	Testati HIV n.	Prevalenza HIV (%)[a]
Totale	2.250	**51,9**	67	**20,9**
Genere				
Uomini	1.592	**51,2**	51	**19,6**
Donne	658	**53,6**	16	**25,0**
Classe di età (in anni)				
15-24	402	**20,4**	19	**0,0**
25-34	1.214	**55,8**	20	**0,0**
35-44	514	**67,7**	12	**25,0**
≥45	116	**51,7**	16	**68,8**
Nazionalità				
Italiani	1.963	**56,7**	54	**22,2**
Stranieri	160	**23,8**	13	**15,4**
Numero di partner sessuali nei sei mesi precedenti la diagnosi di IST				
0-1				
2-5	872	**56,0**	28	**28,6**
≥ 6	1.025	**47,3**	31	**16,1**
	313	**55,0**	3	**0,0**
Precedenti IST				
Sì	980	**69,8**	20	**40,0**
No	1.223	**38,5**	5	**11,**
Modalità di trasmissione				
Eterosessuali	1.834	**49,7**	54	**16,7**
MSM[b]	414	**61,6**	12	**33,3**

(a) Percentuali basate sul totale dei soggetti con le informazioni disponibili; (b) MSM: maschi che fanno sesso con maschi

Durante l'intero periodo, la prevalenza di HIV tra gli IDU con IST è risultata significativamente più elevata (p-value<0,001) tra gli italiani rispetto agli stranieri (56,7% *vs* 23,8%), tra i soggetti con precedenti IST rispetto a quelli che hanno riferito di non aver avuto precedenti IST (69,8% *vs* 38,5%) e tra gli MSM rispetto agli eterosessuali (61,6% *vs* 49,7%).

Nel 2013, non ci sono state differenze significative tra le prevalenze di HIV nei diversi sottogruppi di IDU con IST.

La Tabella 74 riporta la prevalenza di HIV in IDU con IST, sia totale che distinta per genere, ed è relativa all'intero periodo (1991-2013) e al 2013.

Tabella 74: Prevalenza di HIV, totale e per genere, per IST diagnosticata in consumatori di sostanze per via iniettiva con IST: intero periodo e 2013 (Sistema di Sorveglianza Sentinella delle IST basato su centri clinici, 1991-2013)

IST DIAGNOSTICATA	1991-2013		2013	
	N.[a]	%[b]	N.[a]	%[b]
TOTALE	2.250	**51,9**	67	**20,9**
VIRALI				
Condilomi ano-genitali	1.265	**56,8**	32	**21,9**
Herpes genitale	171	**57,3**	2	**0,0**
Mollusco contagioso	114	**54,4**	4	**25,0**
BATTERICHE				
Cervicovaginite NG-NC[C]	96	**38,5**	3	**0,0**
Uretrite NG-NC[C]	85	**37,6**	1	**0,0**
Sifilide primaria e secondaria (I-II)	93	**37,6**	7	**42,9**
Sifilide latente	103	**35,0**	5	**40,0**
Reinfezione sifilitica	8	**37,5**	0	**0,0**
Cervicite da *Neisseria gonorrhoeae*	7	**28,6**	0	**0,0**
Uretrite da *Neisseria gonorrhoeae*	73	**31,5**	1	**100,0**
Cervicite da *Chlamydia trachomatis*	28	**28,6**	3	**0,0**
Uretrite da *Chlamydia trachomatis*	57	**19,3**	8	**0,0**
Linfogranuloma venereo	1	**0,0**	1	**0,0**
Malattia infiammatoria pelvica da clamidia o da gonococco	1	**0,0**	0	**0,0**
Ulcera venerea	1	**100**	0	**0,0**
Granuloma inguinale	0	**0,0**	0	**0,0**
PROTOZOARIE				
Cervico-vaginite da *Trichomonas vaginalis*	43	**69,8**	0	**0,0**
PARASSITARIE				
Pediculosi del pube	104	**68,3**	0	**0,0**

(a) Numero testati per HIV; (b) prevalenza di HIV; (c) NG-NC: non gonococciche non clamidiali

Nuovi e vecchi HIV positivi

Dal 1991 al 2013, tra i 2.250 IDU con IST testati per HIV, il 5,2% (IC95% 4,3%-6,2%) (n. 116) ha scoperto di essere sieropositivo al momento della diagnosi di IST, configurando, quindi, un IDU con IST inconsapevole del proprio sierostato HIV (nuovo HIV positivo).

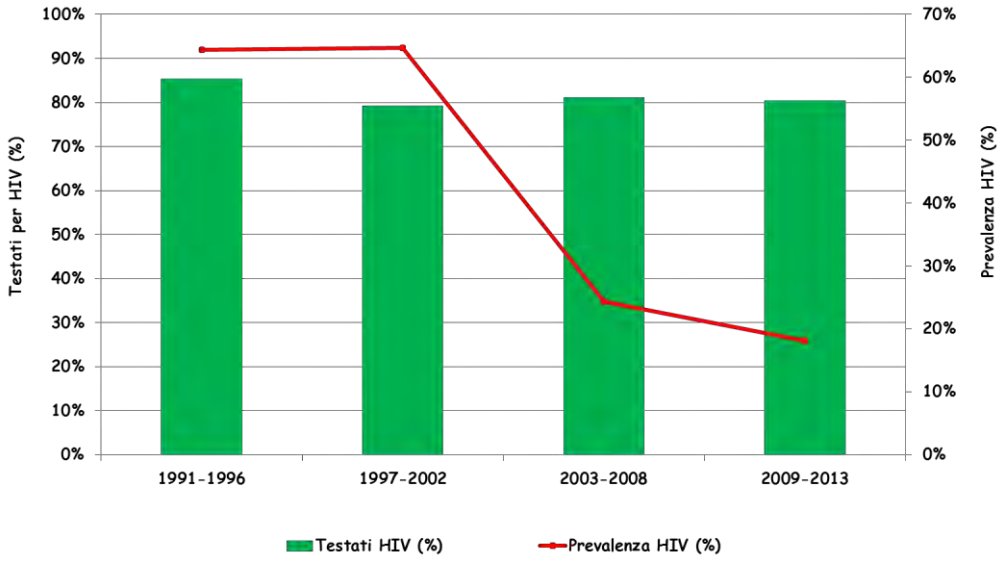
In particolare, nel 2013, tra i 67 IDU con IST testati per HIV, il 3,0% (IC95% 0,4%-10,4%) (n. 2) ha scoperto di essere sieropositivo al momento della diagnosi di IST (nuovo HIV positivo).

Andamenti temporali

Testati per HIV e prevalenza HIV

La percentuale di IDU con IST testati per HIV è rimasta relativamente stabile nell'intero periodo (Figura 112), mentre la prevalenza HIV, tra gli IDU con IST, mostra un decremento costante passando dal 64,3% del periodo 1991-1996 al 18,1% del periodo 2009-2013.

Figura 112: Percentuale di consumatori di sostanze per via iniettiva con IST testati per HIV e prevalenza HIV: intero periodo (Sistema di Sorveglianza Sentinella delle IST basato su centri clinici, 1991-2013, 2.727 IDU con IST)



Nuovi HIV positivi

Durante l'intero periodo (1991-2013), negli IDU testati per HIV si osserva un aumento della percentuale dei nuovi HIV positivi, dal 3,3% nel periodo 1991-1996 al 12,6% nel periodo 1997-2002, e un successivo decremento al 3,4% nel periodo 2003-2008 e all'1,8% nel periodo 2009-2013.

Sintesi Finale

I dati raccolti dal Sistema di sorveglianza delle IST basato su centri clinici negli ultimi due decenni indicano che la frequenza e la diffusione delle IST tra gli IDU in Italia è diminuita.

L'introduzione di nuovi e più sensibili metodi diagnostici per l'identificazione di *Chlamydia trachomatis*, basati su tecniche di amplificazione molecolare, ha probabilmente influito sull'aumento delle segnalazioni delle patologie da *Chlamydia trachomatis* segnalate dopo il 2000. L'aumento di *Chlamydia trachomatis* riflette l'aumento già osservato in Europa nello stesso periodo e dipendente dal miglioramento dei test di diagnosi, dei sistemi di sorveglianza e dei programmi di screening in numerosi Paesi Europei (6).

La percentuale di testati per HIV negli ultimi anni è rimasta stabile, mentre la prevalenza di HIV è diminuita: questo sottolinea la rilevante opera di prevenzione nei confronti dell'infezione da HIV che è stata condotta dai centri IST partecipanti alla sorveglianza negli ultimi due decenni.

Nel 2013, circa il 30,0% degli IDU con IST non è stato testato per HIV, nonostante i centri IST partecipanti siano altamente sensibilizzati e attivi nella prevenzione dell'HIV e circa un 3,0% degli IDU con IST ignorava il proprio sierostato HIV. La quota di IDU inconsapevoli del proprio sierostato è diminuita nel tempo arrivando ad un 3% nel 2013.

Visto il ruolo delle IST quali patologie che facilitano la trasmissione di infezioni droga-correlate, quali l'HIV e le epatiti virali, si sottolinea l'importanza di una prevenzione specifica di queste patologie attraverso una diagnosi precoce ed una terapia tempestiva ed adeguata (7).

3.3 Diffusione di epatiti virali

Introduzione

Per epatite virale si intendono tutti quei processi infiammatori acuti del fegato causati da specifici virus epatotropi, contagiosi e ubiquitari, a diversa distribuzione geografica in rapporto alle condizioni socio-economiche della popolazione. Nella forma classica si manifestano con un importante quadro generalizzato di malessere, astenia, anoressia, nausea, vomito, febbricola e sintomi più specifici fra i quali l'ittero. I tipi virali più frequentemente coinvolti sono detti virus epatitici maggiori: HAV, HBV, HCV, HDV, HEV.

Per tutti i casi di epatite virale, in Italia è prevista la notifica obbligatoria in classe II, secondo il decreto ministeriale 15 dicembre 1990 (1). Il medico segnalatore deve comunicare il caso, entro 48 ore dall'osservazione, alla ASL di competenza, la quale a sua volta provvede, previa validazione della diagnosi, all'invio alla Regione. Dalla Regione, la segnalazione viene inviata al Ministero della Salute e all'ISTAT.

In Italia è inoltre attiva dal 1985 una sorveglianza speciale denominata SEIEVA (Sistema epidemiologico integrato dell'epatite virale acuta) coordinata dal Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute dell'Istituto Superiore di Sanità, che raccoglie informazioni più dettagliate sui casi e consente così la valutazione dell'incidenza, nonché la comprensione e la stima del contributo relativo dei diversi fattori di rischio di epatite (2-3). La partecipazione alla sorveglianza SEIEVA è su base volontaria: attualmente aderisce il 79,9% delle ASL italiane distribuite su tutto il territorio nazionale (con l'eccezione della sola Regione Molise), alle quali afferisce il 77,2% della popolazione italiana. Il numero di ASL partecipanti e conseguentemente la popolazione sorvegliata sono in costante aumento. Attraverso un questionario epidemiologico vengono raccolte informazioni sui principali fattori di rischio per le epatiti virali acute, ivi compresa la tossicodipendenza.

I tossicodipendenti, soprattutto quelli che assumono droghe per via iniettiva, in particolare per l'uso di siringhe contaminate, sono ad aumentato rischio di epatite virale a trasmissione parenterale (B, C e Delta). In modo nuovo tuttavia, negli ultimi anni sono state descritte numerose epidemie di epatite A tra tossicodipendenti (4-5).

Di seguito si farà riferimento ai casi di epatite A, B, C e Delta in tossicodipendenti, indipendentemente dalla modalità di assunzione, segnalati al SEIEVA negli anni1991-2014. Inoltre viene presentata un"analisi più dettagliata per il quinquennio 2010-2014.

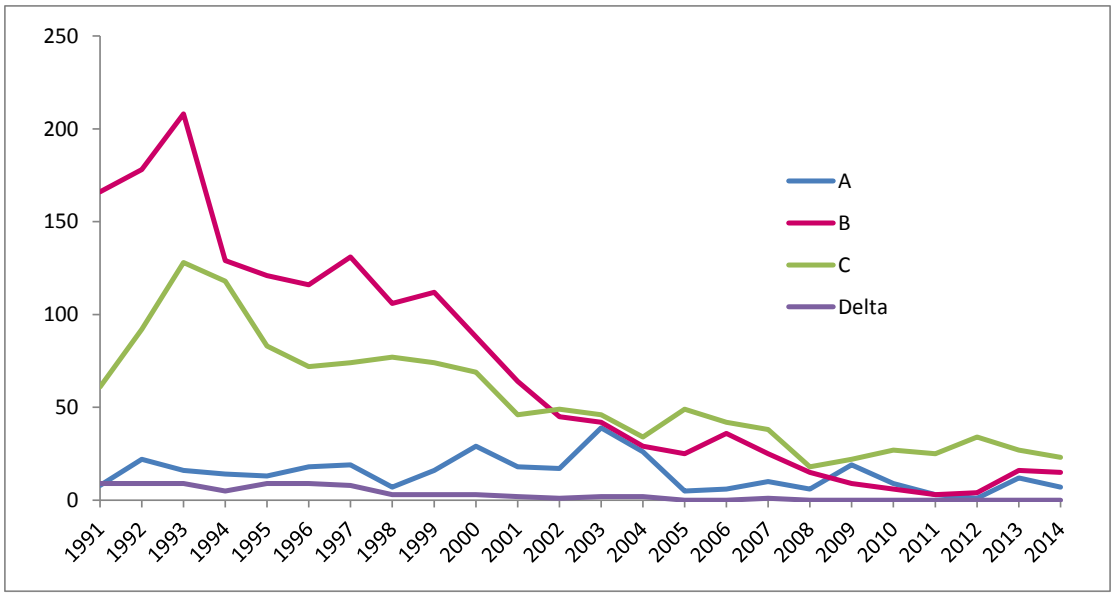
Distribuzione temporale e caratteristiche demografiche delle nuove diagnosi di epatite virale acuta tra i tossicodipendenti

Nel periodo di osservazione (1991-2014), sono stati segnalati complessivamente 340 casi di epatite A, 1.696 casi di epatite B e 1.329 casi di epatite C, in soggetti facenti uso di droghe. Per quanto riguarda l"epatite delta, sono stati diagnosticati 75 casi. Ulteriori 125 casi risultati positivi al virus delta, presentavano una coinfezione con il virus B: ai fini di questa relazione questi ultimi sono inclusi tra i casi di epatite B.

L"analisi degli andamenti temporali, ha evidenziato una progressiva diminuzione del numero di casi di epatite B e C, scesi da 166 e 61 rispettivamente nel 1991 a 15 e 23 nel 2014. Il maggiore calo si è registrato nei primi dieci anni di sorveglianza; dal 2002 il numero di casi sembra stabilizzarsi sotto 50 per anno (Figura 113).

Per quanto riguarda l"epatite A, nonostante si sia registrato un profondo mutamento dell"epidemiologia complessiva negli ultimi anni, con un calo progressivo dell"incidenza come conseguenza delle migliorate condizioni igieniche, sanitarie e socio-economiche che ha portato l"Italia a essere considerato un Paese a endemicità medio-bassa, il numero di casi di epatite A in tossicodipendenti rimane pressoché costante negli anni, con frequenti picchi in corrispondenza di focolai epidemici.

Figura 113: Numero di nuove diagnosi di epatite acuta (A, B, C e Delta) in tossicodipendenti. SEIEVA 1991-2014



Si specifica che l"analisi dell"andamento del numero di casi per anno presentata tende leggermente a sottostimare la diminuzione del rischio rispetto all"analisi di incidenza di malattia; negli anni, infatti, il numero di ASL partecipanti alla sorveglianza è aumentato e conseguentemente la popolazione di riferimento. Purtroppo non è stato possibile calcolare le incidenze di malattia in

questo specifico gruppo di popolazione, non potendoci avvalere di denominatori affidabili e di stime precise sul numero di tossicodipendenti per regione in Italia.

Nel periodo in studio si sono verificati 3 decessi fra i casi di epatite A in soggetti tossicodipendenti, 6 fra i casi di epatite B, nessuno fra i casi di epatite C e delta. In particolare, per quanto riguarda l‟epatite A, l‟analisi ha evidenziato una letalità significativamente maggiore nei tossicodipendenti (0,9%) rispetto a chi non assume droghe (0,05%, p=0,001).

Nell‟ultimo quinquennio (2010-2014), sono stati segnalati al SEIEVA un totale di 212 casi di epatite virale acuta: la maggior parte (64,2%; 136 casi) era attribuibile al virus C; nel 20,7% (N=44) si è trattato di epatite B e nel 15,1% (32 casi) di epatite A. Non sono stati notificati al SEIEVA casi di epatite acuta Delta in questo periodo.

Nonostante l‟informazione sull‟uso di droghe sia raccolta fin da quando la sorveglianza SEIEVA è stata istituita, solo dal 2013 viene raccolto il dettaglio sulla modalità di assunzione. La distribuzione dei casi di epatite in tossicodipendenti in base alla via di somministrazione è presentata nella

Tabella 75.

Tabella 75: Modalità di assunzione delle sostanze stupefacenti dichiarata dai tossicodipendenti con diagnosi di epatite virale acuta di tipo A, B o C (SEIEVA, 2013-2014)

Modalità diassunzione	Tipo di epatite			Totale
	A	B	C	
Endovena	0,0	20,6	48,9	30,5
Inalazione	75,0	73,5	20,0	48,4
Endov/Inal	0,0	2,9	31,1	15,8
Altro	25,0	2,9	0,0	5,3
Totale	**100,0**	**100,0**	**100,0**	**100,0**

La maggior parte dei soggetti tossicodipendenti che presentano epatite A o B (75% e 73% rispettivamente) riportano di assumere sostanze stupefacenti per inalazione, mentre fra i pazienti affetti da epatite C, l‟80% riporta un‟assunzione per via endovenosa.

La Tabella 76 mostra la distribuzione dei casi per età, sesso e cittadinanza. I casi di epatite acuta qui analizzati sono per la maggior parte giovani adulti, si nota una età un po‟ più avanzata tra i casi di epatite B, a causa della vaccinazione dell‟obbligo introdotta nel 1991 e per la quale molte coorti di nascita sono ormai protette contro l‟epatite B. Come atteso in base all‟epidemiologia dell‟epatite virale acuta, la maggior parte dei casi osservati in tossicodipendenti era di sesso maschile.

Per quanto riguarda la cittadinanza, la percentuale di stranieri tra i casi di epatite A rispecchia la distribuzione che essi hanno nella popolazione generale: ~8% di immigrati regolari (6) più un valore stimato di circa il 6% di irregolari (7), mentre la stessa percentuale è maggiore tra i casi di epatite B, il 34% dei quali sono stranieri. La percentuale di stranieri tra i casi di epatite C è inferiore a quella presente nella popolazione generale. Riguardo l‟area di provenienza, la maggior parte di casi di epatite in tossicodipendenti stranieri proveniva dall‟Africa o dall‟Europa dell‟Est.

Tabella 76: Caratteristiche socio-demografiche dei casi di epatite acuta (A, B e C) in tossicodipendenti. SEIEVA 2010-2014

EPATITE									
Nr. casi	**A**		**B**		**C**		**Totale**		
	32 (15,1%)		44 (20,7%)		136 (64,2%)		212 (100,0%)		
Età	**N**	**%**	**N**	**%**	**N**	**%**	**N**	**%**	p
15-24	7	21,9	4	9,1	51	37,5	62	29,2	<0,001
25-34	12	37,5	14	31,8	49	36,0	75	35,4	
35-54	13	40,6	25	56,8	36	26,5	74	34,9	
≥55	0	0,0	1	2,3	0	0,0	1	0,5	
Mediana (range)	29,9 (17-49)		35 (16-56)		26,5 (16-56)		26,5 (15-50)		
Sesso									
M	26	81,3	39	88,6	100	73,5	165	77,8	0,098
F	6	18,7	5	11,4	36	26,5	47	22,2	
Cittadinanza									
Italiana	27	84,4	29	65,9	126	94,0	182	86,7	<0,001
Altro	5	15,6	15	34,1	8	6,0	28	13,3	

Tabella 77: riporta il numero di diagnosi di epatite acuta registrato tra i tossicodipendenti per regione di segnalazione, nel periodo 2010-2014

REGIONE	**EPATITE**					
	A		**B**		**C**	
	n°	**%**	**n°**	**%**	**n°**	**%**
Piemonte	5	15,6	5	11,4	12	8,8
Valle d'Aosta	0	0,0	0	0,0	2	1,5
Lombardia	7	21,9	1	2,3	12	8,8
P. A. Trento	0	0,0	0	0,0	2	1,5
P. A. Bolzano	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Veneto	4	12,5	2	4,5	25	18,4
Friuli-Venezia Giulia	0	0,0	0	0,0	4	2,9
Liguria	0	0,0	0	0,0	4	2,9
Emilia-Romagna	6	18,8	12	27,3	26	19,1
Toscana	0	0,0	11	25,0	22	16,2
Umbria	3	9,4	1	2,3	0	0,0
Marche	1	3,1	1	2,3	7	5,2
Lazio	0	0,0	11	25,0	12	8,8
Abruzzo	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Molise	-	-	-	-	-	-
Campania	0	0,0	0	0,0	3	2,2
Puglia	5	15,6	0	0,0	1	0,7
Basilicata	0	0,0	0	0,0	2	1,5
Calabria	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Sicilia	1	3,1	0	0,0	1	0,7
Sardegna	0	0,0	0	0,0	1	0,7
Totale	**32**	**100,0**	**44**	**100,0**	**136**	**100,0**

Analisi degli "altri" fattori di rischio riportati dai casi di epatite acuta in tossicodipendenti

Nella Tabella 78 sono descritti gli ulteriori fattori di rischio riportati dalla popolazione in esame, nei sei mesi precedenti l'insorgenza dell'epatite acuta. Una alta percentuali di casi riportava partner sessuali multipli. Tra i casi di epatite C, il 16,4% riportava l'effettuazione di un tatuaggio, mentre il 26,5% aveva un convivente o partner sessuale con epatite cronica di tipo C. Tra i casi di epatite A più del 15% riportava un viaggio in zona endemica per quella infezione.

Una percentuale rilevante di casi di epatite A (12,5%) riportava una coinfezione con il virus HIV.

Tabella 78: "Altri" fattori di rischio riportati dai casi di epatite acuta (A, B e C) in tossicodipendenti. SEIEVA 2010-2014

EPATITE							
	A		B		C		
	N	%	N	%	N	%	p
≥ 3 Partner sessuali	7	35,0	14	38,9	20	24,4	0,243
Tatuaggi	3	9,4	3	6,8	20	16,4	0,231
Piercing	3	9,4	1	2,3	12	9,9	0,313
Convivente HBsAg+	0	0,0	2	7,1	3	3,6	0,552
Convivente HCV+	4	13,8	5	16,1	26	26,5	0,233
Viaggio in zona endemica x epatite A	5	15,6	0	0,0	2	1,7	0,003
HIV positivo	2	12,5	1	4,3	2	2,1	0,095

Casi di epatite virale acuta prevenibili tramite vaccinazione

Sia l'epatite A, sia l'epatite B sono malattie prevenibili attraverso la vaccinazione; in entrambi i casi, infatti, esiste un vaccino sicuro ed efficace nella prevenzione delle infezioni da virus A dell'epatite (HAV) e da virus B (HBV). Al contrario non è stato ancora stato sviluppato un vaccino per prevenire l'infezione causata dal virus C dell'epatite (HCV).

In Italia la vaccinazione contro l'HAV e l'HBV è fortemente raccomandata ed offerta gratuitamente ai soggetti appartenenti a gruppi a rischio di contrarre l'infezione: tra queste categorie a rischio rientrano i tossicodipendenti (8). Potenzialmente, quindi, tutti i casi di epatite A e B notificati in questi anni al SEIEVA avrebbero potuto essere prevenuti attraverso la vaccinazione.

Una alta percentuale di casi di epatite A (71,4%) e B (68,5%) erano in contatto con un Servizio per le Tossicodipendenze (SerT), questo avrebbe dovuto facilitare l'accesso alla vaccinazione.

Sintesi finale

Dall'analisi dei dati della sorveglianza SEIEVA si evince che i casi di epatite virale acuta in soggetti tossicodipendenti hanno avuto un evidente calo negli ultimi venti anni. Nel periodo di studio si osserva in particolare una tendenza verso la riduzione soprattutto dei casi di epatite B per la quale si è passati dai circa 200 casi annui nei primi anni (1991-1993) a 15 casi segnalati nel

2014. Questa importante diminuzione è sicuramente attribuibile all‟obbligo vaccinale per epatite B introdotto in Italia per legge nel 1991 per tutti i nuovi nati ed i dodicenni (9) (la vaccinazione dei dodicenni è stata sospesa nel 2003 al ricongiungimento delle 2 coorti target del programma vaccinale).Coperture vaccinali uguali o superiori al 95% (10-11) sono state raggiunte favorendo l‟interruzione della circolazione virale e contribuendo alla drastica diminuzione dell‟incidenza di malattia.

In aggiunta alla vaccinazione dell‟obbligo anti-epatite B e in considerazione del fatto che i tossicodipendenti sono un gruppo di popolazione ad alto rischio di infezioni da virus epatitici, ad essi sono fortemente raccomandate le vaccinazioni anti-epatite A e anti-epatite B (8). Continuano tuttavia ad essere notificati ogni anno casi di epatite A e B tra i TD, nonostante a questi soggetti debba essere offerta la vaccinazione nell‟ambito del percorso assistenziale previsto per loro all‟interno di strutture sanitarie specifiche, quali i Servizi per le Tossicodipendenze (SerT). Dai dati della sorveglianza emerge che il 71,4% dei casi in tossicodipendenti di epatite B acuta e il 68,5% di epatite A,vengono seguiti dai SerT. Solo alcuni di questi Servizi direttamente offrono a tale categoria di soggetti le vaccinazioni anti-epatite A e anti-epatite B, mentre i restanti demandano tale compito ai servizi territoriali di vaccinazione che non effettuano offerta attiva, creando un‟importante barriera all‟accesso alla vaccinazione.

Il problema è ancora più rilevante perché l‟infezione da virus A e B dell‟epatite in questa categoria di soggetti può spesso rappresentare un evento particolarmente grave e aggiungersi a sottostanti infezioni di altri microrganismi (es. HIV) o a patologie croniche del fegato di diversa origine (5). I dati SEIEVA hanno infatti evidenziato una letalità per epatite A significativamente maggiore nei TD rispetto ai soggetti che non assumono sostanze stupefacenti.

Sembra pertanto opportuno compiere ulteriori sforzi al fine di migliorare l‟accesso alle vaccinazioni disponibili in questa categoria a rischio e ottimizzare la strategia di offerta.

3.4 Ricoveri ospedalieri droga correlati

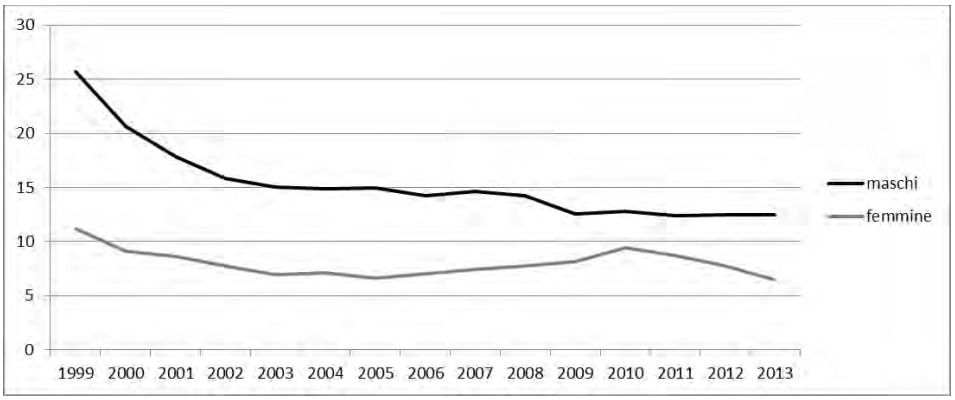
Dall‟analisi delle Schede di Dimissione Ospedaliera (SDO) raccolte dal Ministero della Salute risulta che in Italia il numero di ricoveri droga-correlati si è dimezzato tra il 1999 e il 2013 passando da 10.968 casi a 5.513 nel 2013. La diminuzione è stata particolarmente forte tra il 1999 e il 2003, mentre la riduzione ha subito un rallentamento successivamente. Nello stesso periodo il tasso grezzo di ospedalizzazione è diminuito da 19,3 a 9,2 per 100.000 residenti. Anche eliminando l‟effetto della struttura per età della popolazione (mediante il calcolo dei tassi di ospedalizzazione standardizzati[57]) il trend è fortemente decrescente dai valori più alti nel 1999 (18,5 ricoveri per 100.000 residenti) ai valori più bassi nel 2013 (9,5).

I ricoveri maschili sono sempre stati molto più numerosi di quelli femminili, ma il divario di genere (rapporto tra uomini e donne) si è ridotto nel tempo passando da 2,3 nel 1999 a 1,8 nel 2013. I tassi di ospedalizzazione standardizzati per età confermano questa tendenza (Figura 114): nel 1999 il tasso maschile era pari a 25,7 per 100.000 residenti contro quello femminile di 11,2; nel 2013 i

57 I tassi di ospedalizzazione standardizzati sono stati calcolati con il metodo diretto utilizzando classi di età quinquennali (0, 1-5, 5-9,... , 90+); la popolazione standard utilizzata è la popolazione residente in Italia alla data del Censimento 2001.

valori sono rispettivamente 12,5 e 6,5. Mentre il trend per gli uomini è costantemente decrescente, per le donne si osserva un lieve incremento dei ricoveri tra il 2006 e il 2010 e una nuova diminuzione successivamente.

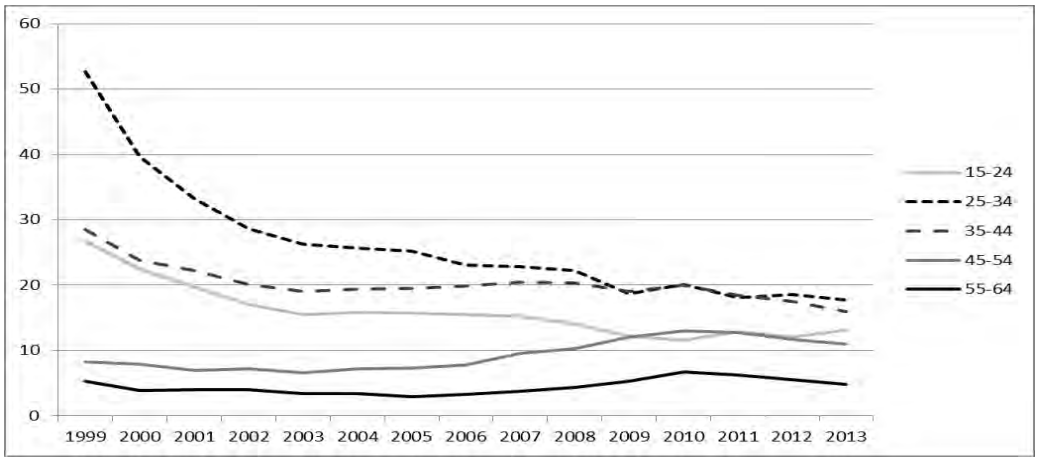
Figura 114: Trend delle dimissioni ospedaliere per disturbi correlati all"abuso di droghe per sesso in Italia. Tassi di ospedalizzazione standardizzati per 100.000 residenti. Popolazione residente, anni 1999-2013.



Fonte: Elaborazioni Istat su dati del Ministero della Salute, Schede di Dimissione Ospedaliera (SDO)

I tassi di ospedalizzazione droga-correlati più elevati si osservano per le classi di età 25-34 e 35-44 anni, ma la riduzione più consistente si è osservata per i 25-34enni per i quali si è annullato il gap di inizio periodo rispetto ai 35-44enni (Figura 115). Per la classe di età 15-24 anni si osserva una frequenza dei ricoveri piuttosto elevata (ma in diminuzione nel periodo) con valori simili alla classe 45-54 anni (che al contrario vede un aumento dell"ospedalizzazione e solo di recente una leggera diminuzione).

Figura 115: Trend delle dimissioni ospedaliere per disturbi correlati all"abuso di droghe per classe di età in Italia. Tassi di ospedalizzazione specifici per età per 100.000 residenti. Popolazione residente, anni 1999-2013.

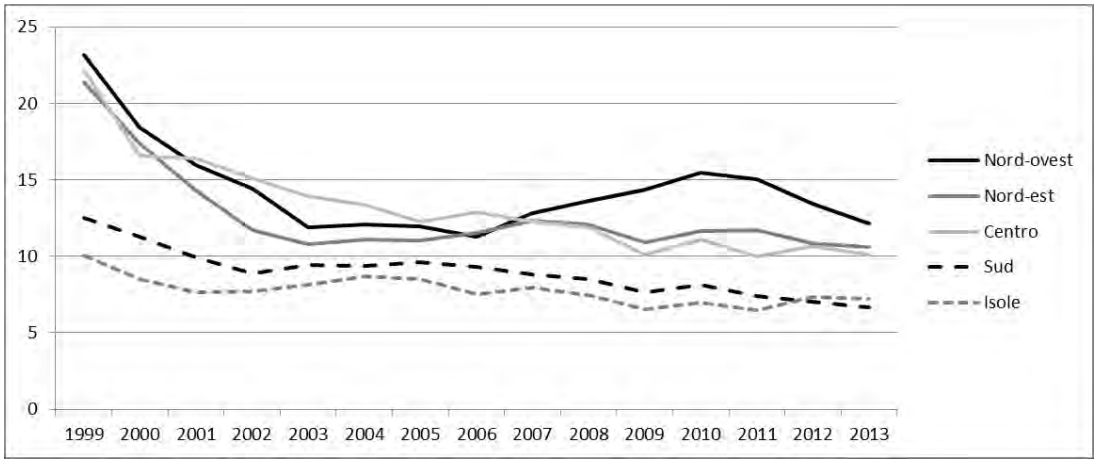


Fonte: Elaborazioni Istat su dati del Ministero della Salute, Schede di Dimissione Ospedaliera (SDO)

Per quanto riguarda le differenze territoriali, i tassi di ospedalizzazione droga-correlati sono più elevati al Centro-Nord rispetto al Sud e alle Isole (Figura 116). Il trend è generalmente in

diminuzione, anche se con andamenti differenziati tra le ripartizioni. Il Nord-ovest si differenzia per un aumento dei ricoveri tra il 2006 e il 2010 e una diminuzione negli anni più recenti.

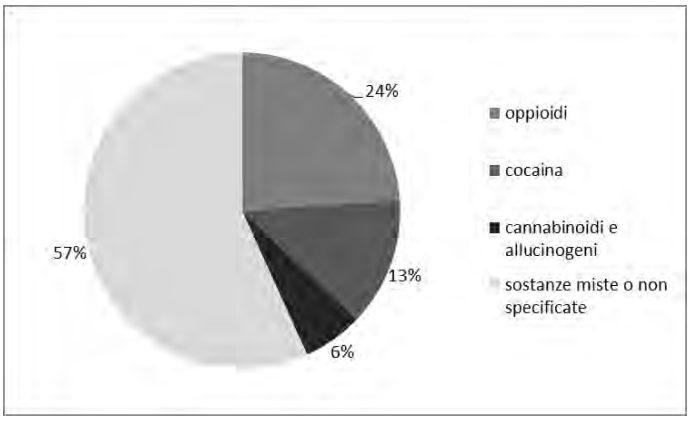
Figura 116: Trend delle dimissioni ospedaliere per disturbi correlati all‟abuso di droghe per area geografica. Tassi di ospedalizzazione standardizzati per 100.000 residenti Popolazione residente, anni 1999-2013



Fonte: Elaborazioni Istat su dati del Ministero della Salute, Schede di Dimissione Ospedaliera (SDO)

Nell‟analisi è possibile considerare anche il tipo di sostanza per cui è avvenuto il ricovero, individuando i ricoveri per consumo di oppioidi (compresi eroina, metadone e oppio), di cocaina, cannabis, amfetamine e altre sostanze psicostimolanti o per sostanze miste o non specificate (Figura 117). Tuttavia oltre la metà dei casi (57%) è attribuito al consumo di sostanze miste o non specificate e ciò riduce le potenzialità di studiare il fenomeno per sostanza consumata. Laddove la sostanza è indicata, l'ospedalizzazione per disturbi legati alla droga è più elevata per gli oppioidi e la cocaina (in diminuzione nel tempo) e più bassa per cannabis e altre sostanze psicostimolanti (in aumento).

Figura 117: Dimissioni ospedaliere per disturbi correlati all‟abuso di droghe per tipo di sostanza. Anno 2013.



Fonte: Elaborazioni Istat su dati del Ministero della Salute, Schede di Dimissione Ospedaliera (SDO)

L‟analisi della multimorbosità (effettuata considerando tutte le diagnosi riportate nella scheda di dimissione ospedaliera) evidenzia che nel 2013 sono 14.959 i casi di pazienti di 15-64 anni con menzione di abuso di droghe o avvelenamento da droghe in almeno una delle diagnosi, contro 4.886 casi con la stessa menzione solo nella diagnosi principale (Tabella 79). Il rapporto (numero di casi per tutte le diagnosi diviso il numero di casi per la diagnosi principale) è quindi pari a 3,1. Di conseguenza, anche il tasso grezzo di ospedalizzazione aumenta molto quando si considerano tutte le diagnosi della scheda di dimissione ospedaliera (38,4 per 100.000 residenti vs. 12,5).

Le differenze di genere e per classi di età si confermano considerando il quadro patologico complessivo, ma con qualche lieve differenza rispetto all‟analisi per diagnosi principale. Il rapporto di genere (ricoveri maschili / ricoveri femminili) sale da 2 nel caso della diagnosi principale droga-correlata a 2,5 nel caso della multimorbosità: negli uomini quindi è più frequente la presenza di diagnosi droga-correlate tra le diagnosi secondarie. Tuttavia tale divario di genere tende a ridursi all‟aumentare dell‟età.

Per quanto riguarda le classi di età, si conferma la maggior frequenza dei ricoveri droga-correlati nelle classi 25-34 e 35-44 anni, seguita dalla classe 45-54 anni.

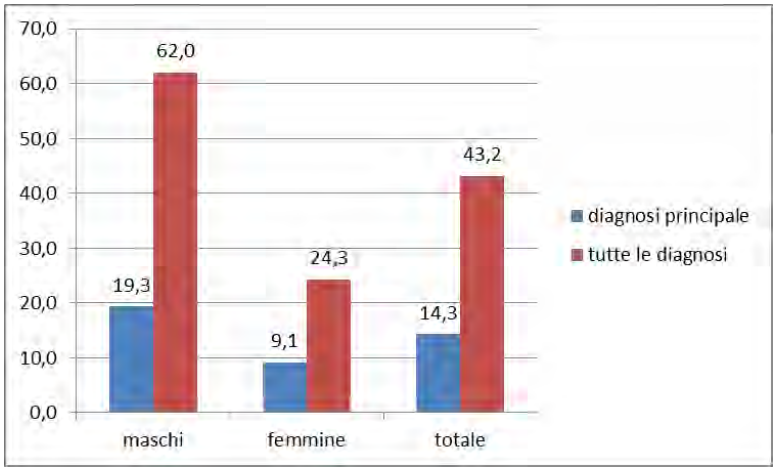
Tabella 79: Dimissioni ospedaliere droga-correlate 15-64 anni per classe di età, diagnosi principale o tutte le diagnosi. Numero assoluto, tassi grezzi e standardizzati (per100.000). Popolazione residente, anno 2013

	Diagnosi principale		Tutte le diagnosi		Rapporto Tutte / Principale
Età	dimissioni	tasso grezzo	dimissioni	tasso grezzo	
			Maschi		
15-24	561	18,4	1.496	49,0	2,7
25-34	901	25,7	2.674	76,4	3,0
35-44	1.085	23,5	3.650	78,9	3,4
45-54	582	12,7	2.298	50,2	3,9
55-64	146	4,0	551	15,2	3,8
Tot (15-64)	**3.275**	**16,9**	**10.669**	**55,0**	**3,3**
			Femmine		
15-24	219	7,6	576	19,9	2,6
25-34	333	9,6	886	25,5	2,7
35-44	400	8,6	1.156	24,9	2,9
45-54	441	9,3	1.142	24,2	2,6
55-64	218	5,6	530	13,7	2,4
Tot (15-64)	**1.611**	**8,2**	**4.290**	**21,9**	**2,7**
			Totale		
15-24	780	13,1	2.072	34,9	2,7
25-34	1.234	17,7	3.560	51,1	2,9
35-44	1.485	16,0	4.806	51,8	3,2
45-54	1.023	11,0	3.440	37,0	3,4
55-64	364	4,8	1.081	14,4	3,0
Tot (15-64)	**4.886**	**12,5**	**14.959**	**38,4**	**3,1**

Fonte: Elaborazioni Istat su dati del Ministero della Salute, Schede di Dimissione Ospedaliera (SDO)

I tassi di ospedalizzazione standardizzati per la classe 15-64 anni confermano che, pur eliminando l"effetto della diversa struttura per età, permangono sia le forti differenze tra la frequenza dei ricoveri droga-correlati ottenuti considerando la diagnosi principale o tutte le diagnosi, sia le forti differenze di genere (Figura 118).

Figura 118: Dimissioni ospedaliere droga-correlate 15-64 anni per sesso e diagnosi principale o tutte le diagnosi. Tassi standardizzati (per 100.000). Popolazione residente, anno 2013



Fonte: Elaborazioni Istat su dati del Ministero della Salute, Schede di Dimissione Ospedaliera (SDO)

Nella Tabella 80 sono riportati i risultati dell"analisi delle condizioni associate alle diagnosi droga-correlate[58]. Il gruppo dei disturbi psichici è quello più fortemente associato con queste diagnosi (misura di associazione pari a 13,7). Nell"ambito di questo gruppo le diagnosi più importanti sono i disturbi della personalità, che sono presenti nelle dimissioni droga-correlate 29,3 volte di più rispetto alle altre dimissioni, e la sindrome da dipendenza da alcol (28,1). In termini di frequenza sono rilevanti anche i disturbi episodici dell"umore.

Segue il gruppo delle malattie infettive e parassitarie che è associato alle dimissioni droga-correlate 4,1 volte di più rispetto alle altre dimissioni e che è presente in circa il 90% delle schede di dimissione droga-correlate. Tra queste malattie rientra l"epatite virale (misura di associazione pari a 13,4), le infezioni da HIV (incluso AIDS) e le candidiasi. Le malattie del sistema nervoso e degli organi dei sensi presentano una misura di associazione pari a 2,9 e una frequenza di circa 13% nelle schede di dimissione droga-correlate. All"interno del gruppo si individuano le epilessie e crisi ricorrenti e soprattutto l"emicrania con una misura di associazione particolarmente elevata (80) e una frequenza pari a 9,2%. Tra i traumatismi e gli avvelenamenti, gli avvelenamenti da analgesici, antipiretici e antireumatici e gli avvelenamenti da sostanze psicotrope presentano misure di associazione con le dimissioni droga-correlate molto elevate, anche se sono presenti con una frequenza prossima a 1-2%.

58 Come misura di associazione tra diagnosi droga-correlate e condizioni specifiche riportate nella scheda di dimissione ospedaliera, è stata usata una stima del rapporto delle proporzioni standardizzato per età (Age-Standardized Proportion Ratio - ASPR) (Drug induced mortality: a multiple cause approach on Italian causes of death Register. Epidemiology Biostatistics and Public Health - 2015, Volume 12, Issue 1 - Suppl 1)

Con misure di associazione e frequenza percentuale più contenute ma comunque significative, si segnalano la malattia epatica cronica e cirrosi, la bronchite cronica e le altre malattie del polmone.

Tabella 80: Misure di associazione, standardizzate per età, di alcune condizioni con le diagnosi droga-correlate (Emcdda - selezione B) menzionate nelle schede di dimissione ospedaliera. Dimissioni dei residenti in Italia di età 15-64 anni, anno 2013 (a)

Codice ICD9CM	Descrizione	Numero di dimissioni con diagnosi droga-correlate per diagnosi menzionata	Proporzione grezza (%) di dimissioni per diagnosi menzionata		ASPR (b)	Intervallo di confidenza (95%)
			Dimessi con diagnosi droga-correlate (N=14,959)	Altri dimessi (N=4,541,172)		
001-139	**Malattie infettive e parassitarie**	**13.560**	**90,6**	**21,6**	**4,1**	**(4.1 - 4.1)**
di cui						
112	Candidiasi	183	1,2	0,1	14,6	(12.7 - 16.7)
070	Epatite virale	1.413	9,4	0,6	13,4	(12.7 - 14.2)
042	Infezione da virus della immunodeficienza umana (HIV) (c)	804	5,4	0,5	11,1	(10.4 - 11.9)
140-239	**Tumori**	**285**	**1,9**	**13,9**	**0,2**	**(0.2 - 0.3)**
240-279	**Malattie delle ghiandole endocrine, della nutrizione e del metabolismo e disturbi**	**362**	**2,4**	**3,0**	**0,8**	**(0.8 - 0.9)**
280-289	**Malattie del sangue e degli organi ematopoietici**	**362**	**2,4**	**3,0**	**0,8**	**(0.8 - 0.9)**
290-319	**Disturbi psichici**	**9.693**	**64,8**	**4,5**	**13,7**	**(13.5 - 13.8)**
di cui:						
301	Disturbi di personalità	3.371	22,5	0,6	29,3	(28.3 - 30.3)
303	Sindrome di dipendenza da alcool	1.452	9,7	0,3	28,1	(26.6 - 29.6)
312	Disturbo della condotta, non classificato altrove	201	1,3	0,1	18,7	(16.0 - 21.8)
298	Altre psicosi non organiche	787	5,3	0,3	13,2	(12.2 - 14.2)
309	Reazione di adattamento	303	2,0	0,2	12,9	(11.5 - 14.5)
296	Disturbi episodici dell'umore	1.932	12,9	1,1	11,2	(10.8 - 11.7)
300	Disturbi d'ansia, dissociativi e somatoformi	849	5,7	0,8	9,7	(9.2 - 10.3)
307	Sintomi o sindromi speciali non classificati altrove	282	1,9	0,3	9,0	(8.2 - 10)
295	Psicosi schizofreniche	738	4,9	0,8	5,4	(5.0 - 5.8)
320-389	**Malattie del sistema nervoso e degli organi di**	**1.955**	**13,1**	**6,8**	**2,9**	**(2.8 - 3)**
di cui:						
346	Emicrania	1.369	9,2	0,2	80,0	(76.5 - 83.6)
345	Epilessie e crisi ricorrenti	223	1,5	0,7	2,4	(2.1- 2.7)
390-459	**Malattie del sistema cirolatorio**	**1.097**	**7,3**	**14,4**	**0,7**	**(0.7 - 0.7)**
460-519	**Malattie dell'apparato respiratorio**	**998**	**6,7**	**6,6**	**1,2**	**(1.1 - 1.2)**
di cui						
518	Altre malattie del polmone	407	2,7	1,4	2,3	(2.1- 2.5)
491	Bronchite cronica	160	1,1	1,0	1,6	(1.4 - 1.8)
520-579	**Malattie dell'apparato digerente**	**1.323**	**8,8**	**13,0**	**0,7**	**(0.7 - 0.8)**
di cui						
571	Malattia epatica cronica e cirrosi	848	5,7	1,7	3,7	(3.5 - 3.9)
580-629	**Malattie dell'apparato genitourinario**	**341**	**2,3**	**12,5**	**0,2**	**(0.2 - 0.2)**
680-709	**Malattie della pelle e del tessuto sottocutaneo**	**294**	**2,0**	**2,2**	**0,8**	**(0.7 - 0.9)**
710-739	**Malattie del sistema osteomuscolare e tessuto**	**365**	**2,4**	**10,3**	**0,3**	**(0.3 - 0.3)**
780-799	**Sintomi, segni e stati morbosi mal definiti**	**809**	**5,4**	**5,7**	**1,1**	**(1.0 - 1.2)**
800-999	**Traumatismi ed avvelenamenti**	**1.100**	**7,4**	**8,2**	**0,9**	**(0.9 - 1.0)**
di cui:						
965	Avvelenamento da analgesici, antipiretici e antireumatici	343	2,3	0,0	289,3	(253.5 - 330)
969	Avvelenamento da sostanze psicotrope	193	1,3	0,0	28,0	(24.2 - 32.5)

Fonte: Elaborazioni Istat su dati del Ministero della Salute, Schede di Dimissione Ospedaliera (SDO)

(a) Le diagnosi sono raggruppate secondo i settori e le categorie (codici a tre caratteri) della classificazione Icd9cm. Sono riportati solo i settori Icd9cm in cui si sono verificati almeno 150 ricoveri. Per le categorie, invece, sono riportate solo quelle con una proporzione grezza nelle dimissioni droga-correlate maggiore del 1% e un valore positivo statisticamente significativo dell'associazione (valore inferiore dell'intervallo di confidenza al 95% superiore a 1).
(b) Age-Standardized Proportion Ratio
(c) Incluso AIDS. Nel ICD9CM non è previsto un codice specifico per l"AIDS.

3.5 Nota su importanza dello studio della comorbilità droga correlata

Le sostanze psicoattive sono dotate di azione farmacologica diretta sul sistema nervoso centrale e sono in grado di influenzare l'individuo nella sua interezza fisica e psichica. Il consumo di sostanze è sempre più spesso associato a compromissione della sfera psichica a diversi livelli, dal disagio psicologico ai disturbi psichiatrici e questa associazione non è più limitata alla dipendenza, ma riguarda tutto il consumo di sostanze. Anche il DSM V, tenendo conto del nuovo scenario dei consumi, non considera separatamente le diagnosi di "abuso" e di "dipendenza", ma le fonde in un unico disturbo da uso di sostanze graduandolo da lieve a grave. Se da una parte ancora si discute se sia l'uso di sostanze a provocare la compromissione della sfera psichica o, al contrario, se sia una predisposizione psicopatologica a portare all'uso di sostanze, dall'altra si osservano in crescita (nella pratica clinica giornaliera) problemi a livello psichico, dai disturbi d'ansia e dell'umore, alle fobie, ai comportamenti ossessivo-compulsivi, alle psicosi talvolta irreversibili associate al consumo anche non continuativo di vecchie e nuove molecole. Sempre più spesso nei dipartimenti di emergenza viene richiesta una consulenza psichiatrica per soggetti assuntori di sostanze; cresce il numero di consumatori indirizzati dai servizi pubblici a comunità terapeutiche specifiche per soggetti con doppia diagnosi; le Società scientifiche di psichiatria, in numerosi incontri, hanno segnalato un preoccupante incremento di soggetti in giovane età per i quali sono state diagnosticate vere e proprie psicosi. Casi emblematici legati all'uso di nuove sostanze psicoattive sono stati segnalati anche attraverso il Sistema Nazionale di Allerta Rapida sulle Droghe.

Nonostante l'accresciuta attenzione, poco è dato sapere sulla reale dimensione dell'impatto del consumo di sostanze e salute mentale nel nostro paese, Ad eccezione dei dati rilevati dai dipartimenti delle dipendenze sull'utenza di tossicodipendenti in carico e registrati dal Ministero della sanità (tabella nel capitolo sull'attività dei servizi), non esistono ad oggi statistiche ufficiali sulla dimensione della comorbidità psichiatrica in assuntori. I soli dati disponibili sono prodotti nell'ambito di studi geograficamente limitati, da osservazioni nella comunità dei professionisti e in alcune strutture di recupero. Si tratta però di dati difformi ed a volte confliggenti, non raccolti con metodo e sistematicità in quanto non richiesti dalle istituzioni. Tutto ciò è fonte di diverse posizioni sull'opportunità o meno di trattare gli aspetti psichiatrici in questo capitolo. Pur riconoscendo unanimemente la centralità della problematica, consapevoli dell'attenzione crescente che il tema riveste nella pratica clinica e nella programmazione delle attività ed organizzazione dei servizi socio-sanitari, a riguardo della morbidità droga-correlata nella presente Relazione si è operata la scelta di limitarsi ad introdurre la problematica con l'auspicio che una raccolta sistematica dei dati possa essere avviata già nell'immediato futuro dalle diverse fonti. A tal fine si sottolinea l'importanza di utilizzare un approccio integrato quantitativo-qualitativo poiché è nelle possibilità di quest'ultimo rilevare in assuntori di droghe segnali precoci di disagio mentale, prodromi di veri e propri disturbi psichiatrici.

DSM-V

Il *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM) è uno dei sistemi nosografici per i disturbi mentali o psicopatologici più utilizzati nella ricerca e nella pratica clinica da medici, psichiatri e psicologi di tutto il mondo. Arrivato alla quinta revisione (DSM-V), questo Manuale *dell"American Psychiatric Association* è uno strumento di diagnosi e classificazione universalmente utilizzato in psichiatria.

Allegato 1 - Elenco dei Responsabili e dei Collaboratori della Rete sentinella dei centri clinici per le IST

Piemonte

Centro per le Malattie Sessualmente Trasmesse

I Clinica Dermatologica S. Lazzaro

Ospedale delle Molinette

Via Cherasco, 23

10123 Torino

Responsabile: **Sergio DELMONTE**

Collaboratore: **Elena Stroppiana**

Liguria

Centro MST-SC Dermatologia

Ospedale Galliera di Genova

Via Mura delle Cappuccine, 14

16128 Genova

Responsabile: **Luigi PRIANO**

Lombardia

Centro MTS - Istituto Scienze Dermatologiche

Fondazione Ca" Granda

Università di Milano

Via Pace, 9

20122 Milano

Responsabile: **Marco CUSINI**

Collaboratore: **Stefano Ramoni**

Istituto Malattie Infettive e Tropicali

Spedali Civili di Brescia

Università degli Studi di Brescia

Piazza Spedali Civili, 1

25125 Brescia

Responsabile: **Alberto MATTEELLI**

Collaboratore: **Sara Bigoni**

UO Medicina Transculturale e Malattie a trasmissione sessuale

ASL Brescia

Viale Piave, 40

25123 Brescia

Responsabile: **Issa EL HAMAD**

Collaboratore: **Carla Scolari**

Trentino-Alto Adige

Centro Dermatologia Sociale - MTS

Ospedale Regionale S. Chiara

Via Gocciadoro, 82

38100 Trento

Responsabile: **Franco URBANI**

Collaboratore: **Laura Rizzoli**

Friuli-Venezia Giulia

Centro MST

Presidio Preventivo Epidemiologico Provinciale AIDS

Via Vittorio Veneto, 181

34170 Gorizia

Responsabile: **Gianmichele MOISE**

Collaboratore: **Marina Trabeni**

Emilia-Romagna

Centro MTS - Clinica Dermatologica

Ospedale S. Orsola

Via Massarenti, 1

40138 Bologna

Responsabile: **Antonietta D'ANTUONO**

Collaboratore: **Valeria Gaspari**

Toscana

ASF/Dipartimento di Chirurgia e Medicina traslazionale

Università di Firenze

Presidio Ospedaliero P. Palagi

V.le Michelangiolo, 41

50125 FIRENZE

Responsabile: **Giuliano ZUCCATI**

Collaboratore: **Laura Tiradritti**

Lazio

Centro MST/HIV

Istituto Dermatologico San Gallicano

Via Fermo Ognibene, 23

00144 Roma

Responsabile: **Antonio CRISTAUDO**

Collaboratore: **Alessandra Latini**

Puglia

Clinica Dermatologica Universitaria

Azienda Ospedaliero-Universitaria Policlinico Bari

Piazza Giulio Cesare, 11

70124 Bari

Responsabile: **Mauro GRANDOLFO**

Sardegna

Centro MST - Clinica Dermatologica

Azienda Ospedaliero Universitaria

Dipartimento di Scienze Mediche Internistiche

PO S. Giovanni di Dio

Via Ospedale, 46

09124 Cagliari

Responsabile: **Monica PAU**

Collaboratore: **Roberta Satta**

Bibliografia

Italia. Decreto Ministeriale 31 marzo 2008. Istituzione del Sistema di Sorveglianza delle nuove diagnosi di infezione da HIV. *Gazzetta Ufficiale* n. 175, 28 luglio 2008.

CDC. Revision of the CDC surveillance case definition for acquired immunodeficiency syndrome. MMWR 1987;36 (Suppl 1):1-15.

Ancelle Park, R.A. (1993). Expanded European AIDS cases definition (letter). *Lancet*, 341-441.

Presidenza del Consiglio dei Ministri – Dipartimento per le politiche antidroga - Relazione annuale al Parlamento sullo stato delle tossicodipendenze in Italia. 2006

Presidenza del Consiglio dei Ministri – Dipartimento per le politiche antidroga - Relazione annuale al Parlamento sullo stato delle tossicodipendenze in Italia. 2007

Presidenza del Consiglio dei Ministri – Dipartimento per le politiche antidroga - Relazione annuale al Parlamento sullo stato delle tossicodipendenze in Italia 2008

Presidenza del Consiglio dei Ministri – Dipartimento per le politiche antidroga - Relazione annuale al Parlamento sullo stato delle tossicodipendenze in Italia. Dati relativi all‟anno 2009. Elaborazioni 2010. 2010

Presidenza del Consiglio dei Ministri – Dipartimento per le politiche antidroga - Relazione annuale al Parlamento sullo stato delle tossicodipendenze in Italia. Dati relativi all‟anno 2010 -elaborazioni 2011. 2011

Presidenza del Consiglio dei Ministri – Dipartimento per le politiche antidroga - Relazione annuale al Parlamento sullo stato delle tossicodipendenze in Italia. Dati relativi all‟anno 2011 e primo semestre 2012. - elaborazioni 2012. 2012

Presidenza del Consiglio dei Ministri – Dipartimento per le politiche antidroga - Relazione annuale al Parlamento sullo stato delle tossicodipendenze in Italia. Dati relativi all‟anno 2012 e primo semestre 2013- elaborazioni 2013. 2013

World Health Organization. Global Strategy for the prevention and control of sexually transmitted infections: 2006-2015. Breaking the chain of transmission. Geneva: WHO; 2007.

www.salute.gov.it/malattieInfettive/paginaInternaMenuMalattieInfettive.jsp?id=812&menu=strumentieservizi

World Health Organization. Management of patients with sexually transmitted diseases. Technical Report Series, 810. Geneva: WHO; 1991.

Salfa MC, Regine V, Ferri M, et al. La Sorveglianza delle Malattie Sessualmente Trasmesse basate su una rete di centri clinici: 18 anni di attività. Not Ist Super Sanità 2012;25(2):3-10

Salfa MC, Regine V, Ferri M, et al. Le Infezioni Sessualmente Trasmesse: aggiornamento dei dati dei due sistemi di sorveglianza sentinella attivi in Italia al 31 dicembre 2013. Not Ist Super Sanità 2015;28(2):3-43.

European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC). Sexually transmitted infections in Europe 1990-2012. Stockholm: ECDC (Surveillance Report, 2014).

Italia. Allegato A. Documento di consenso sulle politiche di offerta e le modalità di esecuzione del test per HIV in Italia. Gazzetta Ufficiale - Serie Generale n. 191, 18 agosto 2011.

Ministero della Salute. Decreto Ministeriale del 15 dicember 1990. “Sistema informativo delle malattie infettive e diffusive”. Gazzetta Ufficiale 8 gennaio 1991, n. 6.

Mele A, Rosmini F, Zampieri A, Gill ON. Integrated epidemiological system for acute viral hepatitis in Italy (SEIEVA): description and preliminary results. Eur J Epidemiol 1986 Dec;2(4):300-4.

Istituto Superiore di Sanità. Sistema Epidemiologico Integrato dell'Epatite Virale Acuta, SEIEVA. SEIEVA sito web 2014.*http://www.iss.it/seieva*

Crowcroft NS. Hepatitis A virus infections in injecting drug users. Commun Dis Public Health 2003;6(2):82-4.

Spada E, Genovese D, Tosti ME, Mariano A, Cuccuini M, Proietti L, Di Giuli C, Lavagna A, Crapa GE, Morace G, Taffon S, Mele A, Rezza G, Rapicetta M. An outbreak of hepatitis A virus infection with a high case-fatality rate among injecting drug users. J Hepatol 2005;43(6):958-64.

Istat. Demografia in cifre. *http://www.demo.istat.it/*

Fondazione Ismu. Diciottesimo Rapporto sulle migrazioni. Franco Angeli, 2012.

Ministero della Salute. Piano Nazionale Prevenzione Vaccinale (PNPV) 2012-2014.

Ministero della Salute. LEGGE 27 maggio 1991, n. 165. Obbligatorietà della vaccinazione contro l'epatite virale B. 1991. Governo italiano.

Ministero della Salute - DG della Prevenzione- Ufficio V - Malattie Infettive e Profilassi Internazionale. Vaccinazioni dell'età pediatrica, in Italia: coperture vaccinali. 29-7-2014.

Gruppo di lavoro ICONA. ICONA 2008: Indagine di COpertura vaccinale NAzionale nei bambini e negli adolescenti. (Rapporti ISTISAN 09/29). 2009. Roma, Istituto Superiore di Sanità.

** Referenti locali del Sistema Epidemiologico Integrato dell'Epatite Virale Acuta:*

L. Ferrigno, S. Crateri, G. Iantosca (ISS); Sudano L., Ruffier M. (Valle d'Aosta); Fischer M., Augschiller M., Gamper S., Foppa A., Lechthaler T., Thaler J., Steinmair B. (Prov. Aut. Bolzano); Grandi C., Carraro V., Franchini S. (Trentino Alto Adige); Zotti C., Amprino V., Malaspina S., Gallone A., Castella A., Valenza G., Silano V., Ara G., Tacca M.G., Iodice S., Marchisio A.M., Costantino A.M., Giovanetti F., Susani F. (Piemonte); Donadini A., Nespoli C., Trezzi L., Gennati G., Monteverdi A., Boldori L. , De Grada P., Gattinoni A., Brugnoli R., Belloni A., Binotto M., Pinciroli G., Pesci L., Senegaglia P., Crippa S., Altomonte G., Lodola S., Aquino I., Castelli N., Zecca E., Nieri M., Zecca F., Pasquale L., Piedacci G. (Lombardia); Zorzut F., Rocco G., Brianti G., Gallo T., Zuliani M., Breda A., Feltrin O. (Friuli-Venezia Giulia); Russo F., Zanella F., Mel R., Soppelsa M., Mazzetto M., Russo F., Zolin R., Todescato A., Bacciolo N., Rizzato D., Pupo A., Nicolardi L., Flora M., Boin F., De Sisti C., D'Ettore G., Caracciolo V., Penon M.G., Bellè M., Cafarra L., Zivelonghi G., Soffritti S., Foroni M. (Veneto); Finarelli A.C., Borrini BM. Gualanduzzi C., Capra A., Sacchi A.R., Borrini BM., Mattei G., Gardenghi L., Gianninoni A.R., Sancini R, Dalle Donne E., RangoniR.,Cova M., Bevilacqua L., Fiumana E., Bondi B., Pecci A. (Emilia Romagna); Mela M., Briata M.P., Giuliano M.,Turello V., Opisso A., Zoppi G., Torracca P., Ricci MA, Capellini A. (Liguria); Pecori L., Mazzotta F., Balocchini E., Ghiselli G. Marchini P., Di Vito A., Wanderlingh W., Raso E., Mazzoli F., Berti C.,Galletti N., Grandi E., Ferrentino M.S., Marinari M.G., Lombardi A., Barbieri A., Bagnoli A., Bandini M., Lezzi I., Verdelli F. Beltrano A., Bindi R., Sansone C.M., Boncompagni G., Zacchini F., Baretti S., Baroncini O., Staderini C., Filidei P., Chiapparini L., Barghini F., Cadoni M. (Toscana); Tagliavento G., Fiacchini D., Damiani N., Pelliccioni A.R., Liverani A., Peccerillo G., Vaccaro A., Spadoni M.R., Rossini R., Pasqualini F., Priori A., Burattini N., Cimica S., Vitale V., Laici F., Migliozzi F., Moretti G., Ciarrocchi G., Impullitti S., Angelini C. (Marche); Tosti A., Giaimo M.D.; Buscosi A., Pasquale A.; Ciani C.; Santocchia F., Proietti M.L., Paoloni M. C. (Umbria); Ercole A., Russo P., Cerocchi C., Grillo P., Loffredo M., Labriola V., Pendenza A., Nappi M.R., Bueti P., Santucci L., Mangiagli F., Varrenti D., Aquilani S., Dionette P., Corpolongo D., Di Luzio G. (Lazio); Di Giacomo M., Graziani M., Mancini C., Turchi C., Granchelli C. , Soldato G., D'Eugenio F., Albanesi I. (Abruzzo); Ferrara M.A. , Citarella A., Fossi E., Parlato A., Alfieri R., Scotto M., Caiazzo A. L. (Campania); Chironna M., Prato R., Matera R., Menolascina S., Colamaria R., Azzollini N., Madaro A., Scalzo G., Ancona A., Pedote P., Moffa G., Pagano I., Angelillis R., Ferraro M.,

Aprile V., Turco G. L., Minerba S., Caputi G. (Puglia); Negrone F., Maldini M., Russo T. (Basilicata); Aloia F., Giuffrida S. (Calabria); Mangione R., Consacra R., Cuccia M., Rinnone S. (Sicilia); Delogu F., Fracasso D., Saba A., Puggioni A., Frongia O., Marras M.V., Crasta M.G., Mereu G., Steri G.C., Santus S (Sardegna).

*** Referenti regionali del Sistema di Sorveglianza delle nuove diagnosi di infezione da HIV: Manuela Di Giacomo, Viviana Faggioni (Abruzzo) Francesco Locuratolo, Gabriella Cauzillo (Basilicata), Anna Domenica Mignuoli, Daniele Chirico (Calabria), Guglielmo Borgia (Campania), Alba Carola Finarelli, Erika Massimiliani (Emilia-Romagna), Tolinda Gallo, Cinzia Braida (Friuli-Venezia Giulia), Amalia Vitagliano, Francesco Chini, Paola Barni (Lazio), Giancarlo Icardi, Piero Luigi Lai (Liguria), Maria Gramegna, Liliana Coppola, Alessandra Piatti, Annamaria Rosa (Lombardia), Fabio Filippetti (Marche), Paola Sabatini (Molise), Chiara Pasqualini (Piemonte), Peter Mian, Oswald Moling (PA Bolzano), Danila Bassetti (PA Trento), Maria Chironna, Michele Quarto (Puglia), Stefano Ledda (Sardegna), Gabriella Dardanoni (Sicilia), Fabio Voller, Monica Da Frè, Monia Puglia (Toscana), Anna Tosti, Rita Papili (Umbria), Marina Giulia Verardo, Mauro Ruffier, Echarlod Elisa Francesca (Valle d'Aosta), Francesca Russo, Francesco Da Re (Veneto)*

Capitolo 4. Mortalità

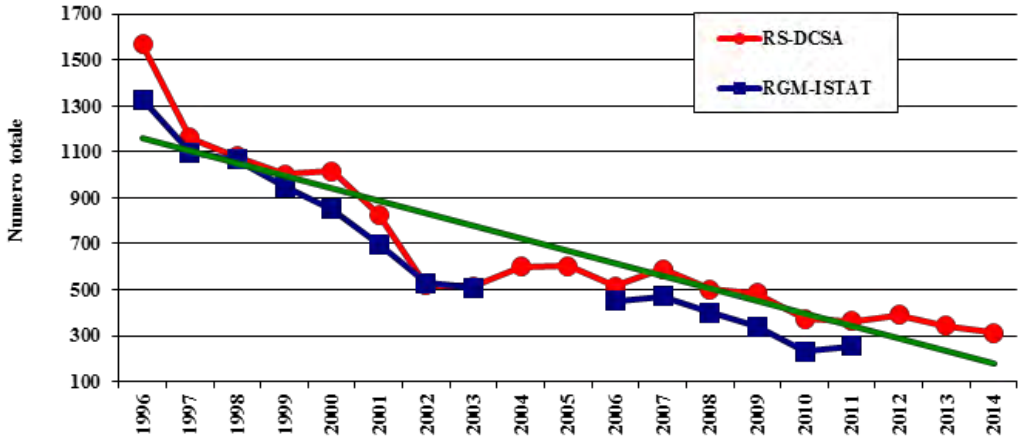
A cura dell'Istat, del Ministero dell'Interno e dell'Istituto Superiore di Sanità

4.1 Mortalità acuta

Il consumo di droghe impone alla società tributi da pagare in termini di vite umane per overdose, malattie associate al consumo e comportamenti violenti connessi all'uso di droghe. Anche considerando le sole overdose, in Europa si registrano ogni anno tra i 6.500 e gli 8.500 decessi droga indotti, decessi considerati evitabili.
Nel 2014, il 3,4% di tutti i decessi di cittadini europei tra i 15 ed i 39 anni è stato causato da overdose di stupefacenti e, nel 66% dei casi è stata rilevata la presenza di oppiacei. E' da rilevare che le overdose riguardano non solo consumatori problematici, ma anche semplici consumatori di droghe. La diffusa poliassunzione, la circolazione di droghe adulterate e tagliate in modo nuovo la disponibilità di nuove sostanze psicoattive di elevata potenza, attive a dosi anche sub-molari, contribuiscono ad aumentare i rischi di esito letale, ma anche a complicare gli accertamenti e l'individuazione della sostanza responsabile dell'evento. Tale difficoltà interessa non solo il rilevamento dei casi su base circostanziale ma, se pur in minor misura, anche gli accertamenti tossicologici e forensi. Tutto ciò potrebbe portare ad una sottostima degli eventi, ad una percezione distorta dell'andamento dei decessi per droga e ad abbassare la guardia circa eventuali interventi di prevenzione e di ricerca a tutela della salute pubblica.

Al di là di ogni considerazione, negli ultimi anni si osserva una diminuzione del numero di decessi droga-indotti in gran parte dei paesi europei.
In Italia il numero dei decessi droga-indotti negli ultimi anni è in progressiva riduzione secondo i dati provenienti dal Registro Speciale (RS) della DCSA e dal Registro Generale di Mortalità (RGM) dell'ISTAT. Nel 2014 il trend rimane in discesa (Figura 119).

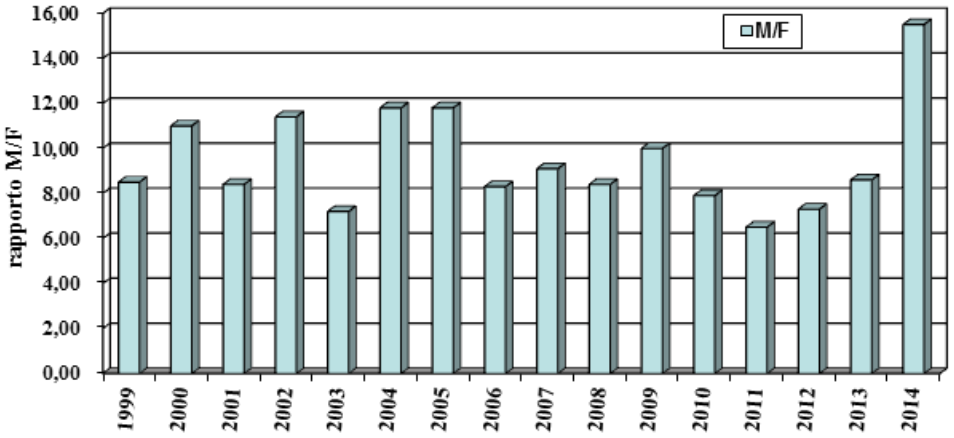
Figura 119: Decessi Droga-indotti. Registro Speciale (RS) e Registro generale di Mortalità (RGM). Italia 1996-2014



Fonte: Direzione Centrale per i Servizi Antidroga del Ministero dell'Interno e ISTAT

Nel 2014 sono infatti stati registrati 313 decessi droga indotti contro i 349 del 2013 (-10.3%). I maschi erano 294 (93,9%), le femmine 19 (6,1%) ed il rapporto M/F pari a 15,5 (8,7 nel 2013), il valore più alto registrato dal 1999 (Figura 120).

Figura 120: Decessi Droga Indotti. Rapporto di genere per anno. Italia 1999-2014



Fonte: Elaborazioni su dati Direzione Centrale per i Servizi Antidroga del Ministero dell'Interno

Sulla base del rapporto M/F del 2013, si rileva un 4,5% di femmine in meno rispetto ad un valore atteso di 35. La quota di stranieri era pari al 6,7 % vs. 8,1 dell'anno precedente.
L'età media dei 313 deceduti era pari a 39,7 anni , Q1=33 anni, Mediana = 41 anni, Q3 = 47 anni. L'età media era di 37,2 anni (23-60) per le femmine, di 39,8 anni (17-60) per i maschi. Nel 2013, 38,2 anni (16-66) era l'età media dei 344 deceduti , Q1 =32 anni, Mediana =39 anni, Q3=45 anni.
Nel 93,2 % dei casi si osserva una coincidenza tra provincia di residenza (compresi gli stranieri che risiedono in Italia) e di ritrovamento dei deceduti facendo ipotizzare una riduzione del nomadismo della droga probabilmente legata alla facilità di reperimento in loco se non addirittura a domicilio.
Relativamente alla sostanza registrata su base circostanziale come direttamente connessa all'evento letale, nel 2014 prevale ancora l'eroina nel 47 % dei casi (n=147), segue la cocaina con 23 decessi (7,3%), il metadone con 10 casi (3,2%), l'amfetamina con un solo caso, Nei rimanenti 142 decessi, cioè nel 45,4% (era il 43,0% nel 2013), non è stato possibile determinare la sostanza.

Figura 121: Decessi indotti da cocaina ed altro da eroina. Percento per anno. Italia 2007-2014

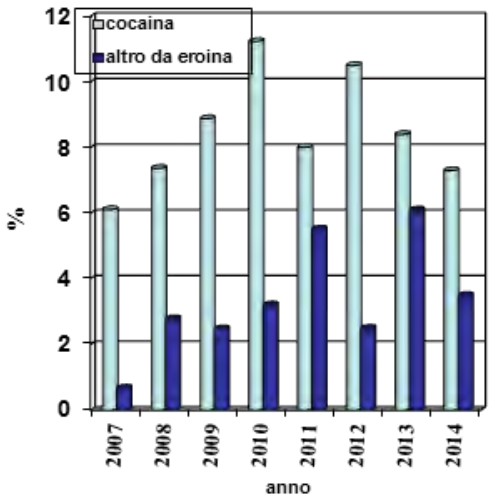
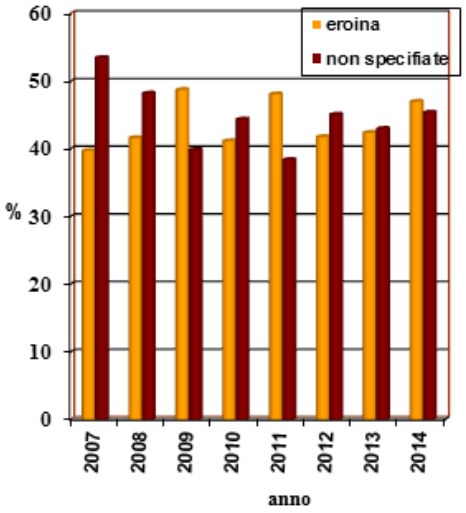


Figura 122: Decessi indotti da eroina e sostanze non specificate. Percento per anno. Italia 2007-2014



Alla contrazione dei casi cocaina indotti si accompagna nel 2014 una riduzione del numero di decessi altro da eroina (Figura 121); non sono state infatti registrate sostanze come ad es. cannabis, barbiturici, benzodiazepine, MDMA presenti nelle statistiche del Ministero dell"Interno per gli anni precedenti. Tra il 2012 ed il 2014, in controtendenza rispetto alla cocaina, si osserva un incremento del numero di decessi eroina-indotti che passano in percentuale dal 41,8 al 42,4 al 47,0 (Figura 122); .in altre parole, per circa 5 casi su 10 si è trattato di una fatale intossicazione acuta indotta da eroina. Il numero delle sostanze non precisate resta elevato facendo ipotizzare che alcune intossicazioni fatali potrebbero essere state indotte da sostanze difficili da identificare su base circostanziale oppure a poliassunzioni E" noto che la poliassunzione accresce il rischio di decesso edaumenta la difficoltà di attribuire l"evento ad una sostanza anche in caso di controlli post-mortem. La perdita di informazione circa le sostanze, non specificate in oltre il 45% dei casi, rappresenta un significativo ostacolo nel monitorare il trend dei decessi droga indotti.
Analizzando i dati in termini di sostanze e ponendo un cutoff a 35 anni di età si rileva come, al netto delle imprecisate, le differenze tra i < 35 anni ed i ≥ 35 anni forniscano indicazioni di interesse per interventi di prevenzione (Tabella 81).

Tabella 81: Decessi droga-indotti in soggetti con età < 35 anni e ≥ 35 anni. Percentuale dei soggetti deceduti sul totale della fascia di età, per tipo di sostanza. Italia, 2014 e 2013.

Maschi				2014	Femmine			
	< 35 anni	**≥ 35 anni**				**< 35 anni**	**≥ 35 anni**	
Amfetamine	0	0,5			Amfetamine	0,0	0,7	
Cocaina	9,9	6,3			Cocaina	20,0	10,3	
Eroina	36,3	51,3			Eroina	73,3	83,8	
Metadone	3,3	3,2			Metadone	6,7	5,1	
Imprecisata	50,5	38,7			Imprecisata	-	-	
N	**91**	**222**	**313**		**N**	**45**	**136**	**181**

Maschi				2013	Femmine			
	< 35 anni	**≥ 35 anni**				**< 35 anni**	**≥ 35 anni**	
Amfetamine	0,8	1,8			Amfetamine	1,8	2,8	
Cocaina	8,4	8,7			Cocaina	17,5	14,1	
Eroina	29,2	49,3			Eroina	61,4	79,6	
Metadone	7,5	1,8			Metadone	15,8	2,8	
Barbiturici	0,8	0,0			Barbiturici	1,8	0,0	
Hashish	0,8	0,4			Hashish	1,7	0,7	
Imprecisata	52,5	38			Imprecisata	-	-	
N	**120**	**229**	**349**		**N**	**57**	**142**	**199**

Fonte: Elaborazioni su dati Direzione Centrale per i Servizi Antidroga del Ministero dell'Interno

Il 63% dei deceduti è stato rinvenuto nell'abitazione (79% delle donne), il 6,5% in ospedale. (10,5% tra le donne), sulla strada il 7% dei casi.

Dal rapporto annuale della Direzione Centrale per i Servizi Antidroga (DCSA) si evince che nel corso del 2014, i decessi[59] riconducibili all'abuso di sostanze stupefacenti rilevati dalle Forze

59 Il dato, tuttavia, non è del tutto consolidato, in quanto si riferisce alle morti attribuite in via diretta alle assunzioni di droghe e ai casi per i quali sono state interessate le Forze di Polizia. Mancano quelli indirettamente riconducibili all'uso di stupefacenti, quali i decessi conseguenti a incidenti stradali per guida in stato di alterazione psico-fisica, oppure le morti di assuntori di droghe dovute a complicazioni patologiche. Va anche chiarito che non tutte le segnalazioni di decessi per droga che pervengono alla DCSA dalle Forze di Polizia sono poi corredate da copia degli esami autoptici e tossicologici, di cui normalmente dispone l'Autorità Giudiziaria.

di Polizia o segnalati dalle Prefetture si sono attestati su 313 casi, con un decremento del 10,32% rispetto al 2013. Le persone decedute per droga di sesso maschile sono state 294 (93,93%), mentre quelle di sesso femminile 19 (6,07%). Nel tempo il numero delle donne decedute per abuso di droga è stato sempre minore rispetto a quello degli uomini.

Esaminando le fasce di età, le cifre più alte si riscontrano a partire dai 25 anni per raggiungere i picchi massimi nella fascia superiore ai 40 anni.

La causa del decesso è stata attribuita nel 2014 in 147 casi all"eroina, in 23 alla cocaina, in 10 al metadone, in 1 all"amfetamina; in 132 casi la sostanza non è stata indicata.

Figura 123: Andamento del numero di decessi droga correlati secondo la fascia di età e il genere. Anni 2010-2014**.**

Decessi - andamento quinquennale per fasce di etá e sesso

Fasce di età	2010		2011		2012		2013		2014	
	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M
15 ÷ 19	-	6	3	9	3	10	1	7	-	4
20 ÷ 24	5	28	3	25	4	23	3	20	3	16
25 ÷ 29	8	49	3	39	7	39	10	35	2	24
30 ÷ 34	5	54	12	53	8	56		44	5	36
35 ÷ 39	9	76	5	59	4	80	10	48	1	48
□ 40	15	119	22	132	21	138	12	159	8	166
Totale	42	332	48	317	47	346	36	313	19	294
	374		365		393		349		313	

L"eroina si conferma quindi lo stupefacente che causa il maggior numero di decessi.

4.2 Mortalità Indotta

La Figura 124 mostra il trend del numero assoluto di decessi droga-indotti registrati in Italia nel periodo 1980-2012. Il numero di decessi per questa causa aumenta fino al 1991 con 1.277 casi. Dopo questo picco si assiste a un trend decrescente terminato solo negli ultimi anni. Nel 2012 si

registrano 286 casi. Eliminando l‟effetto della struttura per età della popolazione mediante il calcolo dei tassi standardizzati di mortalità[60], nel periodo 1992-2012 per la popolazione residente (

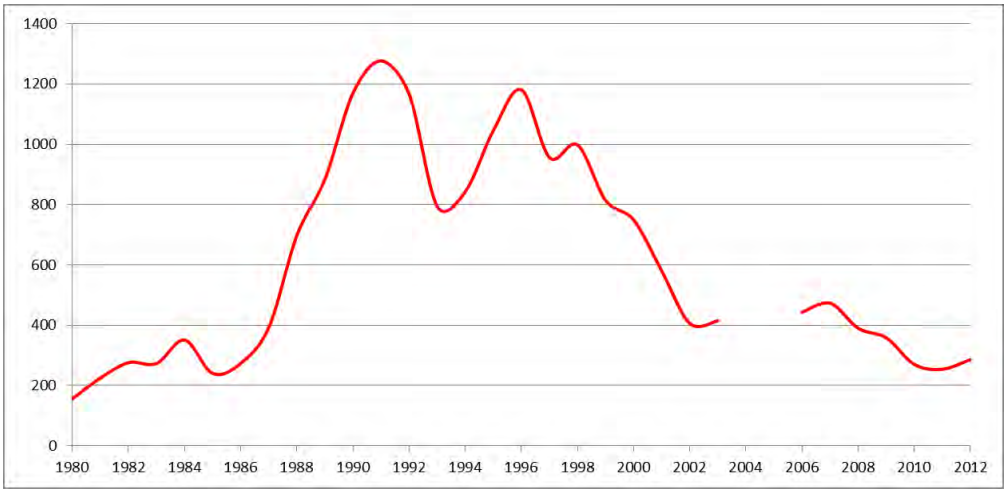
Figura **125**), si evidenzia lo stesso trend descritto per il numero assoluto di decessi, con il valore più elevato nel 1996 (20,1 decessi per 1.000.000 di abitanti) e il più basso nel 2011 (4,1); nel 2012 il tasso aumenta raggiungendo il valore di 4,5 per 1.000.000 di residenti. L‟andamento è molto diverso per i due generi: gli uomini infatti mostrano rischi di mortalità droga-indotta più elevati rispetto alle donne. All‟inizio del ventennio osservato il rischio degli uomini era circa 10 volte superiore a quello delle donne (35,6 per 1.000.000 versus 3,7) e, sebbene tale distanza si stia riducendo nel tempo, nel 2012 il rischio degli uomini è ancora circa 6 volte più elevato di quello femminile (7,8 versus 1,3). A partire dal 2006 la classe di età con i tassi di mortalità droga-indotta più elevati (Figura 126) è quella di 35-44 anni (nel 2012 il valore del tasso è di 11,1 per 1.000.000 di residenti), differentemente da quanto osservato fino al 2003, quando la classe di età più a rischio era 25-34 anni. Dalla seconda metà degli anni ‟90 quest‟ultima classe di età ha sperimentato una forte riduzione della mortalità per queste cause fino a raggiungere nel 2012 un livello pari a 8,3 per 1.000.000 di residenti. Un calo continuo nell‟intero periodo considerato si osserva per il gruppo d‟età 15-24 anni (il tasso passa da 33,1 decessi per 1.000.000 di abitanti del 1992 a 2,5 nel 2012). In contrasto con il comportamento degli altri gruppi di età, nel periodo 1992-2012 le persone di età 45-54 anni hanno sperimentato un incremento nella mortalità droga-indotta che, fatta eccezione per il lieve declino del 2010 e 2011, raggiunge il valore di 8,1 nel 2012. Tutti i cambiamenti osservati nei livelli di mortalità hanno avuto come effetto una riduzione delle differenze per età.

La geografia della mortalità droga-indotta è cambiata negli ultimi 20 anni di osservazione (

Figura **127**). Dal 1992 al 2001 la mortalità è stata più elevata nell‟Italia del Nord e del Centro in confronto alle regioni del Sud e alle Isole. Dal 2002 i valori del Nord e del Sud sono diventati più simili e nel loro complesso più bassi di quelli del Centro. Nel 2012 i tassi di mortalità in queste macro aree variano tra 2,6 per 1.000.000 di abitanti nel Sud e 4,1 nel Nord-Ovest, mentre il Centro mostra valori più elevati (8,5) e una tendenza all‟aumento nell‟ultimo anno.

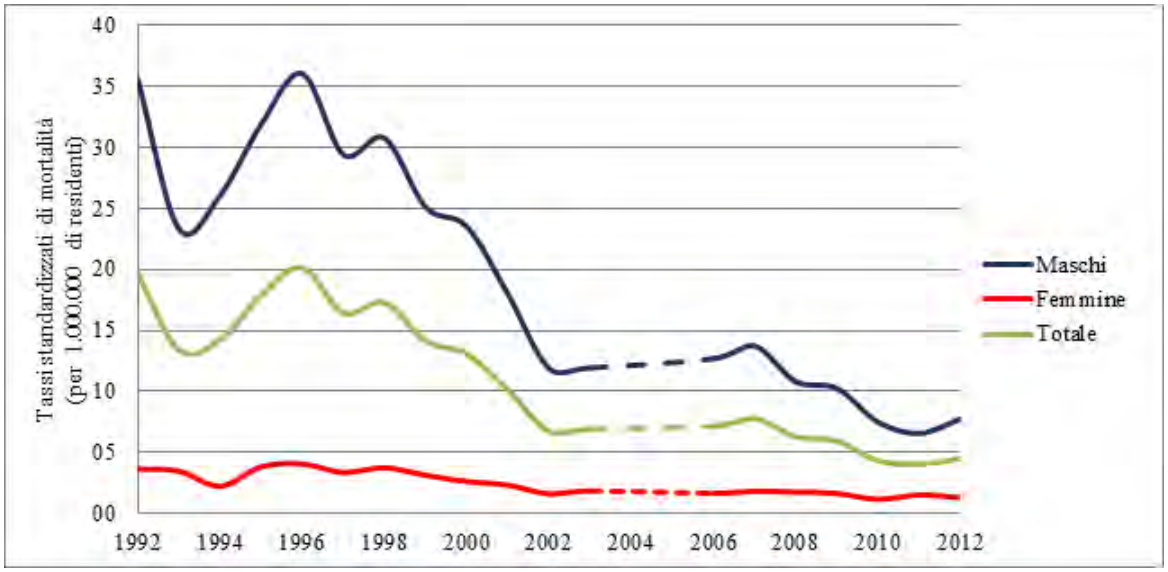
60 I tassi standardizzati di mortalità sono stati calcolati con il metodo diretto utilizzando classi di età quinquennali (0, 1-5, 5-9,... , 90+); la popolazione standard utilizzata è la popolazione residente in Italia alla data del Censimento 2001.

Figura 124: Trend della mortalità per droga in Italia, per anno di decesso. Numero assoluto di decessi. Popolazione presente, anni 1980-2012.



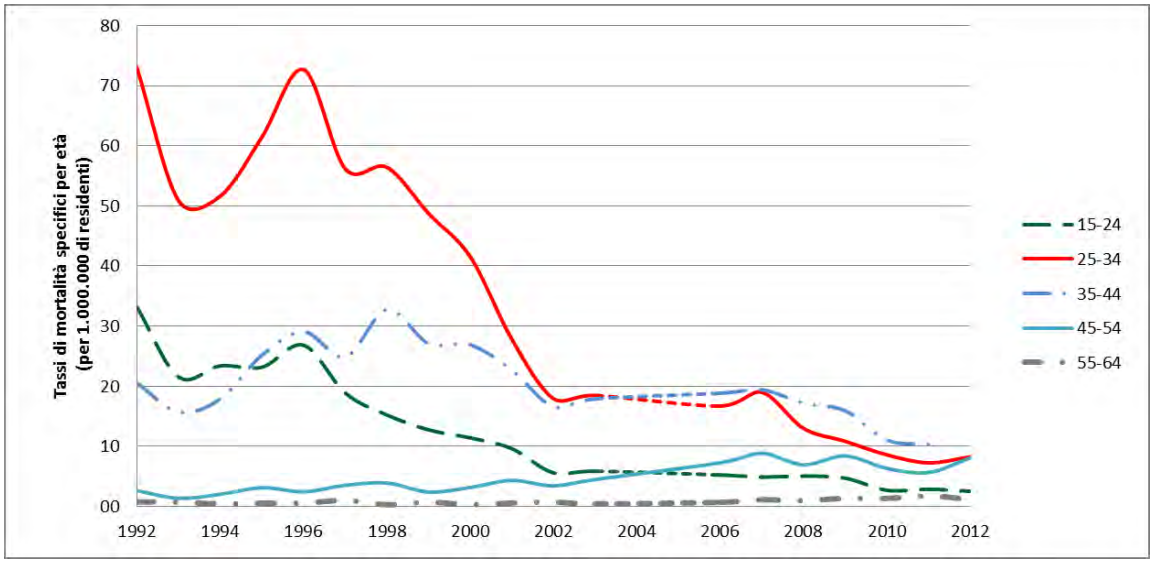
Fonte: Istat, Indagine sui decessi e le cause di morte

Figura 125: Trend della mortalità per droga in Italia, per sesso e anno di decesso. Tassi standardizzati di mortalità per 1.000.000 di residenti. Popolazione residente, anni 1992-2012.



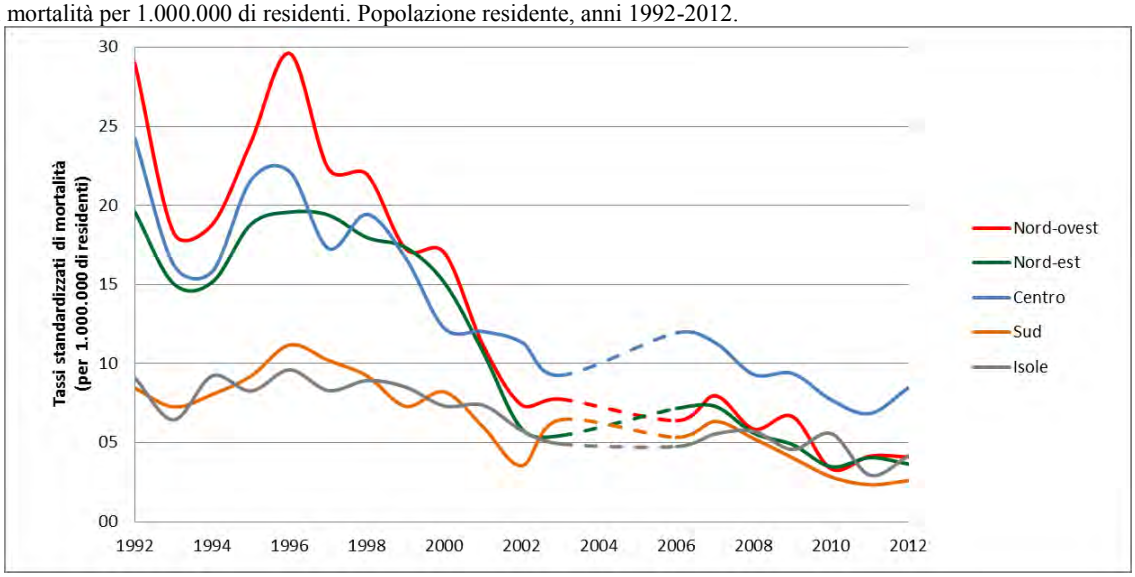
Fonte: Istat, Indagine sui decessi e le cause di morte

Figura 126: Trend della mortalità per droga in Italia, per età e anno di decesso. Tassi di mortalità specifici per età, per 1.000.000 di residenti. Popolazione residente, anni 1992-2012.



Fonte: Istat, Indagine sui decessi e le cause di morte

Figura 127: Trend della mortalità per droga in Italia, per ripartizione di residenza e anno di decesso. Tassi standardizzati di mortalità per 1.000.000 di residenti. Popolazione residente, anni 1992-2012.



Fonte: Istat, Indagine sui decessi e le cause di morte

Nella Tabella 82 è mostrato il confronto tra i livelli di mortalità droga-indotta misurati con riferimento alla causa iniziale di morte e alle cause multiple di morte[61], ovvero a tutte le condizioni

61 La causa iniziale è definita dall'OMS (Classificazione Internazionale delle Malattie, 2000) come (a) la malattia o il traumatismo che avvia il concatenamento degli eventi morbosi che conduce direttamente alla morte, o (b) l'insieme delle circostanze dell'accidente o

droga-correlate menzionate nelle schede di morte, anche se non selezionate come cause iniziali. Questo consente di individuare quei decessi per i quali la condizione di tossicodipendenza o l‟abuso di sostanze psicotrope non sono causa scatenante la morte e che pertanto non sarebbero classificati come droga-correlati considerando la sola causa iniziale.

Nel triennio 2010-2012 nella fascia di età 15-64 anni il numero totale di certificati con menzione di uso di droghe o avvelenamento è pari a 1.301, ovvero l‟80% in più rispetto al numero basato sulla sola causa iniziale di morte (729 casi). Il rapporto multiple su iniziale differisce in base all‟età e mostra valori più elevati per i gruppi di età più avanzata (da 1,2 per 15-24 anni si arriva a 3,2 per 55 anni e più).

Come osservato per la causa iniziale di morte anche le menzioni delle cause droga-correlate differiscono per genere e sono circa 6 volte maggiori negli uomini che nelle donne: il tasso standardizzato è, rispettivamente, 19 e 3,1 per 1.000.000 di abitanti (Figura 128), con differenze non significative nel rapporto multiple su iniziale (1,8 nei maschi e 1,6 nelle femmine).

---

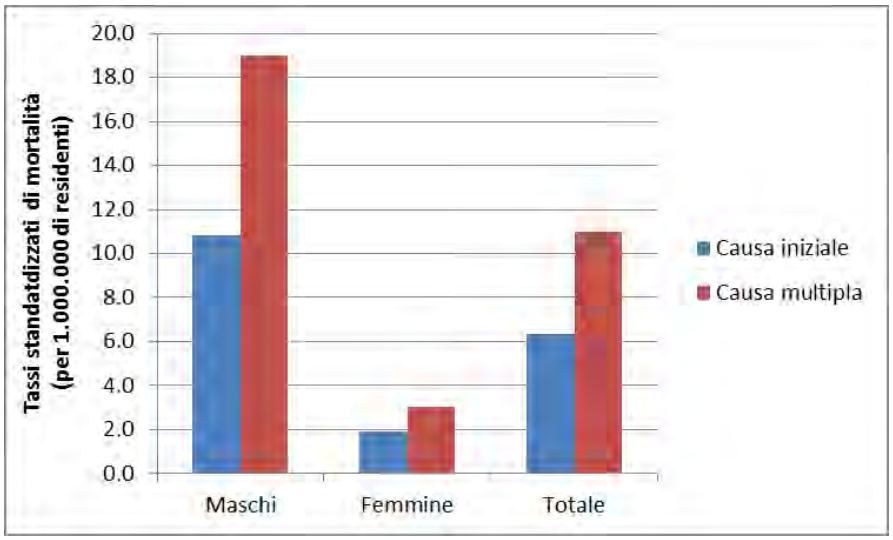
della violenza che hanno provocato la lesione traumatica mortale. La causa iniziale è quella che normalmente compare nelle statistiche ufficiali di mortalità. Tuttavia sui certificati di morte, i medici certificatori riportano generalmente anche altre condizioni che hanno avuto un ruolo nel causare il decesso ma che non sono cause iniziali (cause associate). L‟analisi delle cause multiple consente di tenere conto oltre che della causa iniziale di morte, anche delle cause associate.

Tabella 82: Mortalità droga-correlata in Italia, come causa iniziale e causa multipla, per sesso e classe di età. Numero assoluto e tassi grezzi (per 1.000.000 di residenti). Popolazione residente di 15-64 anni, triennio 2010-2012 (a).

	Causa iniziale			Causa multipla		Rapporto multipla/iniziale
Età	Decessi	Tasso grezzo		Decessi	Tasso grezzo	
	Maschi					
15-24	36	4,03		45	5,04	1,3
25-34	153	14,47		197	18,64	1,3
35-44	259	18,79		420	30,48	1,6
45-54	147	11,47		374	29,19	2,5
55-64	20	1,88		79	7,44	4,0
Tot (15-64)	615	10,84		1.115	19,66	1,8
	Femmine					
15-24	11	1,29		12	1,41	1,1
25-34	20	1,89		24	2,27	1,2
35-44	43	3,09		65	4,67	1,5
45-54	28	2,11		63	4,75	2,3
55-64	12	1,06		22	1,94	1,8
Tot (15-64)	114	1,98		186	3,23	1,6
	Totale					
15-24	47	2,69		57	3,27	1,2
25-34	173	8,19		221	10,46	1,3
35-44	302	10,91		485	17,52	1,6
45-54	175	6,71		437	16,76	2,5
55-64	32	1,46		101	4,60	3,2
Tot (15-64)	729	6,38		1.301	11,39	1,8

Fonte: Istat, Indagine sui decessi e le cause di morte
(a) I deceduti in Trentino Alto Adige sono stati esclusi dall'analisi poiché i dati delle cause multiple di questo territorio non sono disponibili per tutto il triennio di osservazione

Figura 128: Mortalità per droga in Italia, come causa iniziale e causa multipla, per sesso. Tassi standardizzati di mortalità per 1.000.000 di residenti. Popolazione residente di età 15-64 anni, nel triennio 2010-2012.



Fonte: Istat, Indagine sui decessi e le cause di morte

L"approccio delle cause multiple di morte consente di analizzare il quadro patologico dei decessi degli utilizzatori di droghe che costituisce un gruppo di popolazione generalmente caratterizzato da un contesto morboso complesso.

Nella Tabella 83 sono riportati i risultati dell"analisi delle condizioni associate alle cause droga-correlate[62]. Il gruppo più fortemente associato con queste cause è quello dei disturbi psichici e comportamentali (Icd-10: F01-F99); in particolare, i disturbi dovuti all"uso di alcol che mediamente sono presenti nei decessi droga-correlati 21,4 (misura di associazione) volte di più rispetto agli altri decessi.

Rilevante è anche il gruppo delle malattie infettive e parassitarie (Icd-10: A00-B99) che è associato ai decessi droga-correlati 3,5 volte di più rispetto agli altri decessi e che è presente in circa il 27% dei certificati di questo gruppo. Tra queste malattie spicca l"epatite virale cronica (Icd10: B18, con misura di associazione pari a 10,3) e con la malattia da HIV (Icd10: B24, con associazione pari a 5).

Un altro gruppo di malattie che risulta fortemente associato con le cause droga-correlate è costituito dalle malattie dell"apparato digerente che compaiono mediamente il doppio delle volte rispetto agli altri certificati. Tra queste cause le associazioni più rilevanti si osservano con le malattie del fegato, specialmente l"epatite cronica (associazione pari a 14,5), confermando il legame già descritto per le epatiti virali, e l"epatopatia alcolica che ha un"associazione pari a 5.

62 Come misura di associazione tra cause droga-correlate e condizioni specifiche riportate nel certificato di morte, è stata usata una stima del rapporto delle proporzioni standardizzato per età (Age-Standardized Proportion Ratio - ASPR) (Drug induced mortality: a multiple cause approach on Italian causes of death Register. Epidemiology Biostatistics and Public Health - 2015, Volume 12, Issue 1 - Suppl 1).

Sebbene i tumori nel complesso risultino non associati alle cause droga correlate, tra di essi il tumore maligno del fegato e dei dotti biliari intraepatici fa registrare un"associazione significativa di 1,6.

Infine, le malattie del sistema circolatorio prese nell"insieme (Icd10: I00-I99) hanno una associazione positiva ma molto bassa. All"interno di questo gruppo tuttavia, le endocarditi acute e subacute (Icd10: I33) sono presenti 14 volte più frequentemente negli utilizzatori di droghe rispetto ai non utilizzatori.

Tabella 83: Misure di associazione, standardizzate per età, di alcune condizioni con le cause droga-correlate (definite in base alla selezione B dell'Emcdda) menzionate nei certificati di morte. Decessi dei residenti in Italia avvenuti nel triennio 2010-2012 in età compresa tra 15 e 64 anni.

Cause		Numero di decessi per causa menzionata tra i deceduti per cause droga-correlate	Proporzione grezza (%) di decessi per causa menzionata sul certificato di morte		ASPR	CI 95%
Codice ICD10	Descrizione		Decessi droga-correlati (N=1,301)	Altri decessi (N=212,063)		
A00-B99	**Alcune malattie infettive e parassitarie**	**346**	**26,6**	**9,9**	**3,5**	**(3.2 - 3.7)**
di cui:						
B18	*Epatite virale cronica*	*263*	*20,2*	*2,4*	*10,3*	*(9.4 - 11.4)*
B23	*Malattia da virus dell'immunodeficienza umana [HIV] che da luogo ad altre condizioni morbose*	*11*	*0,8*	*0,1*	*5,8*	*(3.1 - 11.0)*
B20	*Malattia da virus dell'immunodeficienza umana [HIV] che da luogo a malattie infettive o parassitarie*	*33*	*2,5*	*0,4*	*5,6*	*(3.9 - 8.1)*
B24	*Malattia da virus dell'immunodeficienza umana [HIV] non specificata*	*82*	*6,3*	*1,2*	*5,0*	*(4.0 - 6.2)*
B22	*Malattia da virus dell'immunodeficienza umana [HIV] che da luogo ad altre malattie specificate*	*17*	*1,3*	*0,3*	*4,2*	*(2.6 - 6.5)*
B16	*Epatite acuta B*	*11*	*0,8*	*0,3*	*2,6*	*(1.4 - 5.0)*
B99	*Altre e non specificate malattie infettive*	*18*	*1,4*	*0,5*	*2,4*	*(1.4 - 3.9)*
A41	*Altre forme di setticemia*	*85*	*6,5*	*6,0*	*1,4*	*(1.2 - 1.7)*
C00-D48	**Tumori**	**80**	**6,1**	**51,3**	**0,2**	**(0.2 - 0.3)**
di cui:						
C22	*Tumore maligno del fegato e dei dotti biliari intraepatici*	*33*	*2,5*	*2,8*	*1,6*	*(1.2 - 2.1)*
D50-D89	**Malattie del sangue e degli organi ematopoietici ed alcuni disturbi del sistema immunitario**	**51**	**3,9**	**4,6**	**0,5**	**(0.4 - 0.8)**
di cui:						
D68	*Altri difetti della coagulazione*	*10*	*0,8*	*0,3*	*2,4*	*(1.2 - 4.8)*
E00-E90	**Malattie endocrine, nutrizionali e metaboliche**	**80**	**6,1**	**12,4**	**1,4**	**(1.3 - 1.6)**
di cui:						
E66	*Obesita*	*24*	*1,8*	*1,9*	*2,1*	*(1.6 - 2.8)*
F01-F99	**Disturbi psichici e comportamentali**	**229**	**17,6**	**4,2**	**7,3**	**(6.7 - 7.9)**
di cui:						
F10	*Disturbi psichici e comportamentali dovuti all'uso di alcol*	*162*	*12,5*	*1,0*	*21,4*	*(19.1 - 24)*
F32	*Episodio depressivo*	*28*	*2,2*	*0,9*	*5,4*	*(4.2 - 6.9)*
F17	*Disturbi psichici e comportamentali dovuti all'uso di tabacco*	*15*	*1,2*	*0,5*	*4,6*	*(3.2 - 6.6)*
G00-H95	**Malattie del sisema nervoso e degli organi di senso**	**77**	**5,9**	**8,2**	**0,8**	**(0.6 - 0.9)**
I00-I99	**Malattie del sistema circolatorio**	**579**	**44,5**	**48,3**	**1,1**	**(1.1 - 1.2)**
di cui:						
I33	*Endocardite acuta e subacuta*	*14*	*1,1*	*0,1*	*14,0*	*(9.2 - 21.2)*
I42	*Cardiomiopatia*	*10*	*0,8*	*1,1*	*3,2*	*(2.4 - 4.3)*
I85	*Varici esofagee*	*31*	*2,4*	*0,7*	*2,3*	*(1.5 - 3.4)*
I61	*Emorragia intracerebrale*	*30*	*2,3*	*2,6*	*1,6*	*(1.3 - 2.1)*
I51	*Complicanze e descrizioni mal definite di cardiopatia*	*100*	*7,7*	*6,2*	*1,3*	*(1.1 - 1.6)*
I50	*Insufficienza cardiaca*	*49*	*3,8*	*4,1*	*1,3*	*(1.0 - 1.6)*

I25	*Cardiopatia ischemica cronica*	*35*	*2,7*	*6,6*	*1,3*	*(1.1 - 1.5)*
J00-J99	**Malattie del sistema respiratorio**	**421**	**32,4**	**24,2**	**1,3**	**(1.2 - 1.4)**
di cui:						
J44	*Altre pneumopatie ostruttive croniche*	*21*	*1,6*	*2,4*	*3,2*	*(2.7 - 3.9)*
J81	*Edema polmonare*	*216*	*16,6*	*4,2*	*2,2*	*(1.8 - 2.6)*
J18	*Polmonite da microorganismo non specificato*	*59*	*4,5*	*3,9*	*1,4*	*(1.1 - 1.7)*
K00-K92	**Malattie dell'apparato digerente**	**331**	**25,4**	**16,0**	**2,0**	**(1.8 - 2.2)**
di cui:						
K73	*Epatite cronica non classificata altrove*	*15*	*1,2*	*0,2*	*14,5*	*(10.2 - 20.5)*
K70	*Epatopatia alcolica*	*46*	*3,5*	*1,3*	*5,0*	*(4.0 - 6.2)*
K74	*Fibrosi e cirrosi epatica*	*214*	*16,4*	*5,1*	*3,6*	*(3.2 - 4)*
K76	*Altre malattie del fegato*	*86*	*6,6*	*2,7*	*2,3*	*(1.8 - 2.8)*
K72	*Insufficienza epatica non classificata altrove*	*89*	*6,8*	*5,1*	*1,4*	*(1.1 - 1.7)*
L00-L99	**Malattie della cute e del tessuto sottocutaneo**	**25**	**1,9**	**0,7**	**4,0**	**(2.9 - 5.4)**
N00-N99	**Malattie dell'apparato genitourinario**	**62**	**4,8**	**8,5**	**0,8**	**(0.6 - 0.9)**
R00-R99	**Sintomi, segni e altre condizioni morbose mal definite**	**520**	**40,0**	**34,0**	**1,0**	**(0.9 - 1.1)**
di cui:						
R75	*Messa in evidenza, con esami di laboratorio, del virus della immunodeficienza umana [HIV]*	*19*	*1,5*	*0,1*	*10,2*	*(6.3 - 16.5)*
R09	*Altri sintomi e segni che interessano gli apparati circolatorio e respiratorio*	*200*	*15,4*	*5,2*	*2,9*	*(2.6 - 3.3)*
R18	*Ascite*	*25*	*1,9*	*1,6*	*2,1*	*(1.5 - 2.8)*
V00-Y99	**Cause esterne di mortalità**	**552**	**42,4**	**14,0**	**1,8**	**(1.6 - 2)**

Fonte: Istat, Indagine sui decessi e le cause di morte

In tabella sono riportate le proporzioni e le misure di associazione per le malattie raggruppate secondo i settori della classificazione Icd10 e per le categorie (codici a tre caratteri). Sono presentati tutti i settori Icd10 in cui ci siano stati almeno 10 casi. Per le categorie, invece, sono riportate solo quelle con almeno 10 casi e per le quali sia stato rilevato un valore significativamente positivo dell'associazione (valore inferiore dell'intervallo di confidenza al 95% superiore a 1).

Bibliografia

EMCDDA – "Mortality Related to Drug Use in Europe: Public Health and Implication". 2011. *http://www.emcdda.europe.eu/publications/selected-issues/mortality*)

EMCDDA – "European Drug Report 2015. Trends and developments 2014"

Nunziata Barbera, Francesco Paolo Busardò,Francesca Indorato, Guido Romano. "The pathogeneticnrole of adulterants in 5 cases of drug addicts with a fatal out come". Forensic Sci.Int. 227 (2013) 74-76.

Francesco Grippo, Marilena pappagallo, Alessandra Burgio, Roberta Crialesi. "Drug induced mortality: a multiple case report on Italian causes of death Register" Epidemiology Biostatistics and Public Health – 2015 vol. 12, Issue 1, Suppl. 1, e1-e13,

Borriello R, Carfora A,Cassandro P,Petrella R. "A five years study on drug-related deaths in Campania (Italy)" Annali dell'Isstituto Superiore di Sanità, 2014, 50(4):328-33. DOI:10.4415/ANN_14_04_06.

DCSA, Ministero dell'Interno, Relazione annuale relativa all'anno 2014.

http://img.poliziadistato.it/docs/annuale

Capitolo 5. Accertamenti lavorativi

A cura del Ministero della Salute

5.1 Dati sugli accertamenti sanitari di assenza tossicodipendenze e di assunzione di sostanze stupefacenti o psicotrope negli ambienti di lavoro

Introduzione sul quadro legislativo in materia di prevenzione e sicurezza nei luoghi di lavoro

Le attività di indirizzo normativo e di coordinamento in tema di salute e sicurezza sul lavoro sono state affidate, a livello centrale e per le rispettive competenze, al Ministero del Lavoro e delle politiche sociali e al Ministero della Salute e, a livello territoriale, alle Regioni e Province Autonome di Trento e di Bolzano.

Sono state inoltre ampliate le funzioni assegnate ad INAIL, cui è stato affidato un ruolo centrale nell"ambito del sistema di prevenzione, in termini di sostegno al Ministero della Salute e alle Regioni e Province Autonome per le azioni strategiche a carattere preventivo.

Una delle novità di maggior peso sotto il profilo sostanziale introdotte dal D.Lgs 81/08, rispetto al D.Lgs 626/94, ha riguardato l"evoluzione del concetto di "sorveglianza sanitaria" che, come sintetizzato nella definizione dell"articolo 2, interessa ormai l"intero ambito di tutela dello stato di salute e sicurezza dei lavoratori, nei confronti dei rischi professionali, ambientali ed organizzativi, presenti nel luogo di lavoro.

La sorveglianza sanitaria, da semplice procedura di controllo per la diagnosi precoce di malattie professionali e verifica dello stato di salute, si è di fatto trasformata in un insieme di procedure a tutto campo di monitoraggio sanitario, giustificato da evidenze scientifiche e da presupposti giuridici, di fattori predisponenti eventi infortunistici e malattie professionali, che vedono al centro sia il lavoratore, in quanto individuo esposto a rischi particolari di tipo individuale, sia l"intera comunità di lavoratori, questi ultimi esposti collettivamente in un determinato contesto ambientale ed organizzativo lavorativo al rischio di malattie professionali o di infortunio.

Tale evoluzione si basa su una valorizzazione del ruolo e della funzione del medico competente, che può ritenersi un "consulente globale" per la tutela della salute e sicurezza dei lavoratori ed anche una sorta di sentinella avanzata, in grado di verificare sul campo gli effetti delle misure di prevenzione adottate e di individuare precocemente i fenomeni negativi, legati ai nuovi rischi professionali per la salute, in relazione all"utilizzazione di nuove tecnologie, nuovi materiali, nuovi modelli organizzativi e ritmi produttivi, che possono emergere attraverso un"attenta analisi dei dati sanitari e di rischio dei lavoratori sottoposti a sorveglianza sanitaria.

Il presente lavoro di raccolta e di prima analisi, su scala nazionale, delle informazioni relative ai dati collettivi aggregati sanitari e di rischio dei lavoratori sottoposti a sorveglianza sanitaria nell"anno 2013, inviate con l"allegato 3B dai medici competenti, ai sensi dell"articolo 40 del Dlgs 81/08, pur con i limiti statistici evidenziati nello stesso documento e la necessità di cautela nella lettura dei dati indicati, tratteggia un primo quadro di riferimento generale della popolazione di lavoratori sottoposti a sorveglianza sanitaria.

L"articolo 8, comma 6 del D. Lgs. 81/2008, declina i contenuti che devono comporre i flussi informativi del SINP (sistema informativo nazionale per la prevenzione nei luoghi di lavoro) di cui INAIL è titolare del trattamento dei dati e garante della gestione tecnica e informatica, specificando che essi devono riguardare, tra gli altri, il "quadro dei rischi anche in un"ottica di genere" e il "quadro di salute e sicurezza dei lavoratori e delle lavoratrici".

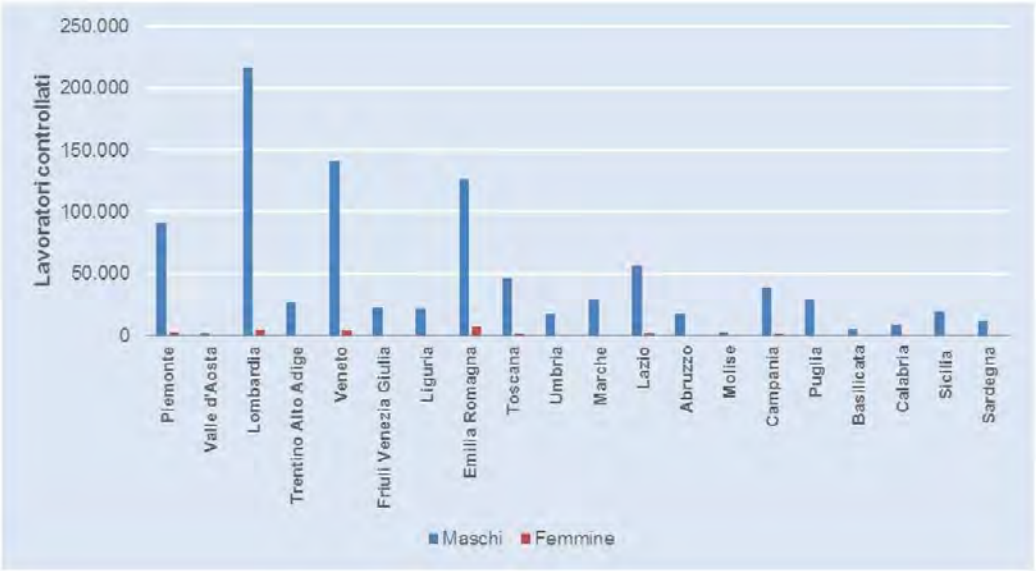
I dati aggregati contenuti nel "cruscotto di monitoraggio" del portale INAIL costituiscono oggi un patrimonio informativo di grande rilevanza per la definizione di un quadro dei rischi indispensabile ad individuare, a livello centrale, obiettivi e programmi delle politiche nazionali di prevenzione ed a indirizzare e programmare le attività di prevenzione a livello territoriale, sviluppando piani che tengano conto delle specificità dei singoli territori.

Uso di sostanze stupefacenti: lavoratori sottoposti a controllo

Il numero di lavoratori sottoposti a controllo per sostanze stupefacenti varia significativamente da regione a regione e rispetto al sesso: nella Figura 129 viene mostrata la distribuzione dei lavoratori sottoposti a controllo per l"uso di sostanze stupefacenti nel 2013.

Riguardo ai lavoratori controllati per l"uso di droghe, rileva il dato della la regione Lombardia con oltre 200.000 maschi controllati, seguita da Veneto ed Emilia Romagna con circa 130.000 maschi; in tutte le altre regioni il numero dei lavoratori maschi controllati è ampiamente al di sotto di 100.000.

Figura 129: Numero di lavoratori sottoposti a controlli per uso di sostanze stupefacenti per regione e per genere.Anno 2013



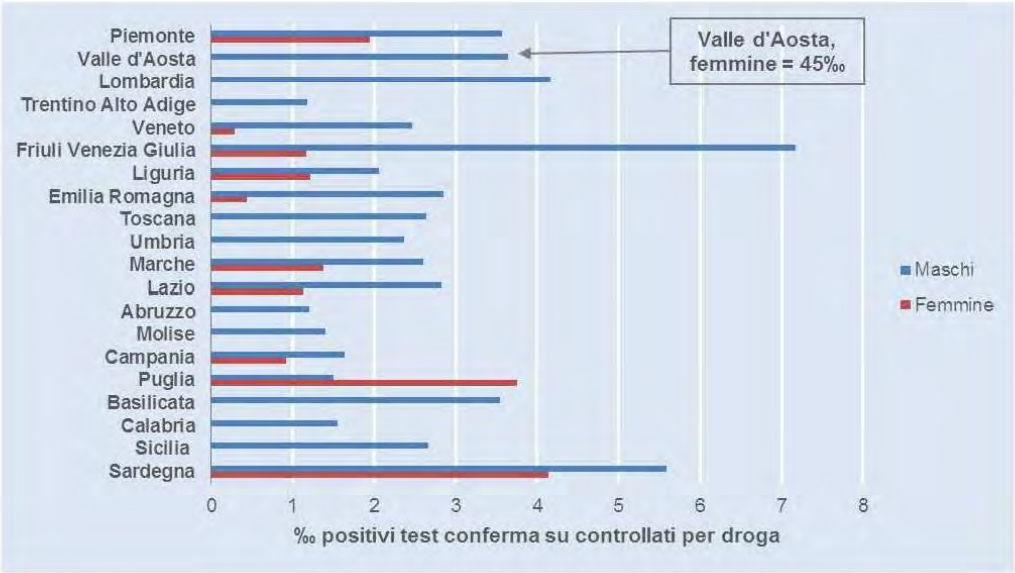
Una particolarità della distribuzione dei lavoratori sottoposti a verifiche per uso di droghe è che la quasi totalità dei controllati è di sesso maschile, essendo in questo caso la presenza femminile quasi nulla in percentuale. Tali evidenti differenze per genere riflettono la diversa distribuzione di maschi e femmine per comparto produttivo: i maschi si collocano più spesso nei comparti dove

l"uso di droghe è più monitorato perché sono più frequenti le mansioni che prevedono l"obbligo di accertamento.

Il dato forse più interessante che è possibile estrarre da questa sezione delle comunicazioni dei medici competenti è costituito dall"esito dei controlli effettuati per sostanze stupefacenti.

Preliminarmente si segnala che i controlli per l"uso di droghe si articolano in due fasi: dapprima viene somministrato un test di screening al campione di lavoratori da controllare, test che presenta un basso livello di affidabilità in caso di esito positivo, ma risulta attendibile per gli esiti negativi. Pertanto, agli individui che risultano positivi al test di screening viene somministrato un test di conferma ad alto valore predittivo. Facendo riferimento a quest"ultimo test, in Figura 130 viene mostrato il numero (moltiplicato per mille) di lavoratori positivi ai test di conferma per droghe sul totale di lavoratori controllati nel 2013, per regione e per sesso. Nel grafico non è stato proiettato il valore registrato dalle lavoratrici in Valle d"Aosta (45‰), in quanto dipende dal contingente di partenza estremamente esiguo: la sua presenza rendeva tutti gli altri valori meno leggibili.

Figura 130: Lavoratori positivi ai test di conferma sul totale lavoratori soggetti a verifiche per droga (per mille), per genere e regione. Anno 2013

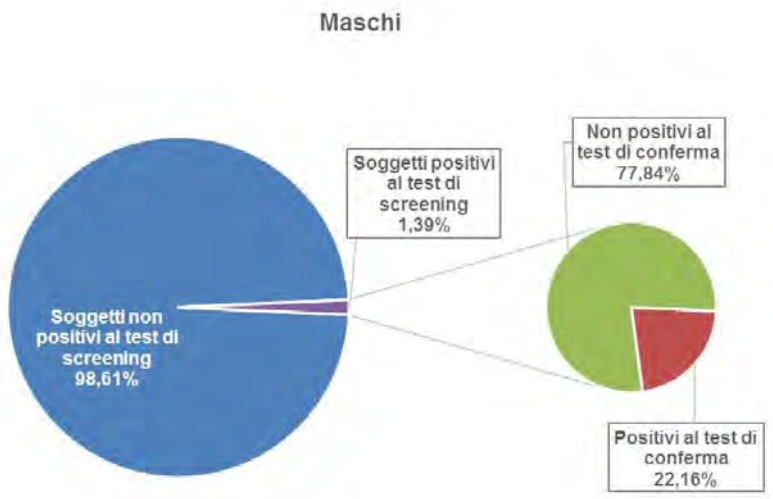


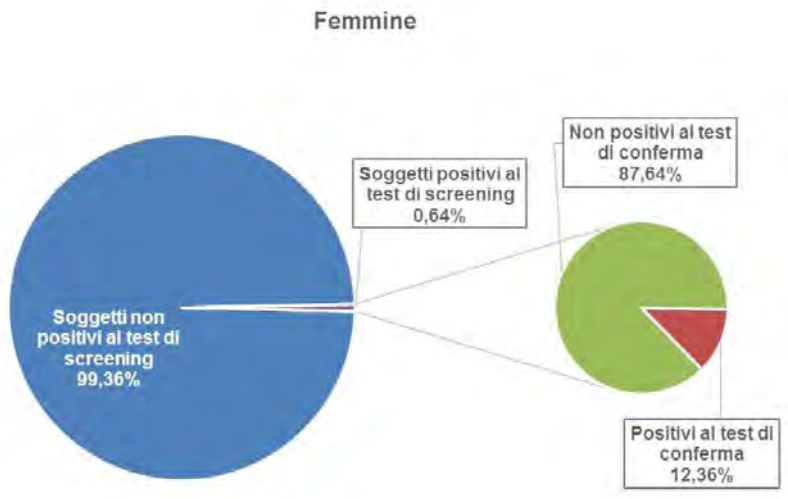
A parte questo valore anomalo, si può osservare il picco del Friuli Venezia Giulia, dove 7 lavoratori su mille controllati risultano positivi ai test di conferma per droghe, seguito da Sardegna (circa 6‰ per i maschi e 4‰ per le femmine), Lombardia, Valle d"Aosta, Piemonte, Basilicata (circa 4‰ per i lavoratori maschi) e Puglia (4‰ per le lavoratrici femmine). Tutte le altre regioni si assestano su valori inferiori al 3‰.

Tornando alla distinzione tra test di screening e test di conferma, può essere utile osservare i grafici riportati in Figura 131. In tale figura si riportano, distintamente per sesso e facendo riferimento all"intero contingente nazionale riferito al 2013, le percentuali di soggetti positivi ai test di screening e, rispetto a questo insieme, le percentuali di soggetti positivi ai test di conferma. Le differenze tra i due generi sono notevoli e meritano di essere commentate. La percentuale di positivi ai test di screening del campione di lavoratori ispezionati è pari a 1,39, oltre il doppio

rispetto allo stesso dato per le lavoratrici (0,64%). Di questo sottoinsieme, nel caso dei maschi il 22,16% è risultato essere positivo agli ulteriori test di conferma, contro il 12,36% osservato nel sottoinsieme femminile.

Figura 131: Percentuale di positivi ai test di screening sui controllati per droga e percentuale di positivi ai test di conferma sul totale positivi ai test di screening a livello nazionale secondo il genere. Anno 2013





Questi risultati mettono in luce non solo le differenze rispetto al fenomeno "uso di stupefacenti" osservabili tra lavoratori di genere diverso, ma anche la bassa validità predittiva dei test di screening, specialmente per i maschi, che (stando ai dati del 2013) hanno solo il 20% di probabilità di risultare positivi ai test di conferma laddove siano risultati positivi al test di screening, probabilità che diminuisce al 12% nel caso delle lavoratrici.

PARTE III. INTERVENTI SANITARI E SOCIALI

Capitolo 1. Rete dei Servizi e modelli di funzionamento

A cura del Gruppo tecnico interregionale Tossicodipendenze della Conferenza delle Regioni e P.A., del Ministero della Salute, degli organismi del privato sociale e dei servizi pubblici, di Esperti, del Dipartimento Politiche Antidroga

1.1 Le politiche nazionali e regionali

La presente sezione della Relazione al Parlamento rappresenta il risultato del confronto tra il Governo Centrale e le Regioni e P.A. sotto i seguenti aspetti tra loro strettamente interconnessi:

- raccolta, condivisione ed elaborazione dei dati dei flussi informativi regionali con il Ministero della Salute
- confronto interno interregionale (Gruppo Tecnico Interregionale Tossicodipendenze)
- approfondimento e condivisione di temi specifici con i soggetti maggiormente rappresentativi del Terzo settore (Privato sociale).

Tale processo è finalizzato ad approfondire e migliorare le politiche sanitarie e socio-sanitarie nel campo delle dipendenze.

- ***I Livelli Essenziali di Assistenza***

La revisione del titolo V° della Costituzione (Legge Costituzionale 18 ottobre 2001 n.3) ha ridisegnato il quadro generale delle attribuzioni di competenze dello Stato, delle Regioni e degli Enti Locali. Lo Stato ha legislazione esclusiva nella determinazione dei livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali che devono essere garantiti su tutto il territorio nazionale, ivi inclusi i livelli Essenziali di assistenza, (LEA), emanati con Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri, previa definizione ed approvazione con accordi, nell‟ambito della Conferenza Stato/Regioni. Si è pertanto ulteriormente rafforzato il ruolo delle Regioni e Province autonome che hanno la piena responsabilità circa l‟organizzazione dei Servizi sanitari Regionali e l‟erogazione delle prestazioni sanitarie.

Gli attuali Livelli Essenziali di Assistenza sono stati definiti con il Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 29 novembre 2001, entrato in vigore il 23 febbraio 2002. I LEA relativi all‟assistenza nell‟ambito delle patologie da dipendenza sono compresi nell‟area “assistenza distrettuale”, corrispondente alle attività e ai servizi sanitari e sociosanitari ambulatoriali e domiciliari, ai servizi semiresidenziali e residenziali. Con riferimento alle dipendenze e alle relative prestazioni previste dai LEA sul territorio nazionale, si riportano di seguito i principali riferimenti legislativi:

- DPR 1° ottobre 1990, n. 309 (TU disciplina stupefacenti).
- Provvedimento 21 gennaio 1999 Accordo Stato Regioni per la "Riorganizzazione del sistema di assistenza ai tossicodipendenti."

- Legge 30 marzo 2001, n. 125 in materia di alcol e problemi alcol correlati;
- Provvedimento 5 agosto 1999 - Intesa Stato-Regioni "Determinazione dei requisiti minimi standard dei servizi privati di assistenza ai tossicodipendenti.";
- D.lgs. 19 giugno 1999 n.229 (norme di razionalizzazione del SSN)
- D.lgs. 22 giugno 1999, n. 230; (riordino della medicina penitenziaria)
- D.M. 21. 4. 2000 "Progetto Obiettivo Tutela della salute in ambito penitenziario";
- DPCM 14 febbraio 2001in materia di prestazioni socio-sanitarie
- DPCM 1° aprile 2008 in materia di sanità penitenziaria.

Si sottolinea che alla data di redazione della presente sezione è in corso di definizione l"aggiornamento dei LEA.

- ***Il Sistema Informativo Nazionale Dipendenze (SIND)***

La raccolta e analisi dei dati sui servizi e sull"utenza sono gestite al livello nazionale dal Ministero della Salute e al livello locale dalle singole Regioni e P.A.

Nel contesto del Nuovo Sistema Informativo Sanitario (NSIS) è stato definito il **Sistema Informativo Nazionale Dipendenze (SIND)** con le finalità e secondo le indicazioni del D.M. 11 giugno 2010 "Istituzione del sistema informativo nazionale per le dipendenze" di:

- monitorare l'attività dei servizi, con analisi del volume di prestazioni e valutazioni epidemiologiche sulle caratteristiche dell'utenza e sui piani di trattamento;
- supportare le attività gestionali dei Servizi, per valutare il grado di efficienza e di utilizzo delle risorse;
- supportare la costruzione di indicatori di struttura, processo ed esito, sia a livello regionale che nazionale;
- supportare la redazione della Relazione al Parlamento 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;
- adeguare la raccolta di informazioni rispetto alle linee guida dell'Osservatorio Europeo delle Droghe e Tossicodipendenze.

Il Decreto disciplina nel dettaglio la rilevazione delle informazioni relative agli interventi sanitari e socio-sanitari erogati da operatori afferenti al SSN nell"ambito dell"assistenza rivolta alle persone che fanno uso di sostanze stupefacenti o psicotrope (esclusi alcol o tabacco o comportamenti quali il gioco d"azzardo come uso primario); descrive inoltre le modalità di trasmissione, con cadenza annuale, di tali dati dalle Regioni e Province Autonome al NSIS.

Per ogni soggetto in trattamento presso i Servizi per le Tossicodipendenze (SerT), viene inviata, in forma aderente alle disposizioni del D.P.R. 9 ottobre 1990, n. 309 o comunque priva di dati direttamente identificativi, una serie di informazioni riguardanti:

- le caratteristiche socio-anagrafiche;
- la situazione patologica;
- l"uso di sostanze;

- i marker infettivologici;
- le terapie farmacologiche;
- le prestazioni erogate.

Oggetto di rilevazione, in particolare, è il singolo soggetto per il quale siano soddisfatti i seguenti requisiti:

1. accesso al servizio (Ser.T.), con specificazione se in ambito penitenziario
2. accertamento documentato (esame di laboratorio o diagnosi 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 (esclusi alcol o tabacco come uso primario) con frequenza occasionale, saltuaria o giornaliera
3. erogazione di almeno due prestazioni riferibili a definiti gruppi omogenei di prestazioni (compreso l‟invio in strutture socio-riabilitative) nel periodo di riferimento.

L‟unità di rilevazione del sistema informativo SIND è il singolo contatto del soggetto assistito dal servizio per il quale siano soddisfatti i tre requisiti precedentemente elencati. Per ciascun soggetto assistito devono essere rilevati tutti i contatti con i SerT presenti nella Regione o Provincia Autonoma nel corso del periodo di osservazione.

Con il termine "contatto" si intende la presa in carico assistenziale all‟interno della quale siano state erogate almeno due prestazioni tra quelle previste nei gruppi omogenei di prestazioni.

Poiché si è osservato che alcuni requisiti operano l‟esclusione a priori di un grande numero di utenti è in corso la revisione dei criteri sovra esposti per consentire una lettura del fenomeno più vicina all‟effettivo operato dei Ser.D. e che meglio descriva la popolazione in continuo mutamento che si rivolge a questi servizi.

Il flusso informativo SIND è suddiviso nelle seguenti macroaree:

- informazioni di carattere anagrafico sui servizi per le tossicodipendenze (archivio STRUTTURE)
- informazioni sull‟utenza assistita e sulle prestazioni erogate (archivio ATTIVITA‟)
- informazioni sul personale che opera presso i servizi (archivio PERSONALE)
- informazioni di tipo aggregato relative all‟esecuzione del test SIEROLOGICO HIV

Tale sistema, secondo le indicazioni del decreto istitutivo, è entrato a regime a decorrere dal 1° gennaio 2012.

La copertura informativa è è aumentata progressivamente nel corso degli anni. Per quanto riguarda l‟anno 2014 è pari al 96,6% su scala nazionale delle sedi ambulatoriali censite, con una distribuzione regionale come da seguente tabella.

Tabella 1. Percentuale di Ser.D. che hanno inviato i dati a SIND per Regione. Anno 2014.

Regione/PP AA.	Sedi rispondenti %
Piemonte	100%
Valle d'Aosta	100%
Lombardia	97,6%
Bolzano	100%
Trento	100%
Veneto	97,4%
Friuli-Venezia Giulia	100%
Liguria	100%
Emilia-Romagna	100%
Toscana	95,1%
Umbria	100%
Marche	100%
Lazio	76,1%
Abruzzo	100%
Molise	80,0%
Campania	97,8%
Puglia	100%
Basilicata	100%
Calabria	94,1%
Sicilia	98,0%
Sardegna	95,2%

- ***Il confronto interregionale***

Le differenze organizzative tra le regioni in ambito sanitario, rilevabili in molti settori, sono state affrontate nell‟ambito delle dipendenze in un‟ottica di confronto e di miglioramento reciproco, teso a offrire indicazioni tecniche per definire soluzioni organizzative nella erogazione dei LEA applicabili su tutto il territorio nazionale.

La scelta da parte delle Regioni e P.A. di favorire un confronto deriva dalla comune visione che l‟ambito delle dipendenze sia connotato:

- dalla mutevolezza e complessità del fenomeno che necessita di una costante attenzione ai cambiamenti (cambiamenti sociali, di consumo, di welfare, di mercato, etc.)
- dalla molteplicità dei sistemi coinvolti (sanitario, sociale, giustizia, formazione e lavoro, ecc.);

- dalla presenza di un Privato no profit, accreditato o convenzionato (di seguito "Privato") senza fini di lucro storicamente significativo nella costruzione di modelli di intervento
- dalla presenza di competenze professionali e scientifiche che si formano sul campo e non in specifiche scuole di specializzazione, e che offrono un importante contributo alla innovazione delle conoscenze e dei saperi
- dalla condivisione della natura multifattoriale delle patologie da dipendenza, da cui deriva la necessità di integrazione teorica, clinica ed operativa tra le differenti discipline

Il costante mutare degli scenari nell"ambito delle Dipendenze (si pensi alla continua creazione di nuove sostanze e/o al mix delle stesse, come le multiformi modalità di assunzione di sostanze già conosciute – ad esempio l"eroina fumata – e la conseguente immissione sul mercato, oggi soprattutto attraverso il canale di internet) costringe i sistemi di prevenzione, cura e riabilitazione, del pubblico e del Privato, a studiare e riscrivere nuovi paradigmi e scenari di intervento.

Le Regioni e le P.A. hanno quindi il compito di comprendere questi cambiamenti, con il supporto dei professionisti e degli enti pubblici e privati che operano nel campo.

Le variabilità di indirizzi, propri delle competenze regionali, si è quindi ancor più articolata in funzione delle diverse sensibilità ed orientamenti che si sono manifestati nei diversi territori, rappresentate dagli interlocutori locali.

È stato quindi indispensabile monitorare ed analizzare le diversità di strategie e di soluzioni operative adottate nelle realtà regionali, dotandosi di un sistema di "lettura comparata", che fungesse da base per approfondimenti e scambi di buone prassi da un lato e da elemento per la elaborazione di documenti e provvedimenti istituzionali dall"altro.

Il primo momento di confronto su scala nazionale è stato realizzato in concomitanza della conferenza nazionale sulle droghe di Trieste del 2009, a seguito della quale le Regioni e P.A. hanno organizzato un lungo percorso di confronto anche con i principali stakeholder (servizi pubblici, Privato, organizzazioni sindacali, società scientifiche, associazionismo).

Gli esiti di questo confronto hanno determinato:

- La sottoscrizione del primo Accordo tra la Conferenza delle Regioni e PA, FICT, CNCA e Consulta delle Società Scientifiche e delle Associazioni Professionali nel campo delle Dipendenze Patologiche (Accordo del 29 ottobre 2009).
- La realizzazione del primo evento pubblico organizzato dalla Conferenza delle Regioni e P.A. svoltosi a Torino nel dicembre 2009 dal titolo "La Governance delle dipendenze", atto a fare emergere i punti di forza e debolezza dei sistemi locali.

L"Accordo del 2009 prevedeva:

1. la definizione, in accordo con le Regioni e PA, del prodotto terapeutico erogato;
2. la diversificazione progressiva dell"offerta terapeutica in base ai bisogni delle persone con problemi di dipendenza, opportunamente rilevati, e delle Linee di Indirizzo della programmazione regionale;

3. l‟adozione di modalità organizzative che favoriscano la più ampia integrazione tra i servizi pubblici e privati;
4. la promozione di una formazione permanente e integrata del proprio personale;
5. l‟adozione di una metodologia di intervento fondata sulla valutazione dei risultati, nel rispetto del diritto delle persone con problemi di dipendenza ad accedere a cure ed interventi di comprovata efficacia su tutto il territorio nazionale.

Le conclusioni della Conferenza delle Regioni e P.A. hanno evidenziato la necessità di sviluppare corrette collaborazioni istituzionali tra il Governo nazionale, le Regioni Province autonome e le autonomie locali, favorendo una *governance* partecipata, per una concertazione delle strategie di intervento. A tal fine si è ritenuto opportuno rafforzare e strutturare il tavolo di lavoro interregionale in collaborazione con le più rilevanti reti del Privato, le Società Scientifiche e le Organizzazioni Sindacali, sollecitando la massima integrazione istituzionale, operativa e professionale. Infine veniva ribadita la necessità di una politica bilanciata e basata sui quattro pilastri (contrasto al narcotraffico, prevenzione, cura - riabilitazione, riduzione del danno), già adottata e raccomandata dalla Commissione Europea.

Nella medesima sede venivano evidenziate le principali criticità riscontrate nel sistema, relative a quattro fattori principali: a) emergenza carceri, connessa anche all‟attivazione delle misure alternative previste dalla normativa; b) recupero del divario tra le diverse Regioni; c) garanzia dell‟esigibilità dei LEA Sanitari e dei LIVEA Sociali; d) garanzia di risorse certe ed adeguate, funzionali al mantenimento ed al miglioramento dei servizi pubblici e del Privato.

Il successivo approccio di confronto Stato/Regioni in tema di dipendenze non ha favorito il necessario proseguo dei punti sopra citati pertanto si è interrotto quel percorso di positiva integrazione tra le istituzioni centrali, regionali e gli enti a vario titolo coinvolti.

Nel secondo semestre 2014 è stato ripreso il percorso di confronto/integrazione, che si manifesta ufficialmente con l‟apertura di tavoli istituzionali.

Le Regione e P.A. hanno riproposto un‟analisi comparata del sistema di governo e dell‟offerta dei servizi per le dipendenze, attraverso uno strumento di monitoraggio, già adottato per la Conferenza di Torino nel 2009.

In tale rilevazione, a cui hanno risposto tutte le Regioni e P.A. ad eccezione della Valle D‟Aosta, sono stati indagati:

1. l‟organizzazione dei livelli di governo regionale nell‟ambito delle dipendenze e le modalità e livelli di partecipazione al processo decisionale;
2. l‟organizzazione della rete dei servizi (tipologia di offerta di trattamento);
3. le risorse (umane, economiche, con specificazione dei costi per i servizi accreditati);
4. l‟utenza in trattamento.

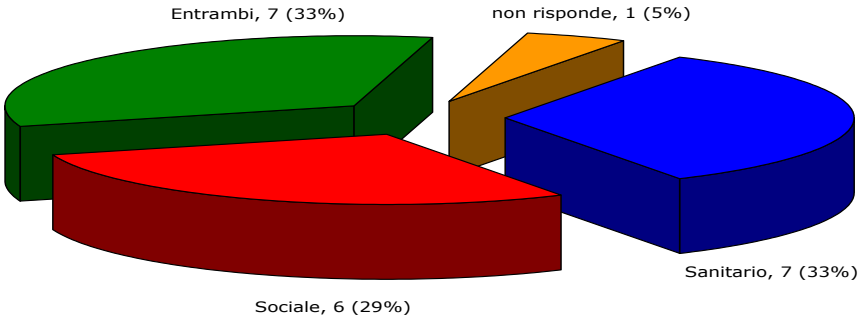
Ulteriore tema di confronto è stato realizzato nell‟ambito delle politiche e degli interventi di Riduzione del Danno e dei Rischi, attraverso la condivisione del lavoro di analisi coordinato dal CNCA, supportato dalla rete degli operatori attivi in questo ambito.

I dati emersi vanno valutati alla luce dell'attuale contesto socio-economico nazionale, caratterizzato da una costante e significativa contrazione delle risorse economiche, soprattutto per quanto riguarda il comparto della Sanità.

- ***Organizzazione dei livelli di governo regionale nell'ambito delle dipendenze (governo del sistema)***

Le Regioni e P.A. hanno definito in modo non omogeneo l'attribuzione della delega per il settore delle Dipendenze. In un terzo di casi la delega è in capo all'Assessorato alla Sanità, in un terzo all'Assessorato Politiche Sociali e nei restanti casi entrambi gli Assessorati sono coinvolti. Questi diversi approcci ben evidenziano la complessità del tema, che richiede contributi da entrambi i settori. La Conferenza dei Presidenti delle Regioni ha comunque deciso di garantire l'unitarietà dell'approccio attribuendo la competenza sul tema alla Commissione Salute, composta dagli Assessori alla Sanità. A questa Commissione fa riferimento il Gruppo Tecnico Interregionale Tossicodipendenze (GTIT), composto dai funzionari e tecnici delle singole Regioni e P.A.

Figura 1. Assessorato di riferimento.



- ***Modalità e livelli di partecipazione al processo decisionale (governance)***

La condivisione delle scelte di politica sanitaria e socio-sanitaria nelle dipendenze è un patrimonio storico derivante dalla funzione svolta nella comprensione del fenomeno e nell'erogazione di trattamenti da parte dei servizi pubblici e del Privato. Tale importante contributo ha determinato, nel tempo, una cultura diffusa di partecipazione alle scelte, con la realizzazione di processi, sempre presenti, di governance seppur attuati a livelli e con modalità e strategie diverse.

Parallelamente l'integrazione operativa tra Servizi Pubblici e del Privato che costituiscono a tutti gli effetti nel loro insieme il sistema di intervento pubblico per le dipendenze è un valore riconosciuto da tutte le Regioni e P.A.

Le modalità di *governance* è spesso definita con atti formali e non solo quali prassi consolidata.

Secondo la rilevazione, la *governance* pubblica si concretizza, a livello regionale, in particolare nelle attività di programmazione, nella identificazione di linee progettuali, in ambito

normativo/regolativo, nella formazione; con minore frequenza (6 regioni) nella programmazione degli investimenti.

In questa direzione il citato Accordo del 2009 ha costituito un traguardo significativo a livello interregionale, ma anche uno stimolo nella diffusione di principi e criteri per favorire la partecipazione al processo decisionale degli Enti, che a vario titolo operano nel campo.

Nonostante l'impegno preso in sede di Commissione Salute e di Conferenza Stato Regioni e P.A., tale Accordo è stato recepito formalmente in sole 6 regioni e non ha dato seguito ad un'applicazione omogenea. In ogni caso esso ha ispirato e sostenuto concretamente le azioni di programmazione di molte Regioni e PA.

Nello specifico 19 realtà regionali sono dotate di una normativa specifica sull'integrazione pubblico-privato ed in tutte Regione sono attivi Tavoli misti, definiti con atti formali (6 realtà su 16) o individuati su specifiche tematiche (10 realtà su16).

Al livello locale di azienda sanitaria analogo processo di confronto e di condivisione avviene tra i Servizi Pubblici ed i servizi del Privato, generalmente sulle medesime tematiche trattate al livello centrale regionale.

Figura 2. Temi su cui le Regioni e P.A. chiamano a confronto i Ser.D. ed il privato sociale

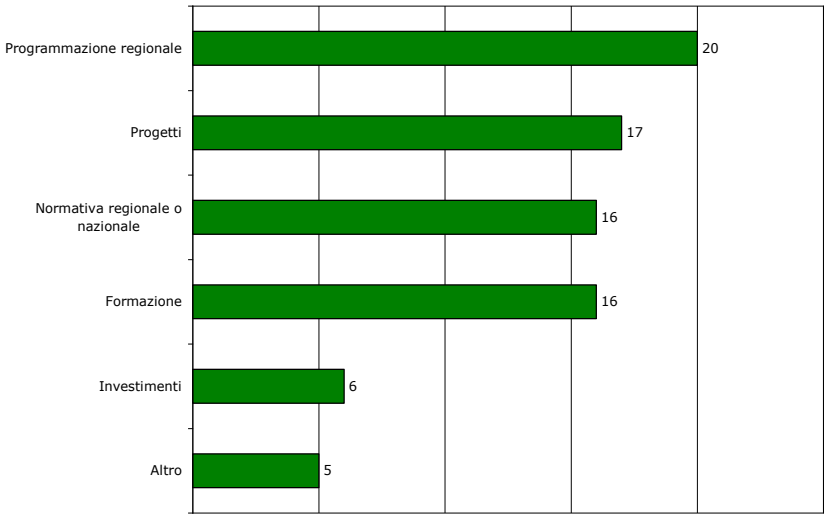
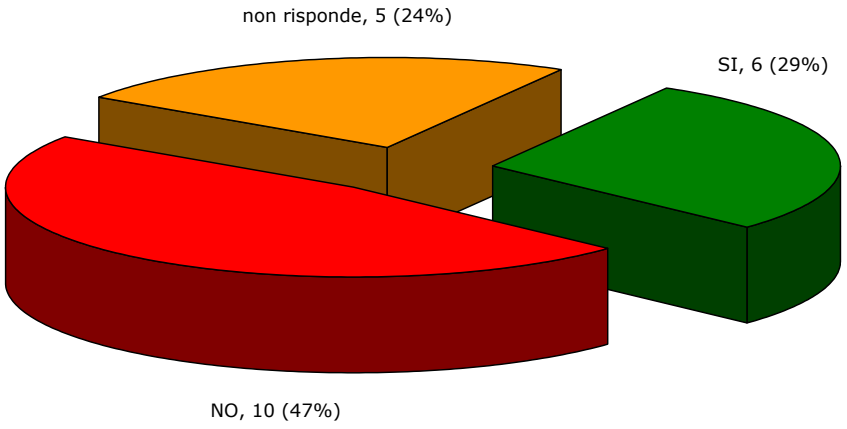


Figura 3. Recepimento Accordo del 2009: 6 realtà hanno dichiarato il recepimento.



1.2 Organizzazione della rete dei servizi

Le Regioni e PA, in funzione delle competenze loro attribuite, organizzano la rete dei servizi coerentemente con l"analisi dei bisogni e della domanda di trattamento localmente elaborata e con le strategie di politica sanitaria adottate.

Tuttavia, il confronto continuo tra le Regioni e gli altri livelli istituzionali, lo scambio di informazioni e la condivisione di buone pratiche tra gli operatori dei servizi di realtà diverse, hanno fatto sì che la rete dei servizi per le dipendenze presenti numerosi elementi trasversali su tutto il territorio nazionale, caratterizzandone la peculiare specificità, ovvero:

- Il riconoscimento del ruolo svolto dai servizi per le dipendenze quale osservatori capaci di comprendere l"evoluzione del fenomeno e nel tempo capaci di modificare l"offerta di trattamento. Gli stili di consumo presentano, infatti, scenari inimmaginabili fino a pochi anni fa, determinando una domanda di trattamento che si è profondamente modificata negli anni. L"uso di sostanze come la cocaina, il THC o la stessa eroina coinvolge sempre più spesso una fascia di popolazione variegata, professionalmente inserita in vari ambiti produttivi e con un certo grado di istruzione. Ciò ha condotto a programmare nel tempo una diversificazione nell"offerta di trattamento, al fine di rispondere ad una molteplicità di bisogni non più identificabili con quelli fondanti i primi servizi per le dipendenze, rivolti quasi esclusivamente al tossicodipendente da eroina, emarginato sociale e facilmente identificabile e stigmatizzabile dalla società odierna. Tali cambiamenti hanno determinato un necessario aggiornamento per gestire e curare soggetti con quadri clinici (determinati da nuove sostanze, caratterizzati da comorbilità, cronicità, ecc) o appartenenti a fasce di popolazione (giovanissimi, stranieri, ecc) non trattati in precedenza.
- La mutevolezza e complessità del fenomeno delle Dipendenze coinvolge molteplici sistemi, che travalicano quelli esclusivamente sanitari e sociali. L"organizzazione dei servizi per le dipendenze, pertanto non può prescindere da una visione multiprospettica, centrata sul lavoro di rete e sulla sinergia di politiche locali.

- Il trattamento delle patologie da dipendenza richiede pertanto un‟elevata competenza professionale, caratterizzata dalla capacità di lavorare in equipe trattamentali multiprofessionali ed in reti intersistemiche, nonché dalla capacità di un continuo aggiornamento e rimodulazione dell‟agire professionale. La gestione di trattamenti integrati, come da indicazioni EBM, il lavoro di rete e l‟aggiornamento continuo connotano i servizi per le dipendenze in maniera peculiare e differente da quella attuata in altri ambiti.

Le Regioni e P.A., seppur nelle diverse soluzioni organizzative prescelte ed in relazione alle risorse disponibili, hanno modulato e organizzato la rete dei servizi per le dipendenze in funzione di tali elementi: innovazione, lavoro di rete, integrazione multiprofessionale.

- ***Offerta ambulatoriale: i Ser.D***

Negli anni Novanta, con l‟emersione della diffusione dell‟eroina e delle patologie infettive correlate, sono state emanate importanti normative di settore, tra cui quelle di istituzione e di funzionamento dei servizi per le tossicodipendenze con l‟articolo 27 della Legge 26 giugno 1990, n.162, e nell‟ambito del DPR 309/90, "Testo unico delle leggi in materia di disciplina degli stupefacenti e sostanze psicotrope, prevenzione, cura e riabilitazione dei relativi stati di tossicodipendenza" art.118 viene definita l‟organizzazione dei Ser.T. presso le unità sanitarie locali.

Alcuni atti successivi specificano il funzionamento dei servizi, con le integrazioni avvenute nel corso degli anni (D.M. 444/90, Legge 18 febbraio 1999 n.45; Accordo C.U. 21.01.99 rep atti n. 593).

Con la revisione del Titolo V della Costituzione, le Regioni e P.A. hanno assunto piena responsabilità circa l‟organizzazione dei servizi sanitari regionali, nel rispetto dei LEA emanati con DPCM e definiti nell‟ambito di Accordi in Conferenza Unificata.

Con la Legge 79 del 2014 sono stati ridenominati i servizi pubblici: Ser.D. – servizi pubblici per le dipendenze. Tale modificazione evidenzia il cambiamento culturale e di mandato istituzionale ormai riconosciuto a questi servizi: non si tratta più di assistere tossicodipendenti, principalmente da eroina, ma di fornire servizi di elevata specializzazione a soggetti con diverse tipologie di patologie da dipendenza, sia da sostanze illegali e legali che con dipendenze senza sostanza.

Negli anni, quindi, le Regioni e P.A., i singoli servizi e la comunità professionale hanno attuato, ciascuno per le proprie competenze, una diversificazione dell‟offerta, in funzione della domanda di salute, delle conoscenze scientifiche e delle esperienze cliniche.

I Ser.D. assicurano l‟accesso alle cure diretto, nella garanzia all‟anonimato, in un‟ottica di integrazione multidisciplinare.

Ogni paziente riceve un trattamento personalizzato, in funzione della valutazione diagnostica, attraverso la costruzione di un percorso terapeutico individuale costruito in accordo col paziente stesso. Il piano di trattamento, definito dal Ser.D., può essere realizzato in ambito ambulatoriale / domiciliare, semiresidenziale o residenziale.

Oltre ai trattamenti per i soggetti presi in carico, i Ser.D. assicurano attività di prevenzione e di reinserimento, anche in collaborazione con altre articolazioni del SSR e con altri Enti Locali.

Inoltre, sono state attribuite ai Ser.D. funzioni non precedentemente svolte, che indicano anche un‟evoluzione del ruolo e della diversa rappresentazione sociale loro attribuita.

Tra i temi emergenti dell‟intervento nel settore FeDerSerD propone:

- la necessaria precocità nell‟intervento;
- la cronicità e la continuità assistenziale;
- i minori e le funzioni genitoriali;
- l‟intervento di prossimità e di ascolto;
- le urgenze e le estreme gravità;
- il tema droga e povertà;
- la riduzione del danno e dei rischi;
- il rapporto con i Medici di Medicina Generale (MMG) e la rete delle cure primarie in genere;
- la complessità di interpretazione del fenomeno GAP (gioco d‟azzardo patologico).

Per quanto attiene alla c.d. "cronicità" bisogna sottolineare che l‟intervento dei Servizi pubblici per le dipendenze in Italia ha garantito la presa in carico e la ritenzione in trattamento di ampie fasce di tossicodipendenti da eroina, anche attraverso il trattamento di mantenimento in terapia farmacologica sostitutiva, seguendo consolidate evidenze scientifiche internazionali. Questo ha avuto conseguenze importanti in termini di riduzione o contenimento della trasmissione delle infezioni per via iniettiva e degli episodi di overdose, in termini di maggiore integrazione sociale e di una maggiore cura di sé e della propria salute, riducendo pertanto la mortalità precoce di cui è portatrice la popolazione dei tossicodipendenti da eroina. Questo ha consentito alla popolazione dei trattati di sopravvivere alle conseguenze della propria dipendenza e ha prodotto un progressivo invecchiamento della popolazione trattata, uno tra gli *outcome* positivi in termini di impatto sulla salute dell‟intervento dei Servizi. Individuare modelli di intervento adatti ad affrontare le problematiche legate al progressivo invecchiamento della popolazione assistita rappresenta una delle importanti sfide del prossimo futuro del Servizio Sanitario nel suo complesso.

Oltre a quanto sopra menzionato, negli ultimi anni il personale dei servizi per le Dipendenze è stato chiamato ad essere componente delle Commissioni Medico Locali per valutare le persone fermate dalle Forze dell‟Ordine per guida in stato di alterazione psicofisica, ovvero a valutare e certificare eventuali patologie/assenze di patologie da dipendenza nell‟ambito degli accertamenti dei lavoratori che rientrano nelle cosiddette Mansioni a rischio" di cui alle Intese Stato-Regioni e PA del 2006 e 2007 e ai disposti di cui al Decreto Legislativo 81 del 2008 e s.m.i..

Fattore centrale nell‟organizzazione dei servizi pubblici è rappresentato dal modello generale adottato dalle Regioni e P.A. per la definizioni degli Atti di organizzazione delle Aziende Sanitarie Locali. Su questo tema gli orientamenti regionali evidenziano strategie diverse, tra il dare indicazioni vincolanti con modelli di funzionamento univoci (61%), ovvero offrire forti indicazioni lasciando autonomia alle singole Aziende di individuare soluzioni organizzative valide per lo specifico territorio (circa il 25%), ovvero lasciare totale autonomia organizzativa.

I modelli organizzativi dei servizi pubblici per le dipendenze più frequenti sono rappresentati dal modello dipartimentale (autonomo, integrato con Salute Mentale, integrato con altri servizi, come materno infantile o cure primarie) o dall'inserimento della singola Unità Operativa nel Distretto.

Dalla rilevazione delle Regioni e P.A. risultano presenti sul territorio nazionale 581 Ser.D. Il numero dei Servizi non coincide con il numero delle sedi (620) di erogazione delle singole prestazioni, che vengono attivate per rendere il servizio più accessibile a tutta la popolazione, come si evince dalla Tabella 2.

La dislocazione capillare dei Ser.D. garantisce un'ampia accessibilità alle cure, accessibilità favorita anche dai regimi di affidamento dei farmaci agonisti e, ove possibile, dalla collaborazione alla cura da parte dei medici di Medicina Generale e delle Cure Primarie.

Le equipe multiprofessionali sono portate a costruire una rete di collaborazione con le altre strutture aziendali e con le agenzie territoriali coinvolte negli interventi terapeutici, oltre che nella prevenzione.

Questa rete di collaborazioni costituisce la premessa e la spinta per una delle espressioni più qualificate del nostro SSN che è quella dell'integrazione socio-sanitaria.

Dalla lettura dei dati emerge la necessità di una maggiore condivisione di criteri affinché un servizio sia definito quale Ser.D. e non quale singola sede distaccata di erogazione prestazioni. Ad esempio: in alcuni casi la non disponibilità adeguata delle figure professionali prevista, determina la decisione di mantenere il presidio quale sede distaccata di altro Ser.D., in cui è possibile garantire l'intera gamma di trattamenti previsti.

Tabella 2. Numero Ser.D. e numero sedi ambulatoriali di erogazione prestazioni per singola Regione e P.A. Anno 2014

Regione/PP AA	N. Ser.D.	N. sedi erogazione prestazioni
Piemonte	67	91
Val d'Aosta	1	1
Lombardia	89	85
Bolzano	4	4
Trento	1	3
Veneto	38	39
Friuli Venezia Giulia	7	11
Liguria	16	16
Emilia Romagna	43	47
Toscana	40	41
Umbria	11	11
Marche	13	14
Lazio	46	46
Abruzzo	11	11
Molise	5	5
Campania	44	45

Puglia	54	55
Basilicata	6	6
Calabria	17	17
Sicilia	52	51
Sardegna	16	21
Totale	**581**	**620**

La gestione dei Ser.D. è quasi esclusivamente pubblica ad eccezione di 10 servizi in Regione Lombardia, accreditati con gestione privata.

L‟offerta ambulatoriale dei Ser.D., nella maggioranza delle Regioni e P.A. risponde alla domanda di cura della popolazione con patologia da dipendenza, senza distinzione tra le diverse tipologie di sostanze di abuso. In questi casi i servizi per la cura della tossicodipendenza coincidono con quelli per la cura dell‟alcolismo, fermo restando la costituzione di equipe di lavoro dedicate. Nelle altre Regioni e P.A. i servizi per l‟alcolismo o sono totalmente separati e distinti dai Ser.D. o sono non totalmente sovrapponibili.

Ne discende che la valorizzazione delle risorse (umane, economiche, di offerta terapeutica) immesse nel sistema riguardi nel primo caso l‟intera domanda di assistenza relativa sia ai tossicodipendenti che agli alcoldipendenti.

Analogamente l‟utenza in trattamento, riportata anche nella presente Relazione nel paragrafo successivo, non coincide con la totalità dell‟utenza in trattamento presso i Ser.D.

Dai dati SIND si evincono informazioni circa le prestazioni ambulatoriali, dirette all‟utenza con dipendenza da sostanze illegali, che rispondono ai criteri di inclusione del sistema stesso (vedi paragrafo precedente). Tale volume di prestazioni, come già evidenziato, non corrisponde quindi al volume di prestazioni totali erogate presso i Ser.D., che comprendono anche quelle rivolte a pazienti con altre dipendenze (alcol, tabacco, senza sostanza, ecc), quelle in ambito preventivo e quelle relative alle consulenze previste per controlli sanitari (mansioni a rischio, patenti, ecc.).

Per quanto riguarda i soggetti con dipendenza da sostanze illegali e/o psicofarmaci non prescritti, il 57% dei soggetti ha avuto prestazioni farmacologiche con una media di 150 per utente, il 72% prestazioni psicosociali con una media di 15 per utente, il 77% prestazioni sanitarie diverse da quelle farmacologiche con una media di 21 per utente (Tabella 3).

Tabella 3. Numero di prestazioni e numero di prestazioni per utente per tipologia di prestazione erogata agli utenti tossicodipendenti trattati nei Ser.D. Anno 2014. Il totale ha dimensione regionale e non coincide con quello calcolato in riferimento ai Sert**.**

Tipologia Prestazione	Numero Soggetti	% su Totale Utenti (n=123.904)	Numero Prestazioni	Prestazioni per utente
Altro	93.685	75,6%	1.705.877	18,2
Farmacologico	70.699	57,1%	10.594.472	149,9
Psicosociale	89.583	72,3%	1.322.284	14,8
Sanitario	95.548	77,1%	1.983.887	20,8
			15.606.520	**126,0**

*Un soggetto che si rivolge ad n Sert è contato n volte nell'analisi per Sert ma solo una volta a livello regione. Un soggetto può effettuare più tipologie di prestazioni. Le percentuali sono calcolate sul numero totale di soggetti (123.904).

- ***Offerta residenziale e semiresidenziale***

I programmi residenziali e semiresidenziali costituiscono una risorsa importante, ampiamente utilizzata dai servizi nell"ambito di progetti terapeutici personalizzati. L"ampia gamma dei programmi disponibili, ad alto grado di specializzazione, associata al lavoro integrato tra le equipe dei Ser.D. ed i servizi residenziali e semiresidenziali, ha consentito di rispondere al mutare costante dei fenomeni di consumo/abuso/dipendenze, modellando i progetti terapeutici in relazione ai bisogni molteplici e variabili delle persone.

In questo senso, si segnala il differenziarsi della risposta residenziale, anche con programmi innovativi, in relazione all"incremento di forme variegate di multiproblematicità o di tipologie molto differenziate di pazienti: comorbilità psichiatriche (cd. "doppia diagnosi"), assenza/presenza di problemi organici, assenza/presenza di grave marginalità sociale, giovanissima età/invecchiamento della popolazione assistita, policonsumo. A tali profili molto differenziati, ma molto complessi dal punto di vista clinico si è risposto con la strutturazione di percorsi multidisciplinari ad alto grado di personalizzazione.

Su un diverso versante, la risposta residenziale è stata ampliata a problematicità emergenti, quali il gambling e le dipendenze da comportamenti, con moduli di trattamento specifici (ad es., residenzialità breve, interventi nel week end).

L"assistenza residenziale e semiresidenziale garantisce un"offerta totale su scala nazionale di 13.700 Posti.

La quasi totalità di tale offerta è gestita da organizzazioni del Privato, attore da sempre importante nel sistema della rete dei servizi e nella costruzione dei modelli di intervento per le patologie da dipendenza.

La tipologia dell"offerta tra le Regioni e P.A. è solo parzialmente comparabile, non essendoci una definizione unica dei trattamenti (quali prestazioni/interventi assistenziali per singola tipologia). Il seguente quadro si basa, pertanto, sulla denominazione del trattamento:

- Trattamenti Terapeutico Riabilitativi: i servizi residenziali e semiresidenziali sono presenti in tutto il territorio nazionale, ad eccezione del Friuli Venezia Giulia (solo residenziali) e del Molise.
- Trattamenti Pedagogico Riabilitativi: presenti in quasi tutte le Regioni e P.A.. In alcune Regioni (Piemonte, Liguria, Friuli Venezia Giulia, Veneto e Sicilia) questa tipologia non è erogata, in genere in funzione delle trasformazioni in altre tipologie assistenziali delle precedenti Comunità pedagogiche
- Trattamenti Specialistici: presenti in quasi tutte le Regioni e P.A. del Nord (ad eccezione del Friuli Venezia Giulia) e in tutte quelle del Centro (nel Lazio gestite tramite progetti, in attesa della conclusione del processo di accreditamento). Non presenti nelle Regioni del Sud. La tipologia di specialità è nella quasi totalità dell‟offerta rivolta a pazienti con comorbilità psichiatrica (doppia diagnosi), minori, madre-bambino. In alcune Regioni e P.A. sono presenti strutture dedicate a specifiche dipendenze (da alcol, da cocaina, da gioco d‟azzardo, ecc.). Alcune Regioni e P.A. infine hanno predisposto servizi specialistici (a diversa intensità assistenziale) per pazienti tossicodipendenti con patologie HIV.
- Prima Accoglienza: presenti solo in alcune Regioni e P.A.. In questo caso la discordanza nella denominazione dei servizi è maggiore. Per un approfondimento su questa tipologia si rimanda alla sezione relativa alla Riduzione del Danno.
- Centri di Osservazione, Diagnosi e Orientamento: anche in questo caso le differenze di denominazione e/o di attribuzione della funzione solo molteplici. Pertanto in alcune Regioni e P.A. sono presenti servizi residenziali/semiresidenziali deputati esclusivamente a tale funzione (Piemonte, Liguria, Emilia Romagna, Toscana, Umbria e Marche) in altri tali funzioni sono attribuite esplicitamente ad altri servizi.
- Altre tipologie: molte Regioni e P.A. hanno attivato altre tipologie di offerta (Lungodegenza, Case Alloggio, Minori coinvolti nel circuito penale, ecc.) in funzione della analisi della domanda e della programmazione locale.

In funzione delle diversità di denominazione dei trattamenti e delle modalità di rilevazione adottata si riporta il quadro dell‟offerta ripartito in tre categorie:

1. terapeutico riabilitativo;
2. pedagogico-riabilitativo;
3. nuove tipologie, in cui vengono comprese le specialistiche, la prima accoglienza e le altre tipologie definite dalle singole Regioni e P.A.

L‟offerta specifica (in funzione del numero dei Posti Letto) di ogni Regione e P.A. è illustrata nella Figura **4**, da cui emergono le scelte effettuate nella programmazione della rete dei servizi.

Tale quadro letto congiuntamente al rapporto tra numero dei posti residenziali/semiresidenziali disponibili e popolazione della fascia target (15-64 anni) mette in evidenza una disomogeneità nell‟offerta in questo ambito che merita di essere approfondita per meglio comprenderne le motivazioni e individuarne gli opportuni correttivi (Figura 5). Le differenze nella quantità di offerta dovrebbero essere messe in relazione con molteplici fattori:

a) diversità della problematicità locale e dei bisogni di cura;

b) diversità nell"offerta complessiva del sistema di cura (rapporto tra assistenza ambulatoriale, residenziale, interventi preventivi, ecc.);

c) diversità tra territori che richiedono forme differenziate di cura;

d) diversità di scelte di politica sanitaria pubblica, anche in relazione alle risorse disponibili.

Figura 4. I posti letto delle strutture pubbliche e private per Regione e P.A.

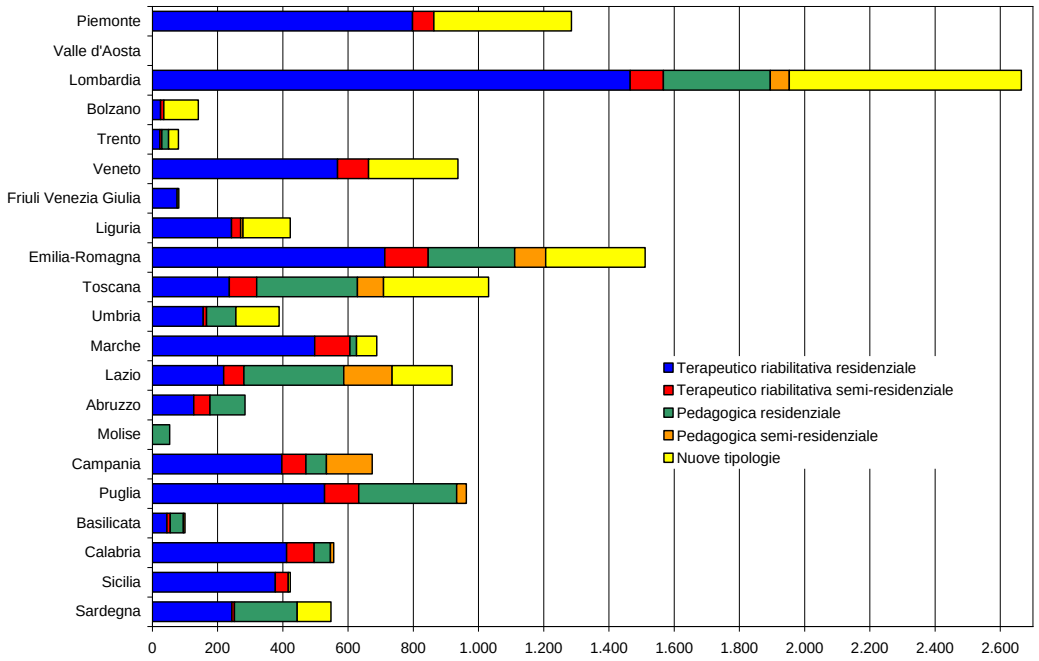
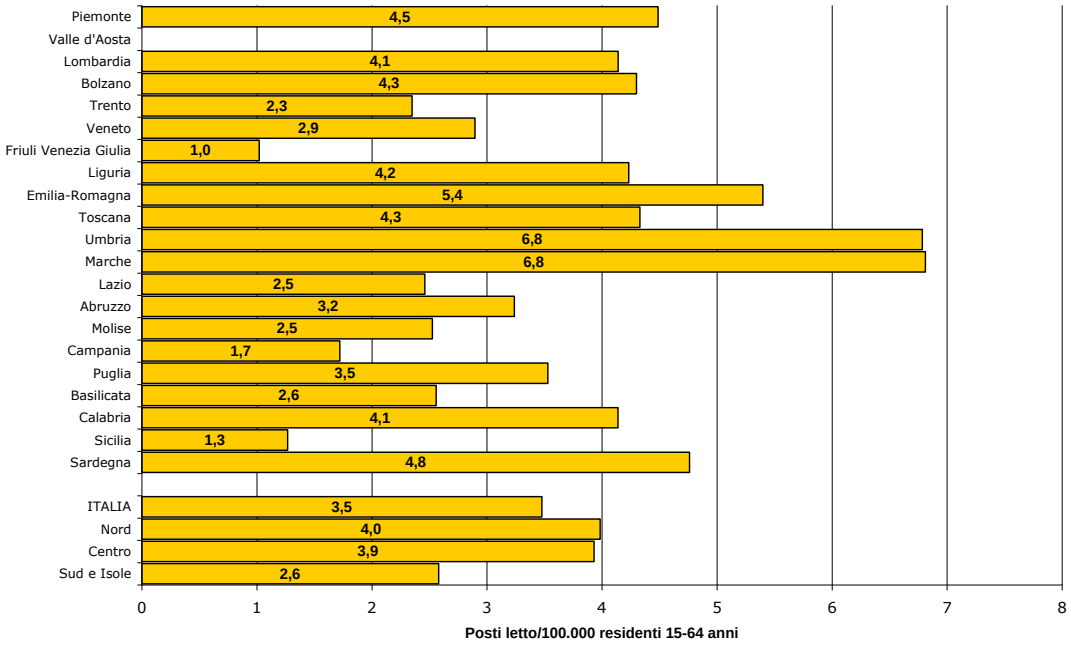


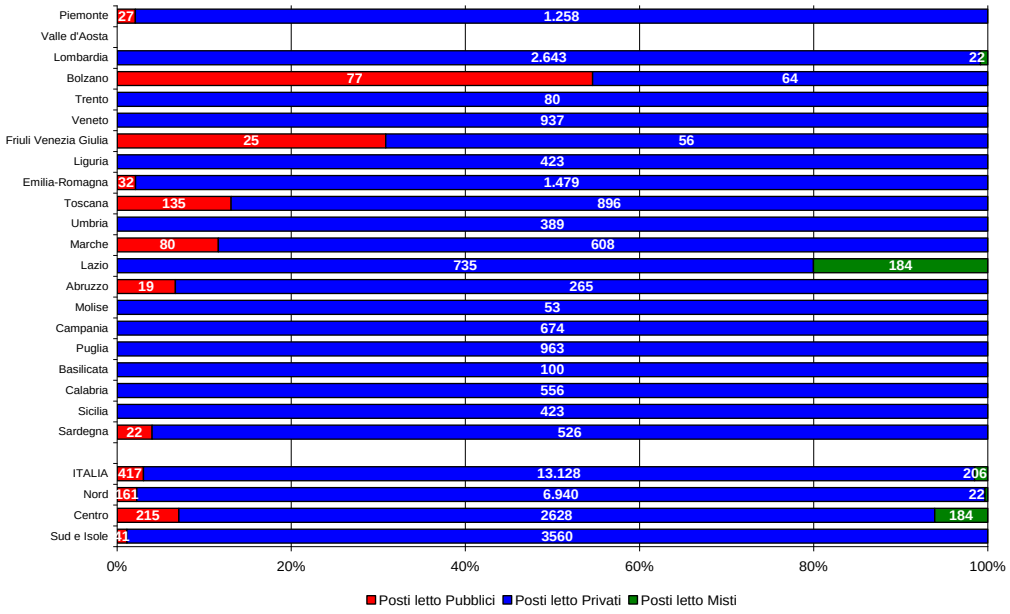
Figura 5. Posti letto totali su 100.000 residenti 15-64 anni



Infine, una considerazione sulla tipologia di ente gestore dei servizi residenziali/semiresidenziali, che sono nella quasi totalità di tipo Privato.

Esistono alcune Regioni e P.A. con un"offerta anche a gestione pubblica (Piemonte, Bolzano, Friuli Venezia Giulia, Emilia Romagna, Toscana, Marche, Abruzzo, Sardegna), anche se per un numero limitato di posti (in totale 376 Posti). In questo caso le tipologie a prevalente gestione pubblica riguardano trattamenti terapeutico riabilitativi e servizi specialistici doppia diagnosi (circa il 10% a gestione pubblica). In alcuni casi, soprattutto nel Lazio e per alcuni trattamenti in Lombardia, sono presenti servizi a gestione mista pubblico/privato (206 Posti).

Figura 6. Distribuzione percentuale dei posti letto nelle strutture residenziali e semiresidenziali per tipologia



- ***Accreditamento***

Dalla rilevazione regionale emerge che tutte le amministrazioni hanno recepito la normativa sull"accreditamento dei servizi (il Friuli VG e Sardegna non hanno inviato i dati). In 4 casi solo in relazione alle strutture private. L"emanazione di atti che regolamentano l"autorizzazione al funzionamento e l"accreditamento non coincide, di per sé, con la realizzazione e/o con la conclusione dell"intero percorso.

1.3 Risorse umane ed economiche

- ***Risorse umane Servizi Pubblici***

Da una prima analisi sulla composizione del personale dei servizi pubblici si evince una delle peculiarità dei Ser.D., ovvero la composizione multiprofessionale delle equipe, caratteristica comune a tutti i servizi del Paese. Questo elemento risulta essere di fondamentale importanza per

affrontare il mondo delle Dipendenze, contraddistinto da estrema complessità e mutevolezza. Dai dati SIND, il numero totale degli operatori dei Ser.D. nel 2014 si attesta a n. 7.958 unità (n. 6.924 unità se si considerano le unità equivalenti ovvero il personale part time considerato 50% del full time). Mediamente, in Italia, i Ser.D. hanno il 52% di figure professionali corrispondenti al medico e all'infermiere. Il restante 48% è composto da figure professionali quali: psicologo, assistente sociale, educatore, altro.

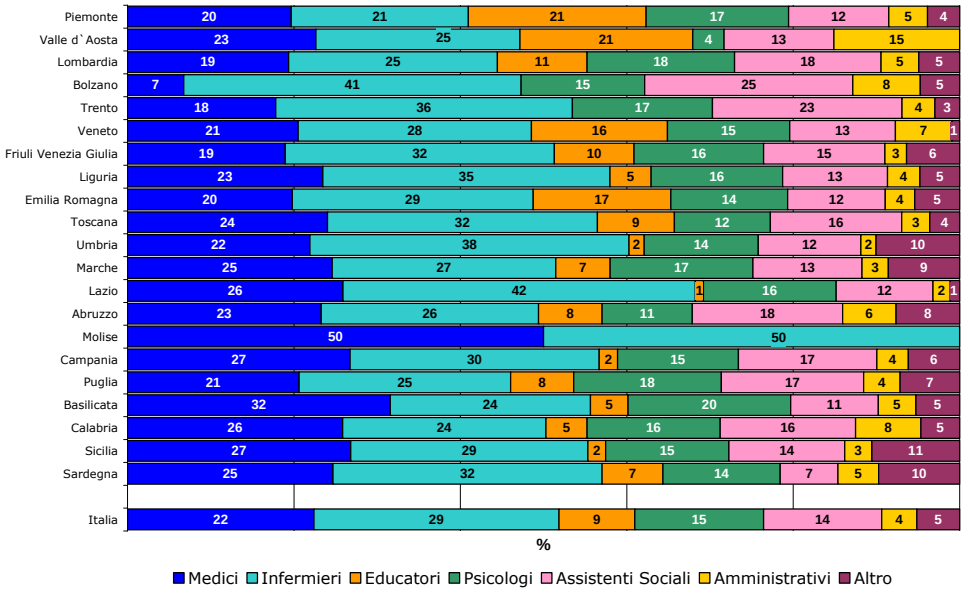
Tabella 4: Personale operante nei Ser.D.

Professioni	Tempo pieno	Part-time	Totale	di cui Precari[63]	Totale unità equivalenti
PIEMONTE	616	247	**863**	168	740
VALLE D`AOSTA	25	3	**28**	6	27
LOMBARDIA	693	245	**938**	117	816
PROV. AUTON. BOLZANO	60	28	**88**	6	74
PROV. AUTON. TRENTO	101	0	**101**	0	101
VENETO	535	32	**567**	6	551
FRIULI VENEZIA GIULIA	160	181	**341**	15	251
LIGURIA	277	34	**311**	37	294
EMILIA ROMAGNA	270	500	**770**	77	520
TOSCANA	413	93	**506**	54	460
UMBRIA	104	11	**115**	5	110
MARCHE	187	69	**256**	70	222
LAZIO	429	389	**818**	96	624
ABRUZZO	120	9	**129**	12	125
MOLISE*	6	0	**6**	3	6
CAMPANIA	550	36	**586**	35	568
PUGLIA	439	58	**497**	76	468
BASILICATA	62	9	**71**	19	67
CALABRIA	162	20	**182**	0	172
SICILIA	424	43	**467**	16	446
SARDEGNA	257	61	**318**	28	288
ITALIA	5.890	2.068	**7.958**	846	6.924

*dato parziale

63 Per "precari" si fa riferimento alle seguenti tipologie contrattuali: contratti a tempo determinato, contratti a progetto e convenzionati provvisori.

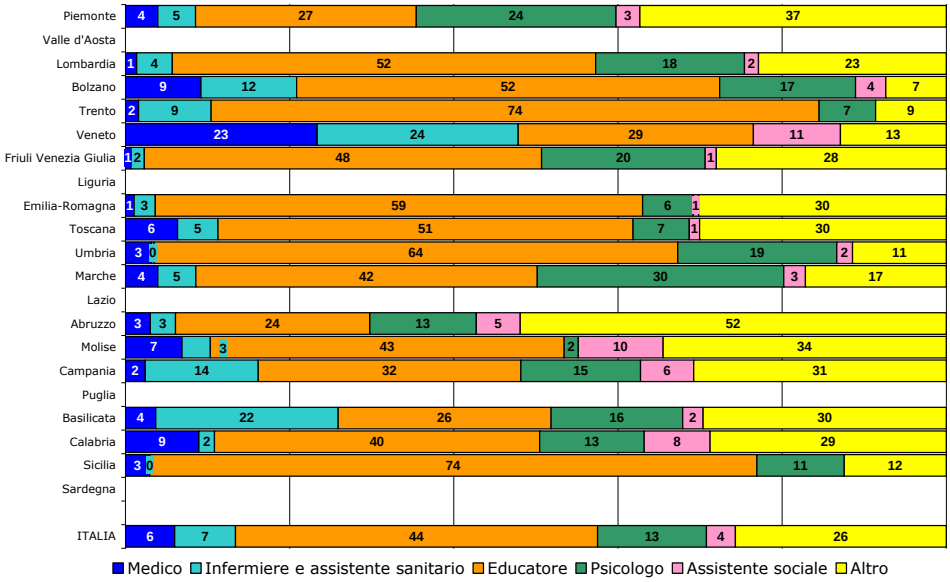
Figura 7: Personale operante nei Ser.D. - unità equivalenti – valori percentuali.



- ***Risorse umane servizi privati***

Il personale delle CT private nel 2014 si attesta a n. 5.140 unità. I dati della tabella sotto riportata denotano come nelle CT la figura professionale prevalente sia quella dell'educatore professionale (oltre il 44%). La figura professionale dello psicologo è presente in misura similare a quella operante nei Servizi Pubblici. Elemento che meriterebbe un ulteriore approfondimento e analisi è la categoria professionale "Altro", che si attesta a oltre il 25% del totale complessivo di personale operante nelle CT.

Figura 8. Personale operante nelle Comunità Terapeutiche (sia a gestione pubblica che privata) - unità equivalenti – valori percentuali

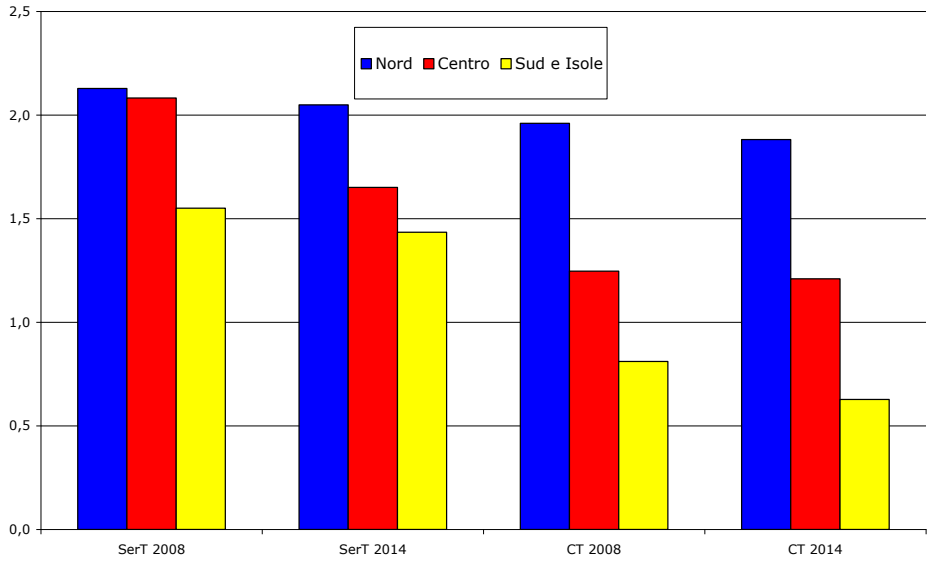


- ***Personale in rapporto alla popolazione 15-64 anni al 31/12 - anni 2008 e 2014***

Dal confronto dei dati relativi al personale nel 2008 e nel 2014 si osserva una diminuzione del numero degli operatori nei Ser.D., così come nelle Comunità Terapeutiche (CT), ma in misura non difforme da altri settori della sanità.

Nel nord Italia è presente il maggior numero di operatori nei servizi pubblici e privati in termini di tasso sulla popolazione residente 15-64 anni.

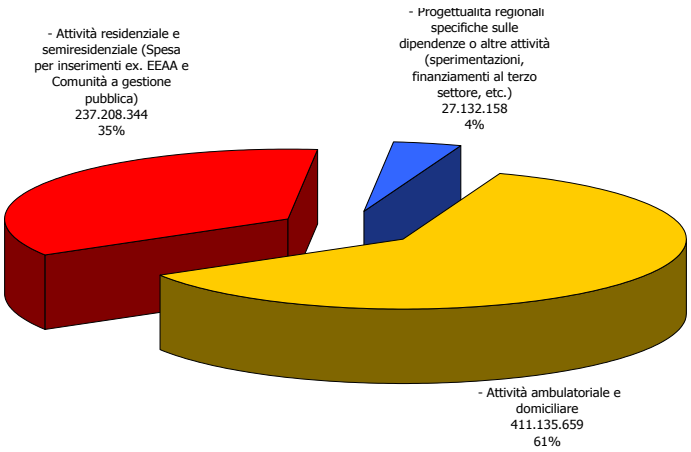
Figura 9. Personale Ser.D. e CT su 10.000 residenti 15-64 anni per area geografica e anno.



- ***Risorse economiche. Spesa complessiva***

La spesa complessiva ammonta a circa 675 milioni di euro. Il 61% della spesa (411.135.659 milioni di euro) risulta essere destinato alle attività di tipo ambulatoriale e domiciliare. Il 35% della spesa (237.208.344 milioni di euro) invece è destinato a tutte le attività di tipo residenziale/semiresidenziale, effettuate perlopiù dai servizi privati (fig. 6). Da stime effettuate tali attività sono rivolte a circa il 15% della popolazione complessiva assistita. Il restante 4% (27.132.158 milioni di euro) è destinato a sperimentazioni e finanziamenti al terzo settore.

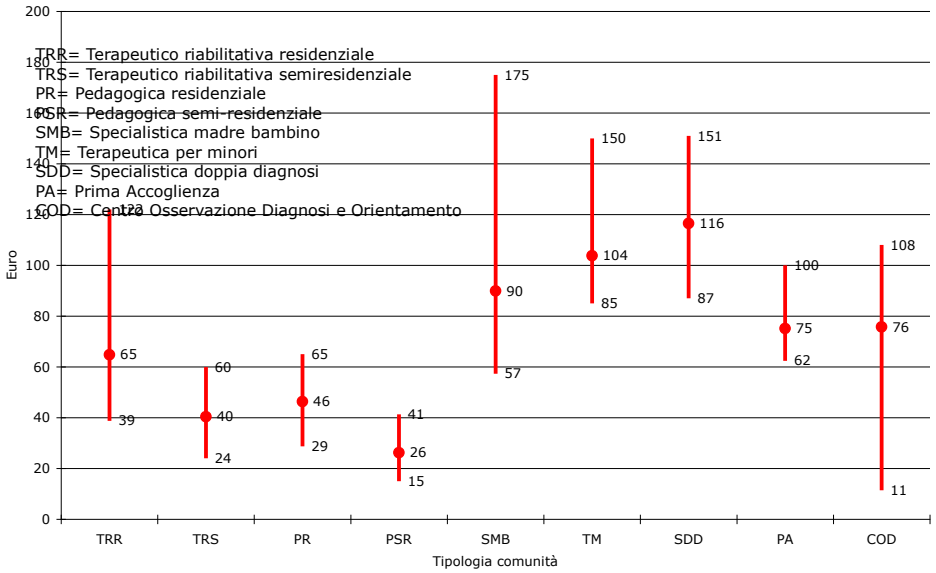
Figura 10. Spesa complessiva per destinazione. Anno 2014



- ***Sistema tariffario delle Comunità Terapeutiche***

Esiste un'importante differenza tra tariffe minime e massime, anche all'interno delle medesime categoria di offerte trattamentali. Ciò è dovuto in gran parte a standard strutturali-organizzativi e modelli gestionali differenti. I costi variano tra le diverse Regioni e P.A. da un minimo di 11,00 euro/die per le strutture di tipo pedagogico semiresidenziale a un massimo di 175,00 euro/die per strutture specialistiche.

Figura 11. Tariffe medie, minime e massime per tipologia di strutture residenziali e semiresidenziali.



1.4 Utenti con disturbo da uso di sostanza illegale e/o farmaci non prescritti

1.4.1 Utenti in trattamento presso i Ser.D

Per una corretta interpretazione dei dati è necessario sottolineare che nelle edizioni precedenti della Relazione al Parlamento (anni 2009-2014) i dati mancanti sull'utenza in trattamento venivano integrati con numeri stimati. In questa edizione vengono presentati unicamente i dati effettivamente pervenuti relativi ai Ser.D. che hanno effettuato l'invio dei dati.

Nel 2015 599 Servizi su 620, ovvero il 96,5% delle sedi, hanno inviato a SIND i dati relativi al 2014.

Nel 2014 i Ser.D. hanno assistito complessivamente 131.121 soggetti tossicodipendenti di cui 39.600 sono nuovi utenti (30,2%) e 91.521 sono soggetti che risultavano già in carico dagli anni precedenti (69,8%).

Come più volte sottolineato, tale numero di soggetti non coincide con la totalità degli utenti in trattamenti presso i Ser.D., che nella maggioranza delle Regioni e P.A. hanno in carico anche

utenza in trattamento per alcol, tabacco e gioco d‘azzardo patologico, nonché utenza per accertamenti e consulenze.

Circa l‘86% degli utenti censiti sono di sesso maschile (rapporto M/F pari a 6,1); tale percentuale arriva al 91% nei nuovi utenti e scende all‘84% negli utenti già in carico (Tabella 6).

Tabella 5. Utenti tossicodipendenti trattati nei Ser.D. per tipologia utente e Regione/PP AA. Anno 2014.

Regione/PP AA	Utenza 2014		
	Nuovi Utenti	Utenti già in carico	Totale
Piemonte	3.398	8.114	11.512
Valle d`Aosta	168	135	303
Lombardia	8.040	12.287	20.327
Prov. Auton. Bolzano	666	522	1.188
Prov. Auton. Trento	427	725	1.152
Veneto	2.372	7.735	10.107
Friuli Venezia Giulia	707	1.738	2.445
Liguria	731	3.931	4.662
Emilia Romagna	2.637	9.616	12.253
Toscana	4.455	7.693	12.148
Umbria	593	2.214	2.807
Marche	2.545	1.516	4.061
Lazio	3.965	6.340	10.305
Abruzzo	844	3.359	4.203
Molise	41	364	405
Campania	469	9.160	9.629
Puglia	2.195	5.929	8.124
Basilicata	108	975	1.083
Calabria	2.252	713	2.965
Sicilia	2.824	5.747	8.571
Sardegna	163	2.708	2.871
Totale	**39.600**	**91.521**	**131.121**

Tabella 6. Utenti tossicodipendenti trattati nei Ser.D. per tipologia utente e genere. Anno 2014.

Caratteristiche	2014	
	N	%
Nuovi utenti Maschi	35901	90,7%
Nuovi utenti Femmina	3672	9,3%
Nuovi utenti Non noto	27	0,1%
Nuovi utenti totale	39600	
Utenti già in carico Maschi	76386	83,5%
Utenti già in carico Femmina	14765	16,1%
Utenti già in carico Non Noto	370	0,4%
Utenti già in carico totale	91521	
Totale maschi	112.287	85,9%
Totale femmine	18.437	14,1%
Rapporto M/F	6,09	
Totale utenti	130.724	100%

Analizzando l"utenza totale per classi di età (Tabella 7). si nota una maggiore concentrazione dai 25 ai 54 anni In particolare, dall"analisi per sesso, si osserva che nei maschi in totale le età più frequenti sono tra i 30 e i 54 anni; le classi più numerose sono 35-39 anni, 40-44 anni (classe modale) e 45-49 anni. Le utenti totali femmine hanno più frequentemente tra i 25 e i 49 anni e, in questo range, si equidistribuiscono nelle varie classi di età (frequenza nelle classi quinquennali intorno al 14%).

Analizzando la tipologia di utenza si nota che, per i nuovi utenti, le età maggiormente rappresentate sono tra i 25 e i 49 anni; nei maschi l"età modale è la classe 40-44 anni mentre nelle femmine (nettamente più giovani) è la classe 25-29 anni. Gli utenti già in carico si concentrano nelle età 30-54 anni; nei maschi le classi modali sono 40-44 anni e 45-49 anni mentre nelle femmine le classi di età relativamente più numerose sono quelle tra i 30 e i 49 anni.

Nel tempo si è avuto un rilevante aumento della percentuale di soggetti con età superiore ai 39 anni[64] passati dal 4,3% del 1994, al 21,7% del 2004 e al 51,8% del 2014; parallelamente si osserva una diminuzione nelle classi di età più giovani (Figura 12).

Le tendenze fin qui evidenziate sono confermate dall"analisi dell"età media degli utenti.

I soggetti in trattamento hanno mediamente 38,5 anni; le femmine sono più giovani con un"età media di 37,1 anni in confronto ai 38,7 anni dei maschi.

64 Per il confronto temporale si è considerata la classe > 39 anni perché fino al 2011 il dato veniva rilevato con tale modalità di aggregazione (DM 20 settembre 1997)

Suddividendo gli utenti per tipologia si conferma che i nuovi utenti (età media 35,5) sono mediamente più giovani di quattro anni di quelli già in carico (età media 39,8). Tale differenza aumenta nel caso in cui consideriamo le sole utenti femmine: si passa da un"età media di 32,1 anni per le nuove utenti a 38,4 per le utenti già in carico (Tabella 8).

Nel corso degli anni l"utenza è progressivamente invecchiata; tale andamento si osserva anche distinguendo i soggetti per sesso e per tipologia (Figura 13).

Tabella 7. Utenti tossicodipendenti trattati nei Ser.D. per tipologia utente, genere e classe di età. Anno 2014

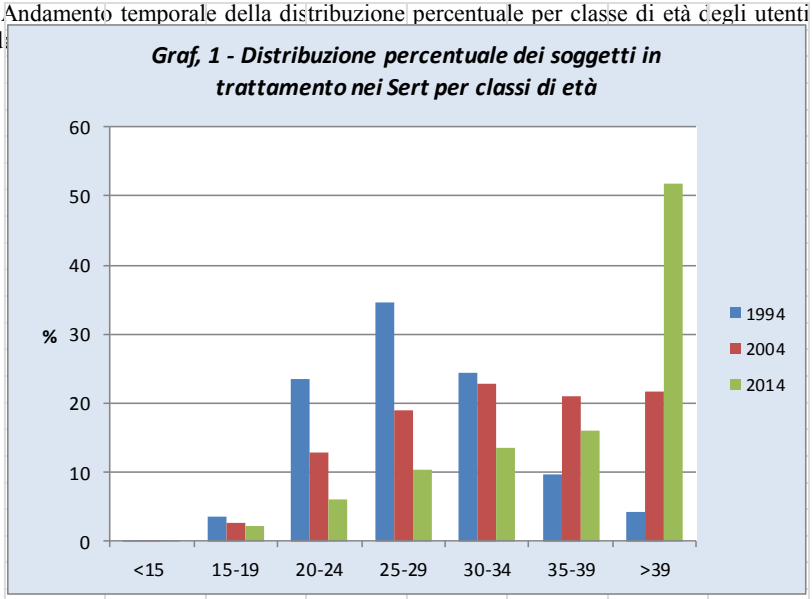
NUOVI UTENTI	**MASCHIO**		**FEMMINA**		**NON NOTO**		**TOTALE**	
classi di età	**N**	**%**	**N**	**%**	**N**	**%**	**N**	**%**
Meno di 15 anni	17	0,05%	5	0,14%	-	-	22	0,06%
Da 15 a 19 anni	1.719	4,79%	363	9,89%	-	-	2.082	5,26%
Da 20 a 24 anni	3.250	9,05%	611	16,64%	-	-	3.861	9,75%
Da 25 a 29 anni	4.275	11,91%	646	17,59%	2	7,41%	4.923	12,43%
Da 30 a 34 anni	5.126	14,28%	605	16,48%	2	7,41%	5.733	14,48%
Da 35 a 39 anni	6.323	17,61%	438	11,93%	1	3,70%	6.762	17,08%
Da 40 a 44 anni	6.463	18,00%	347	9,45%	5	18,52%	6.815	17,21%
Da 45 a 49 anni	5.285	14,72%	299	8,14%	16	59,26%	5.600	14,14%
Da 50 a 54 anni	2.576	7,18%	210	5,72%	1	3,70%	2.787	7,04%
Da 55 a 59 anni	588	1,64%	69	1,88%	-	-	657	1,66%
Da 60 a 64 anni	177	0,49%	44	1,20%	-	-	221	0,56%
Oltre 65 anni	102	0,28%	35	0,95%	-	-	137	0,35%
Totale	**35.901**	**100%**	**3.672**	**100%**	**27**	**100%**	**39.600**	**100%**
UTENTI GIA' IN CARICO	**MASCHIO**		**FEMMINA**		**NON NOTO**		**TOTALE**	
classi di età	**N**	**%**	**N**	**%**	**N**	**%**	**N**	**%**
Meno di 15 anni	14	0,02%	1	0,01%	-	-	15	0,02%
Da 15 a 19 anni	691	0,90%	209	1,42%	-	-	900	0,98%
Da 20 a 24 anni	3.172	4,15%	978	6,62%	7	1,89%	4.157	4,54%
Da 25 a 29 anni	6.665	8,73%	1.862	12,61%	30	8,11%	8.557	9,35%
Da 30 a 34 anni	9.684	12,68%	2.155	14,60%	38	10,27%	11.877	12,98%
Da 35 a 39 anni	11.991	15,70%	2.214	14,99%	43	11,62%	14.248	15,57%
Da 40 a 44 anni	14.362	18,80%	2.322	15,73%	70	18,92%	16.754	18,31%
Da 45 a 49 anni	14.306	18,73%	2.319	15,71%	64	17,30%	16.689	18,24%
Da 50 a 54 anni	9.844	12,89%	1.691	11,45%	67	18,11%	11.602	12,68%
Da 55 a 59 anni	4.016	5,26%	702	4,75%	37	10,00%	4.755	5,20%
Da 60 a 64 anni	1.265	1,66%	204	1,38%	12	3,24%	1.481	1,62%

Oltre 65 anni	376	0,49%	108	0,73%	2	0,54%	486	0,53%
TOTALE	**76.386**	**100%**	**14.765**	**100%**	**370**	**100%**	**91.521**	**100%**
UTENTI TOTALI	**MASCHIO**		**FEMMINA**		**NON NOTO**		**TOTALE**	
classi di età	**N**	**%**	**N**	**%**	**N**	**%**	**N**	**%**
Meno di 15 anni	31	0,03%	6	0,03%	-	-	37	0,03%
Da 15 a 19 anni	2.410	2,15%	572	3,10%	-	-	2.982	2,27%
Da 20 a 24 anni	6.422	5,72%	1.589	8,62%	7	1,76%	8.018	6,11%
Da 25 a 29 anni	10.940	9,74%	2.508	13,60%	32	8,06%	13.480	10,28%
Da 30 a 34 anni	14.810	13,19%	2.760	14,97%	40	10,08%	17.610	13,43%
Da 35 a 39 anni	18.314	16,31%	2.652	14,38%	44	11,08%	21.010	16,02%
Da 40 a 44 anni	20.825	18,55%	2.669	14,48%	75	18,89%	23.569	17,98%
Da 45 a 49 anni	19.591	17,45%	2.618	14,20%	80	20,15%	22.289	17,00%
Da 50 a 54 anni	12.420	11,06%	1.901	10,31%	68	17,13%	14.389	10,97%
Da 55 a 59 anni	4.604	4,10%	771	4,18%	37	9,32%	5.412	4,13%
Da 60 a 64 anni	1.442	1,28%	248	1,35%	12	3,02%	1.702	1,30%
Oltre 65 anni	478	0,43%	143	0,78%	2	0,50%	623	0,48%
TOTALE	**112.287**	**100%**	**18.437**	**100%**	**397**	**100%**	**131.121**	**100%**

Tabella 8. Età media degli utenti tossicodipendenti trattati nei Ser.D. per tipologia utente e genere. Anno 2014.

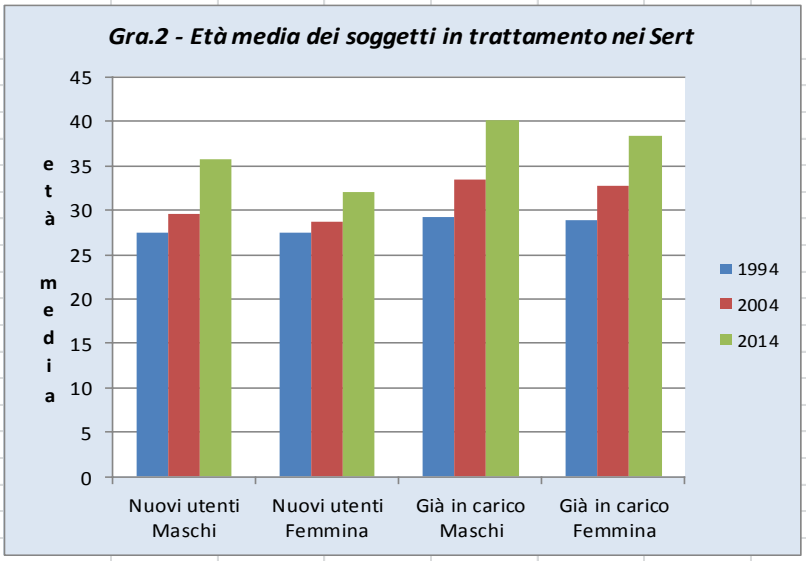
Caratteristiche	**2014**	
	N	**Media**
Nuovi utenti Maschi	35.901	35,8
Nuovi utenti Femmina	3.672	32,1
Nuovi utenti Non noto	27	42,4
Totale Nuovi Utenti	**39.600**	**35,5**
Già in carico Maschi	76.386	40,1
Già in carico Femmina	14.765	38,4
Già in carico Non noto	370	42,6
Totale Già in Carico	**91.521**	**39,8**
Totale maschi	**112.287**	**38,7**
Totale femmine	**18.437**	**37,1**
TOTALE	**131.121**	**38,5**

Figura 12. Andamento temporale della distribuzione percentuale per classe di età degli utenti tossicodipendenti trattati nei SerT. I d



* i dati relativi al 1994 e al 2004 fanno riferimento al flusso per dati aggregati DM 20 settembre 1997

Figura 13. Andamento temporale dell'età media degli utenti tossicodipendenti trattati nei Ser.D. I dati del 1994 e del 2004 fanno riferimento al flusso per dati .



* i dati relativi al 1994 e al 2004 fanno riferimento al flusso per dati aggregati DM 20 settembre 1997

Complessivamente in Italia nel 2014 (Tabella 9) sono stati assistiti 22 soggetti ogni 10.000 abitanti; 38 maschi e 6 femmine in riferimento, rispettivamente, alla popolazione maschile e femminile. Se consideriamo i maschi osserviamo che nella popolazione di età tra i 30 e i 49 anni circa 80 soggetti ogni 10.000 sono utenti dei Ser.D.; per le femmine il valore più elevato di tale indicatore è di 15 soggetti su 10.000 (nelle classi 25-29 anni e 30-34 anni).

Tabella 9. Utenti tossicodipendenti trattati nei Ser.D. Tasso per classe di età su 10.000 residenti al 1 gennaio 2014 (fonte ISTAT). Nel totale numero soggetti sono stati inclusi anche i soggetti classificati con sesso "non noto". Anno 2014.

Classi di età	MASCHIO			FEMMINA			TOTALE		
	Numero soggetti	Popolazione	Tasso/ 10.000	Numero soggetti	Popolazione	Tasso/ 10.000	Numero soggetti	Popolazione	Tasso/ 10.000
Meno di 15 anni	31	4.348.146	0,07	6	4.099.987	0,01	37	8.448.133	0,04
Da 15 a 19 anni	2.410	1.478.158	16,30	572	1.384.369	4,13	2.982	2.862.527	10,42
Da 20 a 24 anni	6.422	1.594.572	40,27	1.589	1.520.141	10,45	8.018	3.114.713	25,74
Da 25 a 29 anni	10.940	1.666.824	65,63	2.508	1.636.291	15,33	13.480	3.303.115	40,81
Da 30 a 34 anni	14.810	1.847.588	80,16	2.760	1.834.588	15,04	17.610	3.682.176	47,82
Da 35 a 39 anni	18.314	2.217.820	82,58	2.652	2.215.068	11,97	21.010	4.432.888	47,40
Da 40 a 44 anni	20.825	2.422.410	85,97	2.669	2.442.589	10,93	23.569	4.864.999	48,45
Da 45 a 49 anni	19.591	2.474.478	79,17	2.618	2.518.270	10,40	22.289	4.992.748	44,64
Da 50 a 54 anni	12.420	2.200.750	56,44	1.901	2.290.819	8,30	14.389	4.491.569	32,04
Da 55 a 59 anni	4.604	1.912.762	24,07	771	2.031.057	3,80	5.412	3.943.819	13,72
Da 60 a 64 anni	1.442	1.750.986	8,24	248	1.880.053	1,32	1.702	3.631.039	4,69
Oltre 65 anni	478	5.570.070	0,86	143	7.444.872	0,19	623	13.014.942	0,48
Totale	**112.287**	**29.484.564**	**38,08**	**18.437**	**31.298.104**	**5,89**	**131.121**	**60.782.668**	**21,57**

Nel 2014 il 68,4% degli utenti trattati usa, come sostanza primaria, l'eroina, il 14,7% la cocaina e il 10,4% i cannabinoidi (Tabella 10). Nel tempo la percentuale di eroinomani è costantemente diminuita (88,5% nel 1994, 73,3% nel 2004) mentre coloro che abusano di cocaina sono gradualmente aumentati (1,9% nel 1994, 11,2% nel 2004); il ricorso ai cannabinoidi sembra essersi stabilizzato nell'ultimo decennio intorno al valore del 10% (Figura 14).

Per quanto riguarda l'uso secondario, nel 2014 le sostanze assunte più frequentemente sono la cocaina (14,1%), i cannabinoidi (13,7%) e l'alcol (6,2%) (Tabella 10).

Considerando i soggetti in trattamento per singola sostanza primaria o secondaria osserviamo che il 70% è in trattamento per eroina, il 29% per cocaina, il 24% per cannabinoidi e il 6% per alcol (solo come sostanza secondaria).

Se analizziamo i soggetti distintamente per sostanza primaria, si osserva che tra coloro che assumono cannabinoidi, il 47,4% fa uso esclusivo di tale sostanza, il 19,7% ricorre anche ad un'altra sostanza e il 32,9% anche ad almeno altre due sostanze. I soggetti che usano cocaina come sostanza primaria dichiarano di utilizzarla come unica sostanza nel 34,5% dei casi; il 31,0% vi associa un'altra sostanza e il 34,5% più sostanze.

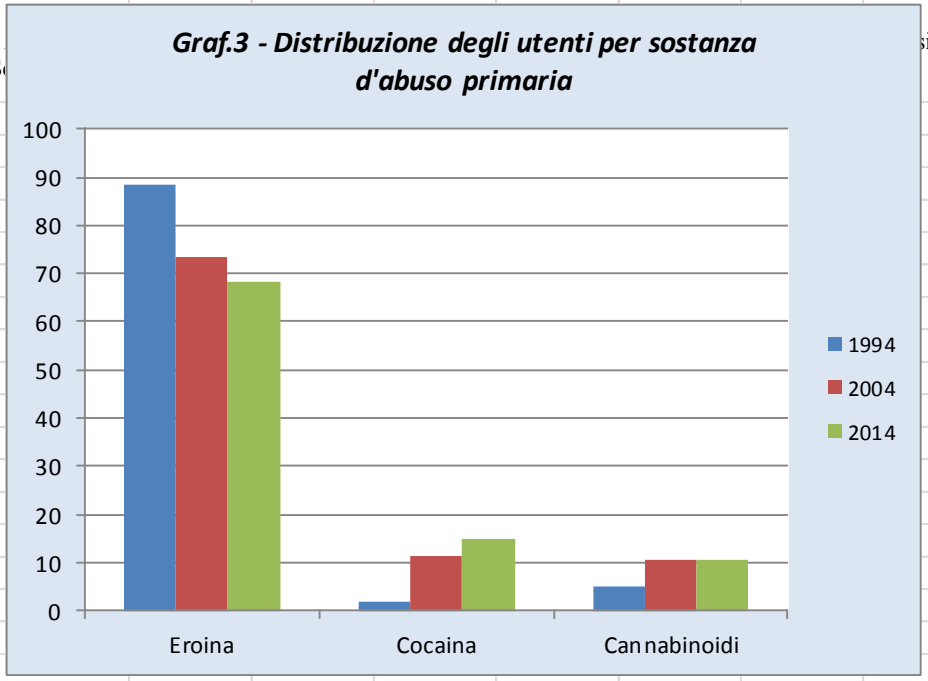
Tra gli assuntori di oppiacei in via primaria il 25,3% assume tali sostanze esclusivamente, il 30,7% associate ad una sola altra tipologia di sostanze e il 44,1% insieme ad altre due sostanze o più (Figura 15).

Tabella 10. Utenti tossicodipendenti trattati nei Ser.D. Distribuzione per sostanza primaria, per sostanza secondaria e per sostanza primaria o sostanza secondaria. Anno 2014. Tutte le percentuali sono calcolate sul totale degli utenti (131.121).

Sostanze	2014					
	Primaria		Secondaria		Primaria o Secondaria	
	N	%	N	%	N	%
Eroina	89.697	68,4%	2.036	1,6%	91.733	70,0%
Metadone non prescritto	845	0,6%	1.368	1,0%	2.213	1,7%
Morfina non prescritta	54	0,0%	33	0,0%	87	0,1%
Buprenorfina non prescritta	135	0,1%	137	0,1%	272	0,2%
Altri oppiacei non prescritti	706	0,5%	314	0,2%	1.020	0,8%
Cocaina	19.327	14,7%	18.441	14,1%	37.768	28,8%
Crack	453	0,3%	452	0,3%	905	0,7%
Cannabinoidi	13.628	10,4%	17.959	13,7%	31.587	24,1%
CANNABINOIDI sintetici (gruppo JWH)	48	0,0%	63	0,0%	111	0,1%
Anfetamine non prescritte	129	0,1%	947	0,7%	1.076	0,8%
Ecstasy ed analoghi	214	0,2%	2.119	1,6%	2.333	1,8%
Metamfetamine	7	0,0%	33	0,0%	40	0,0%
Altri stimolanti	41	0,0%	60	0,0%	101	0,1%
Barbiturici non prescritti	210	0,2%	459	0,4%	669	0,5%
Benzodiazepine non prescritte	366	0,3%	1.113	0,8%	1.479	1,1%
Altri ipnotici e sedativi non prescritti	69	0,1%	147	0,1%	216	0,2%
LSD	56	0,0%	881	0,7%	937	0,7%
Altri allucinogeni	61	0,0%	431	0,3%	492	0,4%
Inalanti volatili	12	0,0%	103	0,1%	115	0,1%
Alcol			8.194	6,2%	8.194	6,2%
Tabacco			1.064	0,8%	1.064	0,8%
Steroidi non prescritti	3	0,0%	1	0,0%	4	0,0%
GHB	31	0,0%	1	0,0%	32	0,0%
Ketamina	16	0,0%	162	0,1%	178	0,1%
Mefedrone	1	0,0%		0,0%	1	0,0%

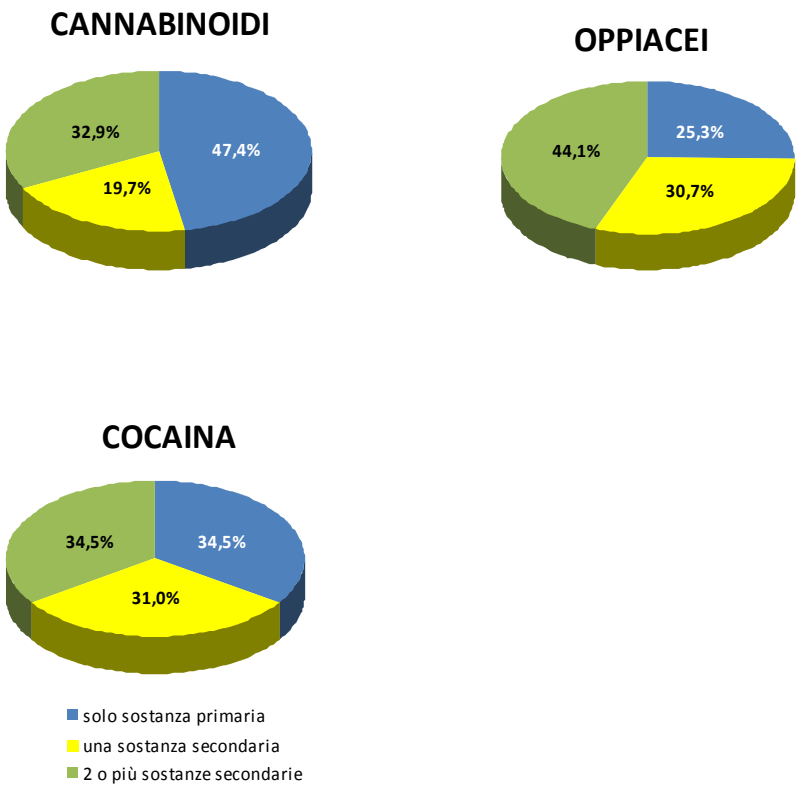
Altre sostanze illegali	558	0,4%	226	0,2%	784	0,6%
Altri farmaci e/o sostanze dopanti non prescritti	30	0,0%	13	0,0%	43	0,0%
Altri farmaci psicotropi non prescritti	23	0,0%	21	0,0%	44	0,0%
Altre sostanze non specificate	4.401	3,4%	559	0,4%	4.960	3,8%
Totale soggetti	**131.121**	**100%**				

Figura 14. sicodipendenti trattati nei S



* i dati relativi al 1994 e al 2004 fanno riferimento al flusso per dati aggregati DM 20 settembre 1997

Figura 15. Utenti tossicodipendenti trattati nei Ser.D. per sostanza primaria distribuiti secondo il tipo di poliassunzione. Anno 2014



- ***Utenti monitorati nei Ser.D. per patologie infettive***

Virus HIV

Come indicato nell"introduzione, il decreto 11/06/2010 istitutivo del SIND prevede, su indicazione del Garante della privacy, che le informazioni relative all"esecuzione del test sierologico HIV vengano rilevate in forma aggregata come nella tabella ANN04 del DM 20/09/1997. Nel 2014 sono stati testati 47.988 soggetti pari al 38,7% del totale dei soggetti in trattamento[65]. E" presente una forte variabilità regionale che risente anche della mancata rilevazione di questo tipo di informazione. Sono risultati positivi 2.852 soggetti cioè il 2,3% del totale dei trattati (Tabella 11).

65 Nell"analisi dell"utenza per sesso ed età il dato è rilevato a livello di Sert e quindi un soggetto può essere contato n volte se si rivolge ad n Sert diversi. Nell"analisi delle patologie infettive il dato ha una dimensione regionale e quindi se un soggetto si rivolge a n Sert diversi della stessa regione viene comunque rilevato una sola volta. Per tale motivo il totale degli utenti trattati in questa analisi (pari a 123.904) non coincide con quello fino a questo momento considerato (pari a 131.121).

Tabella 11. Utenti tossicodipendenti trattati nei Ser.D. testati e numero positivi per HIV. Anno 2014. Il totale ha dimensione regionale e non coincide con quello calcolato in riferimento ai Sert. Un soggetto che si rivolge ad n Sert è contato n volte nell'analisi per Sert ma solo una volta a livello regione.

Regione/PP AA	Numero Testati HIV	% Testati HIV	Numero Positivi HIV	% Positivi HIV	Totale Utenti
Piemonte	6.579	60,0%	591	5,4%	10.968
Valle d`Aosta	128	42,2%	0	0,0%	303
Lombardia	11.822	62,9%	1.081	5,8%	18.789
Prov. Auton. Bolzano	358	30,9%	32	2,8%	1.158
Prov. Auton. Trento	-	-	-	-	1.145
Veneto	4.650	46,9%	198	2,0%	9.909
Friuli Venezia Giulia	2.059	88,3%	64	2,7%	2.331
Liguria	1.939	44,8%	188	4,3%	4.326
Emilia Romagna	8.997	73,4%	529	4,3%	12.253
Toscana	1.141	10,4%	0	0,0%	10.972
Umbria	1.330	50,7%	48	1,8%	2.622
Marche	241	5,9%	5	0,1%	4.059
Lazio	-	-	-	-	9.706
Abruzzo	2.662	70,6%	21	0,6%	3.773
Molise	95	23,5%	1	0,2%	404
Campania	1.431	15,7%	0	0,0%	9.089
Puglia	814	11,2%	1	0,0%	7.296
Basilicata	477	45,8%	3	0,3%	1.041
Calabria	1.287	43,4%	6	0,2%	2.965
Sicilia	1.970	24,5%	80	1,0%	8.050
Sardegna	8	0,3%	4	0,1%	2.745
Totale	**47.988**	**38,7%**	**2.852**	**2,3%**	**123.904**

Virus HBV

Nel 2014 sono stati testati 31.263 soggetti pari al 25,2% del totale dei soggetti in trattamento (cfr. nota 2). Anche in questo caso il dato è molto variabile territorialmente ed è influenzato dalla

mancata rilevazione dello stesso . La percentuale di positività[66], sul totale utenti, risulta del 2,7% per il totale Italia (Tabella 12).

Limitando l'analisi a coloro che usano la sostanza per via iniettiva, a più alto rischio di malattie infettive, la percentuale di testati aumenta ed è pari al 29,2% (Tabella 13).

Tabella 12. Utenti tossicodipendenti trattati nei Ser.D. testati e numero positivi per HBV. Anno 2014. Il totale ha dimensione regionale e non coincide con quello calcolato in riferimento ai Sert. Un soggetto che si rivolge ad n Sert è contato n volte nell'analisi per Sert ma solo una volta a livello regione. Per utenti Positivi si intendono gli utenti che soddisfano una delle seguenti condizioni: Infetto: HbsAG Positivo; Immune: HbsAG Negativo, Anti HBs Positivo, Anti-HBc Positivo; Infezione Pregressa/Cronica: HbsAG Negativo, Anti HBs Negativo, Anti-HBc Positivo.

Regione/PP AA	Numero Testati HBV	% Testati HBV	Numero Positivi HBV	% Positivi HBV	Totale Utenti
Piemonte	3.598	32,8%	2.633	24,0%	10.968
Valle d`Aosta	-	-	-	-	303
Lombardia	6.568	35,0%	127	0,7%	18.789
Prov. Auton. Bolzano	-	-	-	-	1.158
Prov. Auton. Trento	187	16,3%	2	0,2%	1.145
Veneto	3.560	35,9%	165	1,7%	9.909
Friuli Venezia Giulia	1.557	66,8%	22	0,9%	2.331
Liguria	640	14,8%	13	0,3%	4.326
Emilia Romagna	8.226	67,1%	184	1,5%	12.253
Toscana	804	7,3%	26	0,2%	10.972
Umbria	1.210	46,1%	25	1,0%	2.622
Marche	284	7,0%	4	0,1%	4.059
Lazio	345	3,6%	16	0,2%	9.706
Abruzzo	925	24,5%	17	0,5%	3.773
Molise	77	19,1%	0	0,0%	404

[66] Per utenti Positivi si intendono gli utenti che soddisfino una delle seguenti condizioni:
-Infetto: HbsAG Positivo;
-Immune: HbsAG Negativo, Anti HBs Positivo, Anti-HBc Positivo;
-Infezione Pregressa/Cronica: HbsAG Negativo, Anti HBs Negativo, Anti-HBc Positivo

Campania	873	9,6%	23	0,3%	9.089
Puglia	532	7,3%	8	0,1%	7.296
Basilicata	324	31,1%	2	0,2%	1.041
Calabria	363	12,2%	0	0,0%	2.965
Sicilia	1.190	14,8%	19	0,2%	8.050
Sardegna	-	-	-	-	2.745
TOTALE	**31.263**	**25,2%**	**3.286**	**2,7%**	**123.904**

Tabella 13. Utenti tossicodipendenti con uso iniettivo trattati nei Ser.D. testati per HBV. Anno 2014.

Regione/PP AA	Numero Uso Iniettivo Testati HBV	Totale Utenti Uso Iniettivo	% Testati HBV
Piemonte	1.829	4.171	43,9%
Valle d`Aosta	-	192	-
Lombardia	2.464	5.898	41,8%
Prov. Auton. Bolzano	-	193	-
Prov. Auton. Trento	110	577	19,1%
Veneto	1.581	4.228	37,4%
Friuli Venezia Giulia	999	1.190	83,9%
Liguria	212	1.078	19,7%
Emilia Romagna	3.808	4.795	79,4%
Toscana	416	5.581	7,5%
Umbria	666	1.166	57,1%
Marche	189	1.753	10,8%
Lazio	195	4.501	4,3%
Abruzzo	483	1.859	26,0%
Molise	48	160	30,0%
Campania	199	1.507	13,2%
Puglia	216	3.092	7,0%
Basilicata	146	496	29,4%
Calabria	312	2.240	13,9%
Sicilia	749	3.490	21,5%
Sardegna	-	1.863	-
TOTALE	**14.622**	**50.030**	**29,2%**

Virus HCV

Nel 2014 sono stati testati 30.947 soggetti pari al 25,0% del totale dei soggetti in trattamento (cfr. nota 2). Come già evidenziato, la forte variabilità regionale può dipendere dalla non adeguata rilevazione del dato. Il 10,9% degli utenti (n=13.499) risulta positivo; in questo caso la variabilità territoriale, oltre dalla completezza della rilevazione, dipende anche, in relazione diretta, dal numero dei soggetti che vengono testati (Tabella 14).

La percentuale di testati sale al 28,4% se si fa riferimento alla popolazione di soli utenti iniettivi (

Tabella 15).

Nella Tabella 16 la percentuale di testati, per HBV o per HCV, viene analizzata stratificando l‟utenza secondo le principali sostanze d‟uso iniettivo. Risulta che le percentuali di testati, per ogni singola sostanza, sono simili per l‟HBV e l‟HCV attestandosi intorno al 29% per l‟eroina e al 32% per la cocaina.

Tabella 14. Utenti tossicodipendenti trattati nei Ser.D. testati e numero positivi per HCV. Anno 2014. Il totale ha dimensione regionale e non coincide con quello calcolato in riferimento ai Sert. Un soggetto che si rivolge ad n Sert è contato n volte nell'analisi per Sert ma solo una volta a livello regione.

Regione/PP AA	Numero Testati HCV	% Testati HCV	Numero Positivi HCV	% Positivi HCV	Totale Utenti *
Piemonte	3.529	32,2%	1.060	9,7%	10.968
Valle d`Aosta	-	-	-	-	303
Lombardia	6.637	35,3%	2.332	12,4%	18.789
Prov. Auton. Bolzano	-	-	-	-	1.158
Prov. Auton. Trento	-	-	-	-	1.145
Veneto	3.469	35,0%	1.535	15,5%	9.909
Friuli Venezia Giulia	1.325	56,8%	721	30,9%	2.331
Liguria	585	13,5%	327	7,6%	4.326
Emilia Romagna	8.247	67,3%	4.212	34,4%	12.253
Toscana	901	8,2%	346	3,2%	10.972
Umbria	1.098	41,9%	603	23,0%	2.622
Marche	326	8,0%	133	3,3%	4.059
Lazio	374	3,9%	208	2,1%	9.706
Abruzzo	992	26,3%	460	12,2%	3.773
Molise	77	19,1%	47	11,6%	404
Campania	1.017	11,2%	398	4,4%	9.089
Puglia	543	7,4%	216	3,0%	7.296
Basilicata	348	33,4%	122	11,7%	1.041
Calabria	239	8,1%	43	1,5%	2.965

Sicilia	1.240	15,4%	736	9,1%	8.050
Sardegna	-	-	-	-	2.745
Totale	**30.947**	**25,0%**	**13.499**	**10,9%**	**123.904**

Tabella 15. Utenti tossicodipendenti con uso iniettivo trattati nei Ser.D. testati per HCV. Anno 2014.

Regione/PP AA	Numero Uso Iniettivo Testati HCV	Totale Utenti Uso Iniettivo	% Testati HCV
Piemonte	1.827	4.171	43,8%
Valle d`Aosta	-	192	-
Lombardia	2.437	5.898	41,3%
Prov. Auton. Bolzano	-	193	-
Prov. Auton. Trento	-	577	-
Veneto	1.384	4.228	32,7%
Friuli Venezia Giulia	842	1.190	70,8%
Liguria	205	1.078	19,0%
Emilia Romagna	3.830	4.795	79,9%
Toscana	470	5.581	8,4%
Umbria	595	1.166	51,0%
Marche	202	1.753	11,5%
Lazio	213	4.501	4,7%
Abruzzo	519	1.859	27,9%
Molise	48	160	30,0%
Campania	256	1.507	17,0%
Puglia	217	3.092	7,0%
Basilicata	131	496	26,4%
Calabria	195	2.240	8,7%
Sicilia	821	3.490	23,5%
Sardegna	-	1.863	-
Totale	**14.192**	**50.030**	**28,4%**

Tabella 16. Utenti tossicodipendenti con uso iniettivo trattati nei Ser.D. testati per HBV o HCV. Anno 2014. Un soggetto può essere contato più volte se usa più sostanze per uso iniettivo.

	Eroina			Cocaina		
Test	**Numero Testati Uso Iniettivo**	**Totale Uso Iniettivo**	**% Uso Iniettivo**	**Numero Testati Uso Iniettivo**	**Totale Uso Iniettivo**	**% Uso Iniettivo**

	Eroina	Eroina	Eroina Testati	Cocaina	Cocaina	Cocaina Testati
HBV	14.202	48.464	29,3%	2.070	6.322	32,7%
HCV	13.793	48.464	28,5%	1.989	6.322	31,5%

- ***Utenti monitorati nei Ser.D. per patologia psichiatrica concomitante***

Il sistema informativo SIND rileva anche le informazioni relative alle patologie diagnosticate e/o oggettivamente refertate all‟utente attive nel periodo considerato e concomitanti alla diagnosi principale di dipendenza. La patologia viene identificata attraverso la classificazione ICD IX .

Malgrado il dato sia sicuramente sottostimato (non tutti i servizi rilevano con la stessa accuratezza e completezza l‟informazione) e condizionato dall‟offerta territoriale specifica (i servizi sono distribuiti in modo non uniforme in quantità e qualità), si è ritenuto comunque opportuno valutare quali siano le patologie psichiatriche più frequenti nei soggetti in trattamento per la dipendenza.

Nel 2014 sono stati registrati nel sistema informativo SIND solo 8.320 soggetti con almeno una patologia psichiatrica, pari al 6,5% dei soggetti in trattamento presso i Ser.D. Dall‟analisi dei soli soggetti portatori di patologia psichiatrica riportati in

Tabella 17 si osserva che il 63,1% è affetto da disturbi della personalità e del comportamento, il 20,6% da sindromi nevrotiche e somatoformi, il 10,1% da schizofrenia e altre psicosi funzionali, il 2,2% da depressione e l‟1,7% da mania e disturbi affettivi bipolari.

La rilevanza del dato ai fini conoscitivi della situazione epidemiologica riguardo alla patologia psichiatrica concomitante è un incentivo per le Regioni a rafforzare ed ottimizzare la raccolta accurata ed esaustiva delle informazioni.

Tabella 17. Distribuzione percentuale per tipologia di patologia psichiatrica concomitante negli utenti in trattamento nei Ser.D. Anno 2014. La percentuale è calcolata sul totale di coloro che presentano un patologia psichiatrica concomitante

PATOLOGIA CONCOMITANTE PSICHIATRICA	%
Schizofrenia e altre psicosi funzionali	10,1%
Mania e disturbi affettivi bipolari	1,7%
Depressione	2,2%
Sindromi nevrotiche e somatoformi	20,6%
Disturbi della personalità e del comportamento	63,1%
Demenze e disturbi mentali organici	0,7%
Ritardo mentale	0,8%
Altri disturbi psichici	0,9%

- ***Utenti in ambito penitenziario***

Il monitoraggio dei soggetti assistiti e delle prestazioni erogate in ambito penitenziario per i disturbi da uso di sostanza legali ed illegali ha subito, nel tempo, una serie di modifiche anche in funzione dei cambiamenti determinati dal trasferimento delle funzioni sanitarie previsto dal Decreto Legislativo 230/1999 e successivamente dal DPCM 01.10.2008.

In molte Regioni e P.A. il transito delle competenze per l"assistenza ai tossicodipendenti ed alcol dipendenti in carcere è stato avviato già dal 2000.

A seguito di tali trasformazioni si sono sovrapposte azioni di monitoraggio, in funzione dell"Istituzione proponente.

Il Ministero di Giustizia, mantenendo schede di rilevazione già adottate prima del transito delle competenze, continua a rilevare in due giorni indice annui (30 giugno e 31 dicembre) il numero dei "tossicodipendenti" presenti, con specificazione se stranieri e se provenienti dalla libertà. Tale dato viene trasmesso dalla direzione degli istituti penitenziari, che a loro volta lo richiedono ai Ser.D. operanti internamente alla struttura, ovvero ad altre partiture organizzative. Tale dato, quindi, non specifica se nella categoria "tossicodipendenti" siano considerati anche i soggetti con diagnosi di abuso o di disturbo da uso di sostanze, come definito dall"attuale DSM 5.

Parallelamente, le Regioni e P.A nel rispetto di quanto stabilito dall"Accordo In Conferenza Unificata curano il monitoraggio del dato di propria competenza, rilevandolo direttamente dai Ser.D. con una serie più dettagliata di informazioni, sempre riferita alle medesime giornate indice: soggetti in carico al Servizio per problemi droga-correlati, ovvero alcol-correlati; soggetti con diagnosi nosografica corrispondente a "dipendenza da sostanze" (ICD-IX CM, / DSM IV); articolazione per fasce di età; sostanza primaria di abuso; tipologia di intervento; eleggibilità e concessione di misure alternative, screening patologie infettive. Si sottolinea che il dato sull"eleggibilità alle misure alternative non è direttamente disponibile da parte del S.S.R. e risulta, pertanto, fortemente deficitario.

Un"ultima rilevazione è stata curata dal Coordinamento delle Regioni, al fine di conoscere il numero complessivo degli assistiti in ambito penitenziario su scala annua. Va sottolineato, in questo caso, che poche strutture sono collegate in rete con i sistemi informativi regionali, e pertanto non sono rispondenti al NSIS.

In sintesi, quindi, abbiamo tre tipologie di dati:

- Rilevazione del Ministero di Giustizia: " soggetti tossicodipendenti" presenti al 31.12.2014 pari 13.205 soggetti presenti alla data del 31.12.2914, a fronte di una presenza di soggetti detenuti totali pari a 53.623 persone (24,6%). In questa categoria potrebbero essere compresi soggetti in carico ai servizi, anche se non corrispondenti a diagnosi nosografica di "dipendenza"
- Rilevazione dei Ser.D. e inviata dalle Regioni e P.A. al DPA: soggetti con problematiche droga correlate presenti al 31.12.2014 pasi a 13.488, soggetti con diagnosi di dipendenze da droga 9.495; soggetti con dipendenza da alcol 1.331;
- Rilevazione delle Regioni e P.A.: soggetti in carico ai Ser.D. in ambito penitenziario nel corso dell"intero anno solare 2014 pari a 19.369.

Da questi dati è possibile determinare la percentuale di detenuti in carico al Ser.D. Sul totale dei detenuti e la percentuale dei soggetti con diagnosi di dipendenza sul totale dei soggetti in carico al Ser.D.

La percentuale di maschi corrisponde all'87% dei soggetti in carico.

Le sostanze utilizzate risultano essere diversamente distribuite tra i soggetti con diagnosi di dipendenza e tra quelli in carico per problemi droga correlati, ma non diagnosticabili con i criteri della nosografia interazionale. Per i dipendenti con diagnosi di dipendenza, gli oppiacei rappresentano la principale sostanza di uso seguita dalla cocaina; mentre tra i consumatori non diagnosticabili con dipendenza, risulta essere la cocaina la principale sostanze, seguita da cannabinoidi e in misura minore da oppiacei e altre sostanze.

I dati inerenti la tipologia di trattamento sono disponibili sono parzialmente ed il trattamento più utilizzato risulta essere quello psicosociale integrato farmacologicamente.

I detenuti con problemi di alcol dipendenza, presenti al 31.12.2014, ammontano a 1.331 (pari al 10 % circa della popolazione carceraria oggetto della rilevazione), per la gran parte di genere maschile.

Per maggiore dettaglio si rinvia alla PARTE III – Capitolo 2 – Paragrafo 2.1.7.

- ***Utenti monitorati nei Ser.D. per GAP***

Lo studio di Bastiani[67] stima una prevalenza in Italia, nella fascia di popolazione compresa tra i 15 e i 64 anni di età, del 2,2% di giocatori problematici o a rischio moderato che corrisponde a oltre 850.000 soggetti con questo tipo di problematica in Italia.

In tutte le Regioni e P.A. sono presenti Ser.D. che hanno in trattamento pazienti affetti da disturbo da GAP, nonostante il fatto che solo dal 2015 sarà presente un finanziamento dedicato per questa tipologia di utenti (Legge Stabilità 2015). Gli interventi offerti sono soprattutto il sostegno psicologico individuale e/o del nucleo familiare e il counselling.

Al momento risultano registrati nei sistemi informativi regionali n. 12.376 pazienti in trattamento.

E' auspicabile che appena concluso l'iter approvativo il SIND riesca a contemplare anche questa tipologia di utenza.

1.4.2 Utenti presso strutture accreditate

Delle 21 Regioni/PA 16 hanno inviato il numero di utenti assistiti in strutture, per un totale di 11.736. La Lombardia, il Lazio, la Liguria, la Campania e la Sicilia, che trattano il 41% degli utenti totali, non hanno inviato i dati.

---

67 Bastiani L, Gori M, Colasante E, Siciliano V, Capitanucci D, Jarre P, Molinaro S. Complex factors and behaviors in the gambling population of Italy. J Gambl Stud. 2013 Mar;29(1):1-13

1.5 Elementi di riflessione

Il Servizio Sanitario Nazionale garantisce la presa in carico delle persone con dipendenza su tutto il territorio e offre modalità di trattamento differenziate e personalizzate sulla base delle caratteristiche dell‟utenza e delle intensità di cura richieste.

La rete dei servizi è presente in tutte le aree del paese in modo abbastanza uniforme per quanto riguarda i servizi ambulatoriali mentre si riscontra una relativa carenza di posti letto residenziali nelle Regioni meridionali. La presenza diffusa delle strutture del Privato sociale, spesso organizzate in Federazioni o Associazioni, che si alimentano anche con il contributo del volontariato, costituisce un patrimonio indiscutibile di sostegno sociale e di competenze tecniche consolidatisi negli anni che va, in alcuni casi a compensare il sottodimensionamento delle risorse umane e professionali riscontrabili in molte realtà soprattutto del Sud Italia.

L‟architettura complessiva del sistema è pertanto solida e pone l‟Italia in una posizione di rilievo anche nel panorama internazionale.

Tuttavia, la mutevolezza e complessità del fenomeno delle dipendenze, di cui alle premesse, richiama a uno sforzo comune per ri-definire modelli organizzativi e di trattamento, il più possibile condivisi ed omogenei in tutto il Paese.

Attraverso le funzioni di coordinamento delle Regioni e P.A., con il supporto ed il confronto costruttivo del DPA e dei Ministeri competenti, si può riprendere il percorso virtuoso sancito nell'Accordo del novembre 2009. In questo Accordo sono presenti gli obiettivi citati nelle premesse del presente documento concordati da una pluralità di soggetti: Regioni e P.A., Enti Privati, Consulta delle Società Scientifiche e mondo Sindacale.

E‟ importante altresì creare Gruppi di lavoro stabili, multidisciplinari e interistituzionali, orientati per obiettivi specifici, a garanzia del rispetto del mandato istituzionale e in conformità alla vigente legislazione in materia di Dipendenze, che sappiano orientare le decisioni politiche verso obiettivi condivisi ed in grado di assicurare il rispetto effettivo dei LEA su tutto il territorio nazionale. In questo ambito vi sono differenze organizzative abbastanza vistose tra nord, centro e sud Italia. Questo comporta inevitabilmente differenze sulla qualità e quantità dei servizi erogati e sulla efficacia dei trattamenti verso i pazienti affetti da Dipendenza patologica, per il solo fatto di risiedere in una zona rispetto a un‟altra. Persistono inoltre significative differenze sui requisiti (standard) delle strutture accreditate per l‟area delle Dipendenze. Troppe differenze sono presenti nel Paese, sia in termine di livelli di standard organizzativo-strutturali, sia in termine di costi a giornata di assistenza in strutture terapeutico-riabilitative. Anche il modello organizzativo e di programmazione delle Regioni è molto variegato, riguardo ad esempio all‟afferenza dei Servizi all‟ambito sanitario e sociale, comportando a volte difficoltà di integrazione tra i due settori, peraltro comuni ad altre materie.

1.6 Misure alternative al carcere per i tossicodipendenti

Il trattamento delle persone tossicodipendenti sottoposte a provvedimenti dell‟Autorità Giudiziaria privativi o limitativi della libertà personale assume caratteri peculiari nell‟ordinamento penitenziario italiano, rispetto alla restante tipologia dei soggetti in esecuzione penale. La *ratio* di

tale approccio è da ricondurre all"esigenza di dare una risposta adeguata alle particolari condizioni psico-fisiche dei soggetti destinatari di condanna esecutiva, nei confronti dei quali, alla generica funzione rieducativa della pena si aggiunge una valenza riabilitativa, volta al superamento della condizione di dipendenza da sostanze stupefacenti. Il nostro ordinamento prevede dei percorsi *ad hoc* per i tossicodipendenti sottoposti a provvedimenti di condanna a pena detentiva, come previsto agli artt. 90 e 94 del D.P.R. 9 ottobre 1990 n.309, recanti rispettivamente la disciplina della sospensione dell"esecuzione della pena detentiva e dell"affidamento in prova in casi particolari.

Inoltre, per effetto di quanto stabilito nell"art. 73 co. 5 bis D.P.R. n. 309/90, introdotto dall"art. 4 bis, co. 1 lett. g) del D.L.272/05, convertito con modifiche dalla Legge n. 49/06, per reati ex art. 73 co. 5 D.P.R. n. 309/90, commessi da persone tossicodipendenti o da assuntori di sostanze stupefacenti o psicotrope, può essere applicata con sentenza di condanna la sanzione sostitutiva del *lavoro di pubblica utilità*, in luogo della pena detentiva.

Tali misure costituiscono il modo di assicurare ai condannati tossicodipendenti modalità di esecuzione della condanna, prevalentemente caratterizzate da aspetti terapeutici volti alla tutela della salute, ma anche della sicurezza pubblica.

L"Ordinamento Penitenziario prevede, inoltre, misure alternative alla detenzione disciplinate dalla legge n. 354/1975 e successive modifiche e integrazioni, quali l"affidamento in prova al servizio sociale, la detenzione domiciliare, la semilibertà, che possono essere comunque applicate alle persone tossicodipendenti, che non hanno avuto accesso a misure alternative specifiche, principalmente per mancanza di requisiti richiesti *ex lege,* ed in particolare quello del reperimento di un posto presso una Comunità terapeutica accreditata, residenziale o semiresidenziale.

Un ruolo molto importante, soprattutto per il buon esito del percorso di riabilitazione del reo, è quello rivestito dagli UEPE (Uffici di Esecuzione Penale Esterna)[68] sia nella fase propedeutica di accesso alla misura alternativa alla detenzione, inerente la prognosi derivante dalle risultanze dell"indagine socio-familiare e la definizione del programma terapeutico in collaborazione con gli organi all"uopo deputati (Servizi pubblici per le dipendenze - Comunità terapeutiche), che nella fase dell"esecuzione della misura stessa per le azioni di sostegno alla persona, controllo di ottemperanza alle prescrizioni e rispondenza al programma trattamentale.

Del pari importante per il buon funzionamento delle misure predisposte per i tossicodipendenti in esecuzione penale e per l"incremento delle opportunità di riabilitazione e reinserimento sociale è la collaborazione interistituzionale tra Regioni, Servizi Sanitari, Magistratura di Sorveglianza ed Uffici di Esecuzione Penale Esterna.A tale scopo il Ministero della Giustizia si è attivato per rafforzare la predetta collaborazione attraverso la definizione di protocolli d"intesa con le Regioni, gli Enti Locali, ed i Tribunali di Sorveglianza per realizzare in modo più efficiente ed efficace

68 Gli Uffici di esecuzione penale esterna (UEPE) sono stati istituiti dalla legge 27 luglio 2005, n.154, in luogo dei Centri di servizio sociale per adulti dell'amministrazione penitenziaria previsti dall'art. 72 della legge 26 luglio 1975 n. 354. Ricevono gli indirizzi generali dalla Direzione Generale dell"esecuzione penale esterna- Dipartimento dell"Amministrazione Penitenziaria del Ministero della Giustizia e sono coordinati dagli Uffici dell'esecuzione penale esterna presso i Provveditorati regionali dell'Amministrazione Penitenziaria.

Gli Uffici locali provvedono ad eseguire i compiti assegnati dalla legge: attività di consulenza agli istituti penitenziari per contribuire all"attività di osservazione e trattamento dei detenuti; inchieste sociali utili a fornire alla magistratura di sorveglianza i dati occorrenti per l'applicazione, la modificazione, la proroga e la revoca delle misure alternative alla detenzione, delle misure di sicurezza, delle sanzioni sostitutive e per la sospensione del procedimento con messa alla prova; compiti di vigilanza e/o di assistenza sociale nei confronti dei soggetti ammessi alle misure alternative alla detenzione e alle misure di sicurezza non detentive.

quanto previsto nel dettato costituzionale in materia di esecuzione penale, con particolare riferimento al trattamento delle persone tossicodipendenti.

Per effetto della stipula dei protocolli le Regioni firmatarie (Abruzzo, Campania, Emilia Romagna, Friuli Venezia Giulia, Lazio, Liguria, Lombardia, Molise, Piemonte Puglia, Sicilia,Toscana, Umbria) si sono impegnate ad adottare misure per potenziare le capacità ricettive delle comunità terapeutiche, idonee ad ospitare persone tossicodipendenti agli arresti domiciliari o in misura alternativa alla detenzione. In attuazione del principio di territorializzazione della pena il Ministero della Giustizia si è impegnato a non trasferire, salvo casi eccezionali, i detenuti individuati per l"inserimento comunitario ed a promuovere, anche con il contributo della Cassa Ammende, progetti condivisi con le Regioni e con gli Enti territoriali finalizzati al raggiungimento dei predetti obiettivi.

La Direzione Generale dell"esecuzione penale esterna del Ministero della Giustizia, che si occupa tra l"altro dell"andamento delle misure di esecuzione penale esterna e di *probation*, pubblica con cadenza mensile il monitoraggio delle misure alternative alla detenzione, delle sanzioni sostitutive, delle misure di sicurezza. Dal mese di maggio 2014 viene monitorato anche l"andamento della sospensione del procedimento con messa alla prova, istituto introdotto dalla legge n. 67/14.

Dalla disamina dei dati è emerso che il flusso dei tossicodipendenti in esecuzione penale esterna nel 2014 risulta avere un andamento costante rispetto alle annualità precedenti. L"efficacia delle azioni promosse con i protocolli d"intesa si potrà rilevare, soprattutto a partire dal 2015, in quanto sono allo stato in atto una serie di azioni a livello locale volte proprio all"attuazione di quanto in essi previsto per renderli operativi.

Si segnala, in particolare, l"emanazione in alcune realtà territoriali di Linee guida regionali interistituzionali per la *gestione integrata dei programmi alternativi alla pena detentiva per le persone tossicodipendenti*, condivise dalla Regione, dai Servizi ASL per le dipendenze, dai Provveditorati Regionali dell"Amministrazione Penitenziaria, dal Tribunale di Sorveglianza.

A titolo esemplificativo la Regione Umbria ha approvato con Delibera della Giunta Regionale dell"1.12.2014 il documento per l"attuazione delle linee guida per la gestione integrata dei programmi alternativi alla detenzione per le persone tossicodipendenti, volte ad incrementare l"accesso alle misure alternative alla detenzione e contemporaneamente potenziarne l"efficacia. Gli obiettivi specifici delle istituzioni coinvolte sono diretti a:

- potenziare i rapporti di collaborazione tra i diversi soggetti istituzionali interessati, in una prospettiva trattamentale integrata e progettuale, promuovendo un approccio di sistema che faciliti la realizzazione di *equipe* territoriali in grado di operare come agenti di rete ed integrando le risorse delle istituzioni con quelle della comunità territoriale;
- migliorare il sistema territoriale di offerta, introducendo innovazioni rispetto alla polarizzazione tra trattamento territoriale e trattamento residenziale, che caratterizza usualmente i programmi in misura alternativa, con l"obiettivo di una effettiva individualizzazione dei percorsi terapeutici, che debbono coniugare equità, appropriatezza, efficacia e sostenibilità;
- rendere più omogenei criteri e procedure di applicazione delle misure alternative in ambito regionale, con il supporto di strumenti procedurali comuni.

Tali accordi favorendo il consolidamento della rete territoriale contribuirà certamente nei prossimi anni a rendere più efficiente ed efficace il sistema per il trattamento integrato e la riabilitazione dei tossicodipendenti in esecuzione penale esterna.

Di seguito si riportano le risultanze dei dati statistici derivanti dal rilevamento semestrale delle misure alternative alla detenzione e delle sanzioni sostitutive per i tossicodipendenti, in comparazione con le misure alternative e sanzioni sostitutive destinate a tutti i soggetti in esecuzione penale esterna, ove si può evincere il forte flusso in aumento a partire dal 2006, anno in cui è stato emanato il provvedimento clemenziale dell'indulto.

Tabella 18.

Data di rilevazione	Detenuti		Misure alternative			
	Condannati	Totale	AFFIDAMENTO IN PROVA	AFFIDAMENTO IN PROVA PER TOSSICODDIPENDENTI	SEMILIBERTA'	DETENZIONE DOMICILIARE
31/12/2004	35.033	56.068	10.964	3.286	1.633	5.336
30/06/2005	36.995	59.125	11.928	3.712	1.834	5.697
31/12/2005	36.676	59.523	11.063	3.623	1.745	4.991
30/06/2006	38.193	61.264	11.908	4.093	1.763	4.949
31/12/2006	15.468	39.005	994	611	630	1.358
30/06/2007	17.042	43.957	1.394	644	671	1.393
31/12/2007	19.029	48.693	1.809	757	696	1.431
30/06/2008	23.243	55.057	2.69	930	765	1.779
31/12/2008	26.587	58.127	3.412	1.09	771	2.257
30/06/2009	30.549	63.63	4.137	1.39	817	2.946
31/12/2009	33.145	64.791	4.666	1.597	837	3.232
30/06/2010	36.781	68.258	5.48	2.32	868	4.692
31/12/2010	37.432	67.961	5.776	2.366	886	5.219
30/06/2011	37.376	67.394	6.4	2.9	878	7.404
31/12/2011	38.023	66.897	6.893	3.059	916	8.371
30/06/2012	38.771	66.528	7.005	3.178	855	9.186
31/12/2012	38.656	65.701	6.839	3.15	858	9.139
30/06/2013	40.301	66.028	7.912	3.331	896	10.563
31/12/2013	38.471	62.536	7.781	3.328	845	10.173
30/06/2014	36.926	58.092	8.934	3.371	821	10.126
31/12/2014	34.033	53.623	8.752	3.259	745	9.453

Fonte: DGEPE, Ufficio Studi, Analisi e Programmazione-Osservatorio Misure Alternative.

Tabella 19.

Data di rilevazione	LAVORO DI PUBBLICA UTILITA', MISURE DI SICUREZZA NON DETENTIVE, SANZIONI SOSTITUTIVE E ALTRE MISURE						Totale misure
	LIBERTA' VIGILATA	LIBERTA' CONTROLLATA	SEMIDETENZIONE	LPU - Violazione codice della strada	LPU - Tossicodipendenti	SOSPENSIONE CONDIZIONALE DELLA PENA	
31/12/2004	1.145	144	14	Rilevazione effettuata a partire dal 31/12/12	Rilevazione dal 31/12/12	2.27	24.792
30/06/2005	1.247	176	17			1.772	26.383
31/12/2005	1.203	156	14			1.436	24.231
30/06/2006	1.168	168	18			1.164	25.231
31/12/2006	1.408	100	5			199	5.305
30/06/2007	1.626	71	4			117	5.92
31/12/2007	1.71	65	1			90	6.57
30/06/2008	1.996	54	2			77	8.315
31/12/2008	2.243	51	0			54	9.903
30/06/2009	2.328	80	1			29	11.771
31/12/2009	2.32	91	2			21	12.817
30/06/2010	2.333	91	3			12	15.848
31/12/2010	2.068	99	6			13	16.495
30/06/2011	2.218	107	6			16	20.094
31/12/2011	3.061	115	8			11	22.968
30/06/2012	2.645	162	9			7	24.667
31/12/2012	2.84	164	8	2.121	404	7	25.53
30/06/2013	2.992	191	12	3.886	328	6	30.117
31/12/2013	3.002	194	9	4.179	230	6	29.747
30/06/2014	3.155	210	9	5.011	236	0	31.873
31/12/2014	3.373	168	6	5.338	268	0	31.362

Fonte: DGEPE, Ufficio Studi, Analisi e Programmazione-Osservatorio Misure Alternative.

Di particolare rilevanza sono i dati inerenti *l'efficacia delle misure alternative* alla detenzione per i soggetti tossicodipendenti, dai quali risulta che la percentuale di revoche dell'affidamento terapeutico per esito negativo è complessivamente pari al 9%. La percentuale di esito positivo della misura è, quindi, pari al 91% per salire al 95% nel caso di tossicodipendenti che accedono alla misura alternativa direttamente dallo stato di libertà, rispetto a coloro che vi accedono dallo stato di detenzione.

Tabella 20.

		Affidamento Terapeutico		
		Condannati TOSSICO/ALCOOLDIPENDENTI dallo stato di LIBERTA'	Condannati TOSSICO/ALCOOLDIPENDENTI dallo stato di DETENZIONE	Totali
Eseguite nel periodo		1.899	4.625	6.524
Per andamento negativo	**Revoche**	77	355	432
	%	4,05%	7,68%	6,62%
Per nuova posiz. giur./assenza di requisiti giuridico-penali	**Revoche**	5	39	44
	%	0,26%	0,73%	0,67%
Per commissione di reati	**Revoche**	13	48	61
	%	0,68%	1,18%	0,94%
Per irreperibilità	**Revoche**	4	30	34
	%	0,21%	0,53%	0,52%
Per altri motivi	**Revoche**	5	19	24
	%	0,26%	0,34%	0,37%
Totale	**Revoche**	**104**	**491**	**595**
	%	**5,48%**	**10,50%**	**9,12%**

Fonte: DGEPE, Ufficio Studi, Analisi e Programmazione-Osservatorio Misure Alternative.

Nonostante tale grado di efficacia il flusso dei tossicodipendenti in misura alternativa alla detenzione ed in sanzione sostitutiva della pena detentiva non risulta in crescita. Ciò è dovuto principalmente alle difficoltà applicative delle misure di comunità ai soggetti tossicodipendenti, soprattutto per l‟assenza di un numero di posti nelle comunità terapeutiche che risulti più rispondente all‟effettivo fabbisogno per la specifica tipologia di utenza.

A fronte della carenza di posti presso le Comunità terapeutiche i soggetti tossicodipendenti sono stati seguiti dai servizi territoriali, potendo in tal modo fruire, sia pure in modo limitato, anche delle misure alternative alla detenzione non previste specificamente per i tossicodipendenti, come risulta nella tabella 2. Di seguito sono riportati i dati del rilevamento mensile effettuato a partire da gennaio 2014, diretto a verificare l‟andamento delle misure alternative alla detenzione, con particolare riferimento al trattamento dei soggetti tossicodipendenti in affidamento in prova al servizio sociale, in detenzione domiciliare ed in affidamento in prova in casi particolari (cd. Affidamento terapeutico per tossicodipendenti).

Come si evince dalla rilevazione di seguito riportata in tabella, l‟utenza è principalmente seguita dai servizi pubblici per le dipendenze ed in particolare al 31 dicembre 2014 i tossicodipendenti in *affidamento in prova al servizio sociale* risultano per il 92% seguiti dai servizi pubblici per le dipendenze e solo il 7% risulta in comunità terapeutica. Per quanto riguarda i tossicodipendenti in

affidamento terapeutico risultano per il 56% seguiti dai servizi territoriali e per il 43% sono affidati alle strutture residenziali accreditate. I tossicodipendenti in *detenzione domiciliare* risultano per il 74,2 % seguiti dai servizi ASL e per il 25,8% trattati dalle comunità terapeutiche.

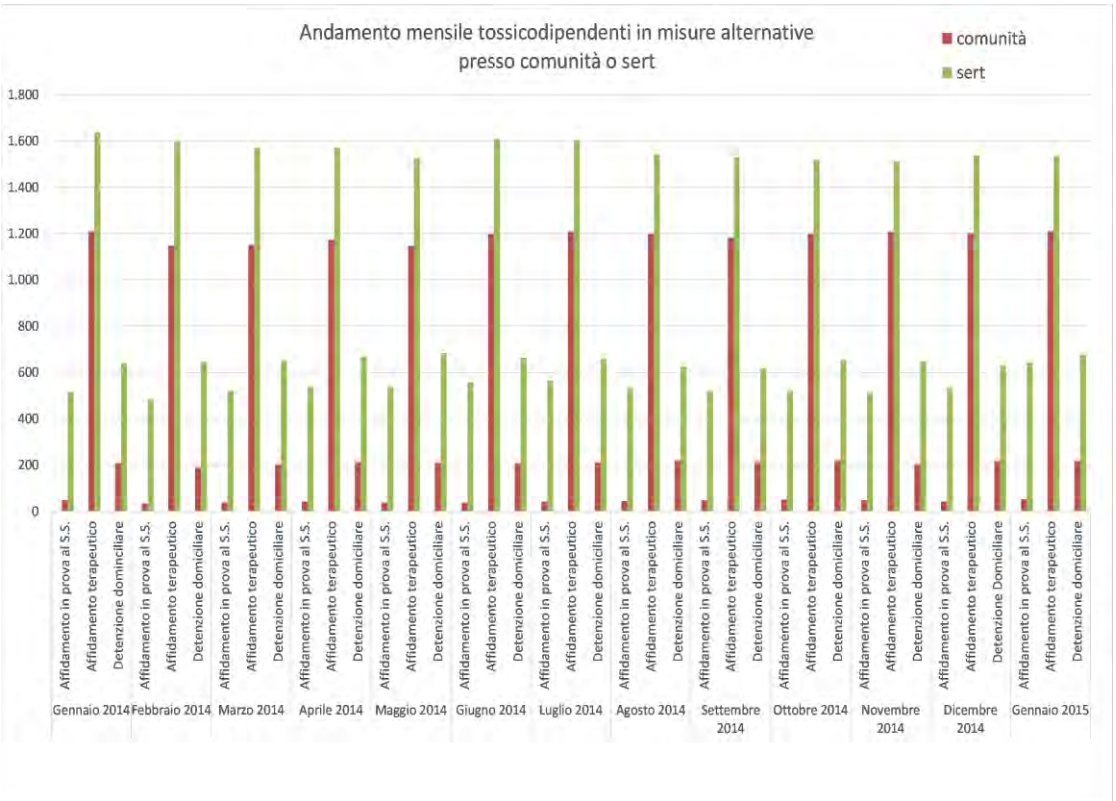
Tabella 21.

Periodo	Misura	*Comunità*				*SERT*				Totali
		Italiani		*Stranieri*		*Italiani*		*Stranieri*		
		Uomini	*Donne*	*Uomini*	*Donne*	*Uomini*	*Donne*	*Uomini*	*Donne*	
Gennaio 2014	AFFIDAMENTO IN PROVA AL SERVIZIO SOCIALE	42	5	3	-	456	24	36	-	566
	AFFIDAMENTO IN PROVA IN CASI PARTICOLARI	1.109	43	53	5	1.475	90	60	13	2.848
	DETENZIONE DOMICILIARE	184	16	9	-	554	43	41	1	848
Febbraio 2014	AFFIDAMENTO IN PROVA AL SERVIZIO SOCIALE	31	2	2	-	425	23	35	2	520
	AFFIDAMENTO IN PROVA IN CASI PARTICOLARI	1.036	50	58	5	1.431	90	74	2	2.746
	DETENZIONE DOMICILIARE	171	14	4	1	555	49	44	-	838
Marzo 2014	AFFIDAMENTO IN PROVA AL SERVIZIO SOCIALE	32	3	4	0	451	28	40	3	561
	AFFIDAMENTO IN PROVA IN CASI PARTICOLARI	1039	43	63	6	1400	83	84	4	2.722
	DETENZIONE DOMICILIARE	179	17	4	2	564	45	43	0	854
Aprile 2014	AFFIDAMENTO IN PROVA AL SERVIZIO SOCIALE	36	4	3	-	472	25	38	3	581
	AFFIDAMENTO IN PROVA IN CASI PARTICOLARI	1.064	46	61	4	1.405	77	86	3	2.746

	DETENZIONE DOMICILIARE	186	20	6	1	576	50	42	1	882
Maggio 2014	**AFFIDAMENTO IN PROVA AL SERVIZIO SOCIALE**	35	2	2	-	467	31	37	2	576
	AFFIDAMENTO IN PROVA IN CASI PARTICOLARI	1.049	43	51	4	1.37	82	71	3	2.673
	DETENZIONE DOMICILIARE	185	19	5	2	592	49	43	-	895
Giugno 2014	**AFFIDAMENTO IN PROVA AL SERVIZIO SOCIALE**	32	3	2	1	486	32	37	3	596
	AFFIDAMENTO IN PROVA IN CASI PARTICOLARI	1.073	55	66	4	1.424	86	97	2	2.807
	DETENZIONE DOMICILIARE	182	19	6	1	586	45	33	-	872
Luglio 2014	**AFFIDAMENTO IN PROVA AL SERVIZIO SOCIALE**	36	2	4	1	488	38	34	5	608
	AFFIDAMENTO IN PROVA IN CASI PARTICOLARI	1099	36	70	4	1433	88	83	0	2.813
	DETENZIONE DOMICILIARE	183	21	8	0	585	47	28	1	873
Agosto 2014	**AFFIDAMENTO IN PROVA AL SERVIZIO SOCIALE**	38	3	3	1	467	29	34	3	578
	AFFIDAMENTO IN PROVA IN CASI PARTICOLARI	1.096	34	67	3	1.37	85	85	2	2.742
	DETENZIONE DOMICILIARE	190	20	10	-	558	45	20	3	846
Settembre 2014	**AFFIDAMENTO IN PROVA AL SERVIZIO SOCIALE**	43	3	3	-	455	31	30	3	568
	AFFIDAMENTO IN PROVA IN CASI PARTICOLARI	1.082	36	62	3	1.36	97	71	2	2.713
	DETENZIONE DOMICILIARE	180	19	12	1	547	42	29	1	831
Ottobre 2014	**AFFIDAMENTO IN PROVA AL SERVIZIO SOCIALE**	41	5	6	-	456	30	34	1	573
	AFFIDAMENTO IN PROVA IN CASI PARTICOLARI	1.105	33	60	2	1.349	75	92	3	2.719

	DETENZIONE DOMICILIARE	189	21	10	1	565	40	46	4	876
Novembre 2014	**AFFIDAMENTO IN PROVA AL SERVIZIO SOCIALE**	40	3	5	1	447	30	35	2	563
	AFFIDAMENTO IN PROVA IN CASI PARTICOLARI	1.11	34	62	2	1.338	84	89	3	2.722
	DETENZIONE DOMICILIARE	172	21	9	1	565	38	41	4	851
Dicembre 2014	**AFFIDAMENTO IN PROVA AL SERVIZIO SOCIALE**	35	3	4	1	466	32	31	2	574
	AFFIDAMENTO IN PROVA IN CASI PARTICOLARI	1.105	33	61	3	1.364	88	82	3	2.739
	DETENZIONE DOMICILIARE	188	20	11	-	549	41	36	3	848

Figura 16.



Di seguito sono riportati gli esiti della predetta rilevazione mensile suddivisi per Provveditorato Regionale dell"Amministrazione Penitenziaria: *Fonte: DGEPE, Ufficio Studi, Analisi e Programmazione-Osservatorio Misure Alternative.*

Figura 17.

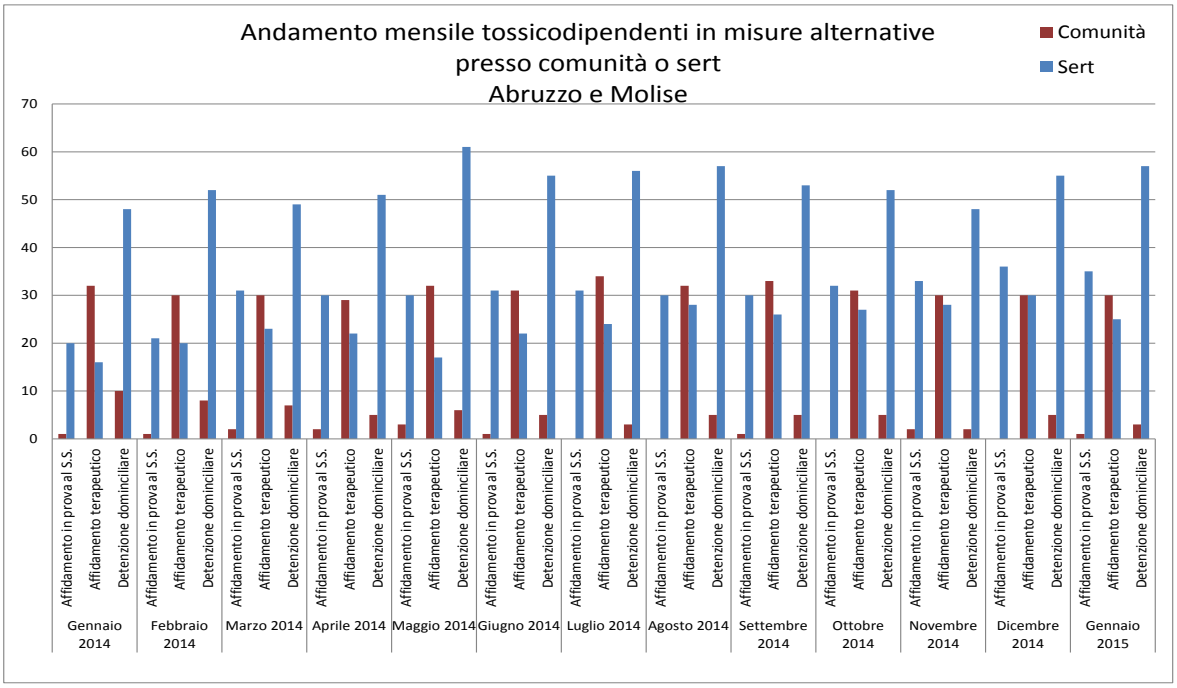


Figura 18

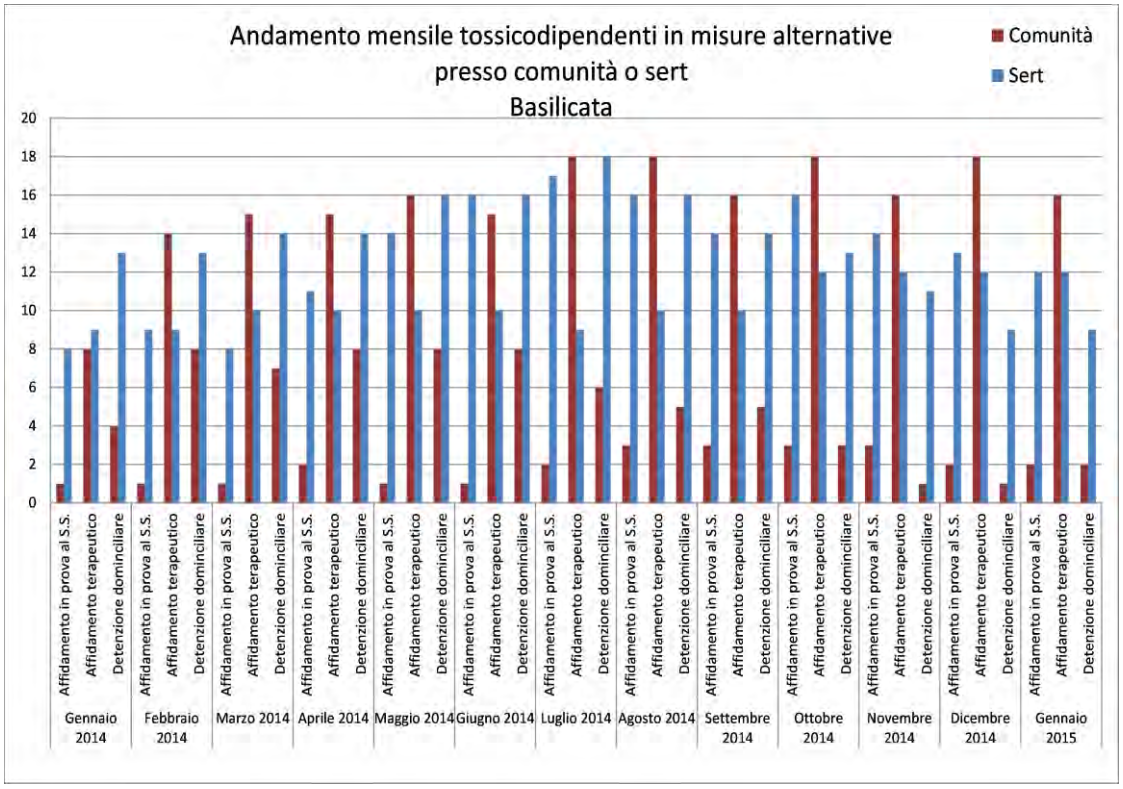


Figura 19.

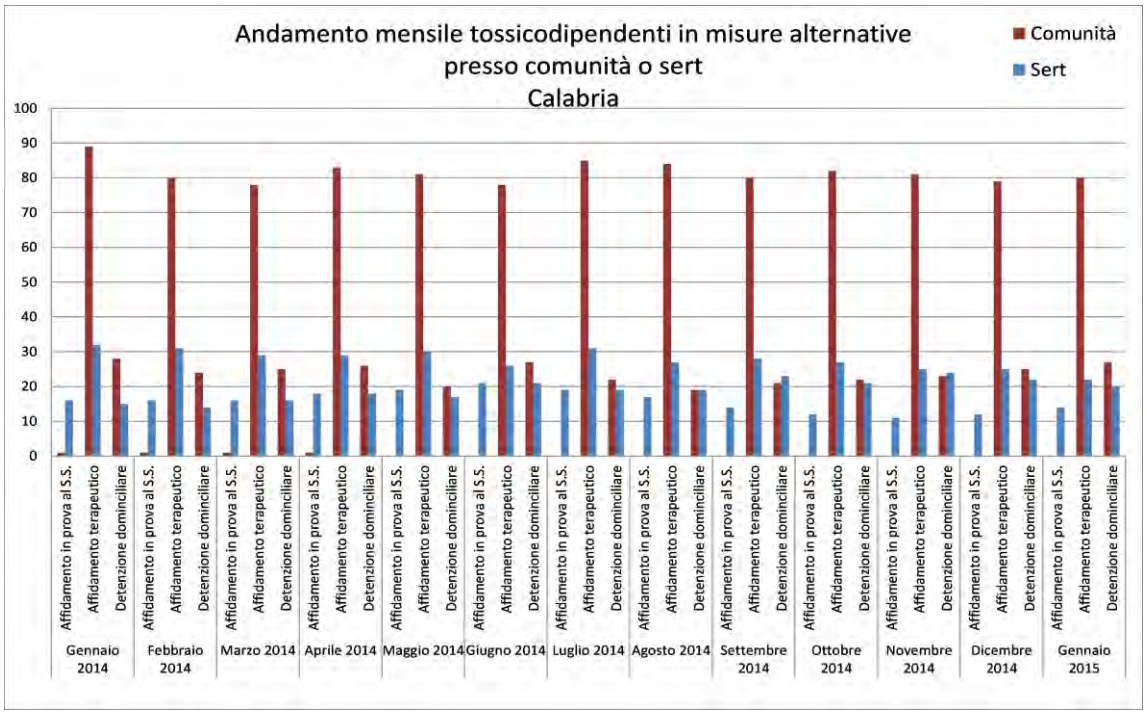


Figura 20.

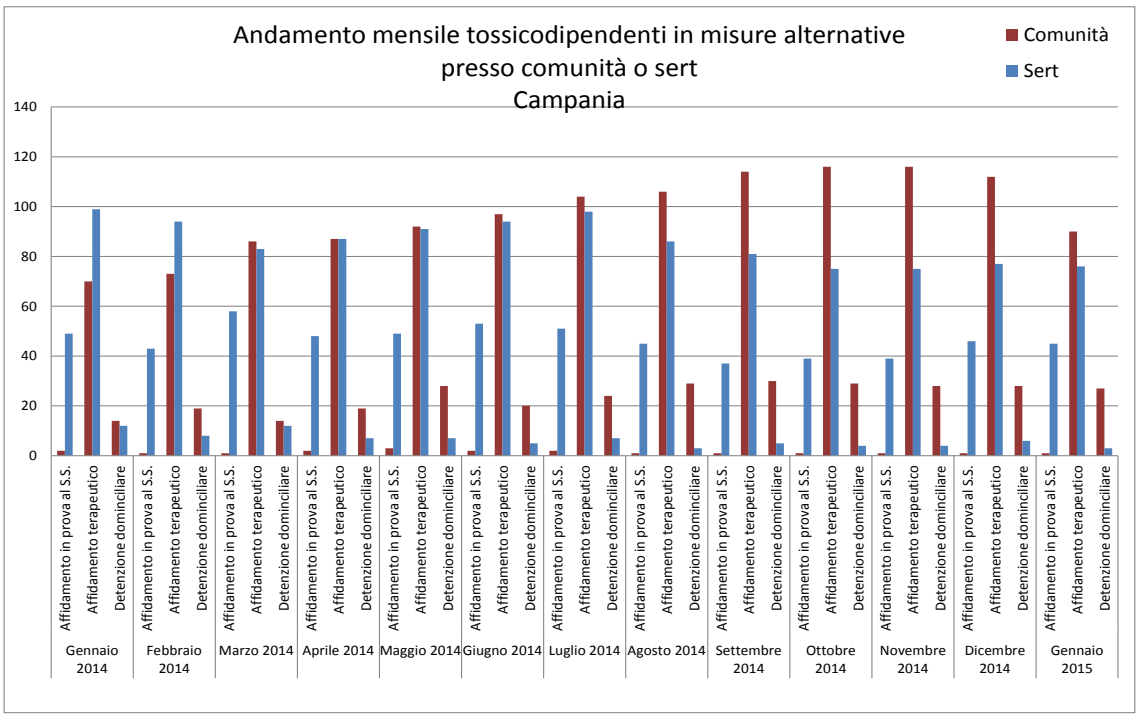


Figura 21.

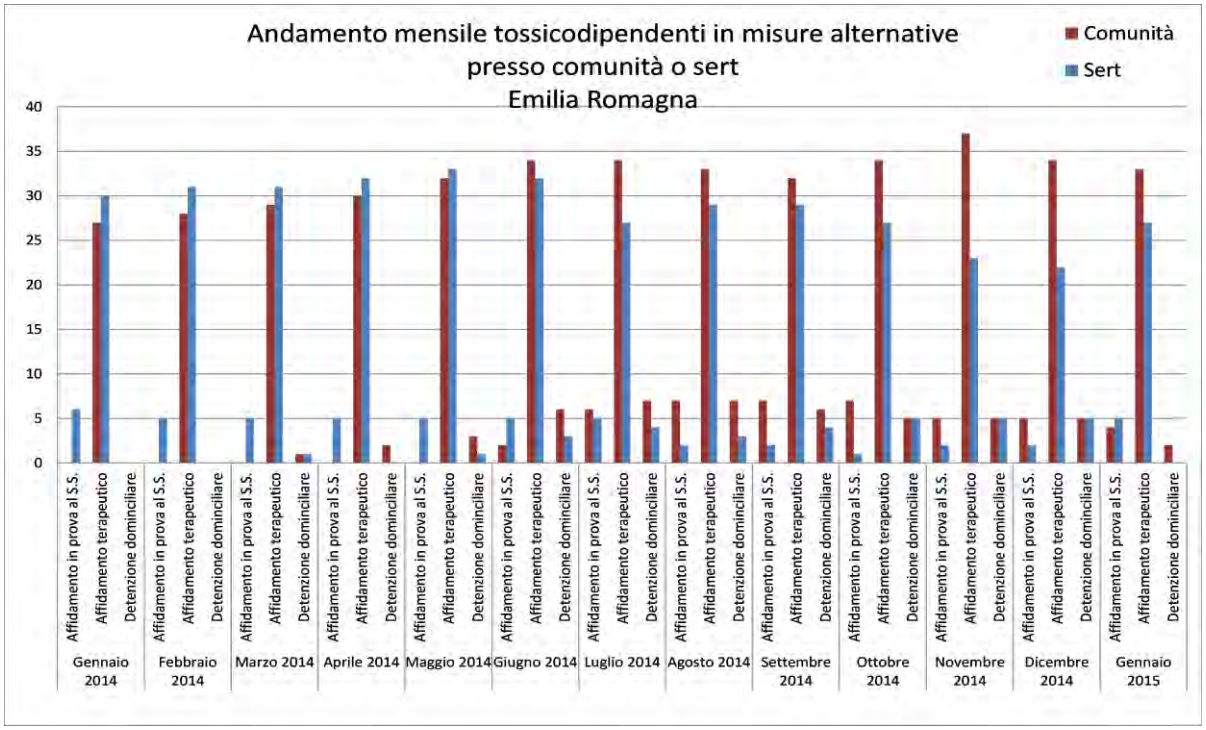


Figura 22.

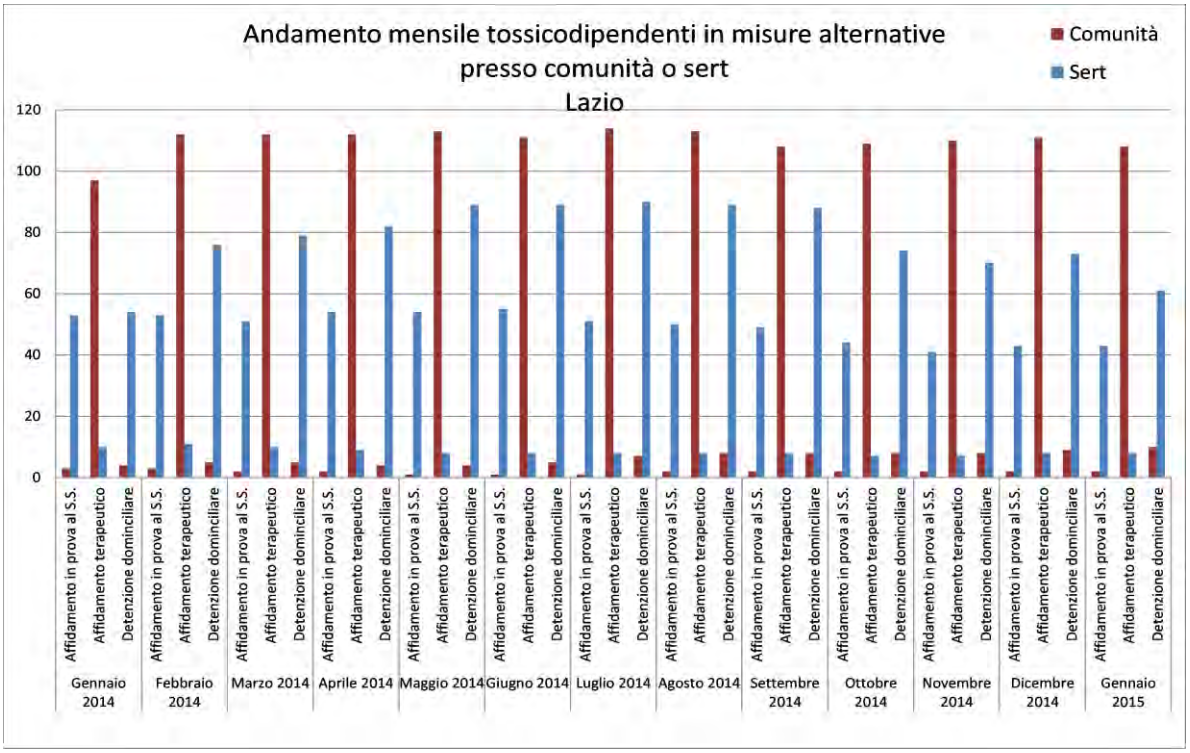


Figura 23.

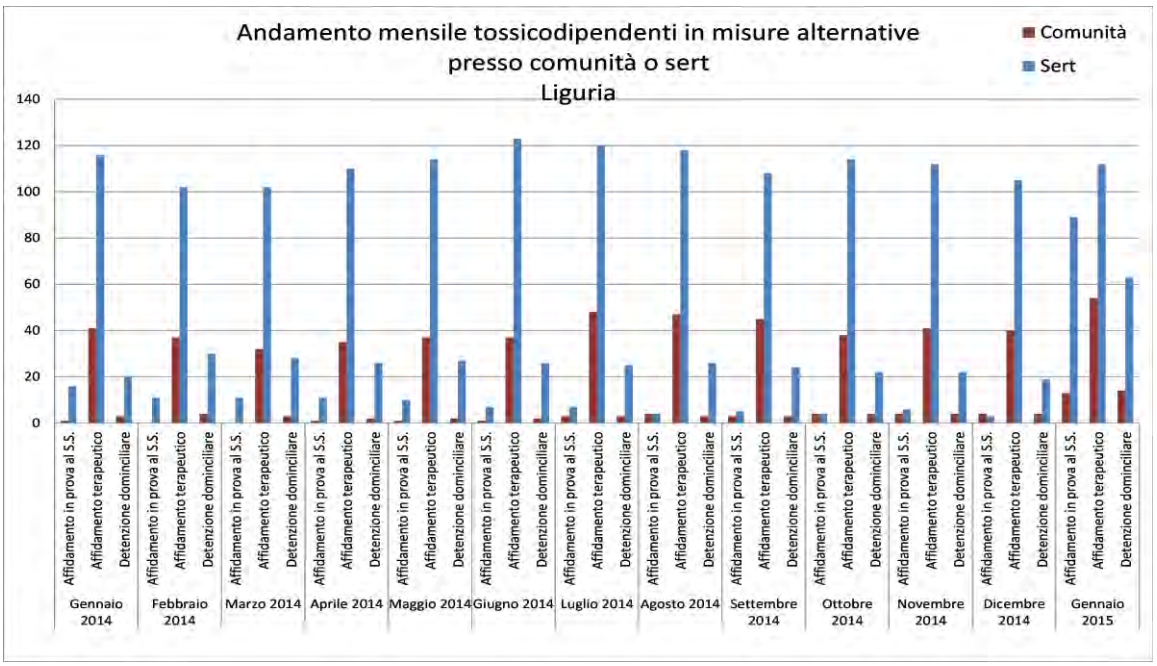


Figura 24.

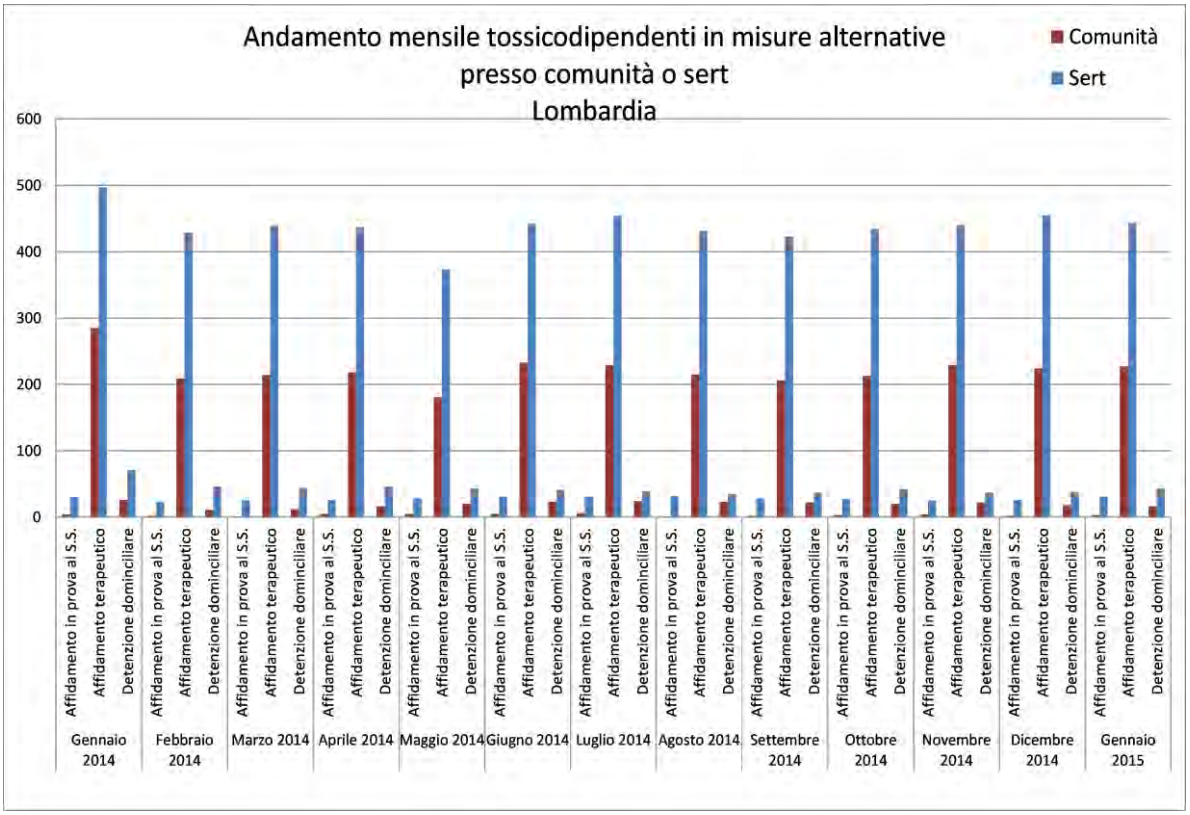


Figura 25.

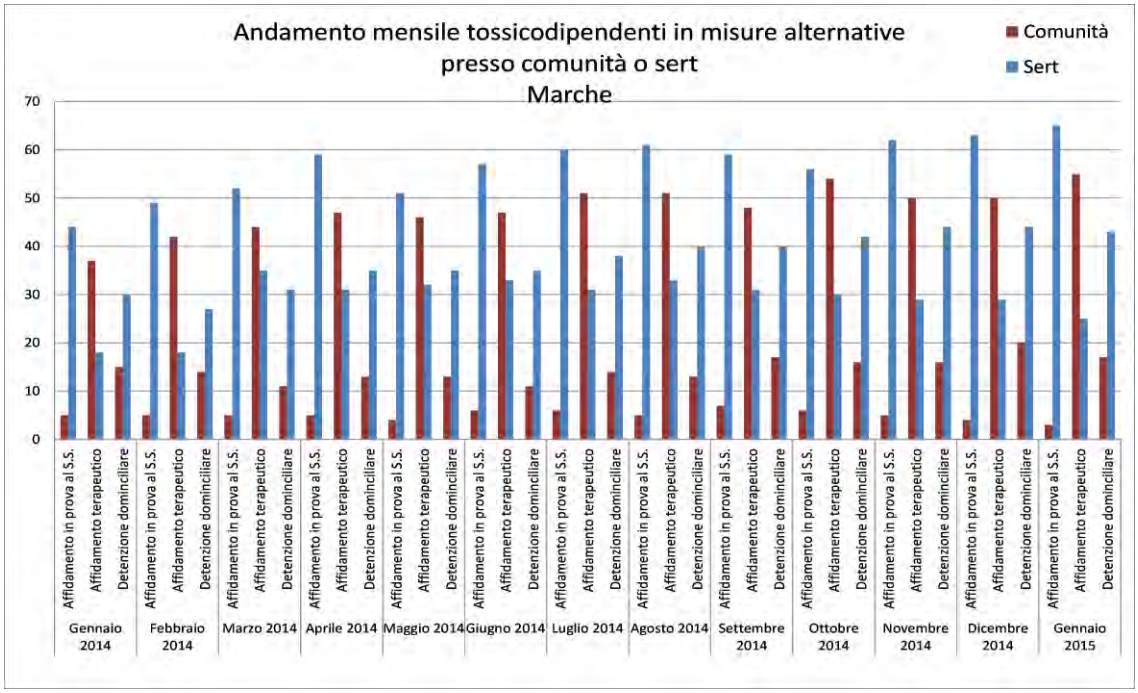


Figura 26.

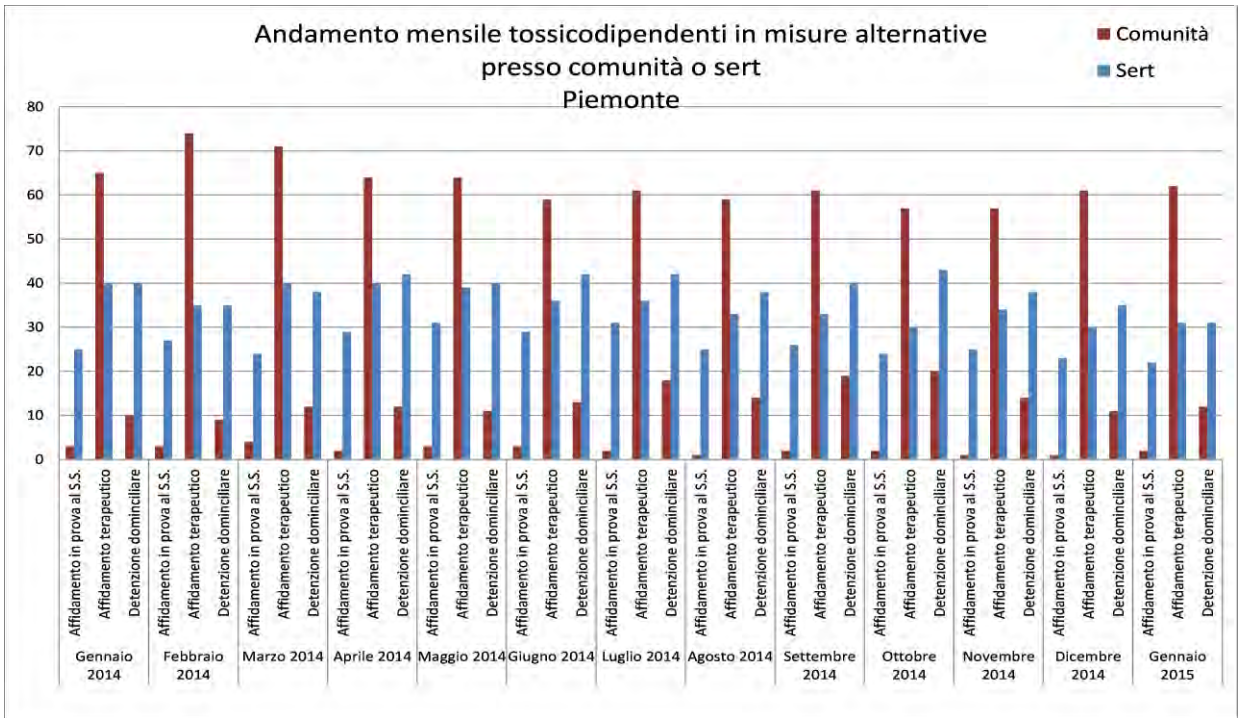


Figura 27.

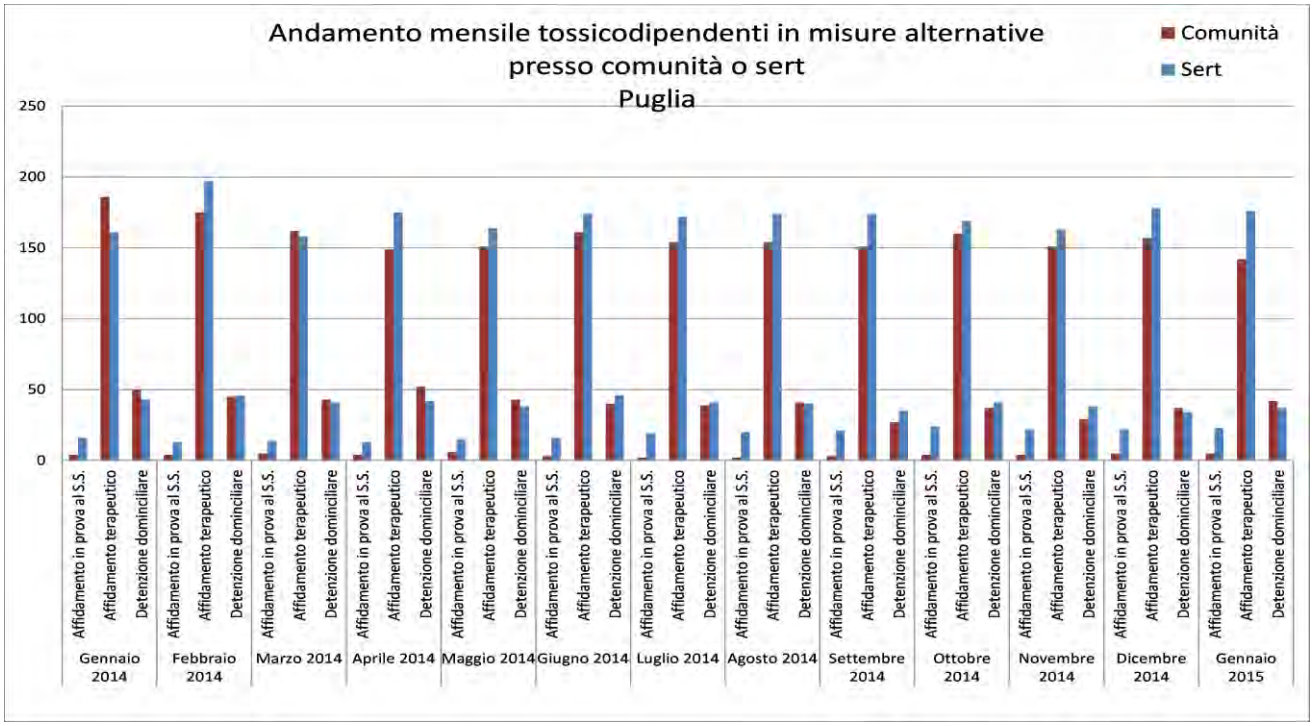


Figura 28.

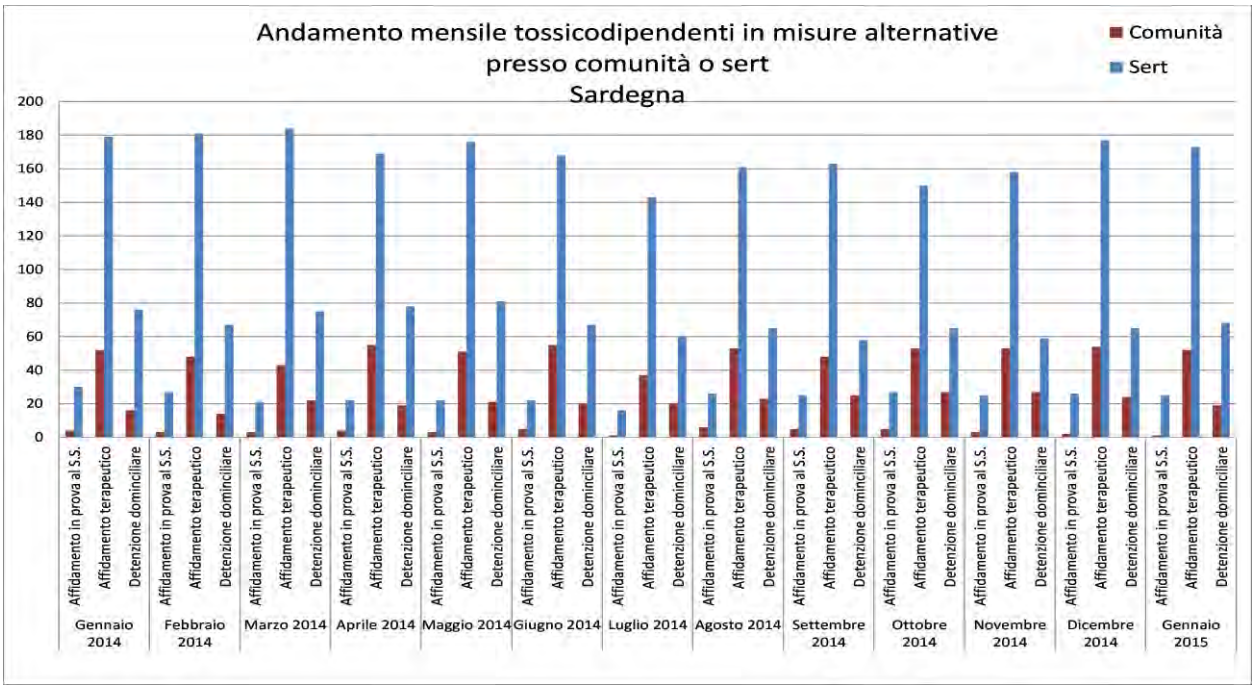


Figura 29.

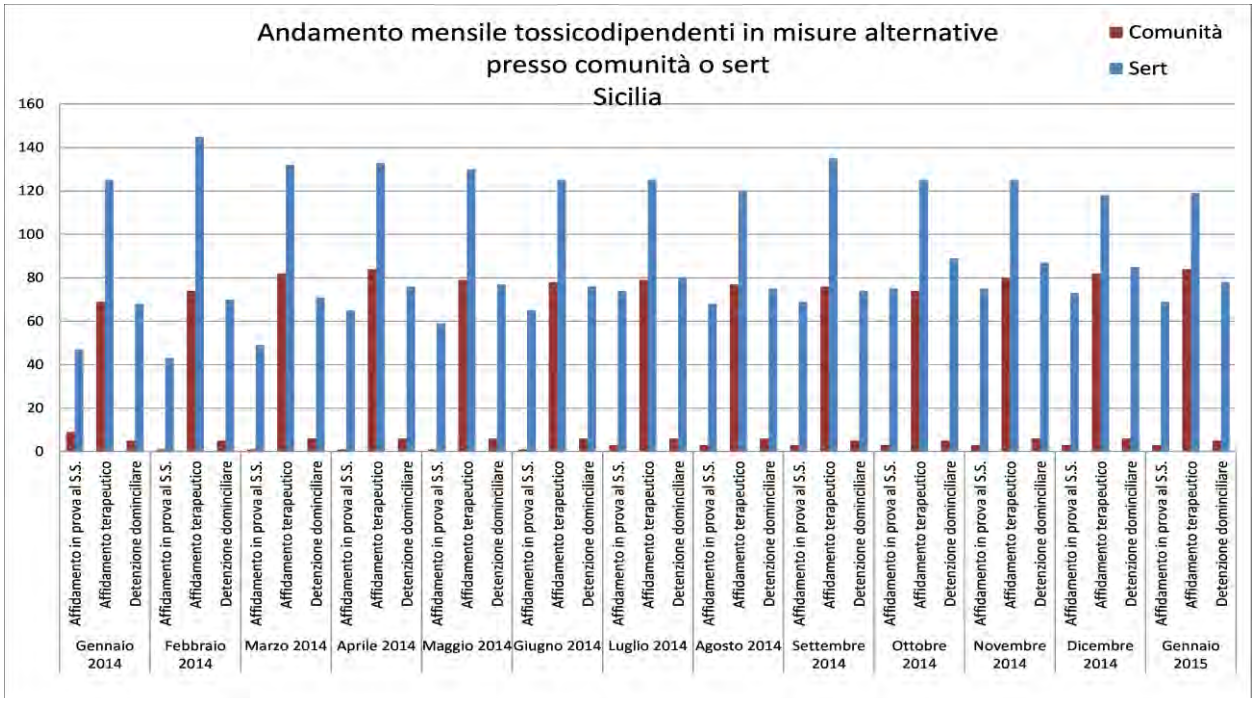


Figura 30.

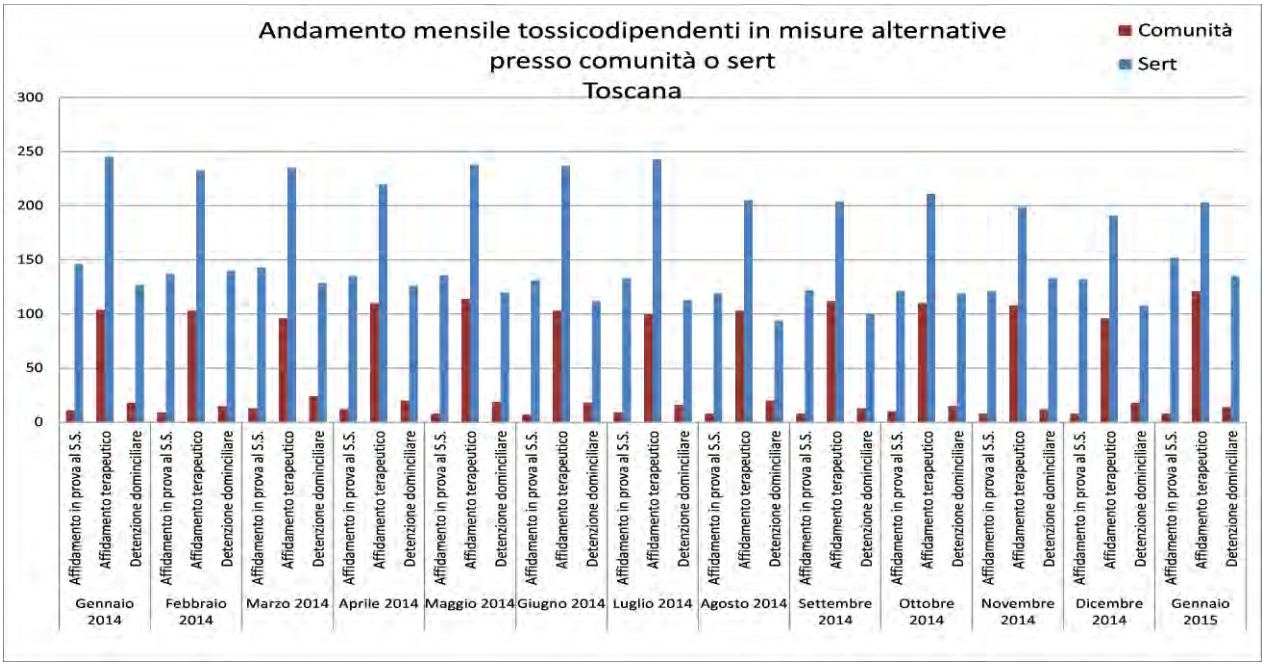


Figura 31.

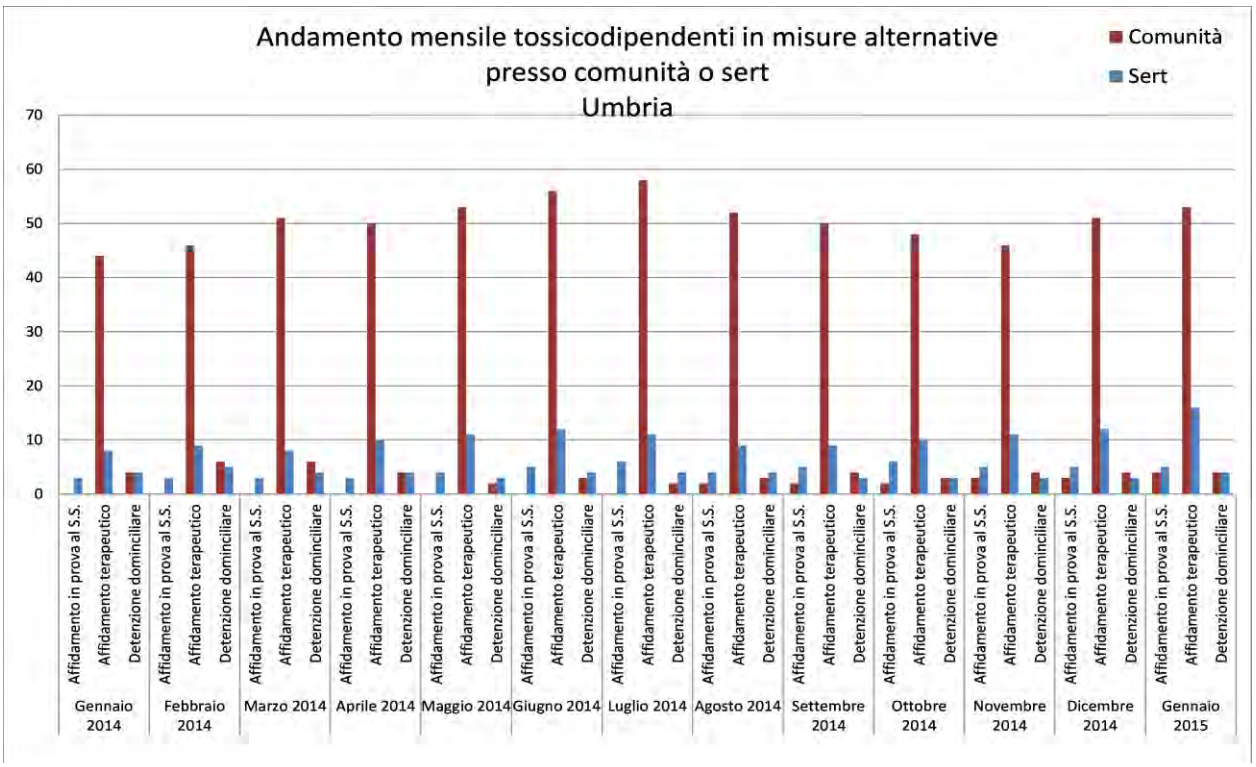
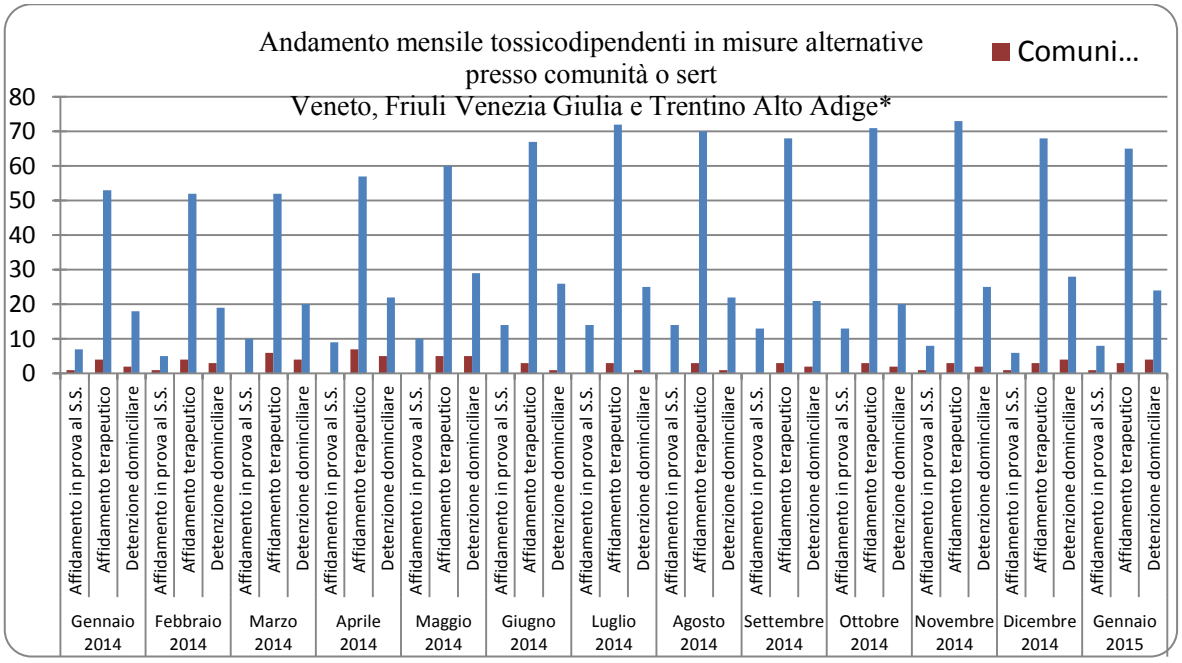


Figura 32.



*Si precisa che i dati rappresentati sono parziali in quanto pervenuti soltanto agli Uffici Locali di Esecuzione penale esterna di Bolzano,Trieste e Udine.

1.6.1 Clinica delle dipendenze e Misure Alternative alla detenzione

In Italia, il tema del carcere, della giustizia penale, delle misure alternative e della lotta al traffico degli stupefacenti, resta un tema di critica attualità, anche per i frequenti richiami da parte delle Autorità Europee sul rispetto di alcuni standards che il nostro Paese si sta avviando ad attuare con efficacia crescente. Il contrasto al sovraffollamento rappresenta forse il migliore risultato ottenuto: da 67.961 presenze al 31 dicembre 2010, si è passati ai 53.283 del 31 maggio 2015. Quindi, il primo passo verso quello che usualmente viene denominato come la 'riduzione del danno da carcere' da sovraffollamento, è stato quasi completato. Constatato che il numero dei presenti in carcere è la risultanza di tutti coloro che ne vengono associati e coloro che ne escono, finché il bilancio è alla pari, le cifre restano immutate numeri non cambiano. Pertanto, la proposta e la concessione di misure alternative, resta uno degli elementi strategici atti a contenere il numero delle presenze totali, naturalmente assieme alla buona efficacia dei Tribunali, delle forze di Polizia e dei servizi sanitari intra ed extracarcerari (ISTAT: I detenuti nelle carceri italiane. 19 marzo 2015).

In tema di persone consumatori di sostanze stupefacenti in condizioni di limitazioni della libertà personale sarebbe errato ridurre il problema ai soli numeri. In realtà ci si trova di fronte anche ad un rilevante problema clinico di appropriatezza dei provvedimenti alternativi: basti pensare alla dicotomia asimmetrica reato/carcerazione e malattia/terapia che pone sullo stesso piano un provvedimento terapeutico per bilanciarne un altro di tipo giudiziario, alla luce di una doppia visione trattamentale.

Il Trattamento Penitenziario (D.P.R. 29 Aprile 1976 n. 431, art. 1) è quell'attività dello Stato tesa a eseguire la pena stabilita da un Tribunale, ma anche ad avviare ed implementare la rieducazione del reo ed il ritorno nel contesto sociale di appartenenza (art.27 Cost.). Esso deve consentire al condannato l'esercizio di tutti i suoi diritti non soppressi dalla condanna (art.4, L.26.7.1975, n. 354) e deve essere confacente al rispetto della dignità umana e mai degradante o umiliante. Il garante dei diritti del detenuto è il Magistrato di Sorveglianza. Il trattamento penitenziario è quindi la risultante del complesso delle regole di gestione della vita in carcere ed è applicabile a tutti detenuti, indipendentemente dalla posizione giuridica. Il 'trattamento penitenziario rieducativo', che ne è una parte, è applicabile solo ai condannati ed internati, in virtù del principio di non colpevolezza fino a condanna definitiva. Nel caso delle persone tossicodipendenti, solo quelli con condanna definitiva possono essere ammessi alle misure alternative da parte del Tribunale di Sorveglianza. Il trattamento penitenziario - come quello di tipo terapeutico - deve essere personalizzato sugli specifici bisogni del detenuto identificati nel corso della c.d. 'osservazione scientifica della personalità' realizzata da una equipe di esperti (art.13, L. 26.7.1975, n. 354) e nella quale può essere prevista la partecipazione di personale del Servizio Sanitario Nazionale.

In questo schema trattamentale penitenziario si inserisce lo studio e la proposta di misure alternative alla detenzione, anche sulla base delle risultanze dell'osservazione. Esso viene espresso attraverso il 'programma trattamentale' che viene inviato al Magistrato di Sorveglianza. Le principali misure alternative che vengono prese in considerazione sono: l'affidamento in prova al servizio sociale, la semilibertà, la liberazione anticipata.

Sotto la forma di 'arresti domiciliari' le persone con problematiche di consumo di sostanze stupefacenti, possono essere ammesse in strutture di recupero con provvedimento dell'Autorità Giudiziaria procedente (G.I.P.). I reati più frequentemente riscontrati nella popolazione detenuta generale, ma che si riscontrano nel gruppo dei tossicodipendenti e variamente associati tra loro,

sono: le violazioni della normativa sulle sostanze stupefacenti, i reati contro il patrimonio, contro la persona e per la legge sulle armi.

Il Trattamento Terapeutico per i consumatori di sostanze stupefacenti in carcere è il complesso di interventi di tipo socio-sanitario che vengono messi in atto per tutti coloro che ne fanno richiesta o che rispondano positivamente alle proposte dei servizi sanitari interni. Le azioni professionali del servizio sanitario coinvolgono l'area medico-farmacologica, la socio-assistenziale, la psicologica e quella della rete delle comunità terapeutiche esterne. I modelli di approccio devono essere ad alto grado di personalizzazione, non univoci ed a tale proposito si pensi ad es. alle differenze di etnia, di genere, socio-culturali e nell'ambito minorile. Oltre alla previsione di misure alternative, devono essere promosse azioni e piani terapeutici anche per tutti coloro che non hanno la possibilità di questa prospettiva e dovranno soggiornare nel contesto penitenziario fino alla fine della condanna. In questi casi dovrà essere ancor più valutato un intervento farmacologico a mantenimento o, comunque, a lunga scadenza anche in considerazione del frequente riscontro di consumi di stupefacenti illegali all'interno delle carceri. Questa pratica terapeutica riduce i comportamenti criminali e facilità la sicurezza degli istituti penitenziari. Inoltre è necessario considerare che, nel corso della valutazione del potenziale collaborativo da parte del paziente, alcuni elementi storico-anagrafici devono essere considerati quali fattori predittivi di esito del trattamento sanitario: l'alto grado di manifestazioni tossicomaniche precedenti, la componente comorbile psichiatrica, la presenza di coinfezioni HCV/HIV-correlate, la commissione di reati ed il numero di precedenti carcerazioni.

Quindi, di fronte ad uno stesso termine ('trattamento') che indica due processi molto differenti, seppur interconnessi, ci si trova di fronte alla necessità istituzionale di creare un solo percorso che abbia obiettivi differenziati, ma condivisi. In tal senso, come l'approccio terapeutico, anche il recupero deve avere carattere olistico, nell'ambito di un globale processo personale di riequilibrio e armonizzazione con i diversi aspetti della vita normale (personale, socio-culturale e lavorativa).

La stretta interazione tra Unità Operative di Medicina Penitenziaria dell'istituto e l e Direzioni penitenziarie appare un elemento strategico determinante per un buon esito dell'azione istituzionale sanitaria e di giustizia.

Indicazioni e iter per un programma terapeutico in misura alterativa

La concessione del beneficio previsto dal c.d. 'affidamento terapeutico' (sospensione dell‟esecuzione della pena detentiva e dell‟affidamento in prova in casi particolari - artt. 90 e 94 del D.P.R. 9 ottobre 1990 n. 309 e s.m.i.) costituisce la conclusione di una serie di complesse procedure che vedono molte interfacce istituzionali e del privato sociale. Dal punto di vista clinico ed organizzativo sanitario, diversi sono gli aspetti critici che ancora non permettono sia una adeguata risposta che una successiva valutazione dei risultati ottenuti. In particolare si evidenzia:

- la carenza normativa di accertamento dello stato di tossicodipendenza finalizzata specificamente all'applicazione di misure alternative al carcere
- difficoltà nell'uniformare le procedure di presa in carico, iter diagnostico, di assessment, terapeutico e di verifica a distanza di tempo dei risultati raggiunti (variabilità regionali ed aziendali)
- l'assenza di un sistema celere ed efficace di presa in carico che permetta una rapida elaborazione di piani terapeutici alternativi (equipe di osservazione)

- non infrequente e denunciata carenza di risorse economiche da parte delle Regioni/ASL
- l'esigenza di un rapporto più stretto con il Magistrato di Sorveglianza e con l'UEPE
- necessità di creare un rapporto terapeutico 'proattivo' con il paziente che faciliti la ritenzione in trattamento

Purtroppo, la frequente priorità degli obiettivi a breve scadenza da parte delle persone detenute, è sostenuta dalla impellenza di uscire comunque da una situazione detentiva utilizzando procedure prevedibili dal punto di vista legale, ma inappropriate da quello sanitario. Nei casi in cui la diagnosi è dubbia o comunque la necessaria certificazione appare non dirimente, sarà opportuno rivolgersi ad altre misure alternative, non necessariamente terapeutiche. Questa situazione appare molto frequente nelle fasi preliminari del procedimento giudiziario per le indagini preliminari e non sottoposto al vaglio del Tribunale di Sorveglianza. L'assenza di precisi criteri normativi di identificazione diagnostica delle persone tossicodipendenti motivatamente inseribili in programmi terapeutici alternativi al carcere è uno dei rischi di inappropriatezza terapeutica di questi ultimi. Una conseguenza di questa possibile inappropriatezza terapeutica è quella dell'impegno di risorse economiche che potrebbero essere utilizzate in maniera più vantaggiosa e di risorse organizzative a causa dell'elevato numero di domande improprie.

Anche l'assenza di procedure standardizzate a livello nazionale ed il rilevante numero di detenuti provenienti da regioni diverse da quella di detenzione, non facilitano una efficace raccolta dati, indispensabile per una programmazione di settore. A tale proposito è in corso di studio in Parlamento la rivisitazione dell'art. 117 - tiolo V della Costituzione.

La costruzione di percorsi che tengano conto delle esigenze citate permetterebbero anche un migliore rapporto terapeutico con il paziente, il quale nella volontà di uscire al più presto dal carcere attiva può procedure improprie.

Alcuni vincoli che impone l'ordinamento Penitenziario appaiono quali concause di ritardi di presa in carico e di provvedimenti terapeutici adeguatamente celeri, come ad es. il periodo obbligatorio di 'osservazione scientifica della personalità' necessario per la stesura della c.d. 'relazione di sintesi', dove viene proposta la misura alternativa al magistrato di sorveglianza.

Altre due questioni ampiamente dibattute e che incidono direttamente sulla valutazione di efficacia, sono rappresentate dalla durata della permanenza in comunità terapeutica od in affidamento ai servizi specialistici del territorio e dalle ricadute nell'uso di stupefacenti durante questa misura alternativa. Temi molto complessi e critici che meritano di essere considerati da due punti di vista: sia quello clinico che quello giudiziario. Infatti proprio su questo secondo punto che spesso viene valutata l'efficacia giudiziaria di questo tipo di trattamento.

Per ciò che attiene al primo punto, cioè alla durata di questi trattamenti, bisogna considerare che non necessariamente un programma 'tailored' per specifiche esigenze cliniche debba avere una durata che coincide con la fine della pena da espiare. Anzi, questa coincidenza potrebbe essere del tutto casuale. Pur in assenza di dati epidemiologici affidabili, alcuni rilievi osservazionali e anamnestici permettono di notare come la fine della misura alternativa (per espiazione completata ed alla stessa stregua della carcerazione) sigli usualmente anche la fine della misura terapeutica. Il trattamento sanitario deve durare abbastanza da produrre un cambiamento comportamentale stabile che assicuri le esigenze sia dell'autore del reato che dell'istituzione. Inoltre, nell'ambito di un programma terapeutico multimodale è opportuno prevedere un graduale reinserimento nelle abituali relazioni sociali, facilitando la 'ritenzione nel trattamento', intesa come la capacità e la

volontà della persona di proseguire nel programma terapeutico. Essa dipende sia dalle caratteristiche del paziente, sia dal programma offerto e dalla relazione istaurata con il curante. La percentuale di pazienti che resta in trattamento e quella di coloro che proseguono una forma di terapia dopo la misura alternativa, sono considerate indicatori di idoneità ed efficacia terapeutica del programma proposto. Quindi, appare evidente che la durata del trattamento terapeutico ha poca relazione con quello giudiziario in misura alternativa, anche se ne costituisce parte essenziale. In ogni caso, molti dati convergono sul fatto che l'applicazione di misure terapeutiche in sostituzione del carcere (*'diversion measures'*) evidenziano più alti tassi di successo terapeutico e più bassi tassi di recidiva, rispetto alla semplice carcerazione (Reilly D, Scantleton J and Didcott P (2002). Magistrates" Early Referral into Treatment (MERIT): preliminary findings of a court diversion trial for drug offenders. Drug and Alcohol Review.21(4): 393-396).

Anche i farmaci sono una parte importante del trattamento per molti tossicodipendenti ed il loro monitoraggio permette una migliore valutazione della compliance e laddove si registri un consumo di oppiacei è opportuno riprendere o modificare il trattamento metadonico.

Un punto molto controverso è rappresentato dalla ricaduta nell'uso di stupefacenti durante la misura. Qualora questo evento sia considerato una trasgressione grave al programma può essere revocata la misura ed il paziente torna in carcere, se invece viene valutato come evento collaterale nel corso del processo di recupero, la misura può continuare. Diversamente, se viene commesso un nuovo reato, immancabilmente la misura viene sospesa e si avvia un nuovo procedimento giudiziario. D'altronde la prevalenza del peso giudiziario rispetto a quello sanitario nelle misure alternative, appare evidente e del tutto recentemente questo concetto è stato ripreso da una recente sentenza della Corte di Cassazione (Sezione VI penale, 3 giugno 2015 n. 23726), dove nel corso di un procedimento per ingiusta detenzione era riconosciuto come tale anche i periodo trascorso in comunità terapeutica, equiparando ai fini risarcitori, il ricovero ad una detenzione in carcere.

La valutazione degli esiti

Scarse e disomogenee sono le valutazioni di esito condotte sulle misure alternative e riguardano prevalentemente l'aspetto giudiziario, laddove l'esito viene considerato 'positivo' o 'negativo' e la misura efficace, a seconda se questa è stata completata o revocata (dati Ministero della Giustizia; vedi sopra). Una ulteriore variante utile per la comprensione delle attuali valutazioni penali di esito, è quella della stato giuridico del tossicodipendente e del suo curriculum criminale. Infatti, più questo è costellato di episodi delinquenziali e meno è probabile la loro concessione. Per cui i soggetti a cui viene concessa la misura risultano meno spesso coinvolti nella commissione di reati e comunque di minore entità. Inoltre, la misura non può esser concessa per più di due volte e questo rappresenta un ulteriore fattore di selezione.

Oggi, una valutazione della qualità degli interventi risulta irrinunciabile per comprendere il fenomeno, per le ricadute e per la programmazione; laddove si riscontri inefficacia di trattamento, secondo parametri preordinati, è imperativo mettere in atto provvedimenti di modifica delle procedure di presa in carico (National Institute on Drug Abuse. Principles of Drug Abuse Treatment for Criminal Justice Populations: A Research-Based Guide. Bethesda, MD: National Institutes of Health, National Institute on Drug Abuse. NIH publication No. 11-5316, revised 2012).

Gli altri paesi. Le Drug Courts

Molti paesi dispongono nei loro regolamenti penali e penitenziari di misure equivalenti a quelle del nostro paese, sebbene ci siano differenti contesti e regolamentazioni (Council of Europe Annual Penal Statistics. Space II. Survey 2013. Persons serving non-custodial sanctions and measures in 2013 by M.F. Aebi, J. Chopin; Alternative to imprisonment - targeting offending problem drug users in the EU, EMCDDA, Selected Issues, 2005).

Il concetto alla base di questi provvedimenti è la 'legal pressure' che si traduce nell'applicazione di provvedimenti a carattere di controllo giudiziario di vario tipo e di varia entità, diversi da paese a paese, ma tutti indirizzati ad impedire l'assunzione di stupefacenti e la commissione di reati. In Italia, la forme esercitata di pressione legale è rappresentata dalle misure di sicurezza (firma quotidiana, rientro nell'abitazione a orari precisi, divieto di frequentare alcuni soggetti, ecc.) e dalla possibilità di revoca delle misure alternative, a seguito di violazione. Negli altri paesi sono descritte anche forme di trattamenti obbligatori e coercitivi ma i lavori a disposizione descrivono risultati estremamente variabili in studi non controllati e di bassa attendibilità. In generale, si constata l'influenza di istanze politiche locali, più che analisi attendibili. Anche la semantica utilizzata indirizza verso una crescente difficoltà interpretativa delle diverse forme di trattamento giudiziario (Quasi Compulsory Measures, quasi-coerced treatment, intensive prison-based treatment, compulsory therapy, ecc.).

Tra i trattamenti descritti quali 'intensivi' è utile citare un'esperienza ancora solo americana, delle 'Drug Courts', quali agenzie giudiziarie specializzate nel trattamento dei soggetti consumatori di sostanze stupefacenti. Nate nel 1994, sono gestite da un'associazione privata no-profit (National Association of Drug Court Professionals - NADCP) composta da giudici, avvocati e sanitari associa provvedimenti specialistici di tipo giudiziario a quelli sanitarie costituita da 2.734 Drug Courts attive in tutti gli stati uniti, anche in termini di formazione professionale dov si contano numerosi professionisti formati nel settore delle dipendenze (Adult Drug Courts Practice Standards, 2013).

Una volta “preso in consegna”, l‟imputato/condannato viene sottoposto ad un intenso regime di trattamento, da quello per la disintossicazione a quello per la salute mentale, a continui test e misure di libertà vigilata con l‟obbligo di rispettare un fitto calendario di appuntamenti davanti ad un giudice specializzato. In genere le Courts non prendono in considerazione i crimini violenti, sebbene dove ci siano delle vittime viene chiesto il loro consenso al trattamento in comunità terapeutica e il risarcimento dei danni eventuali. Una sezione particolarmente interessante, ma dotata di specificità che la rendono abbastanza differente da quella per gli adulti, è quella dedicata ai minori di anni 25: Juvenile Drug Courts (Office of Justice Programs, U.S. Department of Justice. Juvenile Drug Courts: Strategies in Practice, 2003). La riproposizione di un simile modello anche nel nostro paese appare giustificato ed auspicabile anche in relazione all'entità del fenomeno che vede coinvolta una rilevante parte dei detenuti.

1.7 Le Comunità Terapeutiche

La quasi totalità dell'offerta è gestita da organizzazioni del Privato, attore da sempre importante nel sistema della rete dei servizi e nella costruzione dei modelli di intervento per le patologie da dipendenza.

Le Comunità Terapeutiche (di seguito CT) hanno rappresentato, a cavallo degli anni '60 e '70, la prima risposta articolata, diffusa ed efficace nei confronti dell'uso problematico, di abuso e dipendenza, soprattutto da eroina, in Italia. Le prime comunità sono nate da movimenti anche molto diversi, spesso di ispirazione cattolica, che però portavano in sé ampie componenti laiche, di impegno civile, motivazione sociale di accoglienza e aiuto concreto per contrastare un fenomeno che andava sempre più coinvolgendo decine di migliaia di giovani del nostro Paese.

Tale impegno di accoglienza, ascolto e cura diffuso sui territori (dal Ceis di Don Picchi, ai Centri della Fict, a Don Ciotti e le realtà del Cnca, Emmaus, Samman, le Comunità Incontro ed a moltissimi altri negli anni successivi) è riuscito, nel tempo, a costruire una particolare "sensibilità" sull'argomento tossicodipendenze ed un movimento di pressione culminato con l'approvazione della Legge 22 dicembre 1975, n. 675, primo atto normativo che, colmando un vuoto legislativo, ha previsto strutture ad hoc per tossicodipendenti, differenziandole dall'area esclusivamente psichiatrica nella quale fino ad allora era stata confinata istituzionalmente l'area della tossicodipendenza. Il riconoscimento normativo, unito al grande bisogno di dare risposte ad un fenomeno in enorme crescita, ha portato ad un'ampia diffusione del sistema delle Comunità (nel 1996 sono state censite ben 1.372 strutture tra diurne e residenziali, con 22.706 ospiti - dati Ufficio Documentazione Ministero degli Interni) con approcci e metodologie molto diverse: dalla Comunità di vita alle sempre più varie comunità terapeutiche (di seguito CT) che vedevano impegnate diverse figure di operatori, volontari, ex tossicodipendenti e professionalità sempre più articolate e diverse. In seguito il DPR 309 del 1990 aveva dato un primo indirizzo per la costruzione di un sistema nazionale complementare tra servizi pubblici ambulatoriali e comunità residenziali e diurne.

Un input cui ha dato indirizzo definitivo l'accordo Stato-Regioni per la "Riorganizzazione del sistema d'assistenza ai tossicodipendenti", approvato il 21 gennaio 1999, con modalità e tempi di sviluppo ad oggi ancora moto diversificati nelle Regioni e PA italiane.

Le Comunità, i LEA ed il sistema di accreditamento

Come già descritto all'inizio del III° capitolo nel 2001 si giunge alla definizione dei diritti generali di assistenza con l'introduzione dei LEA, livelli essenziali di assistenza. Le prestazioni e i servizi inclusi nei LEA rappresentano il livello "essenziale" garantito a tutti i cittadini che le Regioni e PA debbono assicurare. Ciò evidentemente non esclude che, utilizzando risorse proprie, le stesse Regioni e PA possano garantire servizi e prestazioni ulteriori rispetto a quelle previste, così come tra l'altro accade in alcune realtà.

L'inserimento del sistema di cura per latossicodipendenza all'interno dei Livelli Essenziali di Assistenza è, di fatto, sfociato anche per il privato sociale che gestisce strutture residenziali e semiresidenziali per il recupero e la riabilitazione di persone con problemi di tossicodipendenza influenzando anche il processo di autorizzazione e di accreditamento, processo avviato ormai in tutte le Regioni e PA d'Italia.

La riqualificazione delle strutture, conseguenza del processo di di cui sopra, ha introdotto nuove tipologie di intervento (fino a 13/14 tipologie diverse in alcune realtà), influenzando in modo significativo l'investimento economico per quanto riguarda l'adeguamento ai nuovi standard organizzativo-strutturali.

Questo complesso processo è tutt'ora contraddistinto da differenti livelli di sviluppo tra nord, centro e sud del Paese. Una delle conseguenze di questa differenziazione è quella che ha portato a modelli di CT difficilmente raffrontabili tra loro (ad esempio CT ispirate rigidamente a tipologie di strutture sanitarie tipo ospedali, RSA, strutture psichiatriche, ecc.) che poco rispecchiano il principale lavoro svolto nelle CT medesime, ma soprattutto appaiono poco adeguati ai diversi bisogni e stili di consumo, abuso e dipendenza.

In proposito va precisato che l'art. 1 del DLgs 30 dicembre 1992 n. 502, così come sostituito dall'art. 1, DLgs 19 giugno 1999, n. 229, aggiunge all'espressione "livelli essenziali" l'aggettivo uniformi, a testimonianza della volontà di eliminare diseguaglianze nella fruizione dell'assistenza sanitaria nelle varie aree del Paese.

Da diversi atti e documenti prodotti dalle Regioni e PA, così come dai tavoli di confronto attivati dalle stesse con le organizzazioni maggiormente rappresentative (I NTERCEAR, FICT e CNCA), al pari di altri ambiti sanitari o sociali, il settore delle dipendenze presenta notevoli differenze tra le varie realtà del nostro Paese in termini di organizzazione dei servizi, di modelli di accreditamento, di sistema tariffario esistente, di risorse umane ed economiche dedicate così come dell'istituzione di Tavoli di lavoro finalizzati all'integrazione/confronto tra i vari attori pubblici e privati coinvolti.

Occorre pertanto una forte sinergia tra istituzioni centrali e amministrazioni regionali al fine di garantire alle persone con problemi di dipendenza l'esigibilità della cura in tutto il territorio nazionale, così come sancito dalla Carta Costituzionale.

Le differenze di cui sopra sono state una delle cause che hanno portato a crisi significative, a volte irreversibili, costringendo diverse CT alla definitiva chiusura.

Purtuttavia, nonostante la crisi di questo periodo storico, molte CT all'interno del sistema di intervento territoriale si sono fatte spesso carico di avviare percorsi sperimentali di risposta a bisogni "nuovi", non sempre adeguatamente supportati da risorse aggiuntive dedicate o da un quadro normativo specifico (esempio Gioco d'azzardo patologico, cronicità, policonsumo, ecc.).

La confluenza del Fondo Nazionale per le Tossicodipendenze (ex legge 45/99) nel fondo indistinto per le Politiche Sociali ha privato il settore di un finanziamento specifico indispensabile, con il conseguente e progressivo abbandono delle politiche territoriali di prevenzione e dell'inserimento lavorativo, ambiti considerati di primaria importanza per il contrasto alle forme di dipendenza.

L'incidenza sempre più alta della cronicità e la recente previsione dell'inserimento nei LEA del gioco d'azzardo patologico, così come le questioni legate alle tematiche carcerarie e la gestione delle "nuove" domande (internet, social network, sesso, disturbi alimentari, ecc.), sono tutti aspetti che rendono ancora più complessa e cogente la gestione della problematica delle dipendenze e ribadisce la necessità di intervenire con forza e con risorse certe e appropriate per rispondere in modo efficace all'ampiezza e gravosità dei bisogni.

Il percorso di specializzazione delle strutture, conseguente ai processi di autorizzazione e accreditamento non è sempre coinciso con un adeguamento del target di utenza inviato dai servizi pubblici nelle CT. In molti territori le stesse sembrano utilizzate, seppure con alcune importanti eccezioni, come luogo di accoglienza e contenimento sociale più che luogo di cura. In questi ultimi anni abbiamo infatti rilevato che l'utenza accolta nelle strutture residenziali appartenga a un target di soggetti sempre più compromesso e complesso, sia nelle funzioni organiche che psichiche, in età avanzata e con gravi disturbi o patologie psichiatriche, con annesse ulteriori problematicità di tipo sociale e lavorativo che poco hanno a che fare con la dipendenza patologica originaria ma da questa traggono origine per innescare quei rischi di emarginazione ed esclusione sociale connesse ad un

poliabuso (alcool, psicofarmaci, eroina, cocaina ecc) ormai strutturato. Tali criticità ci sembrano spesso determinate da uno stato di carenza di investimenti di risorse professionali ed economiche sul territorio, probabilmente determinati dalla carenza di "Politiche" sanitarie e sociali territoriali. Questo deficit potrebbe essere una delle cause dell'aumento della complessità dei delle situazioni di cui sopra.

Le prese in carico, complesse e talvolta compromesse, ci interrogano fortemente soprattutto nel confronto col dato nazionale che indica un abbassamento statistico dell"età di primo approccio con le sostanze e dell"aumento dei fenomeni di abuso, policonsumo e dipendenza e forse della necessità di ripensare insieme al senso dei nostri percorsi terapeutici, sia in termini di priorità, di investimenti, di finalità, di obiettivi e utilità sociosanitaria.

Il sistema delle Comunità Terapeutiche

Le CT attualmente convenzionate e/o accreditate con il Servizio Sanitario Nazionale e presenti su tutto il territorio nazionale assicurano interventi di accoglienza, di cura e riabilitazione, di service e di reinserimento ed inclusione sociale, al fine di rispondere ai bisogni sempre più diversificati espressi dalle persone con disturbo da dipendenza patologica.

Le dipendenze pertanto si evolvono e cambiano con il cambiare della società, la quale presenta costantemente bisogni emergenti, costringendo il Sistema integrato Privato e Pubblico a nuove modalità di intervento. Le CT, grazie anche alla loro prossimità alle persone ed ai territori, si sono interrogate evolvendo le proprie metodologie di intervento.

Per adattarsi sempre più ai bisogni dell"utenza e di personalizzazione del setting, il Sistema integrato di cui sopra, ha intrapreso percorsi di specializzazione e di riqualificazione, relativamente alla metodologia e agli strumenti di intervento, alla formazione delle équipe sempre più fondata su un approccio multi professionale.

In particolare l"evoluzione del sistema ha portato a:

- percorsi brevi e sempre più adeguati ai bisogni diversificati;
- una sempre maggiore personalizzazione delle risposte cliniche e terapeutiche;
- interventi strutturati per minori e giovani adulti ;
- interventi strutturati per persone a bassa evolutività ed a forte rischio di cronicizzazione dei loro percorsi di dipendenza;
- strutture specialistiche per coppie, mamme e bambini;
- percorsi per il GAP;
- strutture a bassa soglia di accesso e di prima accoglienza;
- interventi strutturati per il reinserimento lavorativo ed il tutoring sociale;
- strutture specialistiche per la doppia diagnosi, l"alcoldipendenza, per policonsumatori e cocainomani ecc.

Il rapporto pubblico/privato sociale

La responsabilità dei servizi per le dipendenze dipende senza dubbio dal Servizio Sanitario Nazionale, ed in tal senso si può dire che il sistema per la cura delle dipendenze patologiche rispetta il principio della responsabilità pubblica. Occorre però considerare che per quanto

formalmente tale principio possa essere enunciato, i diritti per l'utente che ne conseguono non appaiono ad oggi pienamente esigibili.

Come è noto la responsabilità pubblica della tutela della salute è un principio che risponde ad una ratio ben precisa: il Servizio sanitario nazionale è sorto per dare attuazione a questo insieme di diritti – quello inerente l'accesso alle prestazioni sanitarie, inclusive della prevenzione, della cura e della riabilitazione – attraverso l'interazione fra pubblici poteri e, in determinati casi, anche fra istituzioni pubbliche e private.

Appare indubbio che nel campo della cura delle dipendenze le Regioni e PA siano di fatto sempre più chiamate a rispondere a bisogni diversificati, complessi e profondamente radicati nei nostri stili di vita, mettendo a dura prova un sistema di offerte chiamato ad erogare prestazioni sanitarie appropriate, nel rispetto di limiti di Bilancio invalicabili.

Tali contraddizioni sono ancor più palesi in alcune zone del paese, malgrado il forte investimento e sforzo delle realtà territoriali e degli stessi operatori.

A tutto ciò occorre altresì aggiungere che, nel rispetto del diritto di libera scelta del cittadino utente, i servizi di cura possono e debbono essere selezionati dai soggetti che ne hanno bisogno, ma non può avvenire il contrario. I servizi, pubblici e privati, non possono adottare politiche di "selezione dei rischi" (c.d. cream skimming), "scegliendo" l'utenza sulla base del costo minore, in termini di difficoltà terapeutiche e complessità di intervento.

Dalle considerazioni svolte appare chiaro che se il SSN è nato per assicurare un accesso ai servizi nel rispetto dei principi della dignità della persona, dei bisogni di salute, di equità, qualità, appropriatezza delle cure e economicità nell'impiego delle risorse; nel campo delle dipendenze patologiche tale sistema è messo in crisi da elementi strutturali di carattere economico e di politica sanitaria.

Nel rapporto tra servizi pubblici e privati si avvertono però evoluzioni importanti in questi ultimi anni, grazie al lavoro svolto insieme con le Regioni e PA, dalle varie rappresentanze regionali delle CT (coordinamenti regionali) e degli operatori pubblici, con la costruzione di percorsi di integrazione pubblico/privato relativamente alla governance e al confronto clinico/metodologico.

Metodologie, identità e modelli di comunità anche molto diverse che hanno accettato di lavorare al fianco del servizio pubblico per fornire risposte più adeguate ai bisogni sempre più complessi dell'utenza. Sicuramente sarà ancor più necessario cercare di garantire la pari dignità ai servizi pubblici e privati dando a questi ultimo maggiore responsabilità partecipativa all'interno degli organismi di programmazione pubblica. Storicamente è proprio da tali confronti che sono nati innovativi modelli integrati di cura, che rappresentano oggi altrettante eccellenze nel panorama nazionale.

Le Comunità e le azioni territoriali di prevenzione e reinserimento socio-lavorativo

La risposta ai nuovi bisogni e la lettura del fenomeno ha portato a modificare il modello di intervento anche rispetto alle azioni svolte sul territorio dalle CT per quanto riguarda i modelli e gli approcci negli ambiti della prevenzione e del reinserimento lavorativo, ambiti concordati e promossi in sinergia con gli enti territoriali competenti.

Tali azioni però sono state ultimamente realizzate in carenza di adeguati investimenti (supporto normativo, di programmazione politica e di budget dedicati). La prevenzione è l'area tra le più penalizzate a causa delle trasformazioni normative (l'entrata in vigore della legge 328/00 ha di fatto decretato la "scomparsa" del fondo specifico per le tossicodipendenze, confluendo in quello più

ampio delle Politiche sociali, così come la conseguente revisione del Titolo V° della Costituzione del 2001) avvenute dall'anno 2000 in avanti. Nonostante queste significative carenze strutturali attualmente si trovano consolidate esperienze e buone prassi di prevenzione che auguriamo possano essere valorizzate e diffuse sempre più.

Stesso discorso per quanto riguarda il reinserimento socio-lavorativo, tema molto difficile in questa fase generale di crisi del sistema economico e sociale, in cui in assenza di risorse certe e definite, molte Agenzie del privato sociale, degli enti pubblici e delle Comunità Terapeutiche si sono attrezzate elaborando in maniera innovativa modelli di inserimento lavorativo e sociale tendenti a integrare le problematiche del lavoro e dell‟autonomia individuale.

Le CT, il sistema carcerario e le misure alternative alla detenzione

Le CT sono state in questi anni anche il luogo privilegiato di accoglienza delle persone tossicodipendenti con misure alternative alla detenzione. Relativamente a questo aspetto è fondamentale porre attenzione al sistema nel suo complesso, migliorandolo soprattutto relativamente ai tempi ed ai modi necessari per poterne usufruire. Le misure alternative riducono i costi della spesa pubblica e rispondono in maniera appropriata al raggiungimento degli obiettivi prefissati. Tutto ciò anche in virtù dei dati che ci indicano in non più del 40 % (circa 4.000 detenuti all‟anno) le persone tossicodipendenti incarcerate aventi titolo (circa 10.000 detenuti) rispetto a quelle che poi riescono realmente ad usufruirne ed a essere accolte in misura alternativa nelle CT attrezzate e disponibili alla presa in carico.

Conclusioni

Il panorama delle CT in Italia, nonostante significative differenziazione intra ed extra Regioni e PA, è un sistema di cura che si è evoluto con una certa capacità di rinnovamento e di attenzione alla riqualificazione sulla base della lettura scientifica del fenomeno. Allo stesso tempo si registra l'attenzione ad intercettare nuovi bisogni così come la necessità di intervenire attraverso la costruzione di nuovi modelli di intervento tendenti ad aggiornare il settore.

La riorganizzazione e razionalizzazione della spesa pubblica sanitaria influenza ovviamente anche i budget assegnati per le politiche di contrasto alle dipendenze, penalizzando innanzitutto le attività integrative come, ad esempio, il lavoro con il nucleo familiare dei pazienti, i percorsi di reinserimento socio-lavorativo e gli ulteriori investimenti nelle strutture, indispensabili sia per offrire standard adeguati che per la corretta diversificazione dell‟offerta poc'anzi menzionata.

Pertanto, qualsiasi intervento finalizzato all'accreditamento e la conseguentemente definizione del sistema tariffario, finalizzato a garantire quella uniformità nell‟applicazione dei LEA su tutto il territorio nazionale, non può essere disgiunto da un‟adeguata previsione economica, indispensabile per la definizione delle strategie generali, l'individuazione dei macro-obiettivi e della programmazione che ogni Regione e PA deve effettuare per garantire al sistema delle dipendenza di essere competitivo, efficace ed efficiente.

Un sistema “Comunità” infine che, nonostante le difficoltà, mantiene una propria identità legata inscindibilmente a tradizioni storiche e culture proprie e che, al contempo, ha superato quella “concezione dogmatica” di leggere e interpretare i fenomeni delle dipendenze, bensì di essere aderente ai molteplici cambiamenti che la società odierna impone e che obbliga tutti a dare delle risposte adeguate e al passo coi tempi.

1.8 Interventi di riduzione del danno

La riduzione del danno è una strategia di intervento nata nella seconda metà degli anni '80 prioritariamente sulla necessità di arginare il possibile propagarsi di *malattite infettive* (soprattutto il virus Hiv che aveva raggiunto in alcuni contesti/piazze di tossicodipendenza percentuali di diffusione del 40/50 %) tra i consumatori di sostanze illecite (eroina soprattutto) per via endovenosa ed i sempre più numerosi casi di morte per over dose (l'Italia aveva ormai raggiunto in quegli anni la spaventosa cifra di più di mille morti all'anno per overdose da eroina), e in seguito, data la sua efficacia, allargatasi anche ad ambiti diversi da quello delle sostanze *stupefacenti* per via iniettiva e della tossicodipendenza per pratiche di intervento su usi, abusi e consumi problematici di vario tipo (rave, contesti del loisir, grandi eventi del divertimento notturno ecc.).

La riduzione del danno si basava quindi , fondamentalmente, su due pratiche prioritarie:

- in primo luogo, la distribuzione di materiale sterile gratuito (siringhe, tamponi, acqua distillata e Narcan) ai tossicodipendenti, incentivando la restituzione, da parte di questi, delle siringhe usate per evitarne con il loro abbandono il riuso o il contatto inconsapevole da parte di altri frequentatori degli stessi luoghi. Negli *anni ottanta* la principale causa di infezione da *HIV* o *epatiti* nella popolazione tossicodipendente era costituita dallo scambio di siringhe infette;

- in secondo luogo, sulla promozione della tutela della salute delle persone consumatrici/abusatrici, della prevenzione secondaria e terziaria alle varie tipologie associate mediante il passaggio di informazioni e counseling attraverso i diretti interessati coinvolti (educazione tra pari o *peer education*) ed operatori di strada preparati. Tali pratiche si svolgono solitamente in strutture preposte fisse a libero accesso (dette "*drop-in*") o unità mobili (camper o autobus che raggiungono i luoghi di consumo). La particolare modalità attraverso cui questi servizi accolgono l'utenza è definita come di "*bassa soglia*" per la facilità dell‟accesso e del contatto.

Le prime esperienze di riduzione del danno nascono nel nord Europa (Regno Unito, Olanda) e poi nei primi anni 90 in Italia, per fronteggiare l‟emergenza della diffusione di infezioni da HIV e overdose tra i tossicodipendenti. Queste prime esperienze (pur all'interno di un acceso dibattito etico, valoriale e scientifico tra le varie parti del sistema di intervento), tuttavia, sono state estremamente rilevanti, sia da un punto di vista epidemiologico che epistemologico, ossia, se da un lato si sono rivelate efficaci per contrastare le overdose e la diffusione di HIV e delle epatiti (si vedano ad esempio i programmi di riduzione del danno realizzati a Milano, Roma, Torino, Napoli, Parma, Bologna, Firenze, Venezia ecc)[1], esse hanno anche notevolmente contribuito a consolidare un approccio pragmatico verso la dipendenza da sostanze, in cui la valenza di non giudizio a priori e di accompagnamento socio relazionale e sanitario, anche nelle situazioni di estrema gravità, ha permesso l'emersione e l'aggancio di un sommerso di tossicodipendenti che non si rivolgevano ai servizi preposti. Nei primi anni '90 si stimava fosse il 70% la popolazione nascosta di tossicodipendenti non agganciate ai servizi e non immediatamente disponibile a intraprendere un percorso di cura e cambiamento.

Ripercorrendo sommariamente la storia della riduzione del danno nel nostro paese, si vede come, oltre ad attività specifiche sopra esposte, ci fu un graduale “abbassamento” delle soglie di accesso ai servizi di trattamento (equipe di strada prima e poi Ser.T., modalità di somministrazione di farmaci sostitutivi anche territoriali, comunità terapeutiche etc.) e in numerose regioni furono attivate specifiche iniziative progettuali quali Unità di Strada, Drop in, macchine scambia-siringhe etc.

Le azioni svolte da questi "nuovi" servizi avevano la finalità di "andare incontro" (outreach) alla popolazione target nei loro luoghi di incontro ed aggregazione al fine di realizzare il contatto precocemente, senza attendere il manifestarsi della domanda diretta. Le iniziative erano costituite da programmi di distribuzione/scambio di materiali di profilassi e di farmaci salvavita, di interventi volti alla modificazione dei comportamenti a rischio attraverso l'informazione e il miglioramento della consapevolezza, altri volti a facilitare il contatto con il sistema socio sanitario territoriale (Centri screening, ambulatori, Ser.T. etc.). Erano (e sono) stati inoltre attivati alcuni progetti sperimentali di peer support. In questo percorso di avvicinamento e aggancio ai servizi divenne poi decisiva una diversa politica sanitaria di offerta di farmaci sostitutivi e/o antagonisti nei servizi territoriali.

L'impatto con i consumatori attivi evidenziava inoltre come il consumo di sostanze si associasse sovente a condizioni di marginalità sociale e legale (premessa o derivazione del consumo stesso). Da tale concreta esperienza derivava l'estensione degli interventi ai temi del sociale: l'orientamento e l'accompagnamento alle reti sociali di supporto diventava un altro elemento tipico delle azioni di riduzione del danno e, in particolare nell'ambito dei drop in, venivano attivati sempre più direttamente interventi sociali di base (docce, buoni pasto, lavatrici, guardaroba, orientamento alla rete dei dormitori, interventi di comunità e di salute pubblica, mense popolari, inserimento lavorativo etc.).

Tale apertura al sociale portava inoltre al contatto diretto con altre popolazioni marginali (alcool dipendenze, senza fissa dimora, immigrati, mondo della prostituzione, etc.) ponendo l'accento sulla necessità di coniugare, in maniera innovativa, i temi dell'intervento sulle droghe con quelli dell'integrazione sociale, dell'abuso di alcool in strada, del diffuso spaccio di psicofarmaci senza ricetta, delle attività di prostituzione, ecc.

Ripercorrendo le principali tappe dell'evoluzione della riduzione del danno e dei rischi in Italia, non possiamo non includere l'Accordo Stato-Regioni del 21 gennaio 1999 relativo alla *"Riorganizzazione del sistema di assistenza ai tossicodipendenti"*, dove, per la prima volta, compaiono a livello nazionale, le premesse per inserire i servizi di riduzione del danno nel sistema dei servizi per le tossicodipendenze.

Tra "i principi ispiratori delle attività assistenziali" si legge: *" Al centro dell'interesse dei servizi deve esserci la persona quale soggetto portatore di un bisogno, indipendentemente da una effettiva richiesta di intervento terapeutico – ancor meno dalla possibilità di effettuare un trattamento drug free - e dalla disponibilità a recarsi presso la sede del servizio".*

Il documento che tuttavia pone le basi concrete, a livello nazionale, per orientare l'attivazione di servizi di RdD sono le Linee Guida sulla Riduzione del Danno, stilato dopo la Conferenza di Napoli del 1997 (ove ci fu una sessione ad hoc sulla riduzione del danno) e presentato alla Conferenza di Genova, dal Ministero della Sanità, nel Novembre 2000. Tali Linee Guida si pongono come obiettivo "*non ... le motivazioni che inducono le persone al consumo di sostanze stupefacenti, ma ... delineare gli interventi possibili, e, in particolare, quelli che si sono dimostrati maggiormente efficaci, al fine di limitare i gravi rischi ed i danni che il consumo [di sostanze stupefacenti] comporta per la persona e per la società....Un recentissimo studio del Consiglio d'Europa ha proposto una definizione che distingue il concetto di "riduzione dei rischi", che comprende la minimizzazione delle conseguenze sfavorevoli - a livello medico, psicologico e sociale - dell'uso di droghe, dalla "riduzione del danno" quale attuazione di un "programma o strategia volta a limitare gli effetti dell'uso di droghe, sul piano sanitario, sociale ed economico, piuttosto che l'uso medesimo*".

Nel medesimo documento vengono definiti gli interventi di strada (outreach work), e individuate quattro aree principali in riferimento alle caratteristiche metodologiche più specifiche per l'Italia:

- "interventi di comunità" (community based), caratterizzati da una operatività che si colloca in ambito diverso da quello terapeutico e, in generale, istituzionale (pubblico e privato che sia, comunque relativo a "tecnostrutture" del settore sociosanitario). Tale ambito può essere definito "della quotidianità", cioè delle relazioni sociali ed interpersonali connesse al consumo e alla vita sociale dei consumatori e alle mappe relazionali, culturali e di scambio che i consumatori stessi tracciano. Vi possono essere interventi di outreach propriamente "di strada", come nella gran parte delle iniziative italiane, che raggiungono i consumatori nei luoghi stessi del consumo o dell'acquisto o dell'aggregazione (detachedoutreach), interventi che raggiungono i propri clienti in ambienti particolari della quotidianità, come i centri di somministrazione dei farmaci sostitutivi, in luoghi ricreativi e ludici, o altri luoghi di vita quali dormitori, carcere ecc. (peripatheticoutreach), o ancora (ma nella realtà italiana sono quasi inesistenti) interventi mirati a singoli o a gruppi a livello domiciliare (domiciliaryoutreach);
- "interventi a bassa soglia" (lowthreshold), caratterizzati cioè dalla rinuncia a porre soglie di ingresso e di accesso ai servizi offerti, tanto dal punto di vista burocratico (residenza, nazionalità, invio da altri servizi, ecc.) quanto dal punto di vista della strategia della presa in carico (sigla di patti terapeutici, obbligo di intervista diagnostica, motivazione al contatto, ecc.);
- "Interventi con attenzione specifica alla dimensione gruppale", secondo una accezione del lavoro di prevenzione ed educazione alla salute che privilegia - come del resto ogni intervento "community based" - l'innesco di meccanismi autoregolativi messi in atto dagli attori stessi attraverso movimenti di cambiamento nelle subculture di gruppo. In questo senso, il lavoro di strada può utilizzare, laddove se ne diano le premesse, "operatori grezzi" scelti all'interno della stessa popolazione target (peer outreach o indigenous outreach) e modalità quali il supporto tra pari (peer support) e l'educazione tra pari (peer education);
- relazioni a "legame debole, non giudicanti, non normative, flessibili nella scelta degli obiettivi pragmaticamente raggiungibili, rispettose di diritti fondamentali quali l'anonimato e segretezza rispetto alle informazioni raccolte sulle singole persone. Un "legame debole" privilegia la negoziazione degli obiettivi, l'instaurazione di una "alleanza comunicativa" che si pone l'obiettivo di restare valida anche in presenza di mutamenti degli obiettivi parziali, di non raggiungimento degli obiettivi o, ancora di assenza di obiettivi specifici in una data fase della relazione operatore-utente.

Il documento, inoltre, definisce un quadro di orientamento piuttosto approfondito individuando un insieme di condizioni di base che rendono possibile l'attivazione e lo sviluppo degli interventi in modo efficace. Tale quadro si organizza su tre livelli : a) in riferimento alla popolazione target; b) in riferimento al sistema dei servizi; c) in riferimento al territorio e alla popolazione generale.

Contemporaneamente a livello europeo, si andava definendo la riduzione del danno come uno dei quattro pilastri (Riduzione dell'offerta/repressione del traffico; Riduzione della domanda/prevenzione; Trattamento e riabilitazione/integrazione; Riduzione del danno/riduzione dei rischi) su cui fondare l'azione di contrasto alla droga della strategia dell'Unione Europea. Nel piano di azione europeo sulle droghe (UE Action Plan 2003-2012) si continua a ribadire la necessità di azioni specifiche all'interno della più globale strategia per la riduzione della domanda di droghe: "g*li Stati membri, al fine di ridurre considerevolmente i danni causati alla salute*

dall'uso di stupefacenti (quali HIV, epatite B e C e tubercolosi) e il numero di decessi per droga, dovrebbero prevedere, come parte integrante delle loro politiche globali in materia di prevenzione e trattamento delle tossicodipendenze, una serie di servizi e strutture differenziati, finalizzati in particolare alla riduzione del rischio; pertanto gli Stati membri, tenendo presente l'obiettivo generale primario di prevenire l'abuso di droghe, dovrebbero:

- *fornire informazioni e consulenza ai tossicodipendenti al fine di promuovere la riduzione dei rischi e facilitare il loro accesso ai servizi appropriati;(...)*
- *includere le metodologie del lavoro di prossimità nelle politiche nazionali sanitarie e sociali in materia di droga e sostenere una formazione appropriata al lavoro di prossimità e l'elaborazione di norme e metodi di lavoro; il lavoro di prossimità (outreach) è definito come un'attività orientata alla comunità locale, intrapresa al fine di contattare individui o gruppi appartenenti a specifiche popolazioni bersaglio che non sono contattati o raggiunti in modo efficace dai servizi esistenti o attraverso i canali tradizionali di educazione in materia di salute;*
- *fornire un accesso, ove appropriato, alla distribuzione di preservativi e di materiale per iniezioni, nonché ai programmi e ai punti per il loro scambio; (...)* (Raccomandazione del Consiglio d'Europa del 18 giugno 2003 sulla prevenzione e la riduzione del danno per la salute causato da tossicodipendenza (2003/488/CE), Gazzetta Ufficiale dell'Unione Europea del 3.7.2003).

Nel Dicembre 2012, l'Unione Europea adotta la European Union Drug Strategy 2013-2020, in cui si continua ad indicare la necessità di interventi atti a contrastare le infezioni droga correlate, tra cui l'HCV, evidenziando, tra le priorità, quella di investire in misure di riduzione del danno e del rischio.

Il Piano di azione Europeo 2013-2016, pertanto, riporta tra gli obiettivi quello di Integrare approcci coordinati, basati sulle migliori pratiche e sulla qualità nella riduzione della domanda di droga, dove tra le azioni (oltre alla prevenzione, alla diagnosi e intervento precoce e al trattamento, integrazione sociale e recupero) vengono indicate le misure di riduzione del rischio e del danno. Nel medesimo documento, tra gli indicatori per stimare la messa in atto di tali azioni, è inserito "la valutazione della disponibilità, dell'offerta e della qualità dei servizi e degli interventi nei settori della prevenzione,della riduzione del danno, del reinserimento sociale e del trattamento.

In Italia la discussione sulla Riduzione del Danno viene ripresa e si sviluppa a seguito della Conferenza Nazionale sulle Droghe tenutasi a Trieste nel 2009.

Il Dipartimento Politiche Antidroga, con l'ausilio di un gruppo di lavoro formato da professionisti dei servizi pubblici e del privato sociale, redige un documento denominato "Misure ed azioni concrete per la prevenzione delle patologie correlate all'uso di sostanze stupefacenti" e lo invia alla Conferenza Stato/Regioni per la sua approvazione.

Il Gruppo Tecnico Interregionale Tossicodipendenze, su mandato della Commissione Salute della Conferenza dei Presidenti delle Regioni e Province Autonome, esamina tale documento anche confrontandosi con le Associazioni maggiormente rappresentative su scala nazionale sia dei servizi pubblici che del privato sociale.

Il Gruppo si esprime favorevolmente sulla necessità, in generale, di pervenire ad un accordo Stato/Regioni sulla definizione di linee guida nazionali sulla riduzione del danno, tenuto conto delle specificità e degli orientamenti programmatici di ogni singola Regione e PA. Rileva altresì che il documento presentato dal DPA sia molto complesso e articolato e investe argomenti non

pertinenti alla riduzione del danno e che non affronta l'insieme delle sostanze stupefacenti. Ritiene che il documento non possa figurarsi come un'applicazione di un LEA in quanto il documento sui LEA non è stato ancora approvato, che prevede oneri (amministrativi, organizzativi e finanziari) solamente in capo alle Regioni e PA; esprime forti perplessità sul metodo adottato dal DPA in quanto le Regioni e PA (ma anche gli Enti locali) non sono state affatto coinvolte preventivamente nella stesura del documento.

Propone pertanto alcune modifiche, approvate dalla Commissione Salute, che vengono inviate in Conferenza Stato/Regioni per la loro discussione e approvazione.

Ad oggi tale confronto e discussione non è avvenuto e l'Italia si trova nella situazione di non avere una propria Linea Guida sulla riduzione del danno formalmente approvata nella sede istituzionale preposta (la Conferenza Stato/Regioni).

Rimane però un documento tecnico, condiviso dal Gruppo Tecnico Interregionale Tossicodipendenze della Commissione Salute e dalle Associazioni maggiormente rappresentative su scala nazionale sia dei servizi pubblici che del privato sociale, che opportunamente ripreso e discusso, può costituire la base di partenza per pervenire a un documento nazionale formalmente approvato che dia impulso per attivare interventi di riduzione del danno su tutti i territori regionali anche in previsione del loro inserimento nei Livelli Essenziali di Assistenza.

Lo stato dell'arte delle azioni/progetti sulla riduzione del danno nei territori regionali

L"uso di sostanze stupefacenti costituisce un fenomeno sempre più ampiamente diffuso e diversificato, che comprende l"uso di molte sostanze, spesso associate tra loro (con grande rilievo oltre all"eroina, cannabis, cocaina ed alcool), e che investe popolazioni molto differenti: si va dalla marginalità estrema (in cui compare rilevante il fenomeno del consumo e dell"abuso, soprattutto di Alcool, cocaina e oppiacei o psicofarmaci anche in maniera non iniettiva) tra immigrati ed emarginati senza dimora, alla "normalità" costituita sia da giovani consumatori (italiani e ben integrati) sia da adulti ben inseriti nella vita sociale e lavorativa soprattutto in contesti del loisir e del divertimento e con mix e policonsumi tra legali ed illegali molto pericolosi e poco consapevoli.

Questa "normalizzazione" (del consumare e delle popolazioni che consumano) ha determinato numerose conseguenze: sul piano della classificazione dell"uso ha imposto l"adozione di criteri più aggiornati circa i concetti di consumo, abuso e dipendenza, contribuendo a superare lo stereotipo secondo cui le sostanze e le modalità di consumo sono tutte uguali ed egualmente dannose ma, nel contempo, ha alimentato una convinzione molto pericolosa: che si possa consumare sostanze (qualunque esse siano) senza correre alcun rischio. Tutto questo ha posto i servizi e gli operatori dei sistemi di intervento territoriali di fronte a nuove sfide e alla necessità di adeguare i propri interventi e i propri obiettivi a nuovi interlocutori e a nuove richieste, cercando, nel contempo, di non perdere di vista la propria specificità ed il rapporto continuativo con i consumatori "tradizionali". Gli interventi di bassa soglia e prossimità ai consumi/abusi permettono un aggancio ed un importante lavoro di monitoraggio delle sostanze circolanti e delle culture connesse a questi nuovi consumi con una possibilità di aggancio precoce al sistema di intervento se necessario.

La complessità dello scenario sommariamente descritto, in cui sono co-presenti vecchie e nuove droghe, vecchi e nuovi consumi, vecchi e nuovi consumatori, ha obbligato, a questo punto, a una ri-definizione dei concetti di riduzione del danno e di riduzione dei rischi (idealmente parti complementari di un continuum e non ambiti separati) ed un avvicinamento delle esperienze operative in corso.

Per poterlo fare è però necessario compiere un ulteriore passaggio e superare una dicotomia. Nonostante la similarità degli obiettivi (in primo luogo la tutela della salute delle persone che consumano sostanze) si regista però il permanere di una significativa distanza e talvolta confusione tra l"ambito della "riduzione del danno" (i suoi operatori, le sue esperienze, i target, soprattutto tossicodipendenti, di riferimento) e quello della "riduzione dei rischi" (spesso associato all"idea di prevenzione universale mentre indica solo contesti diversi, prioritariamente di divertimento e prestazionalità, ma rischi altrettanto gravi sulla qualità delle sostanze circolanti, sui rischi di incidentalità connessa all"uso ecc). Da un lato vengono enfatizzati gli aspetti della dipendenza, delle patologie correlate (HIV innanzitutto) e dell"esclusione sociale, dall"altro quelli della "normalità", della differenza dei target incontrati, delle sostanze consumate e degli stili di consumo (maggiormente occasionali).

Come sopra esplicitato gli stessi documenti della Strategia Europea utilizzano entrambi i termini per indicare le azioni volte ad evitare/contenere/ridurre le conseguenze derivanti dal consumo (occasionale o continuativo) di sostanze (legali ed illegali) con particolare attenzione ai temi della tutela e promozione della salute, del mantenimento e del miglioramento del livello di inclusione sociale e di soddisfazione dei bisogni di base delle persone che consumano sostanze. Sia gli interventi di rdd che quelli di rdr non sono finalizzati alla cessazione del comportamento di consumo, pur valorizzando l"orientamento alla cura anche per il suo valore protettivo. Sono entrambi finalizzati alla tutela della salute delle persone che consumano sostanze e a limitare la loro esclusione sociale.

Partendo dai presupposti su cui si basa la riduzione del rischio/riduzione del danno, ovvero:

- nonostante gli sforzi del sistema di repressione del traffico e degli interventi di prevenzione, le sostanze (legali ed illegali) sono disponibili ed alcune persone, per molteplici motivi, le usano spesso inconsapevoli degli enormi rischi o degli effettivi consumi agiti;
- nell"usare sostanze (legali ed illegali, occasionalmente o continuativamente), le persone corrono dei rischi e possono riportare dei danni (o causarne ad altri non più solo le infezioni o le over dose ma anche le varie incidentalità connesse o gli atteggiamenti pericolosi inconsapevoli);
- secondo le linee guida nazionali ed internazionali, i danni ed i rischi principali che si intendono ridurre o contenere sono costituiti da:
    - patologie infettive trasmesse per via iniettiva e sessuale
    - mortalità acuta (overdose, colpo di calore etc.) diretta o conseguente (es. incidenti stradali etc.)
    - eventi dannosi per la salute (aggressività etero ed auto diretta, conflittualità, esplosioni d"ira, disturbi fisici etc.)
    - esclusione sociale (dei consumatori)
- non tutte le persone che consumano sostanze stupefacenti (legali o illegali) vogliono o sono in condizione di cessare il proprio consumo
- non tutte le persone che consumano sostanze stupefacenti (legali o illegali) sono in condizione di accedere ad un trattamento (conoscenza, regole, vincoli etc.)
- le persone che consumano sostanze stupefacenti sono titolari di diritti (di tutela, di assistenza, di cittadinanza) e di doveri (di tutela e autotutela). Sono capaci di scelte e cambiamenti anche se persiste l"uso ed in assenza di richiesta di cura.

Si possono declinare le finalità degli interventi, che secondo linee guida internazionali e nazionali, devono essere atti a:

- facilitare il contatto tra consumatori di sostanze e sistema di intervento, "andando incontro" a queste persone nei loro luoghi di incontro aggregazione o divertimento (senza aspettare una eventuale richiesta di cura)
- migliorare conoscenze, competenze e comportamenti dei consumatori di sostanze attraverso azioni informative, formative, di disincentivazione e di orientamento
- aumentare e facilitare l"accesso a materiali di profilassi (siringhe, profilattici etc.) e farmaco salvavita, istruendo i consumatori ad un loro uso corretto
- migliorare la qualità di vita dei consumatori anche attraverso la connessione con i sistemi locali di intervento (sanitari, sociali e socio-assistenziali)
- facilitare l"accesso ai trattamenti.

Nello specifico le tipologie di servizi che attualmente sono presenti in Itala che rientrano prioritariamente nei criteri sopra esposti sono le seguenti:

- Unità mobile per le dipendenze: equipe mobile territoriale, anche con ausilio di veicolo (unità mobile), che in maniera attiva e continuativa contatta consumatori problematici e tossicodipendenti nei luoghi naturali di consumo (la piazza, la scena dello spaccio) svolgendo attività di riduzione del danno correlato all"uso di sostanze stupefacenti (prioritariamente eroina, cocaina e alcool), mediante distribuzione di materiale di profilassi (es. siringhe, profilattici, narcan …) e/o attività e materiale di screening informazione e counseling;
- Unità mobile per Giovani: equipe mobile territoriale,anche con ausilio di veicolo (unità mobile) o spazi di prima accoglienza (stanze e spazi Chill out) che contatta in maniera attiva giovani consumatori/ abusatori di sostanze ed interviene in contesti del divertimento e del loisir (concerti, rave, grandi eventi, locali notturni, discoteche etc.), svolgendo attività volte ad aumentare la consapevolezza del rischio dovuto all"uso di varie sostanze spesso combinate tra loro, mediante attività di counseling ed informazioni sulle sostanze e la distribuzione di materiale di screening (etilometri, narcotest) e materiale di riduzione del danno (kit cocaina sniffo sicuro, profilattici, acqua, spazi chill out, distribuzione siringhe se utile).
- Drop incenter: centro Fisso a libero accesso da parte di consumatori problematici che svolge attività di riduzione del danno correlato all"uso di sostanze stupefacenti soprattutto alcool, cocaina ed eroina, mediante distribuzione di materiale di profilassi(es. siringhe, profilattici, narcan …) e/o materiale di screening nonchè materiali di prima necessità e /o orientamento alla rete delle offerte sociosanitarie (dormitori, SERT, pronto soccorso, mense ....).
- Centri di Prima Accoglienza: in alcuni contesti territoriali vengono inseriti nell'area della rdd anche i centri diurni e/o notturni a libero accesso da parte di consumatori problematici in cui è possibile avere un'accoglienza (talvolta anche con la fornitura di strumenti di profilassi e rdd specifica) e primo ristoro sia notturno che diurno (docce, cambio di abiti, pausa, the caldo o freddo, dormire, spazi di pausa dalla vita di strada). In altri territori questa tipologia di prima accoglienza è stata inserita in

maniera stabile nei servizi accreditati di cura e presa in carico per le tossicodipendenze secondo l‟Atto di Intesa Stato/Regioni del 1999 sopra citato.

La metodologia e l'approccio di riduzione del danno e dei rischi connessi all'abuso e dipendenza da sostanze

psicoattive in Italia, pur dopo decenni di sperimentazione e validazioni scientifiche importanti, ha comunque provocato discussioni e dibattiti molto accesi di tipo scientifico ma anche puramente ideologici

ed etici. Nel rispetto delle posizioni, anche divergenti, è ormai necessario uno sforzo condiviso di superamento di tali ideologici preconcetti soprattutto alla luce del previsto inserimento di queste

pratiche nei prossimo documento sui Livelli Essenziali di Assistenza socio sanitari e quindi la scelta di andare verso la loro stabilizzazione e garanzia di sviluppo e presenza su tutto il territorio nazionale.

Servizi censiti

Mediante la tecnica snowball, il CNCA, assieme ad altri organismi del privato sociale attivi su questi temi (Forum Droghe, Itardd, Lila, Antigone e altre reti) ha lanciato una breve indagine on line. In sintesi, partendo dall‟indirizzario di ciascuna rete, ciascun organismo contattato poteva rispondere ad un breve questionario on line (si veda allegato) e a sua volta invitare altri organismi da questo conosciuti a rispondere.

I risultati raccolti sono stati presentati e confrontati con il Gruppo Tecnico Interregionale Tossicodipendenze della Commissione Salute della Conferenza dei Presidenti delle Regioni e Province Autonome, che hanno effettuato una verifica dei dati raccolti e agito le opportune integrazioni e/o correzioni.

Alla data del 31 dicembre 2014, risultano attivi 185 servizi oggetto di indagine. Come riportato nella tabella seguente 2 regioni non hanno fornito alcun dato - quindi non è possibile rilevare se non esiste alcun servizio oppure se il dato non è rilevato - mentre altre 2 regioni, pur avendo fornito i dati, questi non riguardano strettamente i servizi oggetto di indagine. I servizi/progetti sono classificati secondo le 4 tipologie sopra definite (unità mobile per le dipendenze UTOX, unità mobile per i Giovani nei contesti del loisir UG, Drop in DI, Centri di Prima Accoglienza PA)

*1*Il Progetto Integrato di Riduzione del Danno,realizzato a Roma, è stato stimato evitare in 2 anni (1/8/1994-31/7/1996) non meno di 134 nuove infezioni da HIV, di cui il 34% tra eterosessuali non tossicodipendenti. Gli stessi ricercatori, che avevano valutato l‟efficacia del programma, riportavano che l‟effetto previsto di 10 anni di programma sarebbe stato l‟evitamento di 1073 nuove infezioni, di cui il 50% tra eterosessuali non tossicodipendenti. Nel medesimo articolo i ricercatori sostenevano che da un rapporto costo/benefici i programmi di riduzione del danno rappresentano una modalità di impiego delle risorse efficiente. Si veda a questo proposito: Davoli et al, 1997, *Programma Integrato di Riduzione del danno nei tossicodipendenti a Roma*, Progetto Salute (13), 36.

Tabella 22: Servizi/progetti censiti per regione e P.A.

Regione	UTOX	UG	DI	PA	ALTRO	TOTALE	%
Abruzzo	0	0	0	0	1	**1**	**0,5**
Basilicata	0	0	0	0	0	**0**	**0,0**
Calabria	0	0	0	0	1	**1**	**0,5**
Campania	9	24	2	2	1	**38**	**20,5**
Emilia Romagna	2	10	3	0	2	**17**	**9,2**
Friuli Venezia Giulia	0	2	0	0	1	**3**	**1,6**
Lazio	12	5	6	3	3	**29**	**15,7**
Liguria	1	0	1	2	1	**5**	**2,7**
Lombardia	5	10	5	0	2	**22**	**11,9**
Marche	3	2	0	0	4	**9**	**4,9**
Molise	-	-	-	-	-	**0**	**-**
P.A. Bolzano	0	0	2	0	1	**3**	**1,6**
P.A. Trento	0	0	0	0	1	**1**	**0,5**
Piemonte	2	8	5	1	6	**22**	**11,9**
Puglia	0	0	1	0	1	**2**	**1,1**
Sardegna *	-	-	-	-	-	**-**	**-**
Sicilia *	-	-	-	-	-	**-**	**-**
Toscana	5	5	2	1	6	**19**	**10,3**
Umbria	2	1	1	1	1	**6**	**3,2**
Val d'Aosta *	-	-	-	-	-	**0**	**-**
Veneto	2	2	1	1	1	**7**	**3,8**
TOTALE	**43**	**69**	**29**	**11**	**33**	**186**	**100,0**
%	**23,2**	**37,3**	**15,7**	**5,9**	**17,8**	**100,0**	

* dati non pervenuti

Figura 33: Distribuzione per regione per classi (individual values) di numerosità di servizi/progetti censiti. In grigio le regioni per cui non si dispone dei dati

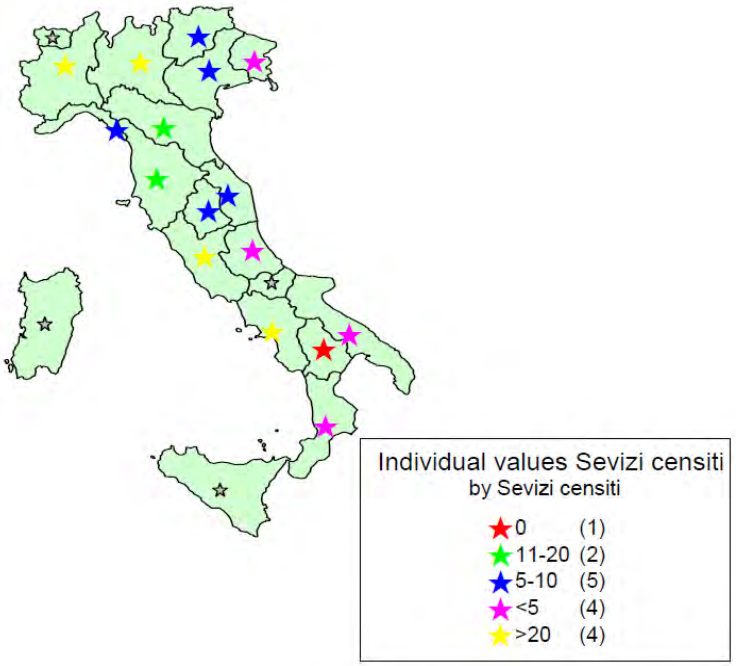


Figura 34: Distribuzione per regione per classi (individual values) di numerosità di Unità mobili per le tossicodipendenze. In grigio le regioni per cui non si dispone dei dati

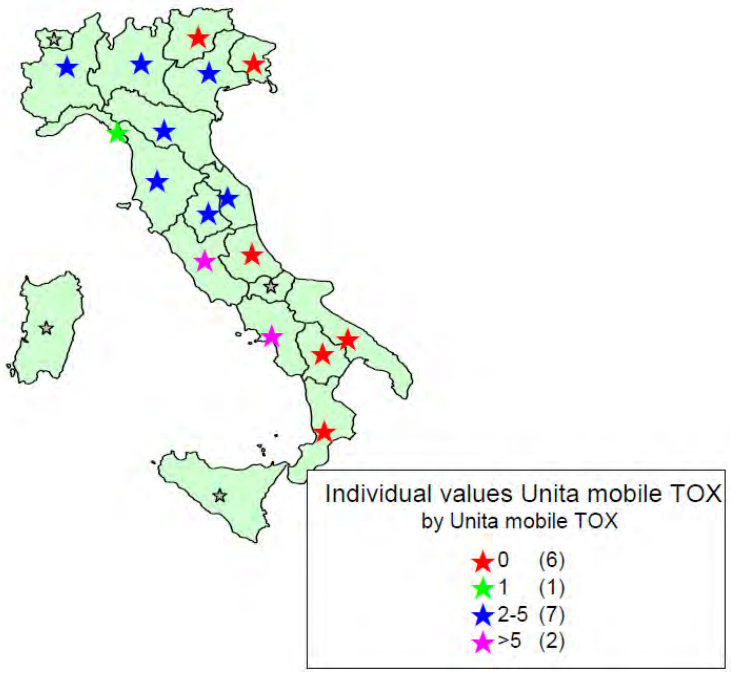


Figura 35: Distribuzione per regione per classi (individual values) di numerosità di Unità mobili per i Giovani nei contesti del loisir. In grigio le regioni per cui non si dispone dei dati

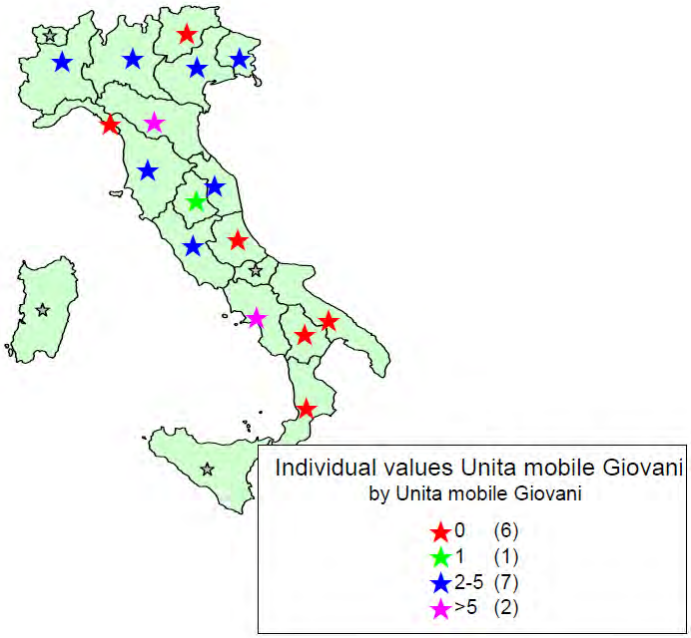


Figura 36: Distribuzione per regione per classi (individual values) di numerosità di Drop in. In grigio le regioni per cui non si dispone dei dati

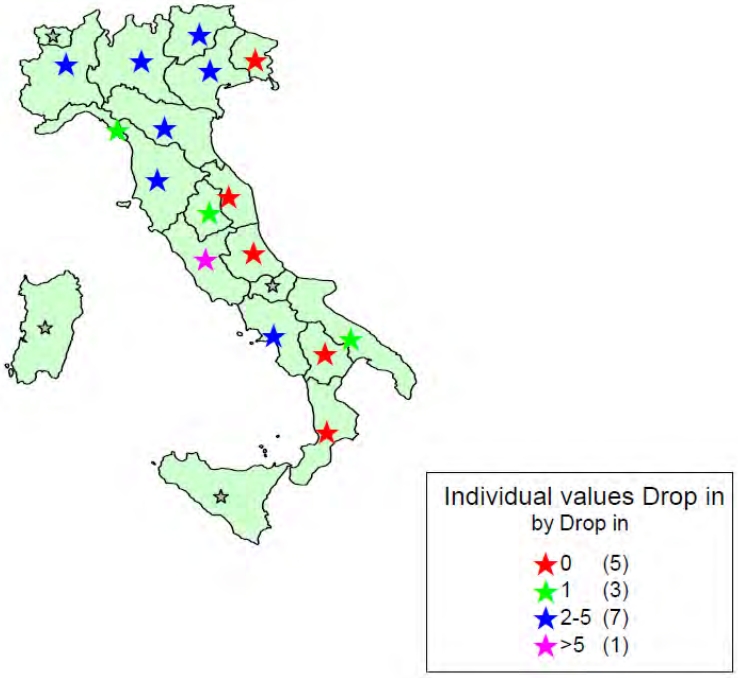
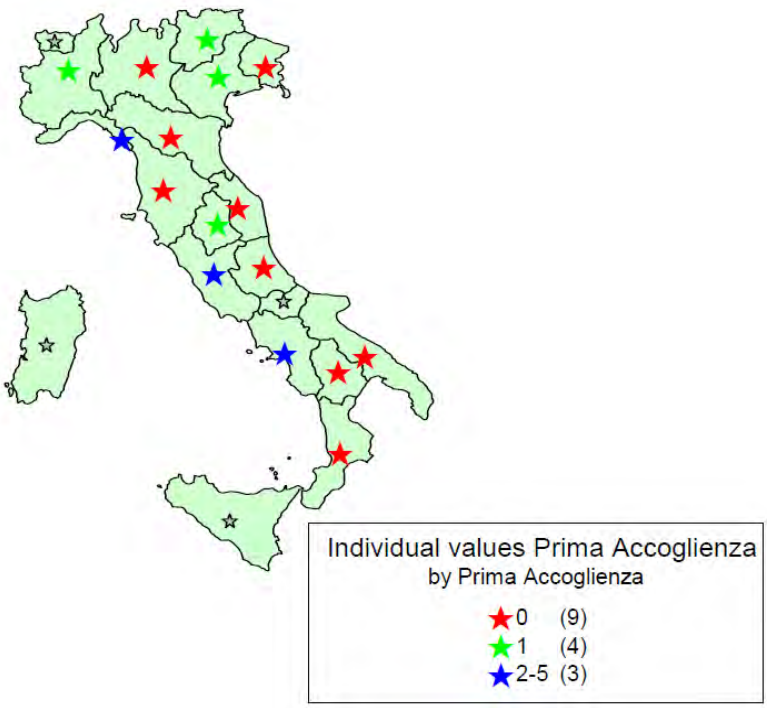


Figura 37: Distribuzione per regione per classi (individual values) di numerosità di servizi di Prima Accoglienza. In grigio le regioni per cui non si dispone dei dati



Per ciò che riguarda le fonti di finanziamento i progetti servizi risultano avere come principale fonte di finanziamento dei fondi regionali, seguiti dalle aziende sanitarie locali.

Tabella 23.

	Finanziamento			
Unità mobile TOX	ASL	Ente Locale	Regione	**Totale**
Campania	1		8	**9**
Emilia Romagna	1	1		**2**
Friuli Venezia Giulia				**0**
Lazio			12	**12**
Liguria			1	**1**
Lombardia			5	**5**
Marche			3	**3**

P.A. Bolzano				**0**
P.A. Trento				**0**
Piemonte	2			**2**
Puglia				**0**
Toscana	1		4	**5**
Umbria	2			**2**
Veneto		2		**2**
Totale	**7**	**3**	**33**	**43**
%	**16,3**	**7,0**	**76,7**	**100,0**

Tabella 24.

	Finanziamento					
UMG	autofinanz	ASL	Ente Locale	Regione	Stato	**TOT**
Campania		2		22		**24**
Emilia Romagna		8		2		**10**
Friuli Venezia Giulia				2		**2**
Lazio				5		**5**
Liguria						**0**
Lombardia		1		9		**10**
Marche				2		**2**
P.A. Bolzano						**0**
P.A. Trento						**0**
Piemonte	1	4	1	1	1	**8**
Puglia						**0**
Toscana		3		2		**5**
Umbria			1			**1**
Veneto	1		1			**2**
TOT	**2**	**18**	**3**	**45**	**1**	**69**
	2,9	**26,1**	**4,3**	**65,2**	**1,4**	**100,0**

Tabella 25.

	Finanziamento				
DROP IN	autofinanz	ASL	Ente Locale	Regione	**TOT**
Campania				2	**2**
Emilia Romagna		3			**3**
Friuli Venezia Giulia					**0**
Lazio				6	**6**
Liguria				1	**1**
Lombardia				5	**5**
Marche					**0**
P.A. Bolzano			2		**2**
P.A. Trento					**0**
Piemonte	1	3		1	**5**
Puglia		1			**1**
Toscana		1		1	**2**
Umbria		1			**1**
Veneto			1		**1**
TOT	**1**	**9**	**3**	**16**	**29**
%	**3,4**	**31,0**	**10,3**	**55,2**	**100,0**

Su un campione di 115 servizi dei 189 che hanno risposto, sono state fornite ulteriori informazioni che ci permettono di comprendere meglio la riduzione del danno e la riduzione dei rischi in Italia.

Innanzitutto si tratta prevalentemente di progetti a carattere sperimentale e/o con finanziamenti di durata definita per il 59.1% dei casi. I restanti si definiscono servizi. Nel grafico vengono riportate le durate previste per fasce.

Figura 38: Distribuzione percentuale della durata prevista degli interventi (n=115)

Le prestazioni che risultano avere una frequenza maggiore al 75° percentile, e quindi trasversali a tutti i gli interventi, sono le seguenti:

- Ascolto, filtro e orientamento ad altre strutture
- Distribuzione materiale informativo ed Informazione su danni legati ad alcool, sostanze ed educazione sanitaria
- Counselling su alcool, sostanze ed MTS
- Distribuzione profilattici
- Invio servizi sanitari
- Invio servizi sociali

Per contro le prestazioni inferiori al 25° percentile sono

- Distribuzione kit per riduzione rischi sanitari nell"assunzione di cocaina
- Corsi di peersupport
- Test rapidi per HIV
- Mediazione linguistica
- Somministrazione narcotest

Rispetto alle tipologie di servizi sono state rilevate le prestazioni erogate più significative. Le unità mobili rivolte ai giovani, si distinguono per il volume di attività relativo alle informazioni sulle malattie a trasmissione sessuale, per la distribuzione di etilometri, atti a far conoscere i rischi di un eccessivo consumo di alcol, nonché per gli invii a servizi sanitari. Le unità mobili rivolte a persone tossicodipendenti sono invece caratterizzate dalla distribuzione di materiale di profilassi (siringhe, narcan, acqua distillata, profilattici).

I drop in, essendo anche numericamente meno consistenti, tuttavia svolgono prevalentemente attività simili alle unità mobili per tossicodipendenti, con un maggior impiego di prestazioni di counselling e supporto psicologico.

Figura 39: Distribuzione percentuale di informazione su MST per le 4 tipologie di servizi (n=115)

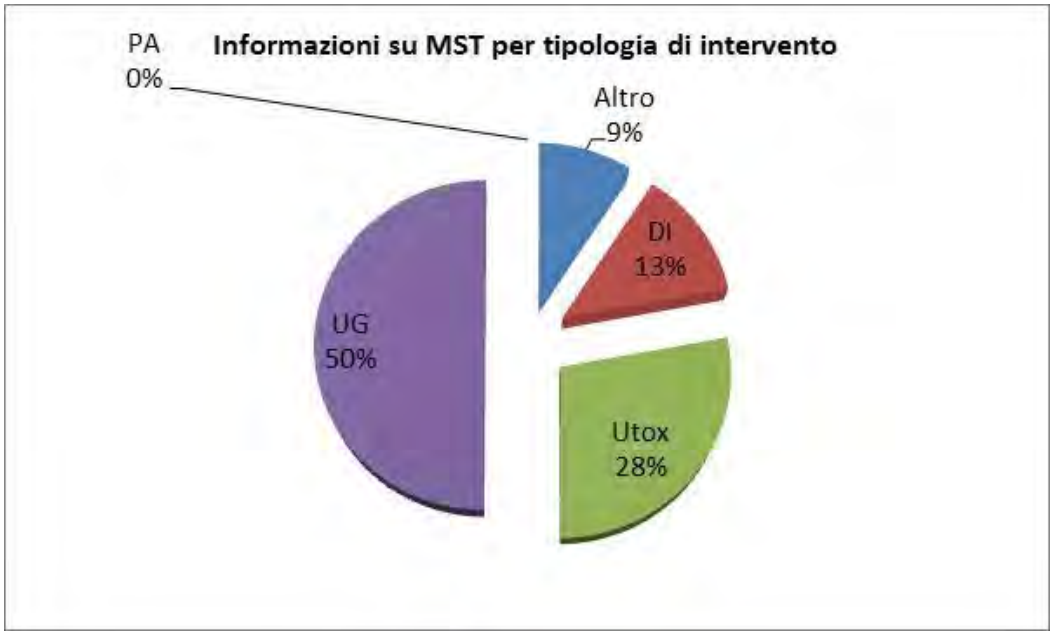


Figura 40: Distribuzione percentuale di fornitura di siringhe sterili per le 4 tipologie di servizi (n=115)

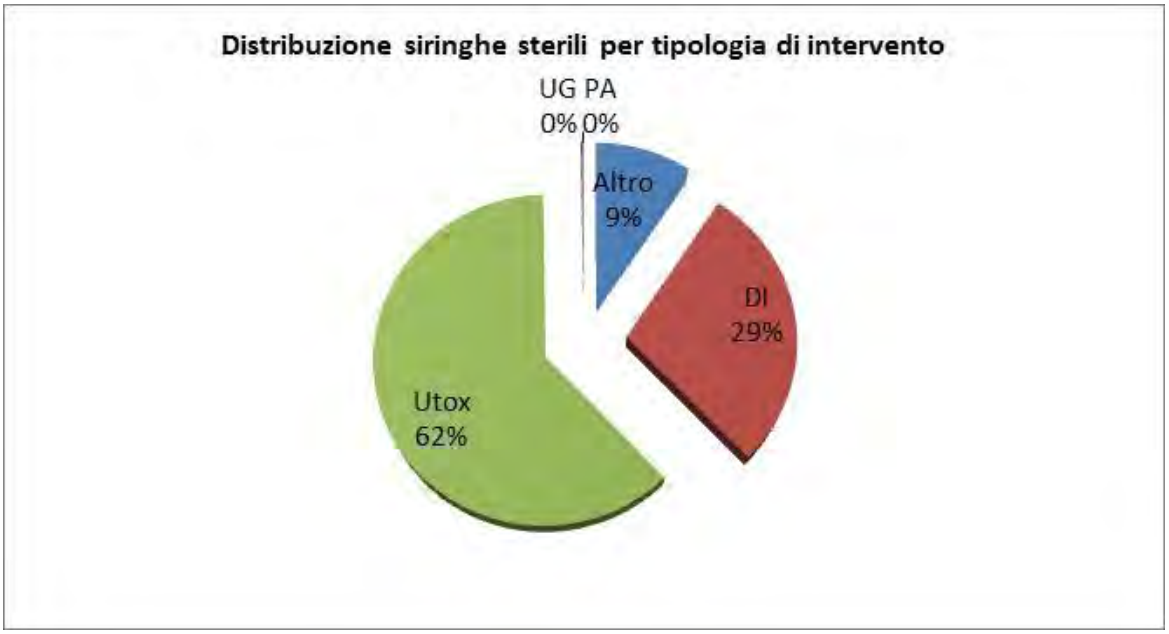


Figura 41: Distribuzione percentuale di fornitura di condom per le 4 tipologie di servizi (n=115)

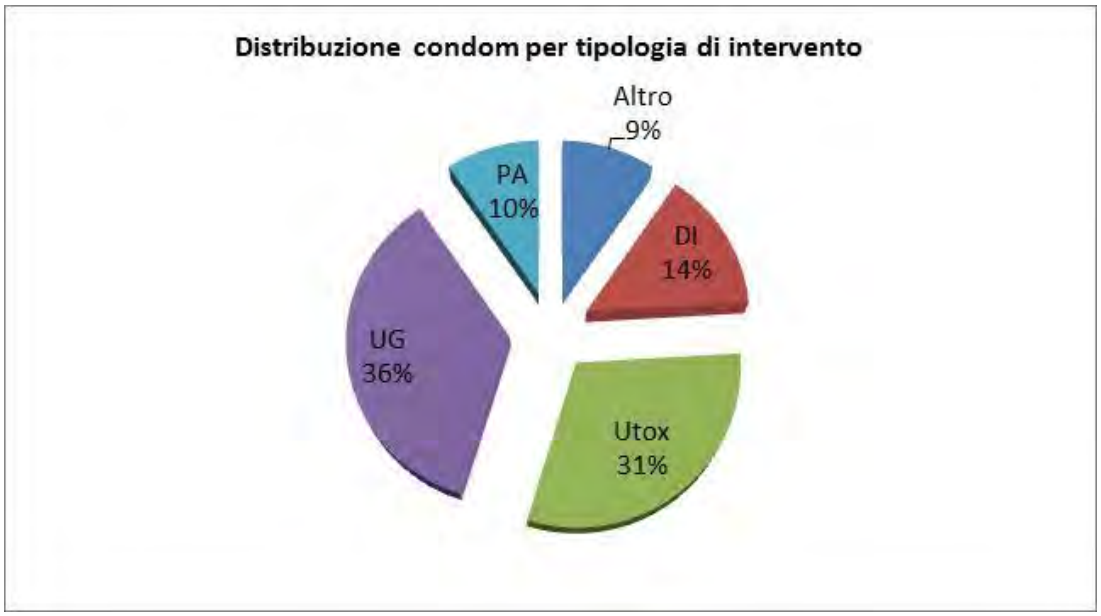


Figura 42: Distribuzione percentuale di fornitura di etilometri per le 4 tipologie di servizi (n=115)

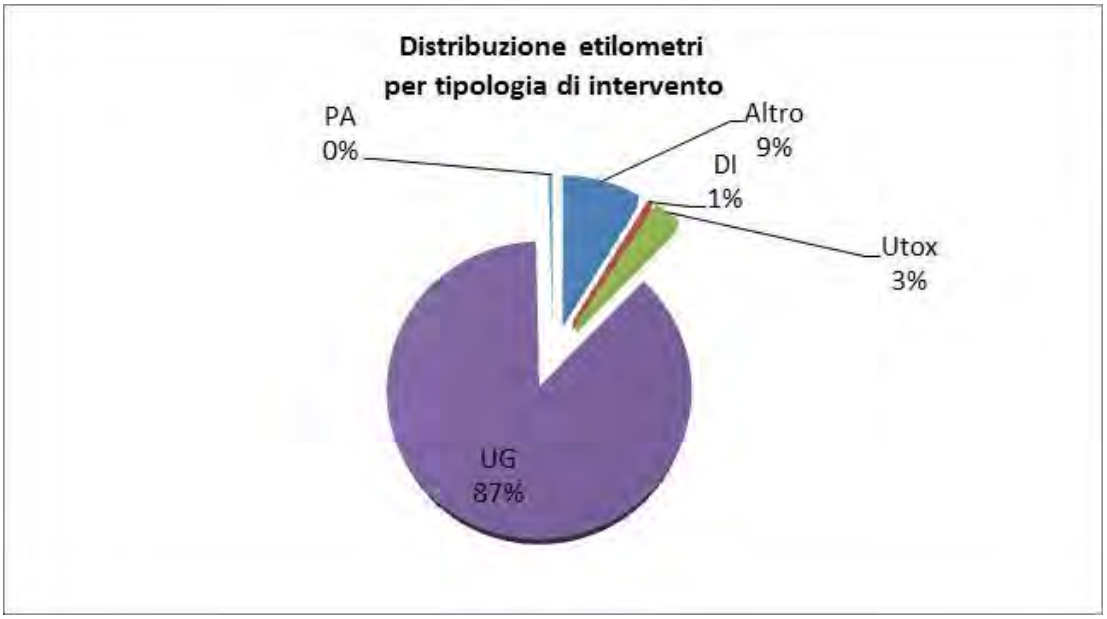


Figura 43: Distribuzione percentuale di invio a servizi sanitari per le 4 tipologie di servizi (n=115)

Il questionario ha previsto, oltre ai dati sulle prestazioni erogate, una raccolta di dati sull'utenza. Tutti i rispondenti dispongono dei dati relativi ai "Contatti", ovvero le presenze, intendendo l'insieme globale degli accessi al servizi, a prescindere se fossero sempre le stesse persone o meno. Il 70% dei rispondenti ha fornito anche il dato relativo alle singole persone. Il nostro campione ha registrato oltre 600.000 contatti in un anno e circa 58000 le singole persone contattate, con un rapporto di circa 1:10. Selezionando il 70% del campione che ha fornito sia i dati sulle presenze che quelle su singoli individui, il rapporto scende a 1: 8,5.

1.9 Percorsi trattamentali ed esiti

Progetto NET OUTCOME: costruzione di una rete italiana permanente per il monitoraggio dei trattamenti e valutazione dell'outcome in relazione alle prestazioni ricevute – Risultati 2015 su base dati 2014.

Unità operative partecipanti

Le unità operative partecipanti sono i seguenti Dipartimenti delle Dipendenze: *Brescia, Bergamo, Como, Lodi, Vallecamonica-Sebino, Varese, Pordenone, Genova, Savona, Macerata, Foligno, Perugia, Terni, Enna, Messina, Palermo, Ragusa, Chioggia, Dolo/Mirano, Este, Legnago-Zevio, Rovigo, Treviso, Verona.*

Introduzione

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 nel tempo due progetti denominati "Outcome 2010-2012" e "NET OUTCOME 2012-2014", 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 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.

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.

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 26).

Tabella 26: Stratificazione dell"utenza secondo il grado di risposta al trattamento farmacologico

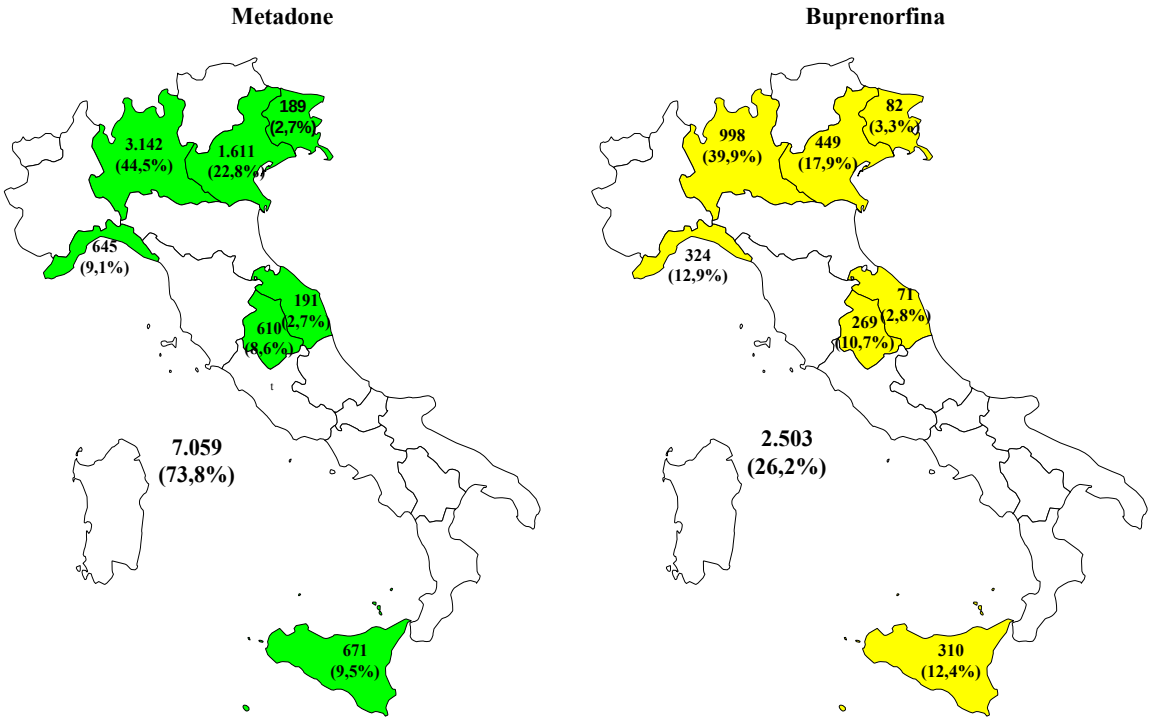
	No Responder	Low Responder	Responder
Percentuale di giorni liberi dall'uso di droghe	< 30%	30-60%	> 60%

Fonte: Progetto Net Outcome

Risultati Anno 2014

Nel complesso sono stati campionati 9.562 utenti in carico presso le strutture sanitarie per almeno trenta giorni, di cui 7.059 in trattamento con metadone e 2.503 in terapia con buprenorfina (Figura 44).

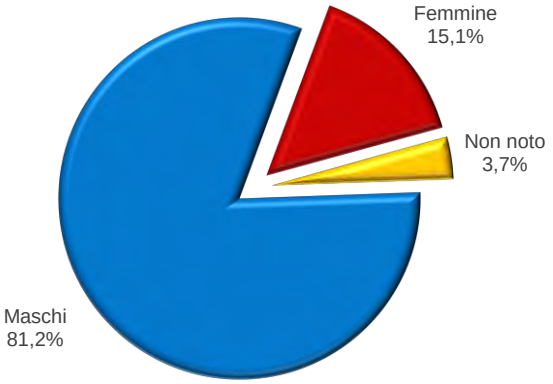
Figura 44: Percentuale e numero di utenti per tipo di trattamento farmacologico e per Regione. Anno 2014



Fonte: Progetto Net Outcome

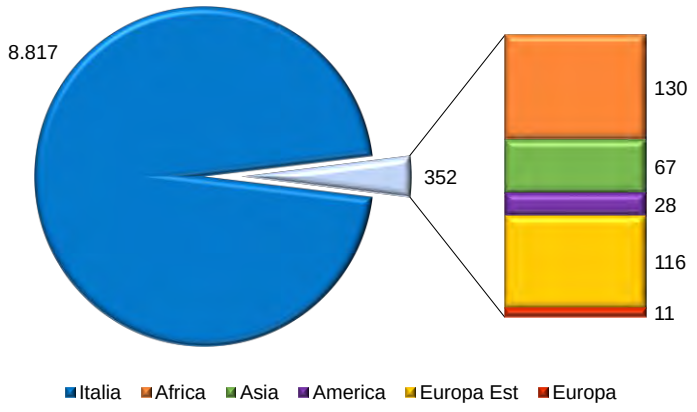
L'analisi delle caratteristiche socio-demografiche degli utenti mostrano in maggioranza soggetti di sesso maschile (7.761, 81,2%) e di nazionalità italiana (8.817, 92,2%), con una certa differenza per il genere se si considera il tipo di trattamento farmacologico (Tabella 27). Riguardo gli stranieri, il gruppo più cospicuo è rappresentato da cittadini africani, seguito dagli utenti provenienti dai paesi dell'Europa dell'Est (Figura 46).

Figura 45: Percentuale di utenti in trattamento farmacologico secondo il genere. Anno 2014



Fonte: Progetto Net Outcome

Figura 46: Utenti in trattamento farmacologico secondo la provenienza geografica. Anno 2014



Fonte: Progetto Net Outcome

Tabella 27: Soggetti in terapia farmacologica con metadone e buprenorfina, per sesso e cittadinanza. Anno 2014

	Buprenorfina		Metadone		Totale	
Sesso	**N**	**$\%_C$**	**N**	**$\%_C$**	**N**	**$\%_C$**
Maschi	2.105	84,1	5.656	80,1	7.761	81,2
Femmine	296	11,8	1.149	16,3	1.445	15,1
Non noto	102	4,1	254	3,6	356	3,7
Totale ($\%_R$)	2.503	26,2	7.059	73,8	9.562	100,0
Cittadinanza						
Italiani	2.320	92,7	6.497	92,0	8.817	92,2
Stranieri	68	2,7	284	4,0	352	3,7
Non noto	-	-	2	0,1	2	0,0
Non Applicabile*	115	4,6	276	3,9	391	4,1
Totale ($\%_R$)	2.503	26,2	7.059	73,8	9.562	100,0

** Informazione non rilevata in quanto gli utenti hanno richiesto l'anonimato.*

Fonte: Progetto Net Outcome

La distribuzione percentuale dell'utenza per stato d'occupazione evidenzia una prevalenza di utenti in trattamento farmacologico professionalmente attiva (60,1%), mentre il 36,2% dichiara di essere disoccupato o economicamente non attivo (Tabella 28). Dall'analisi del livello di istruzione si nota, invece, come la maggior parte degli utenti possiede un grado di istruzione basso con una percentuale pari al 74,1% di soggetti in possesso di un diploma di licenza media inferiore e solo l'1,5% della laurea. Sia rispetto al titolo di studio sia rispetto all'occupazione si osservano alcune differenze, i soggetti in trattamento con buprenorfina hanno un livello d'istruzione più alto e tendenzialmente più occupati. Infine, per quanto riguarda la condizione abitativa degli utenti considerati, la maggior parte di questi vive con i genitori (45,0%) o con il partner e gli eventuali figli (30,6%). Rispetti agli indicatori scelti nelle tabelle sono stati osservati i soggetti per i quali il dato era disponibile.

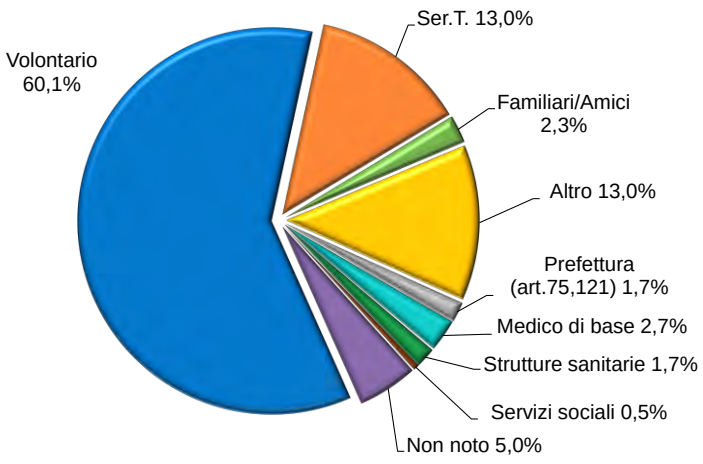
Tabella 28: Distribuzione dei soggetti in terapia farmacologica con metadone e buprenorfina, per titolo di studio, occupazione e convivenza. Anno 2014

	Buprenorfina		Metadone		Totale	
Titolo di studio	**N**	**%C**	**N**	**%C**	**N**	**%C**
Livello basso (1)	1.566	69,9	4.762	75,5	6.328	74,1
Livello medio (2)	625	27,9	1.461	23,2	2.086	24,4
Livello alto (3)	50	2,2	81	1,3	131	1,5
Totale (%R)	2.241	26,2	6.304	73,8	8.545	100,0
Occupazione						
Occupato	1.417	64,1	3.723	58,7	5.140	60,1
Disoccupato	703	31,8	2.398	37,8	3.101	36,2
Altro (studente, casalingo/a, altro)	92	4,2	222	3,5	314	3,7
Totale (%R)	2.212	25,9	6.343	74,1	8.555	100,0
Convivenza						
Da solo/da solo con figli	274	14,5	889	16,6	1.163	16,0
Con i genitori	906	48,1	2.358	43,9	3.264	45,0
Con partner/con partner e figli	582	30,9	1.635	30,4	2.217	30,6
Con amici/altro	122	6,5	489	9,1	611	8,4
Totale (%R)	1.884	26,0	5.371	74,0	7.255	100,0

(1) livello di istruzione nullo, licenza elementare, licenza media inferiore
(2) diploma di qualifica professionale e diploma di media superiore
(3) laurea e laurea magistrale
Fonte: Progetto Net Outcome

Per quanto riguarda l'accesso dell'utenza ai servizi per le tossicodipendenze (Figura 47), essa avviene con diverse modalità, sebbene la percentuale più elevata si riscontri in corrispondenza dell'accesso volontario (60,1%), seguito, con valori nettamente inferiori, da invio da altri Ser.T. (13,0%), dal medico di base (2,7%) e dalla famiglia o dagli amici (2,3%).

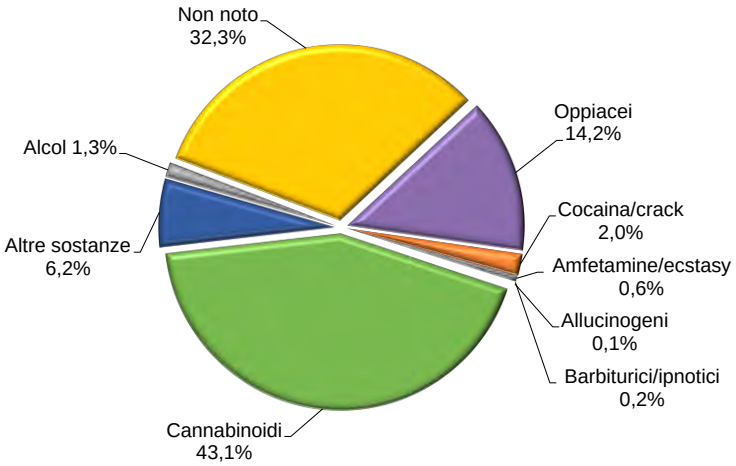
Figura 47: Percentuale di soggetti in trattamento secondo il canale di invio. Anno 2014



Fonte: Progetto Net Outcome

L"analisi secondo la sostanza psicotropa utilizzata per la prima volta (Figura 48) mostra una percentuale molto elevata di consumatori di cannabis (43,1%), seguita da altre sostanze (6,2%) e, purtroppo, anche da una percentuale piuttosto elevata in corrispondenza della modalità "non noto" (32,3%). Coloro che, invece, hanno indicato gli oppiacei come sostanza d"abuso iniziale rappresentano il 14,2% del campione analizzato.

Figura 48: Percentuale di soggetti in trattamento farmacologico per sostanza di primo uso. Anno 2014

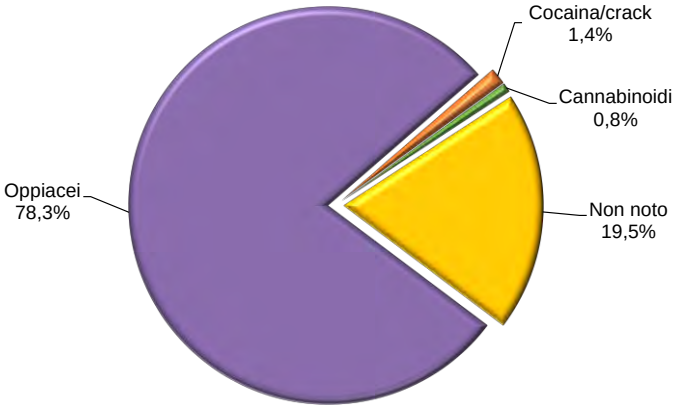


Fonte: Progetto Net Outcome

Riguardo invece l"osservazione della sostanza d"abuso primaria, ossia quella per la quale gli utenti sono in carico ai Ser.T. ed in trattamento farmacologico, emerge che il 78,3% dei soggetti ha dichiarato di consumare oppiacei. Nel 19,5% dei casi l"informazione sulla sostanza d"abuso primaria non è nota (

Figura **49**).

Figura 49: Percentuale di soggetti in trattamento farmacologico per sostanza primaria. Anno 2014



Fonte: Progetto Net Outcome

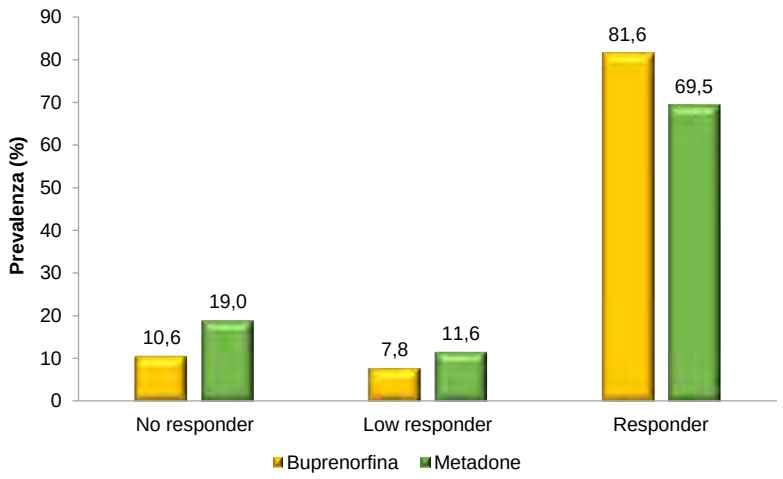
Concentrando l‟analisi sui trattamenti farmacologici la maggior parte dei soggetti sembra rispondere alla terapia, rispettivamente il 69,5% per il metadone e l‟81,6% per la buprenorfina (Tabella 29 e Figura 50). In generale, non si rilevano grosse differenze tra maschi e femmine nei due tipi di trattamento 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 29: Soggetti in terapia con metadone e buprenorfina per sesso e tipo di risposta al trattamento. Anno 2014

	No Responder		Low Responder		Responder		Totale	
Metadone	**N**	**%**	**N**	**%**	**N**	**%**	**N**	**%**
Maschi	1.079	80,6	663	81,3	3.914	79,8	5.656	80,1
Femmine	216	16,1	125	15,3	808	16,5	1.149	16,3
Non noto	43	3,2	28	3,4	183	3,7	254	3,6
Totale ($\%_R$)	**1.338**	**19,0**	**816**	**11,6**	**4.905**	**69,5**	**7.059**	**100,0**
Buprenorfina								
Maschi	212	80,0	163	83,6	1.730	84,7	2.105	84,1
Femmine	35	13,2	19	9,7	242	11,8	296	11,8
Non noto	18	6,8	13	6,7	71	3,5	102	4,1
Totale ($\%_R$)	**265**	**10,6**	**195**	**7,8**	**2.043**	**81,6**	**2.503**	**100,0**
Totale								
Maschi	1.291	80,5	826	81,7	5.644	81,2	7.761	81,2
Femmine	251	15,7	144	14,2	1.050	15,1	1.445	15,1
Non noto	61	3,8	41	4,1	254	3,7	356	3,7
Totale ($\%_R$)	**1.603**	**16,8**	**1.011**	**10,6**	**6.948**	**72,7**	**9.562**	**100,0**

Fonte: Progetto Net Outcome

Figura 50: Percentuale di soggetti per tipo di trattamento farmacologico e tipo di risposta al trattamento. Anno 2014



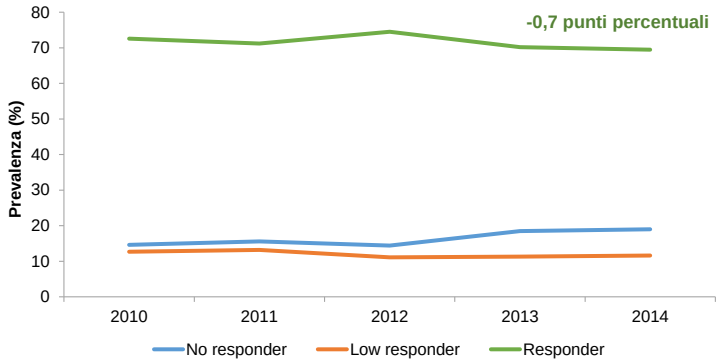
Fonte: Progetto Net Outcome

Tabella 30: Percentuale di soggetti in terapia farmacologica con metadone per tipo di risposta al trattamento. Anni 2010 – 2014

	2010	2011	2012	2013	2014	Diff. delle % 2013/2014
No Responder	14,6	15,6	14,4	18,5	19,0	0,5
Low Responder	12,7	13,2	11,1	11,3	11,6	0,3
Responder	72,6	71,2	74,5	70,2	69,5	-0,7

Fonte: Progetto Net Outcome

Figura 51: Percentuale di soggetti in terapia farmacologica con **metadone** per tipo di risposta al trattamento. Anni 2010 – 2014



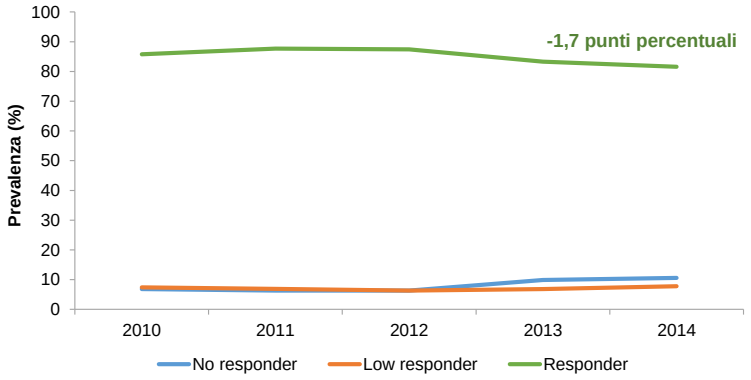
Fonte: Progetto Net Outcome

Tabella 31: Percentuale di soggetti in terapia farmacologica con buprenorfina per tipo di risposta al trattamento. Anni 2010 – 2014

	2010	2011	2012	2013	2014	Diff. delle % 2013/2014
No Responder	6,8	6,3	6,3	9,9	10,6	0,7
Low Responder	7,4	6,9	6,3	6,8	7,8	1,0
Responder	85,8	87,7	87,4	83,3	81,6	-1,7

Fonte: Progetto Net Outcome

Figura 52: Percentuale di soggetti in terapia farmacologica con buprenorfina per tipo di risposta al trattamento. Anni 2010 – 2014



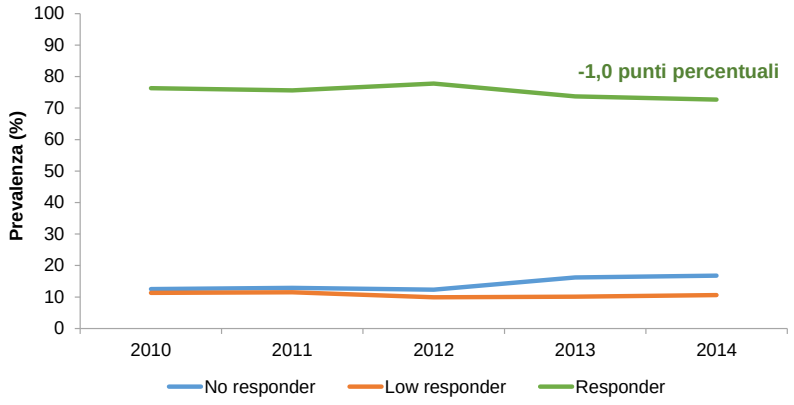
Fonte: Progetto Net Outcome

Tabella 32: Percentuale di soggetti in terapia farmacologica con metadone e buprenorfina per tipo di risposta al trattamento. Anni 2010 – 2014

	2010	2011	2012	2013	2014	Diff. delle % 2013/2014
No Responder	12,5	12,9	12,3	16,2	16,8	0,6
Low Responder	11,3	11,5	9,9	10,1	10,6	0,5
Responder	76,3	75,6	77,8	73,7	72,7	-1,0

Fonte: Progetto Net Outcome

Figura 53: Percentuale di soggetti in terapia farmacologica con **metadone** e **buprenorfina** per tipo di risposta al trattamento. Anni 2009 – 2014



Fonte: Progetto Net Outcome

L"età media per tipologia di trattamento farmacologico risulta tendenzialmente più bassa nei soggetti con buprenorfina, anche se non in modo considerevole (Tabella 33). I soggetti con età media più "elevata" (41,3 anni per il metadone e 39,6 anni per la buprenorfina) sono coloro che rispondono positivamente alla terapia con entrambi i trattamenti farmacologici.

Per tutti i gruppi di soggetti analizzati, l"età media tende ad aumentare rispetto alla rilevazione degli anni precedenti.

Tabella 33: Età media dei soggetti in terapia con metadone e buprenorfina per tipo di risposta al trattamento. Anno 2014

	No Responder	Low Responder	Responder
Metadone			
Età media	38,5	38,4	41,3
Min	17,0	18,0	16,0
Max	67,0	65,0	71,0
Dev. STD	9,5	9,8	9,3
Buprenorfina			
Età media	34,5	36,2	39,6
Min	19,0	18,0	18,0
Max	59,0	55,0	74,0
Dev. STD	8,9	9,2	9,5

Fonte: Progetto Net Outcome

Riguardo gli esami effettuati per la ricerca di oppiacei nelle urine, dalla Tabella 9 si nota che, complessivamente, le unità operative nel 2014 hanno effettuato più di un esame ogni due settimane. Le Aziende Sanitarie più attive in tal senso sono quelle della regione Friuli Venezia Giulia,

Umbria, Veneto e Lombardia. Effettuando un confronto rispetto al tipo di trattamento farmacologico non emergono differenze significative.

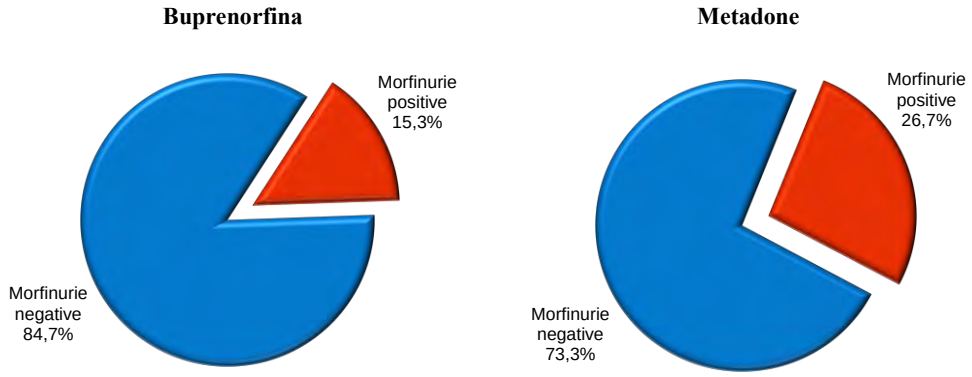
Tabella 34: Media dei controlli urinari per Regione e terapia farmacologica. Anno 2014

Regione	Metadone	Buprenorfina	Totale
Friuli Venezia Giulia	0,93	0,83	0,86
Liguria	0,43	0,37	0,39
Lombardia	0,64	0,66	0,65
Marche	0,56	0,56	0,56
Sicilia	0,48	0,45	0,46
Umbria	1,07	0,74	0,86
Veneto	0,77	0,79	0,79
Totale	**0,68**	**0,66**	**0,66**

Fonte: Progetto Net Outcome

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'84,7% dei giorni di trattamento con buprenorfina risulta libero da droghe, contro il 73,3% degli utenti in terapia con metadone (Figura 54).

Figura 54: Percentuale di giorni con morfinurie negative e positive, per tipologia di trattamento farmacologico. Anno 2014



Fonte: Progetto Net Outcome

Tabella 35: Esito dei principali trattamenti farmacologici per la cura della dipendenza da eroina. Anno 2014

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	2.503	605.643	242	7,4	512.771	**84,7**	92.872	15,3	83,5	69,9
Metadone	7.059	1.830.500	259	50,3	1.342.444	**73,3**	488.056	26,7	83,6	73,3
Totale	9.562	2.436.143	255	-	1.855.215	**76,2**	580.928	23,8	83,5	72,4

*1 percentuale sul totale dei giorni di terapia
*2 valore medio in percentuale dell"aderenza ai controlli urinari, calcolato rapportando gli esami urinari effettuati rispetto ai programmati
*3 valore medio in percentuale dell"aderenza al trattamento, calcolato rapportando le somministrazioni di farmaco sostitutivo erogato rispetto a quelle prescritte
Fonte: Progetto Net Outcome

Nel complesso, gli utenti che sembrano non rispondere alla terapia farmacologica sono 1.603, pari al 16,8% del campione, con una durata media del trattamento compreso tra 197 giorni per la buprenorfina e 244 giorni per il metadone (Tabella 36). La dose media giornaliera di metadone utilizzata da questi individui è di 52,8 mg, mentre per la buprenorfina è di 8,0 mg. Per gli utenti "no responder", la percentuale di giorni liberi da droghe è complessivamente pari al 8,3%, rispettivamente il 9,4% per la buprenorfina e l"8,2% per il metadone. I soggetti "no responder" mantengono un"aderenza ai controlli elevata, e un altrettanto buona aderenza al trattamento (rispettivamente il 76,9% e il 71,2%).

Tabella 36: Soggetti No Responder: esito dei principali trattamenti farmacologici per la cura della dipendenza da eroina. Anno 2014

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	265	52.127	197	8,0	4.889	**9,4**	47.238	90,6	76,1	66,4
Metadone	1.338	326.307	244	52,8	26.708	**8,2**	299.599	91,8	77,1	72,1
Totale	1.603	378.434	236	-	31.597	**8,3**	346.837	91,7	76,9	71,2

*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 Net Outcome

Gli utenti classificati come "low responder" sono 1.011, pari al 10,6% del campione analizzato, con una durata media del trattamento variabile tra 215 giorni per la buprenorfina e 237 giorni per il metadone (Tabella 37). La dose media giornaliera di metadone erogata è pari a 48,1 mg, mentre per

la buprenorfina è di 8,2 mg, il dosaggio del metadone risulta inferiore rispetto ai valori riscontrati per gli utenti "no responder". La percentuale di giorni con morfinurie negative è complessivamente pari al 46,0%, rispettivamente il 46,3% per la buprenorfina e il 45,9% per il metadone. In linea con quanto osservato per gli utenti "no responder" i livelli di aderenza ai controlli sono elevati, così come l"aderenza al trattamento (rispettivamente il 79,9% e il 71,3%).

Tabella 37: Soggetti Low Responder: esito dei principali trattamenti farmacologici per la cura della dipendenza da eroina. Anno 2014

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	195	41.987	215	8,2	19.459	**46,3**	22.528	53,7	79,7	70,2
Metadone	816	193.206	237	48,1	88.740	**45,9**	104.467	54,1	79,6	71,6
Totale	1.011	235.193	233	-	108.199	**46,0**	126.995	54,0	79,6	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 Net Outcome

Infine, il gruppo degli utenti che rispondono alla terapia farmacologica sono in totale 6.948, il 72,7% del campione indagato, 2.043 in trattamento con buprenorfina e 4.905 soggetti con metadone (Tabella 38). La durata media del trattamento varia tra 250 giorni per la buprenorfina e 267 giorni per il metadone. La dose media giornaliera utilizzata dai soggetti "responder" è di 7,3 mg per la buprenorfina e di 50,1 mg per il metadone. La percentuale di giorni con morfinurie negative è complessivamente pari al 94,1%, con una percentuale più elevata in corrispondenza degli utenti in terapia farmacologica con buprenorfina (95,5%). I valori medi percentuali dell"aderenza ai controlli e dell"aderenza al trattamento tendono ad aumentare ulteriormente per i soggetti "responder" (rispettivamente l"85,6% e il 72,9%).

Tabella 38: Soggetti Responder: esito dei principali trattamenti farmacologici per la cura della dipendenza da eroina. Anno 2014

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	2.043	511.529	250	7,3	488.423	**95,5**	23.106	4,5	84,8	70,4
Metadone	4.905	1.310.987	267	50,1	1.226.997	**93,6**	83.991	6,4	86,0	73,9
Totale	6.948	1.822.516	262	-	1.715.420	**94,1**	107.097	5,9	85,6	72,9

*1 percentuale sul totale dei giorni di terapia

*2 valore medio in percentuale dell"aderenza ai controlli urinari, calcolato rapportando gli esami urinari effettuati rispetto ai programmati

*3 valore medio in percentuale dell"aderenza al trattamento, calcolato rapportando le somministrazioni di farmaco sostitutivo erogato rispetto a quelle prescritte

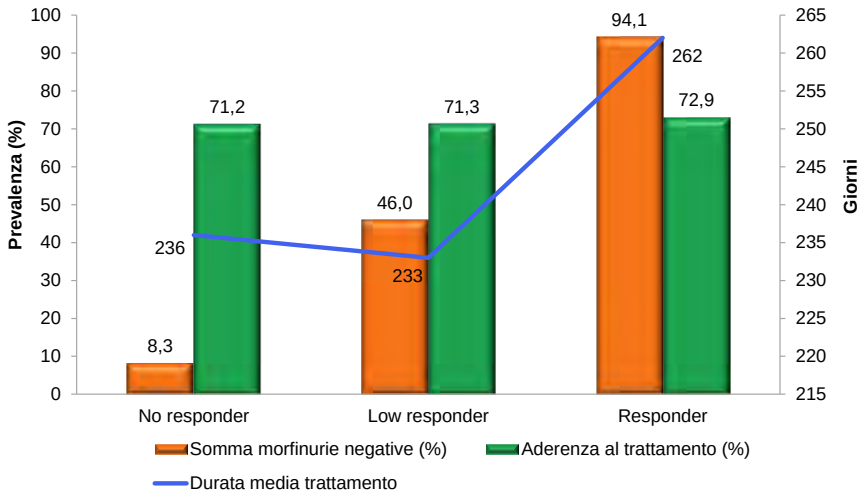
Fonte: Progetto Net Outcome

Confrontando i risultati ottenuti per tipologia di risposta al trattamento (

Figura **55**), è possibile osservare che il valore medio percentuale dell"aderenza al trattamento, calcolata come rapporto tra le somministrazioni di farmaco erogato e quelle prescritte, aumenta lievemente passando dal 71,2% dei soggetti "no responder" al 72,9% dei "responder". Praticamente nulla la differenza tra "no responder" e "low responder".

Considerando, la durata media di trattamento farmacologico, non sembra esserci una sostanziale differenza tra coloro che non rispondono alla terapia e i soggetti "low responder" (rispettivamente 236 e 233 giorni). Lo stesso discorso non vale per gli utenti che rispondono positivamente al trattamento, per i quali è stata riscontrata una durata media pari a 262 giorni.

Figura 55: Durata media del trattamento, percentuale dei soggetti con morfinurie negative e aderenza percentuale al trattamento. Anno 2014



Fonte: Progetto Net Outcome

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 24 Dipartimenti per le Dipendenze appartenenti a sette regioni d'Italia (Liguria, Lombardia, Veneto, Friuli Venezia Giulia, Umbria, Marche, Sicilia).

Osservando i risultati ottenuti, sembra non esserci differenza tra le durate medie di trattamento nelle due tipologie di oppiacei erogati (circa 8 mesi ciascuno). Inoltre, in accordo con quanto descritto in precedenza, la dose media giornaliera di buprenorfina utilizzata è pari a 7,4 mg, mentre per il metadone è 50,3 mg (Tabella 39).

Tabella 39: Durata media dei trattamenti e dose media giornaliera erogata per tipo di trattamento farmacologico. Anno 2014

	Unità operative	Sogg.	Media	SD	Mediana	Range
Durata media Trattamenti giorni						
Buprenorfina	24	2.503	242,0	110,4	283,0	29 - 365
Metadone	24	7.059	259,3	105,9	310,0	29 - 365
Dose media Giornaliera mg						
Buprenorfina	24	2.503	7,4	5,4	6,0	0,5 - 32,0
Metadone	24	7.059	50,3	30,2	45,5	1,0 - 150,0

Fonte: Progetto Net Outcome

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 40). In particolare, la cannabis è la sostanza stupefacente più comunemente utilizzata in astinenza da eroina per entrambi i tipi di trattamento farmacologico, con una percentuale complessiva di urine positive del 26,1%. Anche la cocaina e l'alcol sembrano essere abbastanza utilizzate tra gli utenti in terapia farmacologica per dipendenza da eroina (rispettivamente 15,3% e 9,4%).

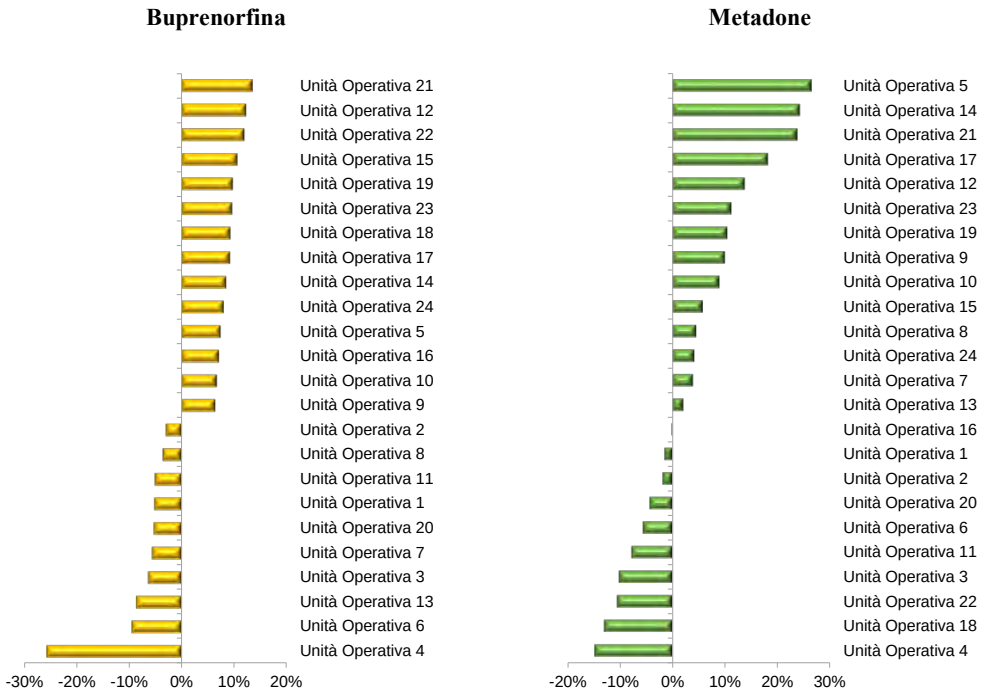
Tabella 40: Percentuale di morfinurie positive per altre sostanze psicotrope tra i soggetti con morfinurie negative per uso di eroina, per tipo di trattamento farmacologico. Anno 2014

Terapia	Cocaina	THC	Amfetamine	MDMA	Alcol
Buprenorfina	12,60	25,85	1,24	1,28	7,42
Metadone	16,35	26,20	1,56	0,81	9,93
Totale	15,38	26,11	1,49	0,96	9,40

Fonte: Progetto Net Outcome

Dato l"ampio numero di unità operative coinvolte nello studio, l"entità dello scostamento percentuale dei giorni di astensione dall"uso di eroina dal valore medio complessivo, per tipologia di trattamento farmacologico, è stato valutato raggruppando gli utenti secondo le 24 Aziende Sanitarie Locali (ASL) di pertinenza (Figura 56). 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 (84,7%) rispetto agli utenti in terapia farmacologica con metadone (73,3%), a conferma di quanto emerso negli studi precedenti.

Figura 56: Scostamento percentuale delle morfinurie negative dal valore medio del campione per ASL e per tipologia di trattamento farmacologico. Anno 2014



Fonte: Progetto Net Outcome

Rispetto alla dose media giornaliera di terapia farmacologica somministrata i soggetti sono stati suddivisi in due gruppi (Tabella 41), il cui confronto non evidenzia differenze sensibili per l"esito della terapia (% giorni di astensione) in relazione alla quantità di farmaco somministrato.

Tabella 41: Dose media di farmaco e percentuale di giorni di astensione dall‟uso di eroina, per tipologia di trattamento. Anno 2014

	Sogg.	Dose media Giornaliera	Giorni di astensione
Metadone	**N**	**mg**	**%**
Dose < 50 mg/die	3.710	28,12	74,81
Dose ≥ 50 mg/die	3.349	76,36	71,84
Totale	7.059	50,34	73,34
Buprenorfina			
Dose < 8 mg/die	1.523	4,08	86,14
Dose ≥ 8 mg/die	980	12,62	82,32
Totale	2.503	7,42	84,67

Fonte: Progetto Net Outcome

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 (Tabella 42). Tuttavia, fatta eccezione degli utenti "Low-responder", la densità media prestazionale propende lievemente per gli utenti in trattamento con metadone

Tabella 42: Densità prestazionale media giornaliera/soggetto per tipo di terapia e per risposta al trattamento. Anno 2014

Terapia	No Responder	Low Responder	Responder	Densità Media Totale
Buprenorfina	1,22	1,32	1,17	**1,23**
Metadone	1,24	1,25	1,32	**1,31**

Fonte: Progetto Net Outcome

Nelle tabelle seguenti sono riportati i dati relativi alle prestazioni erogate secondo il trattamento farmacologico e la risposta al trattamento, sia in termini assoluti sia come densità prestazionale media.

Tabella 43: Prestazioni eseguite nei soggetti in terapia con metadone per tipo di risposta al trattamento. Anno 2014

Terapia	**No Responder**		**Low Responder**		**Responder**		**Totale**	
Metadone	**N**	**%C**	**N**	**%C**	**N**	**%C**	**N**	**%C**
Attività telefonica	2.771	1,1	2.473	1,7	13.353	1,5	18.597	1,4
Relazioni, prescrizioni	43.328	17,9	28.510	19,3	183.330	20,1	255.168	19,6
Attività di accompagnamento	94	0,0	133	0,1	1.199	0,1	1.426	0,1
Visite	3.288	1,4	2.767	1,9	14.732	1,6	20.787	1,6
Colloqui	8.142	3,4	6.298	4,3	42.441	4,6	56.881	4,4
Esami e procedure cliniche	26.136	10,8	16.237	11,0	115.640	12,6	158.013	12,1
Somministrazione farmaci	144.028	59,6	81.529	55,1	472.336	51,7	697.893	53,5
Psicoterapia individuale	328	0,1	306	0,2	2.687	0,3	3.321	0,3
Psicoterapia coppia-famiglia	63	0,0	23	0,0	287	0,0	373	0,0
Interventi educativi	202	0,1	26	0,0	1.255	0,1	1.483	0,1
Test psicologici	4.173	1,7	2.050	1,4	19.593	2,1	25.816	2,0
Attività supporto generale	1.942	0,8	1.768	1,2	15.018	1,6	18.728	1,4
Revisione programma	5.383	2,2	4.473	3,0	22.149	2,4	32.005	2,5
Prestazioni alberghiere	1.812	0,7	1.374	0,9	10.263	1,1	13.449	1,0
Prestazioni straordinarie	0	0,0	1	0,0	7	0,0	8	0,0
Prevenzione secondaria	0	0,0	0	0,0	22	0,0	22	0,0
Totale	241.690	100,0	147.968	100,0	914.312	100,0	1.303.970	100,0
Totale soggetti ($\%_R$)	1.338	19,0	816	11,6	4.905	69,5	7.059	100,0
Totale giorni di trattamento	326.307	243,9	193.206	236,8	1.310.987	267,3	1.830.500	259,3
Densità prestazionale media/die/soggetto	1,24		1,25		1,32		1,31	

Fonte: Progetto Net Outcome

Per entrambi i trattamenti e per ciascun tipo di risposta al trattamento, gli utenti ricevono in percentuale maggiore le prestazioni “relazioni, prescrizioni” e “somministrazione di farmaci”. Inoltre, è interessante osservare come i soggetti che rispondono ad entrambi i trattamenti sono sottoposti a terapia farmacologica per un periodo di tempo più lungo rispetto alle altre due categorie di utenti.

Tabella 44: Prestazioni eseguite nei soggetti in terapia con buprenorfina per tipo di risposta al trattamento. Anno 2014

Terapia	**No Responder**		**Low Responder**		**Responder**		**Totale**	
Buprenorfina	**N**	**%C**	**N**	**%C**	**N**	**%C**	**N**	**%C**
Attività telefonica	560	1,3	468	1,5	3.689	1,2	4.717	1,2
Relazioni, prescrizioni	9.546	22,7	6.817	21,4	66.980	21,3	83.343	21,5
Attività di accompagnamento	9	0,0	16	0,1	147	0,0	172	0,0
Visite	836	2,0	723	2,3	5.638	1,8	7.197	1,9
Colloqui	2.249	5,4	1.591	5,0	16.568	5,3	20.408	5,3
Esami e procedure cliniche	5.047	12,0	3.956	12,4	46.010	14,6	55.013	14,2
Somministrazione farmaci	20.565	49,0	15.235	47,9	149.931	47,6	185.731	47,8
Psicoterapia individuale	144	0,3	134	0,4	1.227	0,4	1.505	0,4
Psicoterapia coppia-famiglia	16	0,0	5	0,0	59	0,0	80	0,0
Interventi educativi	5	0,0	9	0,0	1.330	0,4	1.344	0,3
Test psicologici	920	2,2	1.020	3,2	7.101	2,3	9.041	2,3
Attività supporto generale	204	0,5	331	1,0	5.790	1,8	6.325	1,6
Revisione programma	1.381	3,3	953	3,0	6.884	2,2	9.218	2,4
Prestazioni alberghiere	513	1,2	566	1,8	3.285	1,0	4.364	1,1
Prestazioni straordinarie	0	0,0	0	0,0	2	0,0	2	0,0
Prevenzione secondaria	0	0,0	0	0,0	15	0,0	15	0,0
Totale	41.995	100,0	31.824	100,0	314.656	100,0	388.475	100,0
Totale soggetti (%R)	265	10,6	195	7,8	2.043	81,6	2.503	100,0
Totale giorni di trattamento	52.127	196,7	41.987	215,3	511.529	250,4	605.643	242,0
Densità prestazionale media/die/soggetto	1,22		1,32		1,17		1,23	

Fonte: Progetto Net Outcome

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”, come già osservato nelle precedenti tabelle relative alla percentuale di prestazioni eseguite.

Tabella 45: Densità prestazionale media giornaliera/soggetto nei pazienti in terapia con metadone per tipo di prestazione e risposta al trattamento. Anno 2014

	No Responder	Low Responder	Responder	Densità Media Totale
Attività telefonica	0,02	0,03	0,02	0,02
Relazioni, prescrizioni	0,13	0,15	0,14	0,14
Attività di accompagnamento	0,01	0,01	0,02	0,02
Visite	0,02	0,02	0,02	0,02
Colloqui	0,03	0,04	0,04	0,04
Esami e procedure cliniche	0,08	0,09	0,09	0,09
Somministrazione farmaci	0,45	0,43	0,37	0,39
Psicoterapia individuale	0,02	0,02	0,03	0,03
Psicoterapia coppia-famiglia	0,02	0,02	0,02	0,02
Interventi educativi	0,06	0,02	0,07	0,06
Test psicologici	0,11	0,09	0,14	0,13
Attività supporto generale	0,05	0,06	0,06	0,06
Revisione programma	0,05	0,05	0,05	0,05
Prestazioni alberghiere	0,19	0,21	0,23	0,22
Prestazioni straordinarie	0,00	0,01	0,01	0,01
Prevenzione secondaria	0,00	0,00	0,01	0,01
Totale	**1,24**	**1,25**	**1,32**	**1,31**

Fonte: Progetto Net Outcome

Tabella 46: Densità prestazionale media giornaliera/soggetto nei pazienti in terapia con buprenorfina per tipo di prestazione e risposta al trattamento. Anno 2014

	No Responder	Low Responder	Responder	Densità Media Totale
Attività telefonica	0,02	0,02	0,02	0,02
Relazioni, prescrizioni	0,18	0,16	0,13	0,14
Attività di accompagnamento	0,01	0,01	0,01	0,01
Visite	0,02	0,02	0,02	0,02
Colloqui	0,05	0,05	0,04	0,04
Esami e procedure cliniche	0,10	0,10	0,09	0,10
Somministrazione farmaci	0,41	0,37	0,30	0,31
Psicoterapia individuale	0,03	0,02	0,02	0,03
Psicoterapia coppia-famiglia	0,02	0,01	0,01	0,02
Interventi educativi	0,02	0,10	0,12	0,12
Test psicologici	0,08	0,14	0,12	0,12
Attività supporto generale	0,04	0,05	0,05	0,05
Revisione programma	0,06	0,05	0,04	0,04

Prestazioni alberghiere	0,18	0,22	0,19	0,20
Prestazioni straordinarie	0,00	0,00	0,00	0,00
Prevenzione secondaria	0,00	0,00	0,01	0,01
Totale	**1,22**	**1,32**	**1,17**	**1,23**

Fonte: Progetto Net Outcome

L"analisi qui presentata costituisce uno stato di avanzamento rispetto alle precedenti analisi (Relazioni Parlamento dal 2009 al 2014). 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. Si può affermare che l"obiettivo di creare un network di unità operative in grado di rilevare nel tempo e, in modo non particolarmente oneroso, un monitoraggio degli esiti dei trattamenti è stato raggiunto. 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. Il sistema, tuttavia, presenta ancora margini di miglioramento, in particolar modo nell'ambito della qualità delle informazioni raccolte, processo quest'ultimo lungo e costante nel tempo. A tal fine di fondamentale importanza risulta il coinvolgimento degli operatori dei servizi non solo nell'ambito della raccolta delle informazioni, ma anche nella restituzione di questi importanti ed oggettivi risultati che contestualizzano l'attività degli operatori e soprattutto evidenziano la qualità e l'impegno quotidiano degli stessi che si traducono nei risultati molto positivi evidenziati nel tempo da questo studio multicentrico.

Bibliografia

Ministero della Sanità (2009) Linee Guida sulla riduzione del danno, Bollettino per le farmacodipendenze e l‟alcolismo, anno XXIII, n.3

Camposeragna A, De Facci R, (2009)"Servizi di bassa soglia Progetto di ricerca azione e implementazione di modelli innovativi su: tossicodipendenze,servizi di bassa soglia e accesso al sistema dei servizi" Report della ricerca svolta in collaborazione con la Provincia di Milano, su finanziamento del Ministero della solidarietà sociale

EMCDDA (2010) Harm reduction: evidence, impacts and challenges. Emcdda monograph, disponibile su: http://www.emcdda.europa.eu/publications/monographs/harm-reduction

Capitolo 2. Trattamenti in carcere

A cura del Ministero della Giustizia, del Dipartimento Politiche Antidroga ed Esperti individuali

2.1 Salute dei detenuti

La presa in carico della tossicodipendenza in carcere è stata la prima area di intervento sanitario trasferita alle Regioni. Infatti, fin dall‟inizio degli anni ‟90 il T.U. 309/90 aveva affidato ai servizi sanitari territoriali esterni – Sert - l‟assistenza e la cura dei soggetti tossicodipendenti in stato di detenzione.

Successivamente, la riforma della sanità penitenziaria ha previsto il transito della tossicodipendenza alle Regioni ancor prima del trasferimento di tutte le altre funzioni di sanità penitenziaria. Pertanto, a far data dal 1.1.2000, la tossicodipendenza è transitata funzionalmente al Servizio Sanitario Nazionale in applicazione dell‟art.8, c.1 del D.Lgs. 230/99.

Con l‟assegnazione dei fondi alle Regioni, avvenuta in data 31 luglio 2003, si è definitivamente concluso il trasferimento della tossicodipendenza dal Ministero della Giustizia al Servizio Sanitario Nazionale.

Il D.P.C.M. 1.4.2008

Le strategie adottate per contrastare il fenomeno della droga e delle patologie correlate negli istituti penitenziari hanno trovato nuovo impulso a seguito dell‟emanazione del Decreto della Presidenza del Consiglio dei Ministri del 1.4.2008, che ha definitivamente trasferito alle Regioni la competenza in materia di assistenza sanitaria alle persone detenute.

In particolare, con le "'Linee di indirizzo per gli interventi del Servizio sanitario nazionale a tutela della salute dei detenuti e degli internati negli istituti penitenziari e dei minorenni sottoposti a provvedimento penale" allegate al DPCM 1.4.2008, si individuano percorsi di prevenzione e cura e modelli organizzativi per la ristrutturazione dei servizi esistenti al fine di adeguare le prestazioni in ambito penitenziario ai livelli essenziali ed uniformi di assistenza adottati per la popolazione italiana.

In particolare, al punto 5 delle Linee di indirizzo "Prevenzione, cura e riabilitazione per le dipendenze patologiche" si ribadisce che "l'assistenza ai tossicodipendenti è assicurata dal Ser.T. interno agli istituti in collaborazione della USL del territorio e con la rete dei servizi sanitarie sociali impegnati nella lotta alla droga".

Il riordino della sanità penitenziaria ha comportato per il Dipartimento dell‟Amministrazione Penitenziaria l‟impegno a collaborare secondo il principio di leale collaborazione con le Regioni e le ASL per la tutela della salute delle persone provvisoriamente private della libertà personale.

Le azioni

Il Dipartimento dell‟Amministrazione Penitenziaria continua a contribuire, accanto ai SERT, all‟azione volta a contenere il fenomeno della tossicodipendenza perseguendo i seguenti obiettivi:

● favorire la presa in carico delle persone detenute da parte dei Ser.T attraverso interventi di coinvolgimento delle ASL;

● rafforzare l‟approccio multidisciplinare e pluriprofessionale alle problematiche presentate in carcere dalla persona detenuta tossicodipendente;

●realizzare legami più stretti tra carcere e territorio per favorire il reinserimento nel tessuto produttivo locale del detenuto tossicodipendente e prevenire così il reiterarsi di comportamenti antisociali dipendenti dall‟assenza di opportunità;

● aumentare le occasioni di informazioni sull‟argomento tossicodipendenza sia per la popolazione detenuta che per il personale penitenziario;

● incrementare le iniziative formative direttamente e in collaborazione con Università, Enti e Associazioni;

●dare ampia diffusione alle buone prassi in tema di prevenzione e di cura delle patologie correlate alla tossicodipendenza;

●sviluppare azioni sinergiche di contrasto al fenomeno delle dipendenze patologiche con altri Dicasteri, Regioni Stati Esteri e agenzie internazionali;

●implementare il sistema di raccolta dati informatico sul fenomeno della tossicodipendenza in carcere nella sua molteplicità di forme e di sviluppo.

Nell‟ottica degli interventi operativi a favore della salute delle persone tossicodipendenti all‟interno degli Istituti Penitenziari, l‟Amministrazione agisce da partnership del Servizio Sanitario Nazionale, ponendosi come protagonista nello scenario delle istituzioni impegnate nella lotta alla droga. Non può non ricordarsi che dal 2003 al 2007 è stato realizzato il progetto "DAP Prima" in alcune realtà metropolitane (Milano, Roma, Catania e Reggio Calabria), che agevolava, nell‟immediatezza dell‟arresto in flagranza, le procedure di affidamento in prova al servizio sociale ovvero alle strutture private autorizzate ai sensi dell‟art. 116 del medesimo D.P.R.. In particolare, era stata prevista la presenza di operatori del SER.T presso i Tribunali, così che nell‟immediatezza dell‟arresto potessero verificare i presupposti concreti per consentire al giudice della convalida dell‟arresto l‟immediata applicazione" dei benefici.

Altro progetto a cui attualmente partecipa l‟Amministrazione come partner è il Progetto " La salute non conosce confini". Approvato dai Dicasteri della Giustizia e della Sanità, il lavoro è stato sviluppato congiuntamente alla Società Italiana di Malattie Infettive e Tropicali (SIMIT), la Società Italiana di Medicina e Sanità Penitenziaria, il Network Persone Sieropositive (NPS) che ha svolto tra il 2011 e il 2012 campagne di informazione sulla prevenzione delle patologie trasmissibili in 19 Istituti penitenziari. Il progetto ha consentito di acquisire dati aggiornati sull‟impatto delle malattie virali croniche e della tubercolosi nella popolazione detenuta in generale e sulla componente tossicodipendente in particolare. Allo stato, è in corso la terza edizione di tale iniziativa.

Il tavolo di consultazione permanente

In data 22 gennaio 2015 è stato approvato dalla Conferenza Unificata un Accordo volto a proporre alle Regioni modelli di riferimento per l‟organizzazione della rete sanitaria nazionale e regionale per l‟assistenza sanitaria delle persone detenute.

Gli aspetti più generali dell‟assistenza (nuovo ingresso-presa in carico, protocolli operativi tra presidi medici e Ser.T. e D.S.M., attività specialistica, ricoveri ospedalieri, gestione emergenza-urgenza) sono affrontati secondo metodologie operative standard e condivise ai vari livelli. Nel documento è raccomandata l‟attenzione ai detenuti tossicodipendenti

In particolare, è previsto l‟impegno delle Regioni e delle Aziende Sanitarie, attraverso una specifica programmazione, realizzata con il contributo dei Provveditorati Regionali dell‟Amministrazione penitenziaria, a garantire ai detenuti tossicodipendenti e alcol dipendenti che necessitano di un regime particolarmente assistito, cure adeguate in ambito detentivo, anche attraverso l‟attivazione di sezioni dedicate:

Sezioni per detenuti tossicodipendenti (art. 96 commi 3 e 4 d.P.R. 309/90):

Custodie attenuate: sono destinate alla permanenza di persone con diagnosi medica di alcol-tossicodipendenza in fase di divezzamento avanzato dall‟uso di sostanze stupefacenti e possono occupare un intero istituto ("I.C.A.T.T.": Istituto a Custodia Attenuata per il Trattamento dei Tossicodipendenti) o una o più sezioni ("Se.A.T.T.": Sezioni Attenuate per il Trattamento dei Tossicodipendenti) all‟interno di istituti penitenziari di grandi dimensioni. L‟istituto o la sezione di custodia attenuata, avvalendosi anche del personale del Ser.T. territoriale e, se necessario, del D.S.M., svolge attività di prevenzione, riduzione del danno, attualizzazione diagnostica, trattamento riabilitativo e reinserimento sociale delle persone alcol-tossicodipendenti che aderiscono volontariamente al programma. E‟ auspicabile la presenza di un Istituto interamente dedicato almeno per ogni regione. L‟intervento specialistico dei Ser.T. dovrà essere tale da fornire i richiesti interventi coordinati nell‟ambito di uno specifico regolamento di Presidio Medico multiprofessionale integrato con unità dedicate e specializzate, dotato di precisi criteri di accesso, esclusione, permanenza e che favorisca anche l‟avviamento alle misure alternative. La medicina di base, la medicina specialistica, la guardia medica ed il coordinamento tecnico-funzionale degli interventi sono garantiti dal Presidio sanitario dell‟istituto. Per la diagnosi, cura e riabilitazione degli stati di tossicodipendenza si applicano il D.M. n. 444/90, la L. 45/99 ed il D.P.R. 309/90 e sue modifiche ed integrazioni.

Unità a Custodia Attenuata per il trattamento della Sindrome Astinenziale ("C.A.S.A."): è rappresentato da aree di osservazione clinica in istituto dedicate alla gestione della sindrome astinenziale in entrata al carcere. Tali aree sono di dimensioni proporzionali al turnover di detenuti alcol-tossicodipendenti ed anch‟esse devono risentire di una gestione simile alla tipologia precedente ed anche in questo caso l‟intervento specialistico dei Ser.T. dovrà essere tale da fornire i richiesti interventi coordinati nell‟ambito di uno specifico regolamento di Presidio Medico multiprofessionale integrato con unità dedicate e specializzate. Le "C.A.S.A." sono dotate di un numero di stanze di detenzione dedicate, ma incrementabili, qualora le esigenze lo richiedano.

Popolazione detenuta

La popolazione detenuta ha subito nell‟ultimo decennio un aumento considerevole (28% dal 2000 fino al 2010) con conseguente peggioramento del sovraffollamento, in quanto la disponibilità di posti non è aumentata nella stessa misura. Grazie ai dati desunti dal Sistema informativo Siap/Afis è stato possibile monitorare l‟andamento del numero di detenuti e valutare gli effetti dei provvedimenti approvati allo scopo di contenere il fenomeno del sovraffollamento. Tali dati hanno mostrato che dal 2011 le misure adottate hanno contribuito a far diminuire la popolazione detenuta, riportando il rapporto con i posti regolamentari nella norma (108 detenuti ogni 100 posti regolamentari al 31 dicembre 2014).

I provvedimenti per la riduzione del sovraffollamento sono stati accompagnati nel 2014 dalle modifiche relative al DPR n. 309/90, riguardanti in particolare l'articolo 73. Con la sentenza n. 32/2014 della Corte costituzionale, che ha comportato l'illegittimità costituzionale delle modifiche alla normativa sugli stupefacenti introdotte nel 2006, sono state riportate in vigore le norme previgenti del DPR n. 309/90, con la distinzione delle sostanze stupefacenti in droghe pesanti e droghe leggere e la diversificazione delle pene previste dall'articolo 73. Nell'ipotesi della lieve entità del fatto le pene sono state ulteriormente ridimensionate. I detenuti condannati ai sensi dell'articolo 73 del DPR n. 309/90 hanno potuto beneficiare, nel caso di droghe leggere, della rideterminazione della pena e della scarcerazione se imputati.

Pur non essendo propriamente un provvedimento "svuotacarcere", la sentenza della Corte costituzionale ha avuto un impatto sulla popolazione detenuta: alla fine dell'anno 2014 la percentuale di detenuti presenti con ascritto il reato di cui all'articolo 73 è arrivata al 34%, il valore più basso riscontrato dal 2000.

2.1.1 Sovraffollamento carcerario

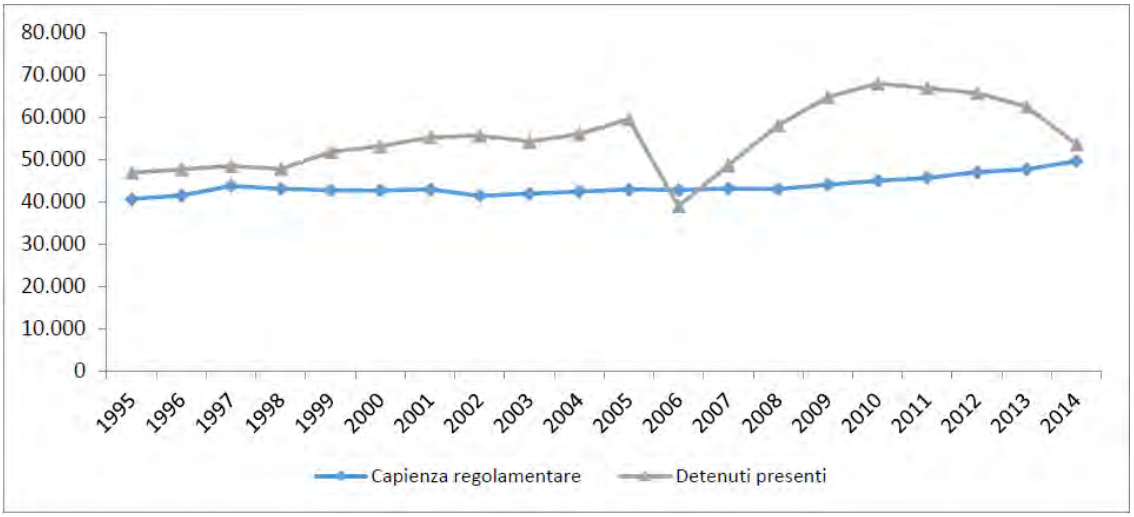
Nella Figura 5757 vengono riportati i dati sui detenuti presenti alla fine di ciascun anno e sugli ingressi dalla libertà nel periodo. Dall'esame dei dati risultano evidenti gli effetti del provvedimento di indulto, approvato nel 2006 a causa dell'accrescimento del tasso di sovraffollamento (pari a 139 detenuti ogni 100 posti regolamentari al 31 dicembre 2005).

Figura 57: Prospetto dei detenuti presenti a fine anno ed entrati dalla libertà distinti per posizione giuridica. Anni 2000-2014

ANNI	Detenuti presenti a fine anno				Entrati dalla libertà nel corso dell'anno			
	A disposizione dell'autorità	Condannati	Sottoposti a misure di sicurezza	Totale	A disposizione dell'autorità	Condannati	Sottoposti a misure di sicurezza	Totale
2000	24.295	27.414	1.456	53.165	73.607	7.668	122	81.397
2001	23.302	30.658	1.315	55.275	67.238	11.100	311	78.649
2002	21.682	32.854	1.134	55.670	71.635	9.210	340	81.185
2003	20.225	32.865	1.147	54.237	71.532	9.902	356	81.790
2004	20.036	35.033	999	56.068	70.728	11.272	275	82.275
2005	21.662	36.676	1.185	59.523	75.615	13.983	289	89.887
2006	22.145	15.468	1.392	39.005	79.047	11.367	300	90.714
2007	28.188	19.029	1.476	48.693	86.063	3.975	403	90.441
2008	29.901	26.587	1.639	58.127	85.784	6.479	537	92.800
2009	29.809	33.145	1.837	64.791	79.283	8.281	502	88.066
2010	28.782	37.432	1.747	67.961	74.609	9.612	420	84.641
2011	27.325	38.023	1.549	66.897	68.006	8.580	396	76.982
2012	25.777	38.656	1.268	65.701	53.828	8.832	360	63.020
2013	22.877	38.471	1.188	62.536	50.519	8.481	390	59.390
2014	18.518	34.033	1.072	53.623	42.099	7.687	431	50.217

Il grafico seguente (Figura 5858) mostra come il calo del numero di detenuti avvenuto nel 2006 abbia riportato il tasso di sovraffollamento al di sotto del valore 100, ma successivamente la popolazione detenuta è di nuovo aumentata, e il tasso ha raggiunto nel 2010 il valore di 151 detenuti ogni 100 posti regolamentari.

Figura 58: Capienza istituti e detenuti presenti a fine anno - Anni 1995-2014.



Dal 2010 sono stati approvati diversi provvedimenti cosiddetti "svuotacarcere" e alla fine del 2014 il numero di detenuti presenti è diminuito del 21% rispetto al valore assunto in tale anno. Le misure hanno riguardato il contenimento delle detenzioni brevi, l'introduzione dell'esecuzione della pena presso il domicilio e della liberazione anticipata speciale, la possibilità di ottenere un risarcimento per condizioni di detenzione degradanti e modiche alla procedura di applicazione della custodia cautelare in carcere.

Inoltre è in atto un processo di trasformazione degli Ospedali psichiatrici giudiziari (strutture giudiziarie) in Residenze per l'esecuzione delle misure di sicurezza (strutture sanitarie), che ha determinato un calo del 39% nel numero di sottoposti a misure di sicurezza dal 2010 al 2014.

I detenuti stranieri, attualmente pari al 33% della popolazione detenuta, sono diminuiti del 30% dal 2010 al 2014, a causa delle modifiche della normativa sulle espulsioni e delle politiche attuate di concerto con gli altri Paesi europei ed extraeuropei per l'esecuzione della pena nel paese di origine.

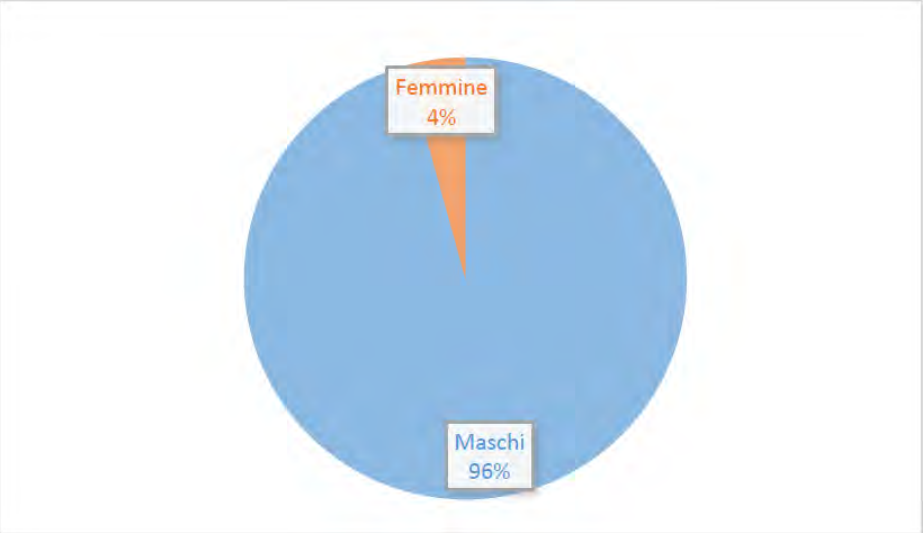
2.1.2 Composizione della popolazione detenuta

Il 63% dei detenuti presenti negli Istituti penitenziari italiani ha subito una condanna definitiva, mentre i condannati in primo e secondo grado rappresentano il 17% del totale dei detenuti e i soggetti in attesa di primo giudizio il 18%; i sottoposti a misura di sicurezza costituiscono solo il 2%. Al 31 dicembre 2014 il 22% dei condannati presenti negli Istituti penitenziari deve scontare complessivamente una pena inferiore a tre anni, il 21% da tre a cinque anni, il 29% da cinque a dieci anni; solo il 28% ha una pena superiore a dieci anni. La pena residua è nel 23% dei casi inferiore ad un anno, nel 50% tra due e cinque anni, nel 27% superiore a cinque anni.

L'età mediana della popolazione detenuta è compresa nella classe da 35 a 39 anni: per gli stranieri si

colloca nella fascia da 30 a 34 anni, mentre per gli italiani è compresa tra 40 e 44 anni. La popolazione detenuta al 31 dicembre 2014 è per lo più composta da uomini (96%) e le donne costituiscono solo il 4% (Figura **59**59).

Figura 59: Detenuti presenti al 31/12/2014, distinti per sesso.



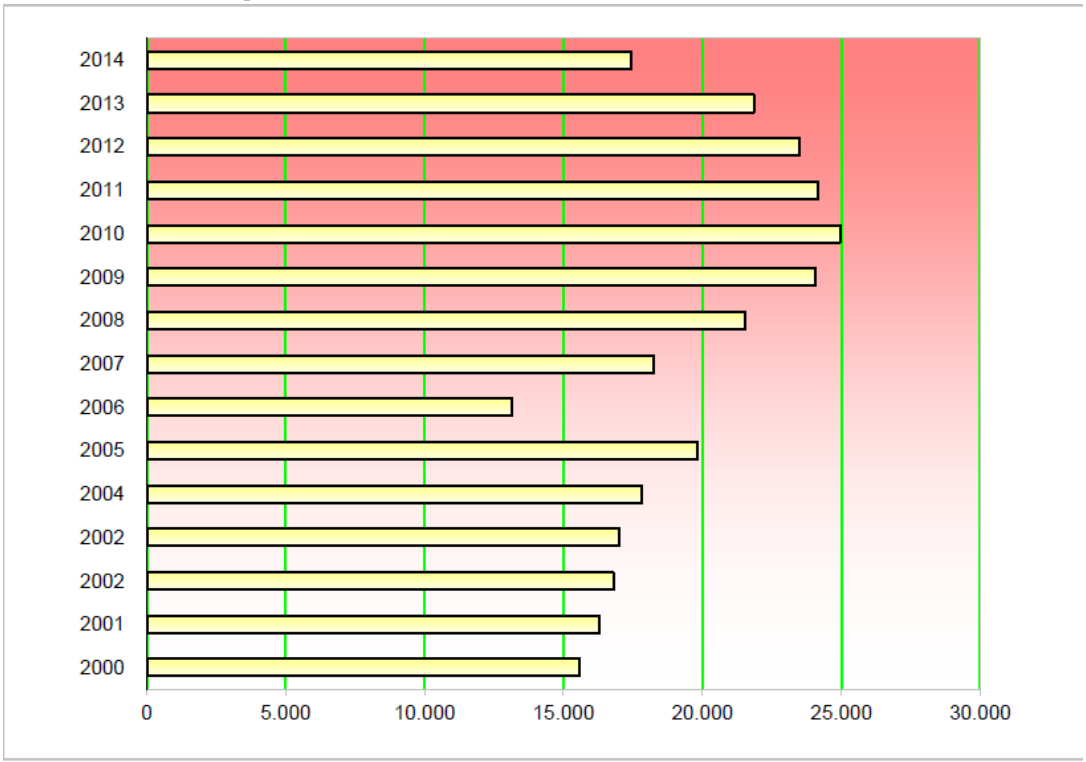
2.1.3 I detenuti stranieri

Il 33% dei detenuti presenti al 31 dicembre 2014 è di nazionalità straniera: si tratta di detenuti provenienti dai Paesi del Nord Africa e dell'Europa dell'Est. Provengono dall'Africa il 45% dei detenuti stranieri, dall'Europa il 42%. I principali Paesi per numero di detenuti presenti sono il Marocco, la Romania, l'Albania e la Tunisia, ai quali corrisponde complessivamente il 58% del totale.

I detenuti stranieri fin dai primi anni del 2000 sono in costante aumento, ad eccezione del periodo post indulto (Figura **60**60): si registra una diminuzione a partire dal 2011, ma solo nel 2014 risulta più marcata (con un calo del 20% rispetto all'anno precedente). Gli ingressi dalla libertà di detenuti stranieri hanno subito nell'arco di pochi anni una riduzione del 48%, passando dal massimo valore della serie (43.860), osservato nel 2007, al valore relativo al 2014 (22.747). Nel 2014 gli ingressi di detenuti stranieri sono diminuiti del 12% rispetto all'anno precedente.

L'aumento dei detenuti stranieri negli anni successivi al 2000 potrebbe essere imputato in parte alla introduzione delle norme sulla violazione dell'ordine di espulsione (in particolare l'articolo 14 del TU n. 286/98, introdotto dalla Legge n. 189 del 2002) per la quale era prevista la reclusione. L'articolo citato è stato modificato nel 2011, sostituendo la reclusione con la multa.

Figura 60: Detenuti stranieri presenti a fine anno – Anni 2000 - 2014



2.1.4 Il fenomeno della tossicodipendenza in carcere

Per rilevare i dati sulla salute dei detenuti è necessario innanzitutto stabilire di chi sia la titolarità dell"indagine. Occorre trovare un equilibrio tra le esigenze di tutela della salute e della riservatezza delle informazioni ad essa relative e le disposizioni sulla esecuzione della pena. Inoltre nessuno dei due ambiti relativi alla salute dei detenuti può prescindere da informazioni derivanti dall"altro: ad esempio è limitativo rilevare esclusivamente dati sanitari, senza acquisire informazioni di tipo giuridico.

Il problema della titolarità dell"indagine sul fenomeno della tossicodipendenza è sorto successivamente al passaggio della sanità penitenziaria al Sistema sanitario regionale e non è stato ancora risolto. Attualmente, in attesa dell"adeguamento previsto dalla normativa e dalla Conferenza Stato-Regioni, la rilevazione dei dati in forma aggregata presso i singoli Istituti penitenziari continua ad essere condotta dal Dap. E" previsto che venga sostituita dal monitoraggio dei detenuti con problemi droga-correlati di pertinenza del Sis, Sistema informativo sanitario, indagine non ancora a regime.

La rilevazione del Dap è stata istituita allo scopo di monitorare gli effetti del DPR n. 309/90, ed ha subito una profonda trasformazione dopo il 2008 (anno in cui è avvenuto il transito della sanità penitenziaria). Fino al 2008 venivano rilevate, oltre al numero di tossicodipendenti, informazioni sulle sostanze assunte, sull"eventuale trattamento metadonico, sull"infezione da HIV, sugli screening e le misure adottate, sull"alcooldipendenza. Successivamente, in previsione di una sostituzione con il monitoraggio dei detenuti con problemi droga-correlati, la richiesta di informazioni è stata ridimensionata, limitando l"indagine al numero di detenuti tossicodipendenti, distinti per sesso e nazionalità (presenza a fine periodo e nuovi giunti nel periodo). In questo modo, pur non rilevando dati di tipo strettamente sanitario, è stato possibile per l"Amministrazione penitenziaria, incaricata

della custodia e del trattamento dei detenuti, conoscere l‟ammontare del fenomeno, per lo svolgimento dei propri compiti istituzionali.

In origine la rilevazione curata dal Dap consentiva di stabilire la relazione esistente tra stato di tossicodipendenza e violazione della normativa sugli stupefacenti. Con il transito della sanità penitenziaria al Sistema sanitario regionale di fatto non è stato più possibile analizzare il fenomeno nella sua interezza. Basterebbe in realtà acquisire nel Sistema informatico Siap-Afis lo stato di tossicodipendenza: in tal modo si potrebbero estrarre, per ogni singolo detenuto con problemi droga-correlati, le informazioni demografiche, giudiziarie e trattamentali che il sistema contiene. Prima del 2008 ci sono state numerose iniziative del Dap per la gestione informatica dei dati sanitari, che prevedevano la compilazione di cartelle cliniche informatizzate e di schede tossicologiche, con informazioni molto dettagliate sul singolo individuo. Successivamente tali progetti sono stati abbandonati, essendo la competenza sui dati sanitari in ambito penitenziario di fatto transitata al SSR. La percentuale di detenuti tossicodipendenti presenti in carcere è pari al 22% (al 31 dicembre 2014):

per la precisione si tratta dei detenuti con problemi droga-correlati, da non confondere con i detenuti con una diagnosi di dipendenza, il cui ammontare risulta inferiore. Gli ingressi di tossicodipendenti rappresentano il 23% del totale degli ingressi nell‟anno 2014. Il numero di detenuti con problemi droga-correlati presenti è attualmente pari a 13.205, mentre gli ingressi nell‟anno sono pari a 13.810. Il numero di tossicodipendenti presenti è in calo dall‟anno 2010, rispetto al quale è diminuito del 19%; ancora più cospicua risulta la diminuzione, per gli stessi anni considerati, del numero di entrati dalla libertà tossicodipendenti (-42%). In Appendice vengono riportati i risultati dell‟ultima indagine svolta, relativa al secondo semestre 2014. La rilevazione presenta una buona copertura, in quanto solo due Istituti penitenziari, rispetto ai 202 complessivi, non ha partecipato all‟indagine.

2.1.5 Effetti delle nuove norme sugli stupefacenti sul numero dei detenuti

Nella Figura 61 viene riportato l‟andamento dei detenuti presenti con ascritti reati di cui agli articoli 73 e 74 del DPR n. 309/90, rispettivamente produzione, spaccio e detenzione illeciti di sostanze stupefacenti e associazione finalizzata al traffico illecito di sostanze stupefacenti. Dalla serie riportata si evince che il totale dei detenuti con ascritti i reati suddetti, comprensivo anche dei casi di contestazione contemporanea delle due fattispecie, risulta in aumento a partire dall‟anno iniziale (il 2006) fino al 2010, per poi diminuire fino a raggiungere l‟attuale quota (18.844). Nel 2014 si assiste al calo più evidente: il numero complessivo di detenuti con ascritti i reati di cui agli articoli 73 e 74 risulta inferiore del 22% rispetto al valore relativo all‟anno precedente: per quanto riguarda

invece i soli condannati definitivi la diminuzione è di poco inferiore, pari al 19%. In aumento, a partire dall‟anno 2008 risulta invece la quota di condannati sul totale, attualmente pari al 68%.

Figura 61: Prospetto dei detenuti presenti al 31/12/2014 con reati di cui agli articoli 73 e 74 del DPR 309/90. Anni 2006-2014

DATA DI RIFERIMENTO	Articoli violati del DPR 309/90						TOTALE	DI CUI condannati
	73		74		73 e 74			
	totale	di cui condannati	totale	di cui condannati	totale	di cui condannati		
31/12/2006	10.312	3.519	536	284	4.285	2.168	15.133	5.971
31/12/2007	14.117	4.618	537	274	4.101	2.183	18.755	7.075
31/12/2008	18.197	7.590	588	290	4.529	2.532	23.314	10.412
31/12/2009	20.948	10.552	697	309	5.103	2.827	26.748	13.688
31/12/2010	21.633	12.370	739	350	5.661	3.184	28.033	15.904
31/12/2011	21.094	12.642	742	393	5.465	3.240	27.301	16.275
31/12/2012	19.893	12.452	761	415	5.375	3.374	26.029	16.241
31/12/2013	17.953	11.838	810	463	5.393	3.573	24.156	15.874
31/12/2014	12.717	8.840	849	472	5.278	3.488	18.844	12.800

Tale diminuzione è conseguenza della pubblicazione in Gazzetta Ufficiale della sentenza della Corte costituzionale n. 32/2014, che ha ripristinato per l‟articolo 73 la normativa vigente prima delle modifiche apportate nel 2006. E‟ tornata in vigore la distinzione tra droghe leggere e pesanti, con un diverso trattamento sanzionatorio, più mite per le prime (da 2 a 6 anni) e più pesante per le seconde (da 6 a 20 anni) mentre la versione dichiarata incostituzionale prevedeva una pena da 8 a 20 anni per entrambe. Analizzando i soli detenuti con ascritto tale articolo la diminuzione nel 2014 risulta pari al 29% e per i definitivi pari al 25%. Nel caso dell‟articolo 73 la quota dei condannati risulta costantemente inferiore rispetto alla quota calcolata per i detenuti con ascritti l‟articolo 73 e/o 74 fino al 2009, ma successivamente diventa superiore.

Il numero di detenuti con ascritto l‟articolo 74 del DPR 309/90 è in costante crescita, sia per quanto riguarda il totale che i soli condannati: tuttavia tale ammontare rappresenta solo il 5% dei detenuti presenti complessivamente per le violazioni della normativa sugli stupefacenti. Il 67% dei detenuti ristretti per reati di cui al DPR 309/90 ha violato l‟articolo 73, mentre il 28% ha violato sia l‟articolo 73 che il 74.

Sono stranieri il 37% dei detenuti presenti con ascritto l‟articolo 73, quota superiore di circa 4 punti percentuali rispetto alla corrispondente calcolata sul totale della popolazione detenuta (33%). Si osservano percentuali di stranieri molto più elevate (anche prossime al 50%) negli anni precedenti.

Il numero di entrati per articolo 73, pari a 13.972 nell‟anno 2014, risulta diminuito dal 2010 al 2014 del 46%. In appendice viene riportata la serie storica dal 1992 dei detenuti presenti tossicodipendenti e ristretti per articolo 73; inoltre viene riportata la serie dei nuovi giunti in carcere dal 2005 (tossicodipendenti ed entrati per articolo 73).

2.1.6 La presa in carico clinica della persona detenuta

Il carcere viene usualmente definito come una comunità confinata attribuendo a questa denominazione quella di "ambiente chiaramente delimitato nella sua caratteristica topografica e funzionale e caratterizzato dalla presenza pressoché costante di un certo numero di persone che vivono il loro tempo a stretto contatto. Altri esempi sono i conventi, gli ospedali, le caserme, i collegi, ecc. Per tali motivi, sopratutto quando esistono delle forti regole di gestione del quotidiano che possono limitare le libertà personali dell'individuo, si crea una dinamica del tutto peculiare che condiziona fortemente anche i suoi sottosistemi organizzativi. Tali condizioni costringono ad

implementare sistemi organizzativi peculiari che possono essere anche molto diversi da quelli che si realizzano in altri contesti o sul territorio. La corposa normativa in tema di carcere e di sanità penitenziaria ha recentemente posto l'accento sulla necessità di organizzare i servizi sanitari tenendo in debito conto la specifica complessità ambientale. Questi modelli organizzativi risultano di entità superiore ai propri singoli componenti e la loro valutazione prevede un numero maggiore di parametri per descriverla *(S. Libianchi, et al.: "The penitential structure in Italy" In: R. Muscat and members of the Pompidou group treatment platform: "Treatment within the criminal system. Notes on regulations Treatment system overview". Council of Europe Ed. April 2009*). Tali parametri sono spesso diversi da quelli utilizzati nella sanità del territorio e realizzano - qualora ben utilizzati - la condizione di esigibilità delle prestazioni sanitarie che è l'elemento fondante e valoriale nel processo di aiuto.

Una adeguata considerazione della complessità e della peculiarità del sistema sanitario in carcere può evitare il crearsi di quelle condizioni favorenti la disomogeneità dei percorsi clinici, la mancata integrazione delle cure ei diversi curanti che possono favorire l'errore clinico (risk management). Come ben previsto nell'Accordo del 22 gennaio 2015 sopra citato, i modelli operativi in carcere prevedono l'individuazione delle strutture a cui attribuire la responsabilità clinica ed organizzativa dei diversi momenti clinici. Questa è stata individuata nelle Unità Operative di Medicina Penitenziaria di ogni singolo istituto con l'indicazione di un 'case manager' (CM) incaricato di coordinare i diversi interventi sanitari in corso di detenzione e di codificare una efficace presa in carico. Questa modalità di governance clinico-organizzativa garantisce che il processo assistenziale soddisfi un bisogno di salute complesso. D'altra parte è doveroso pensare alla persona tossicodipendente, usualmente portatore di molti stati patologici, non quale somma di patologie o mera fonte di dati da assemblare, piuttosto quale persona a favore della quale è necessario 'governare' gli interventi necessari, specie se di più branche specialistiche. In tal senso appare irrinunciabile una impostazione 'olistica' della medicina penitenziaria, laddove le proprietà di un sistema complesso (il paziente) non sono determinate dalla mera somma delle sue componenti (stati patologici), bensì è lo stesso sistema complesso che determina il comportamento delle singole parti ("...l'intero è maggiore della somma delle sue parti..."; Aristotele, Metafisica). Nella rappresentazione riduzionistica prevale invece lo studio del 'sistema-uomo' scomposto in parti (le diverse malattie, i diversi servizi sanitari che operano in carcere indipendentemente uno dall'altro e senza una governance clinica unitaria). Il CM in carcere è attore di quel processo di collaborazione che accerta, pianifica, effettua, coordina, monitora, controlla e valuta le opzioni ed i servizi richiesti per soddisfare i bisogni di salute e di cura dei detenuti a lui affidati, favorendo la compliance, mediando i necessari interventi degli altri Servizi di cura aziendali ed ospedalieri. Il CM è un membro dell"équipe di cura adeguatamente preparato ed il suo successo deriva dalla capacità di integrazione nella rete dei Servizi, dall'utilizzazione di strumenti di programmazione e dallo scambio di informazioni sul paziente che riesce ad assumere (*Case Management Society of America Annual report 2014*).

La funzione di CM appare ideale per affrontare la clinica del tossicodipendente in carcere, assicurando all'utente un sostegno professionale multisettoriale con una valutazione complessiva e quotidiana (medicina di base, medicina delle urgenze, altre specialità, rapporti con l'equipe trattamentale, ecc.) del caso oltre che dei singoli problemi. Il principale beneficio atteso è rappresentato da una maggiore possibilità di modificare tempestivamente il progetto in base all'evoluzione delle azioni, anche concordate con la persona detenuta *(Paladino M., et al.: "Case management nella realtà socio-sanitaria italiana, Ed. Franco Angeli, 2000*). Il CM, che può essere anche il responsabile dell'Unità Operativa di medicina penitenziaria, assume la responsabilità clinica dell'intero percorso di presa in carico che non sarebbe possibile se questa fosse diffusa tra più servizi esterni al carcere.

Questi concetti sono ben espressi nel citato accordo del 22 gennaio 2015, anche laddove viene sancita la necessità di una rete nazionale di presa in carico della persona detenuta, con modelli e procedure omogenee, intraregionali ed interregionali. Quindi i progetti terapeutici che seguono ad ogni singola presa in carico dovranno prevedere una valutazione multidimensionale ed una loro configurazione altamente personalizzata e finalizzata a tutelare la dignità della intera persona.

Sebbene sia ancora ampia la discussione sul valore ed il significato del lessema complesso "presa in carico", con tale locuzione si designa l'insieme e l'iter delle azioni diagnostiche e terapeutiche ritenute necessarie al singolo soggetto nel suo complesso, talora anche con riferimento al nucleo familiare. La presa in carico deve garantire l'avvio di un processo individuale di valutazione dei bisogni e permette al cittadino detenuto di individuare, anche formalmente, un soggetto organizzato (l‟équipe, il servizio) ed un soggetto relazionale (il medico tutor, l‟infermiere di processo, l'assistente sociale di collegamento con il territorio e la rete dei servizi esterni, ecc.) quali garanti dei percorsi e della condivisione delle scelte di cura. Tale garanzia deve essere estesa specie quando la persona detenuta deve essere assistita da diverse Unità Operative o quando c'è un'ospedalizzazione od è prevista una permanenza in una comunità terapeutica esterna, presso una 'casa-famiglia', un 'gruppo- appartamento' od altre strutture simili. Infatti, di fronte a tali realtà caratterizzate da molteplicità di servizi specializzati, difficoltà di coordinamento tra i diversi servizi, si può determinare disorientamento per scarsità di informazioni od incongruenza di informazioni. A tale proposito, appare incongruo e potenzialmente dannoso svincolare gli interventi specialistici del DSM, del Ser.T. ,del servizio disabili adulti o degli altri servizi aziendali, da un coordinamento generale, anche se è prevedibile il riscontro di una certa resistenza al cambiamento da parte delle organizzazioni sanitarie.

La continuità assistenziale

In sanità, una efficace presa in carico assicura la continuità assistenziale. In carcere, fino al DPCM dell‟1 aprile 2008, ci si è trovati di fronte ad una particolare presa in carico 'intra moenia' che prevedeva che ogni competenza assistenziale terminasse al momento stesso dell'uscita dal carcere, per qualsiasi motivo (fine pena, misure alternative, ecc.). La reimmissione nel tessuto sociale ed urbano del detenuto consumatore di sostanze stupefacenti non veniva considerata quale fattore determinante per la sopravvivenza stessa della persona. Negli ultimi decenni, molte ricerche scientifiche hanno invece dimostrato che un rilevante numero di *overdoses* fatali avvenivano proprio all'uscita di strutture confinate, quali le carceri e le comunità terapeutiche. Anche la recidiva delle azioni criminali era considerevolmente ridotta grazie a programmi di trattamento in carcere a condizione che questi fossero seguiti da un 'accompagnamento' sul territorio, verso i servizi sanitari per le dipendenze o di psichiatria. Continuità assistenziale e terapeutica devono essere garantite anche in occasione dei non rari trasferimenti da un istituto penitenziario all'altro per motivi di diverso ordine (giustizia, avvicinamento famigliare, ecc.)

Anche l'Organizzazione Mondiale della Sanità si è espressa in tal senso osservando come la continuità delle cure rappresenti uno degli indicatori più sensibili di funzionamento di un Servizio Sanitario, perché coniuga il concetto di responsabilità di presa in carico ai diversi livelli interni al carcere e della rete territoriale. La comunità terapeutica rappresenta un elemento critico dell‟assistenza e delle complessità organizzative che si incontrano nei piani terapeutici delle persone dedite al consumo delle sostanze stupefacenti che devono essere curati per un lungo periodo *(World Health Organization-Regional Office for Europe, Continuity of care in changing Health Care Systems, Report on a WHO Working Group, Cittadella-Italy 11-14 december 1991.* EUR/HFA target 28- British Columbia - Ministry of Health; "Primary and community care in BC: a strategic policy framework cross sector policy discussion paper 2015"; Pankow J., et al.:

"Optimizing continuity-of-care opportunities to reduce health risks: shared qualitative perspectives from CJDATS 2 research", Addiction Science & Clinical Practice 2015, 10 (Suppl 1):A46.).

I percorsi intrapenitenziari

L'arresto di una persona che consuma sostanze stupefacenti è un evento molto frequente e può riguardare qualsiasi soggetto indipendentemente dall'età, dallo stato sociale o dal sesso. Tra l'arresto effettuato dalle forze di Polizia e l'entrata concreta in carcere possono passare anche molte ore con evidenti conseguenze sullo stato di astinenza. Dopo l‟entrata in carcere, il primo intervento viene attuato dai medici di guardia medica di servizio in carcere, in attesa che in tempi successivi sia attivata la procedura di somministrazione di farmaci sostitutivi usualmente da parte del locale Servizio per le Dipendenze, secondo modalità e procedure che subiscono variazioni locali anche rilevanti. Pur se mancano dati completi, in alcuni istituti risultano allestite stanze di detenzione in numero e capienza variabili, dedicate al trattamento della sindrome da astinenza (fase I o fase acuta). In questa fase dove si provvede all'intake del paziente e ad una prima valutazione clinica e programmatica. La successiva fase II o postacuta è quella che segue i sintomi astinenziali ed ha una durata variabile (30-60gg) in cui il paziente è ancora molto fragile, specie se alla prima carcerazione e deve essere protetto da eventuali intenti autolesionistici, purtroppo frequenti. La fase III, o fase di stato, è caratterizzata da una certa instabilità emotiva e di adattamento all'ambiente e usualmente si mantiene fino all'uscita alla struttura. In questa fase si dovrebbe concludere il percorso diagnostico con la produzione - laddove possibile - di una certificazione medico-legale di alcol/tossicodipendenza utile ai fini dell'applicazione delle misure alternative (fase IV o terapeutica avanzata). In ogni caso la durata della condanna da espiare in concreto si associa ad un obbligo trattamentale (penitenziario) e terapeutico-clinico nei riguardi dei programmi da svolgere durante questo tempo. In passato, purtroppo, si è constatato il frequente atteggiamento attendista da parte del paziente, ma anche del personale sanitario che di fronte ad una pena molto lunga spostavano attenzioni e risorse verso altri pazienti che sarebbero usciti in tempi più brevi. Non sarà mai abbastanza utile ribadire che il tempo trascorso in carcere non dovrebbe essere considerato un tempo di attesa, bensì un tempo prezioso da utilizzare per ricostruire percorsi, abilità, sobrietà, nella cornice di un piano terapeutico a lungo termine.

Dal punto di vista cronologico ed organizzativo, dopo l‟entrata in carcere si possono distinguere diverse fasi:

1. Identificazione e contatto con la persona. Case Manager
2. Analisi della domanda e delle risorse
3. Definizione degli obiettivi e predisposizione del progetto preliminare
4. Implementazione del piano individualizzato di sostegno
5. Collegamento coordinato fra i servizi coinvolti
6. Controllo e monitoraggio delle prestazioni
7. Rapporti operativi con il Tribunale di Sorveglianza e con la direzione penitenziaria, stabili e strutturati.

Carcere, tossicodipendenza ed impatto sociale

La definizione di "impatto sociale" non è agevole in quanto risulta essere un concetto ancora in evoluzione, sebbene ci sia un sufficiente accordo per definirlo quale "l'effetto positivo e negativo, primario e secondario, sviluppato da un intervento nella comunità diretto o indiretto, volontariamente od involontariamente, in termini di conoscenza, abilità, condizioni di vita,

benessere o valori sociali". I risultati prodotti devono essere resi in termini misurabili (Social Impact Assessment). L'impatto può essere economico, ambientale, socio-sanitario. Si crea, 'valore sociale' (Social Return of Impact) quando le risorse, gli imputs o le policies, sono ricomposte per creare miglioramenti nelle vite degli individui e delle comunità. Quindi le variabili di impatto sociale sono: il cambiamento della vita delle persone e la relazione tra l'intervento ed il cambiamento raggiunto (G. Fiorentini, F. Calò: "Impresa sociale e innovazione sociale"; F. Angeli ed., 2013). Naturalmente per le persone dedite all‟uso di stupefacenti l‟evento più importante risiede nella sospensione dal loro consumo.

Un interessante strumento finanziario creato sul mercato della Borsa Sociale utilizzabile nel settore penitenziario è rappresentato dai 'Social Impact Bond' conosciuti anche come 'Pay for Success Bond' (titoli di debito) dove si prevede che l'Amministrazione Pubblica accrediterà al progetto una parte dei rendimenti collegati al risparmio della spesa sociale ricavati dalla progettazione/attività espressa in uno specifico contesto sociale.

Per ciò che attiene al settore della giustizia, nel 2010, il ministro della giustizia del governo britannico, Jack Straw ha annunciato l'emissione di un Social Impact Bond (SIB) della durata di sei anni che vedrà un intervento sperimentale di riabilitazione intensivo sia in prigione, che in comunità, di circa 3,000 detenuti del carcere di Peterborough. Gli investitori riceveranno una remunerazione solo se il tasso di recidiva si ridurrà di almeno il 7,5% sull'intero gruppo considerato e sarà proporzionale all'impatto sociale prodotto.

Nel caso del carcere italiano, considerando che il costo medio giornaliero del mantenimento e delle spese derivanti da ogni singolo detenuto ha variato negli anni 2001-2013 tra 116,67€ e 190,21€ una progettazione sociale basata sul reinserimento sociale delle persone detenute potrebbe rappresentare un nuovo approccio gestionale. Potrebbero essere usati nuovi modelli di partenariato pubblico/privato (Ministero della Giustizia, fornitore di servizio-terzo settore, valutatore indipendente, intermediario finanziario, investitori sociali) con indubbi ed interessanti ricadute sulla finanza pubblica.

Ad un decremento delle recidive tossicomaniche corrispondono minori recidive giudiziarie e penitenziarie. I Tribunali e le forze di Polizia potrebbero così recuperare risorse e tempi. Le ricadute sul terzo settore indurrebbero remunerazione.

La valutazione dell'impatto socio-sanitario deve prevedere un attento monitoraggio per valutarne la reale entità e per questo è necessario individuare precisi macroindicatori di esito anche suddivisi per regione, per struttura penitenziaria, per tipologia di intervento effettuato, stato di salute, ecc.

Alcune indicazioni operative

Gli elementi esposti sinora rendono conto come nella gestione della persona dedita al consumo delle sostanze stupefacenti in carcere, sia chiaramente verificata la necessità di dover disporre di sistemi organizzativi locali, regionali e nazionali evoluti che superando alcune resistenze al cambiamento, prevedano l'individuazione e l'attuazione di alcuni strumenti operativi critici e non procrastinabili, come quelli previsti dall'Accordo del 22 gennaio 2015, ed inoltre

attori	***provvedimenti***
Enti istituzionali	Immediato recepimento degli accordi sottoscritti in Conferenza Unificata e delle normative correlate (es. art. 7 del PDCM 1/4/2008)
	Definizione ed aggiornamento di Livelli Assistenziali Essenziali (LEA) specifici per le persone detenute (odontoiatria, farmaci,
Professionisti	presa in carico precoce con la stesura di un piano assistenziale

	personalizzato,
	Incrementare le interazioni tra servizi sanitari, istituto penitenziario, tribunale di Sorveglianza
	Implementare procedure standardizzate specie per la raccolta dei dati clinici (cartella sanitaria unica e informatizzata, scheda unica di terapia, modulistica specifica, ecc.)
	Formazione congiunta e bidirezionale (sanità-giustizia)
	Utilizzare metodologie diagnostiche ed organizzative univoche, ripetibili, omogenee
	Programmare azioni di riduzione del danno

2.1.7 Elaborazioni su dati regionali: rilevazione adulti tossicodipendenti in carcere

Il monitoraggio dei detenuti con problemi droga correlati, fino al 2009 di competenza del Ministero di Giustizia - Dipartimento dell‟Amministrazione Penitenziaria, è transitato alle Regioni e alle Province Autonome secondo l‟accordo in Conferenza Unificata siglato in data 18 maggio 2011. Queste 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 è quello di consentire la raccolta di dati e informazioni che consentano di rappresentare meglio la situazione dei detenuti tossico e alcol dipendenti e di identificare la quota di soggetti che possono accedere e accedono alla pena alternativa attraverso l‟art. 94 del D.P.R. 309/90.

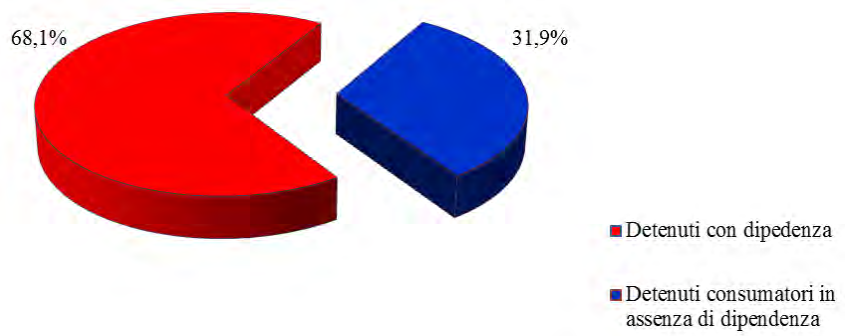
Nel 2014 la percentuale delle Regioni e PP. AA. rispondenti è pari al 95% (20 su 21), vengono rilevati i soggetti tossicodipendenti ristretti in carcere per i quali vi è una dipendenza da sostanze definita su base clinica diagnostica (ICD-IX CM) e quelli per i quali la dipendenza è solo anamnestica o auto dichiarata (mero consumo). I dati sono stati raccolti al 31 dicembre 2014 la quota dei soggetti con problemi droga correlati si attesta ad un valore pari a 10.584, la regione con più alta percentuale di soggetti detenuti con diagnosi di dipendenza è la Lombardia (17,9%) , seguita dalla Sicilia (11,3% circa).

Tabella 47: Detenuti con problemi droga correlati, dati trasmessi dalle Regioni. 31 Dicembre 2014

Regione	Detenuti con dipedenza	Detenuti consumatori in assenza di dipendenza	Totale	Detenuti a cui è stato eseguito il drug test all'ingresso
Abruzzo	244	49	**293**	136
Basilicata	105	62	**167**	0
Campania	1089	975	**2.064**	1.412
Calabria	348	30	**378**	80
Emilia Romagna	1.103	585	**1.688**	413
Friuli Venezia Giulia	218	15	**233**	73
Lazio	640	955	**1.595**	544
Lombardia	1.892	287	**2.179**	348
Marche	171	51	**222**	74
Molise	119	8	**127**	34
PA Bolzano	21	3	**24**	9
PA Trento	38	24	**62**	62
Piemonte	841	258	**1.099**	161
Puglia	879	673	**1.552**	952
Sardegna	309	96	**405**	153
Sicilia	1.194	282	**1.476**	676
Toscana	630	332	**962**	526
Umbria	191	47	**238**	96
Valle D'Aosta	26	0	**26**	23
Veneto	526	236	**762**	414
Totale	**10.584**	**4.968**	**15.552**	**6.186**

Fonte: Elaborazione su dati provenienti dalle Regioni e dalle PP. AA. – Rilevazione Tossicodipendenti in carcere –31 Dicembre 2014

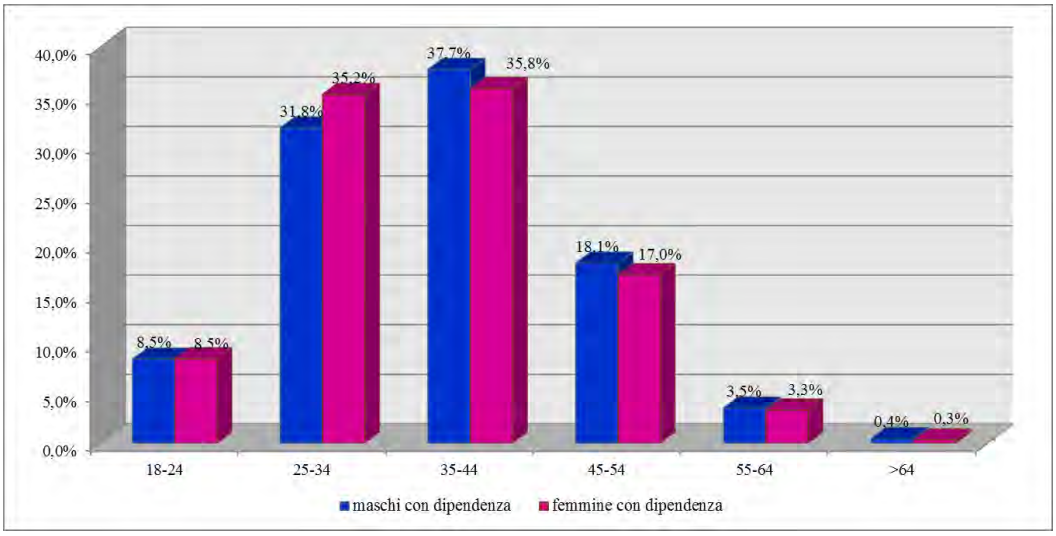
Figura 62: Distribuzione percentuale dei soggetti con dipendenza e in assenza di dipendenza. Dato puntuale al 31 Dicembre 2014

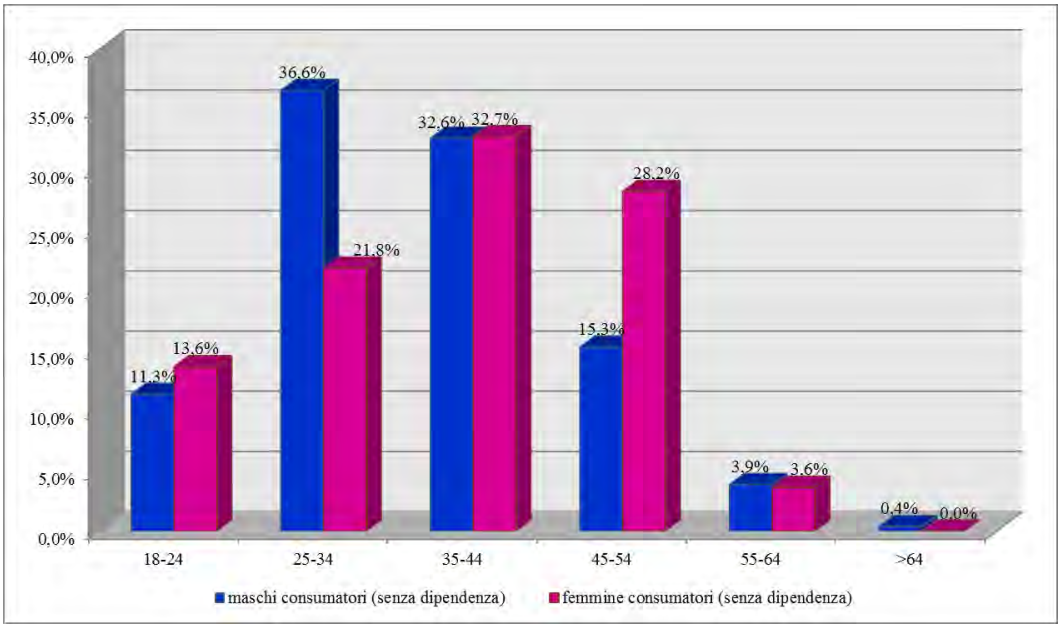


Fonte: Elaborazione su dati provenienti dalle Regioni e dalle PP. AA. – Rilevazione Tossicodipendenti in carcere –31 Dicembre 2014

Come si evince dalla Figura sopra, la maggior parte dei soggetti detenuti (70% circa) presenta diagnosi di dipendenza; la percentuale di soggetti a cui è stato eseguito il drug test all"ingresso è molto bassa ed è pari al 39,7% circa (6.186 soggetti sul totale di 15.552). E" da specificare però che questo dato è di difficile reperimento per i Ser.T. competenti, vi è pertanto una "giustificazione" ad una tale percentuale. Inoltre, la maggior parte dei soggetti detenuti con problemi droga-correlati è di genere maschile (93,8% circa), si riporta di seguito la distribuzione dei soggetti, divisi tra coloro che hanno dipendenza e coloro che risultano essere consumatori, secondo il genere e la fascia di età.

Figura 63: Soggetti con problemi droga correlati per tipologia, genere e classi di età. Anno 2014

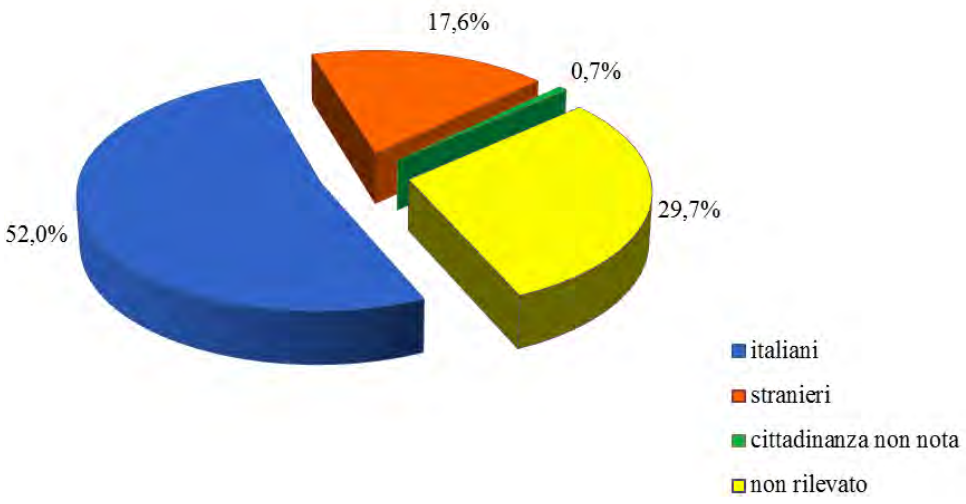




Fonte: Elaborazione su dati provenienti dalle Regioni e dalle PP. AA. – Rilevazione Tossicodipendenti in carcere –31 Dicembre 2014

Dall"analisi delle caratteristiche demografiche, tra coloro che hanno diagnosi di dipendenza, risulta che le classi di età che presentano una più alta percentuale sia per i maschi sia per le femmine sono "35-44" e "25-34". Per quanto riguarda i maschi consumatori (senza dipendenza), anche in questo caso spiccano le fasce "25-34" e "35-44" , mentre per le femmine che non hanno dipendenza oltre la fascia "35-44", le due fasce di età più importanti in termini percentuali sono "45-54" e quelle relative ai giovani adulti (dai 18 ai 35 anni).

Figura 64: Percentuale dei soggetti con problemi droga correlati per cittadinanza. Anno 2014



Fonte: Elaborazione su dati provenienti dalle Regioni e dalle PP. AA. – Rilevazione Tossicodipendenti in carcere –31 Dicembre 2014

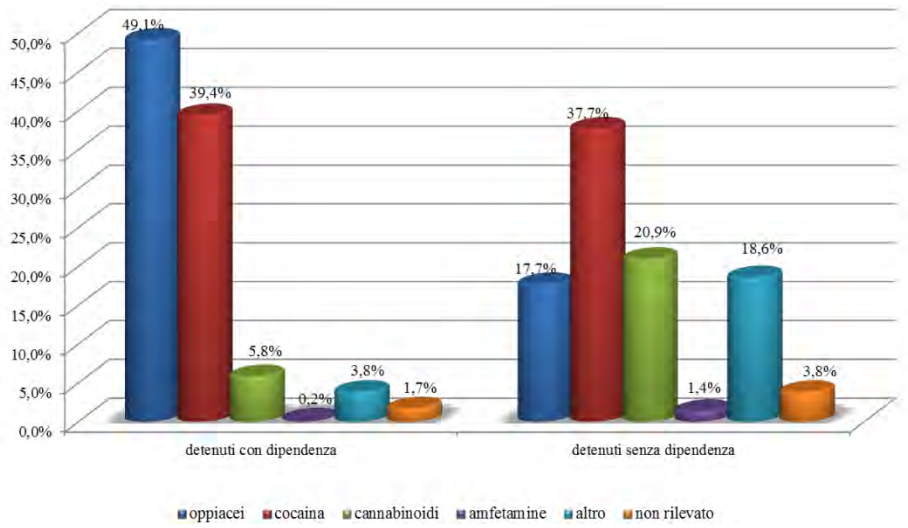
Per quanto concerne la cittadinanza, il dato non è stato rilevato per il 29,7% dei soggetti e non è noto per lo 0,7%, mentre il 52,0% ha cittadinanza italiana e il 17,6% è cittadino straniero.

Tabella 48: Detenuti con diagnosi di dipendenza e senza dipendenza per tipo di sostanza. Anno 2014

Detenuti per sostanza - N	detenuti con dipendenza	detenuti senza dipendenza
oppiacei	**5.198**	**878**
cocaina	**4.171**	**1.872**
cannabinoidi	**616**	**1.039**
amfetamine	**17**	**68**
altro	**404**	**922**
totale	**10.406**	**4.779**
non rilevato	**178**	**189**
totale complessivo	**10.584**	**4.968**

Fonte: Elaborazione su dati provenienti dalle Regioni e dalle PP. AA. – Rilevazione Tossicodipendenti in carcere –31 Dicembre 2014

Figura 65: Soggetti con problemi droga correlati per tipo di dipendenza e sostanza primaria utilizzata. Dati percentuali. Anno 2014



Fonte: Elaborazione su dati provenienti dalle Regioni e dalle PP. AA. – Rilevazione Tossicodipendenti in carcere –31 Dicembre 2014

I detenuti con problemi droga correlati manifestano una diversa scelta di sostanze a seconda che manifestino dipendenza (diagnosi ICD –IX CM) o consumo. Per i dipendenti con diagnosi, gli oppiacei rappresentano la principale sostanza di uso (49,1%) seguita dalla cocaina (39,4%). Mentre tra i consumatori non dipendenti, risulta essere la cocaina la principale sostanza con una percentuale pari al 37,7%, la parte restante di distribuisce per il 20,9% tra i cannabinoidi, seguiti in misura minore da altre sostanze (18,6% circa) e dagli oppiacei (17,7).

Inoltre, tra i detenuti con dipendenza, il 44,6% (4.726 casi su 10.584) presentava poliabuso di sostanze all'ingresso in carcere.

Tabella 49: Soggetti con problemi droga correlati sottoposti a test per HIV, HCV, HBV. Anno 2014

Test	Soggetti sottoposti a test	Soggetti risultati positivi	% positivi
HIV	4.226	197	4,66
HCV	4.443	1.556	35,02
HBV	4.180	575	13,76
totale	**12.849**	**2.328**	**18,12**

Fonte: Elaborazione su dati provenienti dalle Regioni e dalle PP. AA. – Rilevazione Tossicodipendenti in carcere –31 Dicembre 2014

Il numero dei soggetti detenuti sottoposti ai test per le malattie infettive trasmissibili sia sessualmente che con condivisione di aghi sono 12.894 (82,4% del totale), quelli risultati positivi nel complesso sono il 18,1%. La più alta percentuale di positività di rileva in corrispondenza dell'HCV (35,02%), seguita dall'HBV (13,76%) e infine, in misura molto minore, dall'HIV (4,66%).

Tabella 50: Soggetti con problemi droga correlati sottoposti a trattamento. Anno 2014

Detenuti con dipendenza secondo la tipologia di trattamento	N	%
detenuti in trattamento solo farmacologico	1.213	11,46
di cui con trattamento sostitutivo	323	-
detenuti in trattamento solo psicosociale	3.241	30,62
detenuti in trattamento farmacologico e psicosociale (integrato)	3.646	34,45
di cui con trattamento sostitutivo	1.419	-
non rilevato	**2.484**	**23,47**
totale detenuti in trattamento	**8.100**	**76,53**
totale complessivo	**10.584**	**100,00**

Fonte: Elaborazione su dati provenienti dalle Regioni e dalle PP. AA. – Rilevazione Tossicodipendenti in carcere –31 Dicembre 2014

Dalla tabella riportata sopra si evince che i dati inerenti la tipologia di trattamento sono disponibili per il 76,5% dei detenuti con diagnosi di dipendenza. Il trattamento più utilizzato sembra essere quello psicosociale integrato farmacologicamente che riguarda 3.646detenuti (34,5%), mentre per il 31% circa i detenuti vengono sottoposti a trattamento solo psicosociale.

Tabella 51: Detenuti secondo la posizione giuridica. Anno 2014

Detenuti secondo la posizione giuridica	N	%
Almeno una sentenza definitiva	6.690	43,0
In attesa di giudizio	3.040	19,5
Posizione giuridica mista	2.182	14,0
non rilevato	3.640	23,4
Totale	**15.552**	**100,0**

Fonte: Elaborazione su dati provenienti dalle Regioni e dalle PP. AA. – Rilevazione Tossicodipendenti in carcere –31 Dicembre 2014

Tabella 52: Dati relativi alla richiesta dell"affidamento in prova dei soggetti detenuti. Anno 2014

Art. 94 DPR 309/90	N	%
Totale detenuti tossicodipendenti che hanno richiesto l'affidamento in prova (art.94 DPR 309/90)	2.040	43,7
Totale detenuti tossicodipendenti che al momento della richiesta possedevano i requisiti	1.803	38,6
Totale detenuti tossicodipendenti che sono usciti dal carcere in base ad una ordinanza del tribunale di sorveglianza	827	17,7
Totale complessivo	**4.670**	**100,0**

Fonte: Elaborazione su dati provenienti dalle Regioni e dalle PP. AA. – Rilevazione Tossicodipendenti in carcere –31 Dicembre 2014

Il dato relativo alla situazione giuridica dei detenuti con problemi droga correlati è disponibile solo per in maniera parziale, 11.912 casi della popolazione considerata (76,6% contro il 23,4% non rilevato). Il 43% ha avuto una sentenza definitiva (6.690 soggetti), il 19,5%a è in attesa di giudizio e il 14% ha una posizione giuridica mista.

Per quanto riguarda l‟applicazione dell‟art. 94 del DPR 309/90, questa è possibile solo per i casi in cui si ha una sentenza definitiva che nel 2014 sono pari a 6.690 detenuti tossicodipendenti. Anche in questo caso si ha un dato parziale corrispondente a 4.670 soggetti (69,8% dei 6.690). Di questi ha richiesto l‟affidamento in prova il 43,7%, il 38,6% circa al momento della richiesta possedeva i requisiti ed infine il 17,7% è uscito dal carcere in base ad una ordinanza del tribunale di sorveglianza.

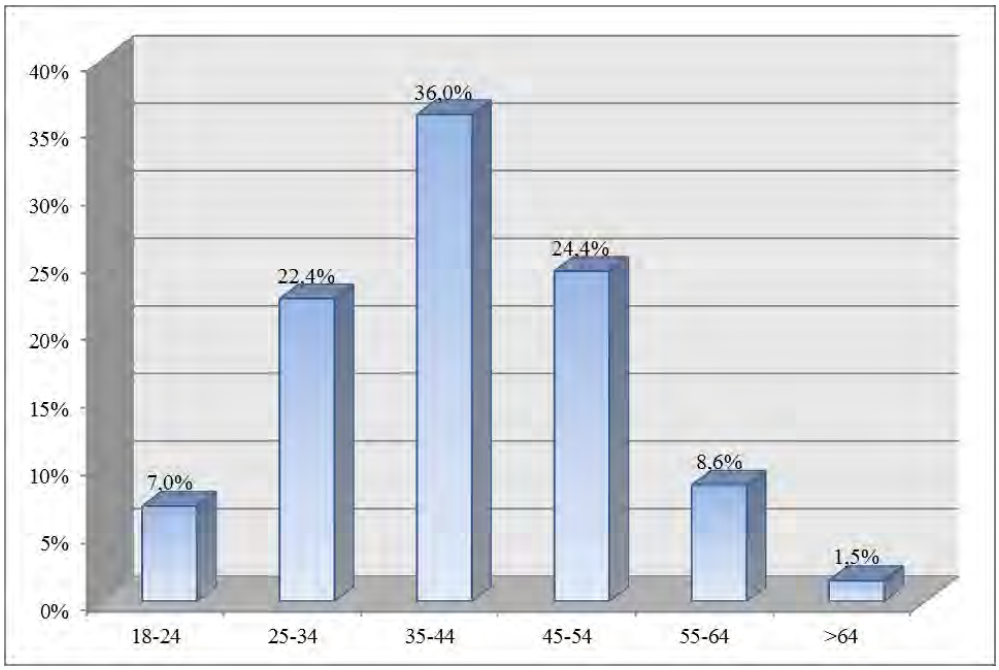
Si analizzano di seguito i dati relativi ai detenuti alcol dipendenti.

Tabella 53: Detenuti alcol dipendenti secondo genere e fascia di età. Anno 2014

Detenuti alcol dipendenti	Maschi	Femmine	Totale
18-24	93	3	**96**
25-34	295	10	**305**
35-44	469	22	**491**
45-54	315	18	**333**
55-64	114	3	**117**
>64	21	0	**21**
Totale	**1.307**	**56**	**1.363**
%	**95,9**	**4,1**	**100,0**

Fonte: Elaborazione su dati provenienti dalle Regioni e dalle PP. AA. – Rilevazione Tossicodipendenti in carcere –31 Dicembre 2014

Figura 66: Distribuzione percentuale dei detenuti alcol dipendenti secondo la fascia di età. Anno 2014



Fonte: Elaborazione su dati provenienti dalle Regioni e dalle PP. AA. – Rilevazione Tossicodipendenti in carcere –31 Dicembre 2014

I detenuti con problemi di alcol dipendenza ammontano a 1.363 unità, pari al 8,76% circa della popolazione carceraria oggetto della rilevazione (1.363 su 15552). Tra gli alcol dipendenti in carcere il 96% circa è di sesso maschile e i soggetti appaiono per lo più concentrati nella fascia di età 35-44 anni, che da sola ne assorbe il 36%, e nella fascia di età 45-54 anni (24,4%). Inoltre, il 22,4% circa dei soggetti alcoldipendenti presentavano anche dipendenza da sostanze stupefacenti all'ingresso in carcere.

Tabella 54: Detenuti alcol dipendenti secondo la tipologia di trattamento. Anno 2014.

Detenuti alcoldipendenti secondo la tipologia di trattamento	**N**	**%**
trattamento solo psicosociale	474	34,8
trattamento farmacologico e psicosociale (integrato)	542	39,8
trattamento solo farmacologico	180	13,2
non rilevato	167	12,3
Totale	**1.363**	**100,0**

Fonte: Elaborazione su dati provenienti dalle Regioni e dalle PP. AA. – Rilevazione Tossicodipendenti in carcere –31 Dicembre 2014

Sono 1.196, pari all'87,7% del totale, i detenuti con problemi di alcol dipendenza ad essere sottoposti a trattamento di cura da parte del Ser.T (per il 12,3% circa il dato non è stato rilevato). In particolar modo, tra coloro che ricevono trattamenti sanitari la maggior parte, pari al 40% circa

(542 soggetti), riceve un trattamento farmacologico e psicosociale. Il 34,8% riceve un trattamento solo psicosociale e il 12,3% un trattamento solo farmacologico.

Tabella 55: Detenuti alcol dipendenti secondo la tipologia di trattamento. Anno 2014.

Detenuti alcol dipendenti secondo la posizione giuridica	N	%
Almeno una sentenza definitiva	627	46,0
In attesa di giudizio	278	20,4
Posizione giuridica mista	127	9,3
non rilevato	331	24,3
Totale	**1.363**	**100,0**

Fonte: Elaborazione su dati provenienti dalle Regioni e dalle PP. AA. – Rilevazione Tossicodipendenti in carcere –31 Dicembre 2014

Infine, dalla tabella riportata sopra si evince che il 46% dei soggetti detenuti alcoldipendenti ha ottenuto una sentenza definitiva, il 20,4% è in attesa di giudizio e il 9,3% ha una posizione giuridica mista. Il dato non è stato rilevato per il 24,3% degli individui oggetto di studio.

2.2 Studio sulla salute dei detenuti in carcere

Quadro giuridico di riferimento

La tutela della salute nelle carceri è stata una delle materie più controverse fin dall‟istituzione dell‟ordinamento penitenziario e spesso oggetto di acceso dibattito. La responsabilità della gestione e l‟organizzazione dei servizi sanitari interni alle strutture detentive, è stata per tanti anni fermamente incardinata nel Dipartimento dell‟Amministrazione Penitenziaria afferente al Ministero della Giustizia. Solo nel 2008, con l‟entrata in vigore del DPCM 1 aprile, le competenze sanitarie della medicina generale e specialistica penitenziaria, i rapporti di lavoro e le risorse economiche e strumentali, sono state trasferite al Sistema sanitario nazionale (SSN) apportando, così, una profonda modificazione concettuale che riconosce, al cittadino detenuto, gli stessi diritti sanitari presenti nella popolazione libera. Anche se il completo passaggio delle competenze sanitarie è avvenuto in anni molto recenti, già nel corso degli anni „90 cominciarono a svilupparsi numerose teorie sull‟opportunità di trasferire le competenze sanitarie penitenziarie al SSN. Questo movimento portò all‟emanazione del D.Lgs. 22 giugno 1999, n. 230, che vide una prima separazione delle competenze tra le Aziende Sanitarie e l'amministrazione penitenziaria trasferendo, al servizio sanitario nazionale, le funzioni sanitarie riferite ai soli settori della prevenzione e della assistenza ai detenuti (e agli internati) tossicodipendenti.

A indirizzare questa scelta, probabilmente, contribuì anche il crescente numero di detenuti tossicodipendenti, che ormai da molti anni affollano gli istituti penitenziari, con conseguenze sanitarie che coinvolgono non solo tutta la popolazione detenuta ma anche il personale che vi opera.

Il fenomeno della dipendenza in carcere. Indagine epidemiologica promossa dal CCM (Centro di Controllo delle Malattie) del Ministero della Salute

Il fenomeno della tossicodipendenza in carcere non è certo una caratteristica italiana. Secondo quanto pubblicato nel 2012 dall'European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA) all'interno dello speciale "Prisons and drugs in Europe: the problem and responses", la percentuale di detenuti che hanno fatto uso nella vita di sostanze illecite, in Europa varia dal 16% registrato in Romania al 79% dell'Inghilterra, Galles e Olanda. Più in generale, dei 17 Paesi Europei che hanno comunicato il dato relativo al consumo di sostanze fra i detenuti, 9 (Portogallo, Italia, Ungheria, Finlandia, Belgio, Lettonia, Inghilterra, Galles e Olanda) registrano un livello di consumo superiore al 50%.
In linea con questi dati appaiono i risultati ottenuti attraverso lo studio multicentrico svolto recentemente in Italia. Il Ministero della salute, nell'ambito delle progettualità del Centro nazionale per la prevenzione e il controllo delle malattie (CCM) ha finanziato la prima indagine epidemiologica sullo stato di salute di un campione di detenuti delle strutture detentive di Toscana, Lazio, Umbria, Veneto, Liguria e dell'Azienda sanitaria di Salerno. Questo studio, che ha visto la Regione Toscana come capofila e l'Agenzia regionale di sanità della Toscana come referente scientifico, ha avuto il preciso obiettivo di fornire un quadro dettagliato dei bisogni di salute di 15.751 detenuti (arruolati il 3 febbraio 2014) presenti in 57 strutture (quasi il 30% del totale nazionale degli istituti) e dei trattamenti farmacologici a loro prescritti. Il progetto, inoltre, prevedeva un intervento specifico di prevenzione del rischio suicidario in un campione di detenuti delle 6 regioni coinvolte.

Trattandosi di una popolazione numericamente molto ampia e non avendo a disposizione dati clinici già informatizzati, per lo svolgimento dello studio è stata elaborata una scheda clinica informatizzata utilizzando strumenti *open source* che hanno reso possibile rilevare informazioni di carattere socio-demografico e sanitario rispettando le norme sulla privacy attraverso il processo di cifratura (anonimizzazione) dei dati sensibili. La parte clinica è stata rilevata dal personale sanitario attraverso la consultazione delle cartelle cliniche dei detenuti, codificando le patologie secondo la classificazione ICD-9-CM. La popolazione arruolata nello studio (N=15.751) è composta per il 94,5% da detenuti di genere maschile (N=14.835) e il 5,5% da genere femminile. Si tratta di una popolazione costituita per il 53,7% da detenuti di nazionalità italiana mentre fra gli stranieri i Paesi più rappresentati sono l'Est Europa (20,1%) e l'Africa del Nord (15,5%). L'età media della popolazione detenuta è di 39,6 anni, di gran lunga inferiore a quanto registrato nella popolazione libera over18anne residente in Italia, dove la media supera i 50 anni.

Passando a descrivere lo stato di salute, una prima suddivisione può essere fatta in base alla presenza o assenza di qualsiasi tipo di patologia diagnosticata. Nel campione complessivo dello studio il 32,5% dei detenuti (N=5.120) non presenta alcuna patologia mentre il 67,5% (N=10.631) è affetto da almeno una patologia (anche non grave).

Esaminando la distribuzione delle malattie all'interno della popolazione presa in esame, la nostra indagine conferma quanto più volte affermato dall'OMS, ovvero che i detenuti risultano affetti prevalentemente da disturbi di natura psichica che, infatti, costituiscono ben il 41,3% (N=6.504) delle persone sottoposte a controllo clinico (N=15.751). A questi fanno seguito le malattie dell'apparato digerente, con il 14,5% (N=2.286), e le malattie infettive e parassitarie con l'11,5% dei detenuti che ne risulta affetto (N=1.812). Più bassa la prevalenza di patologie appartenenti al grande gruppo delle malattie del sistema circolatorio (11,4%; N=1.788 detenuti), delle malattie endocrine e del metabolismo (8,6%; N=1.348 detenuti) e delle malattie dell'apparato respiratorio (5,4%; N=854).

Già da questi primi dati si capisce che le caratteristiche sanitarie della popolazione detenuta sono estremamente differenti da quelle osservabili nel contesto generale. Sicuramente la giovane età e lo stile di vita che accomuna molti detenuti rendono queste persone maggiormente a rischio nei confronti di alcune patologie, fra cui il disturbo mentale da dipendenza da sostanze, e viceversa sono meno rappresentate le malattie croniche dell'apparato cardiocircolatorio o respiratorio, tipiche delle persone più anziane. Entrando nel dettaglio dei disturbi di salute mentale, la distribuzione delle patologie psichiatriche mette in evidenza l'elevata presenza di diagnosi attribuibili al disturbo mentale da dipendenza da sostanze (Tabella 56), un problema che affligge circa il 24% di tutta la popolazione detenuta arruolata nello studio (N=3.713). A questi fanno seguito i disturbi nevrotici e le reazioni di adattamento, che coinvolgono oltre il 17% di tutti i detenuti partecipanti all'indagine (N=2.724), e i disturbi mentali alcol-correlati che, pur con percentuali minori, ricoprono un ruolo importante all'interno delle strutture detentive costituendo il 9% del totale dei disturbi psichici e affliggendo circa il 6% degli arruolati allo studio (N=882). Dal confronto fra numero di pazienti e numero di diagnosi, si evince che mediamente ogni detenuto, a cui è stato diagnosticato un disturbo da dipendenza da sostanze, è affetto da più di una patologia appartenente a questa categoria diagnostica (1,2 disturbi pro-capite).

Tabella 56: Distribuzione (N e %) dei disturbi psichici nei detenuti in alcune regioni italiane – Analisi sul totale delle diagnosi e sul totale dei detenuti sottoposti a visita medica – Anno 2014

Categorie diagnostiche	**N° diagnosi**	**% sul totale delle diagnosi**	**N° detenuti**	**% sul totale arruolati** *(N= 15.751)*
Disturbi mentali da dipendenza da sostanze	4.902	49,6	3.713	23,6
Disturbi nevrotici e reazioni di adattamento	2.733	27,6	2.724	17,3
Disturbi mentali alcol-correlati	885	9,0	882	5,6
Disturbi affettivi psicotici	433	4,4	429	2,7
Disturbi di personalità e del comportamento	262	2,7	259	1,6
Disturbi depressivi non psicotici	139	1,4	139	0,9
Disturbi mentali organici (senili, presenili, altro)	113	1,1	113	0,7
Disturbi da spettro schizofrenico	94	1,0	93	0,6
Oligofrenie e ritardo mentale	6	0,1	6	0,0
Disturbi del comportamento alimentare	5	0,1	4	0,0
Altro	314	3,2	314	2,0
Totale	**9.886**	**100,0**	-	-
Detenuti con disturbi psichici	-	-	***6.504***	***41,3***

La caratterizzazione socio-demografica dei detenuti tossicodipendenti li vede più giovani rispetto al resto della popolazione detenuta con un'età media di 37,3 anni rispetto ai 39,6 registrati nell'intera coorte arruolata. In linea con i dati riguardanti la popolazione generale, i disturbi mentali da

dipendenza da sostanze diminuiscono notevolmente con il progressivo invecchiamento della popolazione reclusa, passando dal 53% osservato fra i detenuti di età compresa fra i 18 e i 29 anni al 29% registrato fra gli ultra 60enni; andamento che non si verifica per i disturbi mentali alcol-correlati, i cui valori si mantengono costanti in tutte le fasce di età.

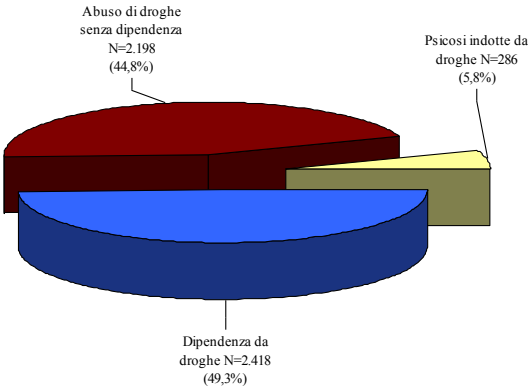
Come per l‟intera popolazione detenuta, il gruppo etnico più rappresentato è quello italiano che, in questo caso, raggiunge il 58,6% seguito dal 23,4% dei nord africani e il 9,7% di est europei (Tabella 57). Se però andiamo ad analizzare la prevalenza del disturbo da dipendenza da sostanze all‟interno di ogni singolo gruppo etnico, il quadro cambia radicalmente con un numero maggiore di pazienti affetti da questa patologia fra i nord africani (37%) rispetto agli italiani (26,8%) e gli est europei (11,9%).

Tabella 57: Caratteristiche socio-demografiche (N e %) della popolazione detenuta in alcune regioni italiane affetta da almeno un disturbo da dipendenza da sostanze – Anno 2014

Caratteristiche socio-demografiche	% sul totale dei detenuti tossicodipendenti (N=3.713)
Genere	
Uomini	96,3
Donne	3,4
Transgender	0,2
Cittadinanza	
Italia	58,6
Africa del Nord	23,4
Europa dell'Est	9,7
Altri Paesi	8,3
Fascia_d'età	
18-29	22,0
30-39	38,1
40-49	29,3
50-59	8,9
60 e +	1,7
Età media	37,3 anni

Analizzando nel dettaglio la categoria diagnostica dei disturbi mentali da dipendenza da sostanze, possiamo far riferimento a 3 ulteriori stati patologici, ovvero: l‟abuso di droghe senza dipendenza, la dipendenza da droghe e le psicosi indotte da droghe. Come possiamo notare (Figura 67), la dipendenza da droghe risulta la diagnosi prevalente all‟interno del campione con quasi la metà dei casi riscontrati, seguita a breve distanza (circa il 45% sul totale) dall‟abuso di droghe senza dipendenza, mentre le psicosi indotte da droghe risultano nettamente inferiori, con meno del 6% delle diagnosi.

Figura 67: Distribuzione (N e %) dei 3 stati patologici legati al disturbo mentale da dipendenza da sostanze nei detenuti in alcune regioni italiane – Anno 2014



Per quanto riguarda la tipologia di sostanza utilizzata, considerando congiuntamente i casi di abuso e di dipendenza da droghe, la cocaina rappresenta il fenomeno più frequente con il 23,5% dei casi, seguito dalla dipendenza da oppioidi (16,6% sul totale). Questi dati mostrano come la cocaina costituisca ormai da diversi anni, almeno in Italia, la droga maggiormente ricercata ed utilizzata, avendo soppiantato, anche in una popolazione più problematica come quella detenuta, la sostanza stupefacente che in passato era più frequentemente associata ad un certo disagio sociale, ovvero l‟eroina. Inoltre, si può osservare che, mentre per la cocaina si parla più spesso di abuso (la dipendenza si registra nel 15% dei casi), per l‟eroina la problematica maggiore è rappresentata dalla dipendenza (l‟abuso si verifica nel 10% circa dei casi). La terza sostanza stupefacente maggiormente sperimentata, da parte della popolazione detenuta, è costituita dai cannabinoidi, con un abuso relativamente frequente (12,5% dei casi) soprattutto nelle fasce di età più giovani, mentre meno diffusa è la dipendenza, proprio in virtù delle proprietà farmacodinamiche di questo genere di sostanze che hanno un impatto relativamente minore sullo sviluppo di dipendenza.

Per quanto riguarda la voce “altra dipendenza da droghe”, che costituisce circa il 15% del totale, abbiamo racchiuso in questa categoria la dipendenza da farmaci sedativo-ipnotici o ansiolitici (la più frequente), quella da amfetamina e altri psicostimolanti, quella da allucinogeni e da altre droghe non specificate (Tabella 58).

Tabella 58: Distribuzione (N e %) delle diagnosi di abuso e dipendenza da droghe per tipologia di sostanza stupefacente utilizzata dai detenuti in alcune regioni italiane – Anno 2014

Abuso di droghe senza dipendenza e dipendenza da droghe	N	%
Abuso di cocaina	1.086	23,5
Dipendenza da oppioidi	766	16,6
Altra dipendenza da droghe	701	15,2
Dipendenza da cocaina	696	15,1
Abuso di cannabinoidi	577	12,5
Abuso di oppioidi	492	10,7
Dipendenza da cannabinoidi	254	5,5
Altro abuso di sostanze*	44	1,0
Totale	**4.616**	**100,0**

** Abuso di allucinogeni; abuso di barbiturici e di sedativi o ipnotici; abuso di amfetamina o di simpatico-mimetici ad azione simile; abuso di antidepressivi.*

Prendendo in rassegna le psicosi indotte da droghe, nel 57% dei casi il disturbo è l'intossicazione, con un corteo sintomatologico differente a seconda della sostanza utilizzata, mentre nel 19,6% dei casi sono stati segnalati disturbi psichici vari caratterizzati, spesso, da allucinazioni o deliri. Meno frequenti sono i disturbi dell'umore indotti da droghe 10,5%) (stati maniacali, stati depressivi o stati misti) e i disturbi del sonno (9,8%), come insonnia o ipersonnia, legati all'utilizzo di sostanze. In 9 casi è stata registrata una psicosi indotta da astinenza da droghe (3,1%).

Pur trattandosi di una popolazione molto giovane, i detenuti affetti da almeno un disturbo da dipendenza da sostanze, rappresentano una popolazione molto fragile da un punto di vista sanitario.

Come primo aspetto, riteniamo importante segnalare l'alto consumo di tabacco da parte di questi pazienti che risultano forti fumatori nell'86,5% dei casi con un numero medio di 20 sigarette al giorno (rispetto al 65,7% registrato nella popolazione detenuta non tossicodipendente). L'abitudine al fumo, che raffigura una problematica che accomuna l'intero contesto detentivo, nel caso dei pazienti tossicodipendenti può rappresentare un'ulteriore fonte di rischio per l'insorgenza di patologie polmonari.

Introducendo il tema della comorbilità, vale a dire la presenza di altre malattie in presenza della diagnosi di disturbo da sostanze (N=3.713), il 74% (N=2.747) risulta affetto da un'altra condizione morbosa: in particolare, il 45,4% (N=1.685) soffre di un altro disturbo psichico e il 23,5% (N=871) ha una diagnosi di malattia infettiva (Tabella 59).

Tabella 59: Distribuzione (N e %) della comorbilità nei detenuti affetti da disturbo da dipendenza da sostanze in alcune regioni italiane – Anno 2014

Altra condizione morbosa associata al disturbo da dipendenza da sostanze		N	%
Disturbo psichico		**1.685**	**45,4**
	Disturbo nevrotico/reazione di adattamento	991	26,7
	Disturbo mentale alcol-correlato	511	13,8
Malattia infettiva/parassitaria		**871**	**23,5**
	Epatite da virus C (HCV)	688	18,5
	HIV	153	4,1
	Epatite da virus B (HBV)	122	3,3
	Coinfezione (HIV, HCV, HBV)	17	0,5%

La compresenza, in molti di questi pazienti, di più disturbi di natura psichica, non stupisce. Così come la presenza di policonsumatori che possono presentare disturbi mentali legati, ad esempio, all'eccessivo consumo di alcol. A questo proposito, nel dibattito sulla doppia diagnosi, emerge spesso l'immagine del tossicodipendente che pur non avendo una forma psicopatologica riconoscibile, trae vantaggio psichico dalle sostanze nel tentativo, inizialmente riuscito, di ridurre quella condizione psichica di tensione o di ansia. In questo caso il consumo di sostanze di vario genere, può essere anche letto come una sorta di autoterapia che, una volta sospesa (come avviene ad esempio in carcere) può far emergere la vera e propria patologia sottostante.

Le altre patologie legate allo stato di tossicodipendenza appartengono, sicuramente, al grande capitolo delle malattie infettive. Il forte legame della diffusione delle infezioni epatiche da virus C e B fra i tossicodipendenti risulta fortemente legato all'utilizzo della via iniettiva anche se, occorre specificare, che il rischio di contrarre questo tipo di infezioni esiste anche nell'utilizzo per via inalatoria se le droghe vengono inalate attraverso cannucce contaminate con sangue e i soggetti che le inalano presentano ferite sulle mucose nasali.

Fra i detenuti tossicodipendenti il gruppo etnico che risulta maggiormente interessato dall'infezione da HCV è quello italiano con il 25,2% degli infetti seguito dagli est europei (18,7%) e dai nord africani (6,4%). Andamento sovrapponibile lo osserviamo nell'infezione da HIV con il 5,6% dei detenuti italiani tossicodipendenti HIV positivi, il 2,9% degli est europei e l'1,4% dei nord africani.

Diverso, invece, l'andamento per l'infezione da virus B dove gran parte degli italiani, grazie all'entrata in vigore negli anni '90 della vaccinazione anti HBV, risultano immuni a questa patologia (3,7%). Bassa anche la prevalenza fra i nord africani, mentre fra gli est europei la percentuale sale al 5,5% (Tabella 60).

Questi dati risultano oltremodo allarmanti se confrontati con quelli derivanti dall'intera popolazione detenuta ma, ancora di più, se messi in relazione con quanto osservato nella popolazione libera residente in Italia dove la prevalenza raggiunge il 2,6% per l'HCV, il 2,0% per l'HBV e lo 0,006% per l'HIV.

Tabella 60: Distribuzione (N e %) dell"infezione da HCV, HBV e HIV fra i detenuti affetti da disturbo da dipendenza da sostanze in alcune regioni italiane – Anno 2014

Categorie diagnostiche	Italia *(N=2.071)*	Nord Africa *(N=828)*	Est Europa *(N=343)*	Totale tossicodipendenti *(N=3.713)*	Totale popolazione detenuta *(N=15.751)*
Infezione da HCV (N=688)	25,2	6,4	18,6	18,5	7,4
Infezione da HBV (N=122)	3,7	1,4	5,5	3,3	2,0
Infezione da HIV (N=153)	5,6	1,4	2,9	4,1	2,0

La diffusione di queste patologie infettive nei tre principali gruppi etnici sembra essere in controtendenza rispetto a quanto osservato riguardo alla prevalenza di pazienti tossicodipendenti presenti all"interno di ogni singola popolazione. Infatti, la più alta percentuale di detenuti affetti da un disturbo di dipendenza da sostanze è presente nella popolazione nord africana con un valore che supera di gran lunga il dato osservato fra gli italiani e gli est europei (Nord Africa: 37,1%; Italia: 26,8%; Est Europa: 11,9%). Viceversa le percentuali di infezioni da HIV ed epatiti B e C sono molto basse nei detenuti tossicodipendenti del Nord Africa. Questo dato lascia supporre la diversa modalità di assunzione utilizzata nei tre gruppi etnici con italiani ed est europei che prediligono la via iniettiva rispetto ai nord africani che, in base a quanto riportato dai clinici, fanno un maggior uso della via inalatoria Trattandosi di una popolazione affetta da un disturbo psichico, il rischio di mettere in atto gesti auto lesivi e/o autosoppressivi risulta maggiore.

Nell"intera coorte presa in esame dalla ricerca, i gesti auto lesivi hanno interessato il 4,8% dei detenuti con una reiterazione di circa due volte nel corso dell"ultimo anno; mentre per le forme di auto soppressione il valore scende all"1% con una reiterazione media annua di 1,1 volte. Diversi i dati osservati nella sola popolazione detenuta tossicodipendente dove gli atti autolesivi raggiungono la percentuale del 9,0% mentre l"autosoppressione passa all"1,4% (la reiterazione non mostra particolari differenze) (Tabella 61).

Tabella 61: Distribuzione (N e %) dei gesti auto lesivi e autosoppressivi e le modalità di messa in atto* nel corso dell"ultimo anno di detenzione nei pazienti tossicodipendenti – Anno 2014

Modalità messa in atto		N	%
Autolesione		**316**	**9,0**
	Lesioni con taglienti	294	62,6
	Ingestione di corpi estranei	79	16,8
	Sciopero della fame	46	9,8
	Trauma auto-provocato	40	8,5

	Altro	11	2,3
	Non rilevato	*9*	-
Autosoppressione		**48**	**1,4**
	Impiccagione	30	78,9
	Avvelenamento	6	15,8
	Inalazione di gas	1	2,6
	Soffocamento	1	2,6
	Non rilevato	*10*	-

**Ogni detenuto può aver messo in atto più modalità autolesiva o autosoppressiva*

I dati appena presentati confermano il forte disagio psichico da cui risultano affetti i pazienti tossicodipendenti i quali, privati della possibilità di "auto medicarsi", vanno incontro a gesti che in alcuni casi possono mettere a pericolo la propria vita. La messa in atto di stili di vita non corretti, come il consumo di sostanze, l‟uso di alcol, il fumo di tabacco, etc.) rendono questo gruppo di popolazione ad alto rischio sanitario.

In particolare, il nostro studio mette nuovamente in risalto l‟alta prevalenza, fra i detenuti, di persone affette da disturbi di natura psichica, in particolare legati al consumo di sostanze illegali, che rendono queste strutture una sorta di grande contenitore di problematicità. Trattandosi di una popolazione mediamente giovane, la condizione generale di salute non risulta ancora compromessa, ma se pensiamo all‟alto consumo di tabacco e di alcol che in molti casi è associato all‟uso di altre sostanze psicotrope, possiamo presumere l‟insorgenza, in queste persone, di numerose patologie croniche come le bronco pneumopatie e la cirrosi. Se a questo aggiungiamo che il 23,5% è affetto da almeno una malattia infettiva, fra cui risaltano l‟infezione epatica da virus C, da virus B e da HIV, l‟immagine che ci appare è quella di una popolazione che andrà incontro a gravi problemi di ordine sanitario.

2.3 Minorenni in carcere

Attività e interventi in favore dei soggetti in carico alla Giustizia Minorile che usano/abusano sostanze stupefacenti: anno 2014

Le rilevazioni statistiche sui minori e/o giovani adulti del circuito penale che assumono sostanze stupefacenti non rientrano nelle competenze del Dipartimento per la Giustizia Minorile. Come è noto, infatti, il Tavolo di Consultazione permanente sulla sanità penitenziaria, istituito presso la Conferenza Unificata Stato /Regioni, ha elaborato, in data 10 maggio 2011, il documento sul monitoraggio dei detenuti portatori di dipendenza patologica integrativo dell‟Accordo sancito dalla conferenza unificata nella seduta dell‟ 8 luglio 2010" secondo cui le rilevazioni sui minori che assumono sostanze stupefacenti rientrano nei compiti delle Regioni e Provincie autonome.

Quanto sopra premesso, si ritiene doveroso offrire un contributo per la stesura della relazione annuale al Parlamento sullo stato delle tossicodipendenze.

Ai minori e ai giovani adulti del circuito penale è garantita l‟assistenza da parte dei Ser.T delle Aziende Sanitarie competenti in collaborazione con i Servizi Minorili della Giustizia.

La presa in carico del minorenne sottoposto a procedimento penale può contemplare l‟adozione di programmi di intervento suscettibili di trovare applicazione, nel superiore interesse del minore, anche oltre il termine dello stesso procedimento penale. Tali programmi, in particolare, prevedono:

- la formulazione di percorsi trattamentali individualizzati;
- la segnalazione al Ser.T dei nuovi utenti latori di problemi legati all‟assunzione di sostanze stupefacenti e di alcool anche in presenza di diagnosi di sospetta tossicodipendenza e di eventuali patologie correlate all‟uso di sostanze;
- 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 esecuzione;
- la realizzazione di iniziative di formazione che coinvolgano congiuntamente sia gli operatori ASL che quelli della Giustizia.

Il modello di intervento attuato dal sistema penale minorile, in favore del minore che usa e abusa di sostanze stupefacenti, è un intervento integrato che coinvolge più istituzioni e tutte le agenzie educative del territorio e favorisce, attraverso un programma di recupero individualizzato, la rapida fuoriuscita dal circuito penale del minorenne e/o giovane adulto e il di lui reinserimento sociale.

I Servizi Minorili della Giustizia attivano il Servizio Sanitario locale per lo svolgimento di accertamenti diagnostici ed interventi di tipo farmacologico, la presa in carico dei soggetti che usano o abusano di sostanze stupefacenti e collaborano nelle attività legate all‟esecuzione del collocamento in comunità terapeutiche del minore bisognoso di cure.

Va segnalato che il collocamento in comunità terapeutica del minore è possibile solo in presenza della certificazione dello stato di tossicodipendenza. Ne consegue che la rigidità dei criteri posti per detta certificazione fa sì che il numero dei minori, per i quali sia configurabile l‟elaborazione di un programma terapeutico in strutture specialistiche, sia un numero estremamente contenuto che non contempla i minori c.d. “assuntori occasionali”.

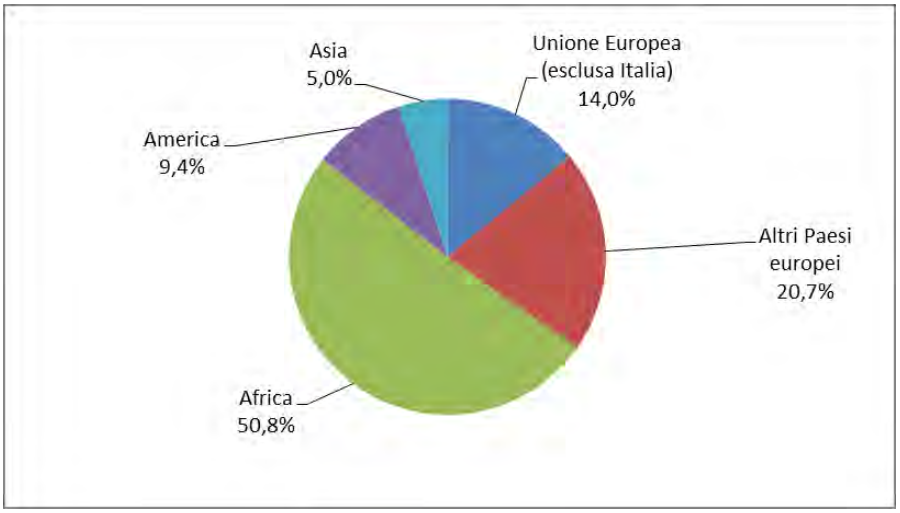
Il Dipartimento per la Giustizia Minorile dispone dei dati statistici relativi ai minori sottoposti a procedimento penale per i reati previsti dall‟Art. 73 D.P.R. 9 ottobre 1990, n. 309 e presi in carico dagli Uffici di servizio sociale nell‟anno 2014, così come riportati nella tabella che segue.

Tabella 62: Minori sottoposti a procedimento penale e presi in carico dagli Uffici del Servizio Sociale. Anno 2014

Periodo di presa in carico	Italiani			Stranieri			Totale		
	M	F	Totale	M	F	Totale	M	F	Totale
Presi in carico nell'anno 2014	916	59	**975**	141	10	**151**	1.057	69	**1.126**
Già in carico all'inizio dell'anno da periodi precedenti	1.962	99	**2.061**	376	14	**390**	2.338	113	**2.451**
Totale	**2.878**	**158**	**3.036**	**517**	**24**	**541**	**3.395**	**182**	**3.577**

Come si osserva in tabella, i minori e giovani adulti presi in carico per detti reati sono 3.577, di cui 3.036 italiani e 541 stranieri dei quali circa il 50% proviene dall'Africa seguiti dai giovani provenienti dai Paesi dell'Est Europa.

Figura 68: Distribuzione percentuale dei minori stranieri secondo la provenienza.



Al fine di fornire il quadro generale sulle politiche di intervento realizzate nei diversi distretti di competenza si riportano di seguito i contributi forniti dai Centri per la Giustizia Minorile del territorio.

Centro per la Giustizia Minorile Veneto, il Friuli-Venezia Giulia e le province autonome di Trento e Bolzano

Il Centro per la Giustizia Minorile Veneto, il Friuli-Venezia Giulia e le province autonome di Trento e Bolzano ha favorito la definizione di accordi operativi per la valutazione e la presa in carico di utenti tossicodipendenti/alcoldipendenti tra gli Uffici del Servizio Sociale per i Minorenni (U.S.S.M.) di Venezia e di Trieste e i servizi sanitari competenti territorialmente.

Nell"area detentiva di Treviso l"intervento e la collaborazione con gli operatori specializzati del locale SERD si è rivolto in particolare alla prevenzione delle dipendenze attraverso interventi individualizzati.

Nel distretto d"interesse si sono registrati 26 collocamenti in comunità di minorenni con problemi di uso/abuso di sostanze stupefacenti e/ alcool di cui 5 con doppia diagnosi.

Centro per la Giustizia Minorile per la Lombardia

Nel distretto di Corte d"Appello di Milano è operativa un"unità centralizzata che svolge un"azione di presa in carico diretta e/o di invio dei minori sottoposti a procedimento penale ai SERT territorialmente competenti. Detta unità è strutturata come équipe multidisciplinare, psico-socio-educativa e sanitaria specialistica per le prestazioni di diagnosi e cura per minori d"area penale assuntori di sostanze stupefacenti e/o alcoliche.

Le attività del servizio sono erogate sia all"interno dell"Istituto Penale Minorile C. Beccaria sia presso una sede esterna denominata "Spazio Blu" che garantisce la prosecuzione del programma trattamentale avviato presso l"Istituto Penale per i Minorenni così come la presa in carico dei minori, non detenuti, segnalati dall"Ufficio di Servizio Sociale per i Minorenni di Milano o dalla Autorità Giudiziaria Minorile.

Dal 2009 è attivo un intervento di diagnosi precoce sui minori in stato di fermo/arresto/accompagnamento, presso il Centro di Prima Accoglienza di Milano. Tale intervento consiste in un colloquio psicologico e/o sanitario che rileva il profilo di rischio di abuso di sostanze e l"opportunità di successivi approfondimenti diagnostici. L"erogazione di detti interventi rientra nelle competenze istituzionali della ASL.

L"attività svolta dall"équipe multidisciplinare nei singoli Servizi della Giustizia Minorile è regolamentata da appositi protocolli operativi sottoscritti nell"ambito dell"accordo quadro tra il Centro per la Giustizia Minorile e la Regione Lombardia – ASL di Milano.

Nel distretto di Corte D"Appello di Brescia si rileva un"intesa attività di collaborazione tra l"USSM e i Servizi specialistici del territorio nel settore delle dipendenze. Elemento tipicizzante del territorio bresciano è, soprattutto, la positività delle collaborazioni con gli SMI (Servizi Multidisciplinari integrati) ovvero i servizi del privato sociale accreditati con le Asl competenti. Per quanto riguarda gli inserimenti dei minori/giovani adulti con problemi di tossicodipendenza nelle comunità terapeutiche, i dati rilevati del 2014 sono: 28 collocamenti per 19 soggetti, di cui 13 ai sensi dell"art. 22 del D.P.R. 22 settembre 1988, n. 448 e 5 ai sensi dell"art. 28 del D.P.R. 22 settembre 1988, n. 448.

Centro per la Giustizia Minorile per il Piemonte, Valle d'Aosta, Liguria

Regione Piemonte

E" previsto, per tutti i soggetti che fanno ingresso nel Centro di prima accoglienza (CPA) piemontese e nell"Istituto penitenziario minorile (IPM) di Torino, uno *screening* sulle condizioni di salute del minorenne e sull"uso di sostanze psicoattive. Viene inoltre richiesto al giovane ospite il consenso per la raccolta di un campione urinario per la ricerca dei metaboliti delle sostanze psicoattive. E" poi prevista un"attività di consulenza medica tossicologica e psicologica da parte del personale del Ser.T per tutti i soggetti che presentano problematiche di uso-abuso-dipendenza da sostanze psicotrope.

A tale riguardo si riportano i dati relativi ai risultati delle predette attività di screening**:**

CPA TORINO: Su 147 ingressi di minori nell‟anno 2014 si sono registrati 59 esiti positivi al drug test.

IPM TORINO: Su 108 ingressi, si sono registrati 65 esiti positivi al drug test .

Per i minori del circuito penale in stato di libertà, che siano segnalati dall‟USSM al Servizio dipendenze dell‟ASL, è prevista, a cura di operatori specializzati, una preliminare fase di conoscenza e valutazione diagnostica sull‟ uso-abuso-dipendenza da sostanze psicotrope legali e illegali.

Nei confronti dei ragazzi ospiti del CPA, ristretti in IPM o in carico all‟USSM, qualora l‟ipotesi progettuale preveda l‟inserimento in una comunità terapeutica, la ricerca della struttura di collocamento viene effettuata dal Ser.T competente, così come indicato nelle "Linee Guida per l‟assistenza sanitaria dei minori e giovani adulti in collaborazione con i Servizi della Giustizia Minorile" della Regione Piemonte.

Nell‟anno 2014 risultano collocati in comunità terapeutiche 8 minori di cui 2 in comunità per soggetti con doppia diagnosi.

Si segnala, quale criticità del distretto, la carenza di strutture dedicate al trattamento di minorenni consumatori/poliassuntori di sostanze anche se, al fine di ovviare a tale carenza, è stato istituito un tavolo di lavoro con la Regione Piemonte (Direzione Coesione Sociale e Sanità) per l‟attivazione di nuove strutture terapeutiche per l‟accoglienza di minori con problemi di assunzione di sostanze stupefacenti.

Regione Liguria

Nel Centro di Prima Accoglienza di Genova, lo screening sull‟uso di sostanze psicoattive dei soggetti che fanno ingresso nel servizio viene effettuato solo in situazioni di rischio. Nel 2014, su 37 ingressi, il drug test non è mai stato effettuato.

Anche per l‟anno 2014 è proseguita la collaborazione con il Centro Diurno "My Space" che accoglie minori e giovani con libero accesso o segnalati dai Ser.T.

Relativamente al reperimento delle comunità terapeutiche si precisa che, in accordo con l‟ASL Genovese, è il Centro per la Giustizia Minorile a reperire la comunità in cui collocare un minore in misura cautelare ai sensi dell‟art. 22 DPR 22 settembre 1988, n. 448.

Nel 2014 sono stati inseriti 7 ragazzi in comunità terapeutiche.

Perdura su tutto il territorio ligure la grave carenza di strutture terapeutiche per minori e per giovani-adulti assuntori/poli-assuntori di sostanze stupefacenti o con doppia diagnosi.

Centro per la Giustizia Minorile per la Toscana e l'Umbria

Si registra una collaborazione proficua con i Ser.T nelle Regioni Toscana e Umbria attraverso specifici accordi volti al miglioramento della collaborazione per la presa in carico dei minori con problemi di abuso di sostanze. Si segnala altresì un accordo con l‟Ufficio NOT della Prefettura di Firenze volto alla conoscenza dei minori segnalati amministrativamente e che potrebbero essere in carico ai servizi minorili della Giustizia.

Nell‟Istituto penitenziario minorile di Firenze sono stati sottoposti a drug test 85 minori di cui 40 sono risultati positivi. In particolare, 33 soggetti sono risultati positivi alla cannabinoide e 7 alla cocaina.

Centro per la Giustizia Minorile per il Lazio

Il Centro per la Giustizia Minorile per il Lazio ha stipulato un accordo con l"Agenzia Capitolina sulle Tossicodipendenze – Istituzione di Roma Capitale. La citata Agenzia garantisce l"accoglienza dei minori/giovani adulti, autori di reato e a rischio di tossicodipendenza, presso strutture residenziali e semiresidenziali, con percorsi "protetti", di orientamento, di formazione ed inserimento lavorativo.

Nell"ambito della collaborazione tra alcune ASL di Roma ed il Centro Giustizia Minorile del Lazio continua il lavoro del gruppo interistituzionale per gli inserimenti in comunità, orientato alla valutazione integrata e all"attivazione di interventi multi-professionali nelle comunità, anche a carattere preventivo.

Sono stati disposti 28 collocamenti nelle due comunità specializzate.

Nel Centro di prima accoglienza di Roma è stato richiesto l"intervento del SERT per 29 soggetti, di cui 17 italiani e 12 stranieri.

Tra i detenuti ristretti presso l'IPM di Roma sono stati accertati 18 soggetti con patologie droghe correlate, di cui 16 maschi e 2 femmine.

Centro per la Giustizia Minorile per l'Abruzzo, Marche e Molise

Nel 2014 i collocamenti in strutture terapeutiche per il trattamento della dipendenza da sostanze stupefacenti sono stati per 13 casi solo di genere maschile. Le strutture sono state individuate dai Servizi specialistici sanitari.

Nel territorio abruzzese e in quello del Molise si riscontra una sostanziale carenza di comunità terapeutiche in grado di accogliere minori tossicodipendenti. Ciò comporta la necessità di ricorrere a strutture operanti in altre Regioni.

Ulteriori difficoltà si riscontrano nei casi di doppia diagnosi che richiedono interventi altamente specializzati.

Un altro elemento di difficoltà è quello relativo alla conciliazione dei tempi di giustizia, specialmente per l"esecuzione della misura cautelare in comunità, con quelli dei Servizi sanitari.

Centro per la Giustizia Minorile per la Campania

Nei diversi Servizi Minorili della Campania sono attivi Protocolli d"Intesa che prevedono l"intervento del Ser.T per l"effettuazione degli esami tossicologici e per tutti gli interventi necessari.

Nell"ambito dell"Osservatorio permanente sulla Sanità Penitenziaria previsto dal DPCM 1.4.2008 sono stati costituiti due gruppi di lavoro che hanno elaborato le seguenti linee guida:

- "Linee guida per la presentazione delle richieste di attivazione di programmi terapeutico riabilitativi per tossicodipendenti";
- "Linee guida per la gestione degli inserimenti in comunità terapeutica dei minori tossicodipendenti e portatori di disagio psichico sottoposti a provvedimento penale".

Nell'IPM di Nisida è attivo un presidio Ser.T, per circa 7 ore alla settimana che, nel corso dell'anno 2014, ha effettuato in totale 88 interventi. Nel CPA di Napoli è attivo un Protocollo d'intesa con il Ser.T di Secondigliano anche per gli esami tossicologici.

Si sono registrati 8 collocamenti in comunità terapeutiche.

Centro per la Giustizia Minorile per la Puglia

In tutti i servizi minorili del distretto pugliese si provvede sistematicamente a segnalare tutti i minori con problematiche connesse all'uso di droghe e di alcool all'Unità Operativa del Ser.D.

Centro per la Giustizia Minorile per la Calabria e la Basilicata

Nel distretto della Calabria e Basilicata si è constatato un aumento del consumo di cocaina, di cannabis e di uso degli alcolici nei fine settimana così come si è rilevato che l'inizio dell'assunzione di sostanze e soprattutto di alcool sia diventata sempre più precoce.

In merito agli interventi specifici posti in essere si segnala che nel CPA/Comunità di Reggio Calabria, è stato realizzato il progetto "Laboratorio di educazione alla salute" che ha previsto percorsi di sensibilizzazione dei ragazzi relativamente ai rischi connessi all'assunzione di sostanze stupefacenti ed all'abuso di alcool.

Per quanto riguarda il numero dei soggetti segnalati ai Ser.T dai servizi minorili della Regione si riportano a seguire i dati per ciascun servizio : il CPA/Comunità di Reggio Calabria ha segnalato un solo soggetto; l'IPM di Catanzaro ha segnalato otto soggetti, di cui due con doppia diagnosi.

Nei Servizi minorili lucani, il numero dei ragazzi assuntori di sostanze è risultato esiguo: la Comunità di Potenza ha ospitato un solo minore assuntore e 2 con doppia diagnosi.

Centro per la Giustizia Minorile per la Sardegna

L'USSM di Cagliari è impegnato, ormai da anni, in collaborazione con gli Enti Locali e le scuole del territorio, nelle attività di prevenzione e contrasto del fenomeno di uso/abuso di sostanze stupefacenti e alcool nella popolazione giovanile.

Nell'Istituto penitenziario minorile di Quartucciu, nel 2014, sono risultati assuntori di sostanze stupefacenti 7 minori. I collocamenti in comunità terapeutica sono stati invece 9 di cui due per doppia diagnosi.

Centro per la Giustizia Minorile per la Sicilia

Negli Istituti penitenziari minorili di Palermo, Catania e Acireale sono stati effettuati 347 drug-test e sono risultati assuntori 72 soggetti, di questi sono stati presi in carico dal Sert 54 ragazzi. Per i ragazzi arrestati che hanno fatto ingresso nei Centri di prima accoglienza sono risultati assuntori di sostanze stupefacenti 54 soggetti.

I ragazzi inseriti in comunità terapeutica sono stati 6, mentre in comunità specialistiche per doppia diagnosi 3.

Per quanto riguarda la Comunità ministeriale di Caltanissetta, il Servizio ha stipulato con il locale SerT un accordo operativo che garantisce ai giovani ospiti, già nella fase di ingresso, le analisi dei metaboliti urinari e i colloqui di sostegno specialistico per quei ragazzi con problematiche legate

all‟uso di sostanze stupefacenti. Nell‟anno 2014 i giovani assuntori di sostanze stupefacenti sono stati 7 tutti di genere maschile mentre i ragazzi presi in carico dal Ser.T sono stati 4.

2.3.1 Elaborazione su dati regionali: rilevazione minori tossicodipendenti in carcere

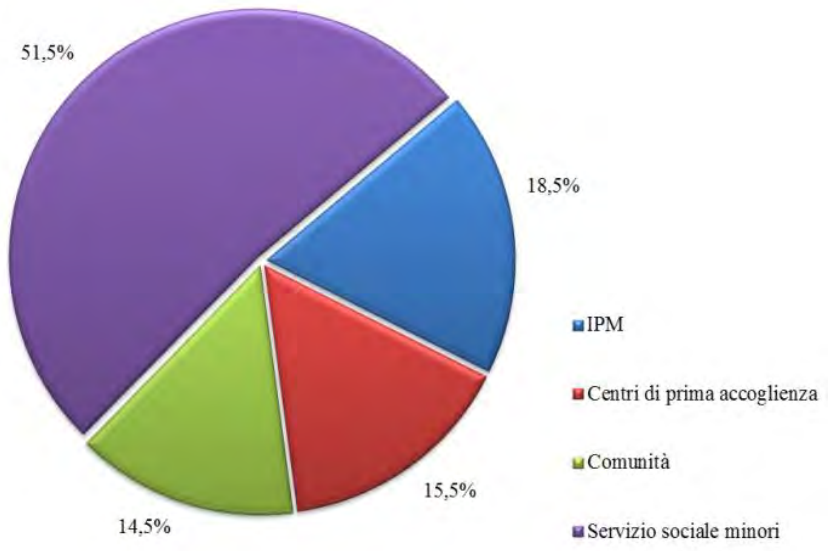
Si prendono in analisi i dati provenienti dalle Regioni relativi ai minori con problemi droga e alcol correlati che si trovano in carcere o in altre strutture di detenzione. Per ciascun soggetto si distingue la dipendenza da alcol e droga, secondo la diagnosi ICD –IX CM, dal mero consumo in assenza di diagnosi.

I dati rilevati sono parziali e di esigua numerosità, si procede a descrivere la situazione dei minori tossicodipendenti ristretti in carcere o nelle altre strutture di detenzione.

Nell‟anno 2014 i minori che si trovavano in stato di detenzione e risultavano affetti da problemi droga correlati è pari a 821.

La maggior parte di essi era recluso in Servizi Sociali per Minori (51,5% circa), seguiti dagli Istituti Penitenziari Minorili (18,5%), i Centri di Prima Accoglienza (15,5% circa) e le Comunità (14,5%).

Figura 691: Minori tossicodipendenti per struttura di detenzione. Anno 2014

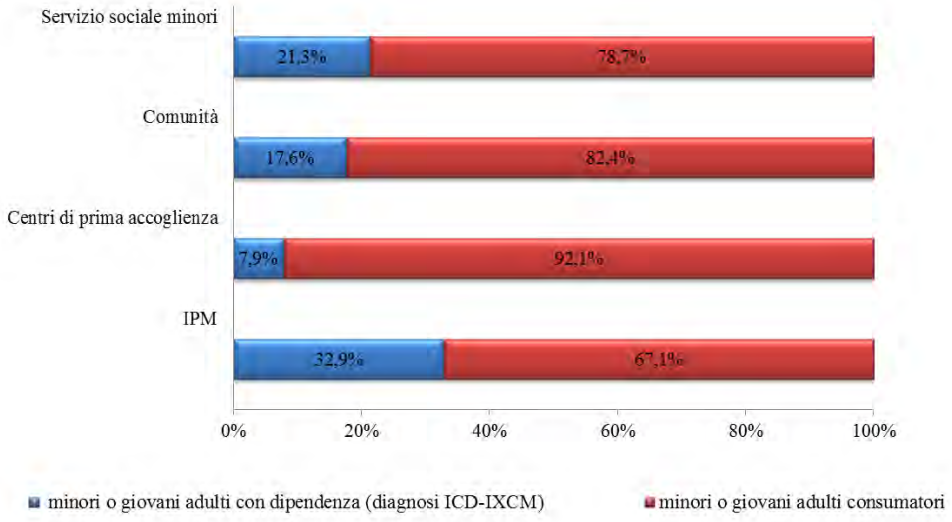


Fonte: Elaborazione su dati provenienti dalle Regioni e dalle PP. AA. – Rilevazione Minori Tossicodipendenti in carcere –Anno 2014

La percentuale dei soggetti tossicodipendenti con una diagnosi di dipendenza è pari al 20,8% del totale (171 su 821), mentre quella relativa ai soggetti dediti al mero consumo è del 79,2% (650 su 821).

Classificando i minori rispetto alla tipologia di struttura che li accoglie e allo stato di dipendenza o consumo, si nota che i tossicodipendenti secondo diagnosi ICD IX sono particolarmente presenti negli IPM (33% circa).

Figura 70: Minori tossicodipendenti per struttura di detenzione. Anno 2014

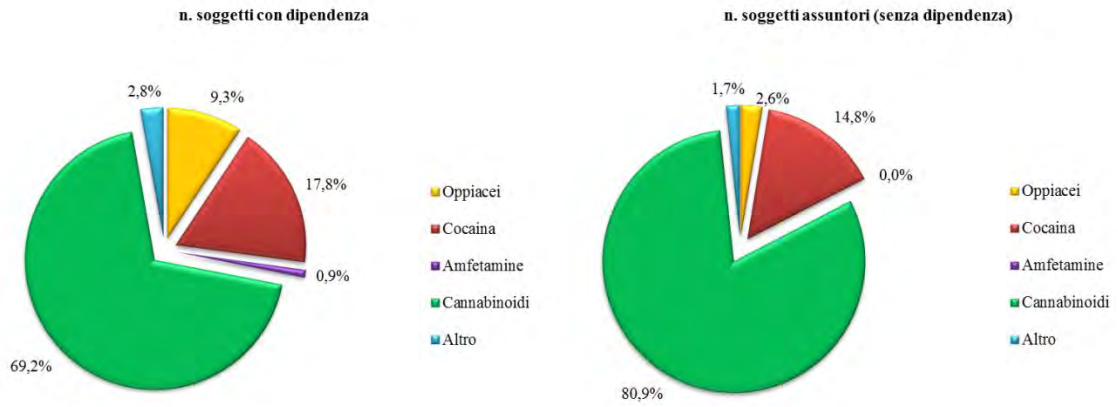


Fonte: Elaborazione su dati provenienti dalle Regioni e dalle PP. AA. – Rilevazione Minori Tossicodipendenti in carcere –Anno 2014

Quanto al tipo si sostanza consumata, le informazioni a disposizione si hanno solo per 647 soggetti (78,8% del totale) e da tali informazioni si evince che la maggior parte dei minori tossicodipendenti, con o senza diagnosi, utilizza principalmente cannabinoidi e cocaina. In particolare tra i dipendenti il 69,2% abusa di cannabinoidi , il 17,8% di cocaina e il 9,3% di oppiacei mentre tra i consumatori non dipendenti l'80,9% sceglie i cannabinoidi e il 14,8% la cocaina, in misura minore (2,6%) vi è il consumo di oppiacei.

Si aggiunge che il 19,7% dei minori tossicodipendenti detenuti presentava poliabuso (162 su 821).

Figura 2: Sostanze utilizzate Minori tossicodipendenti, con o senza diagnosi. Anno 2014

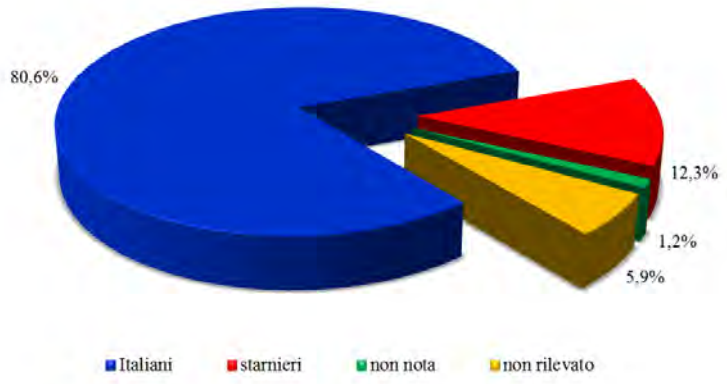


Fonte: Elaborazione su dati provenienti dalle Regioni e dalle PP. AA. – Rilevazione Minori Tossicodipendenti in carcere –Anno 2014

Poiché la maggior parte dei dati oggetto di studio sono stati raccolti presso i Servizi Sociali per Minori (SSM), si effettua una analisi più approfondita della tossicodipendenza tra minori in carcere provenienti da tali istituti.

Negli SSM nel 2014 risultano entrati 423 minori tossicodipendenti, per l'81% di cittadinanza italiana e per il 12,3% stranieri.

Figura 72: Minori tossicodipendenti, con o senza diagnosi per cittadinanza. Anno 2014



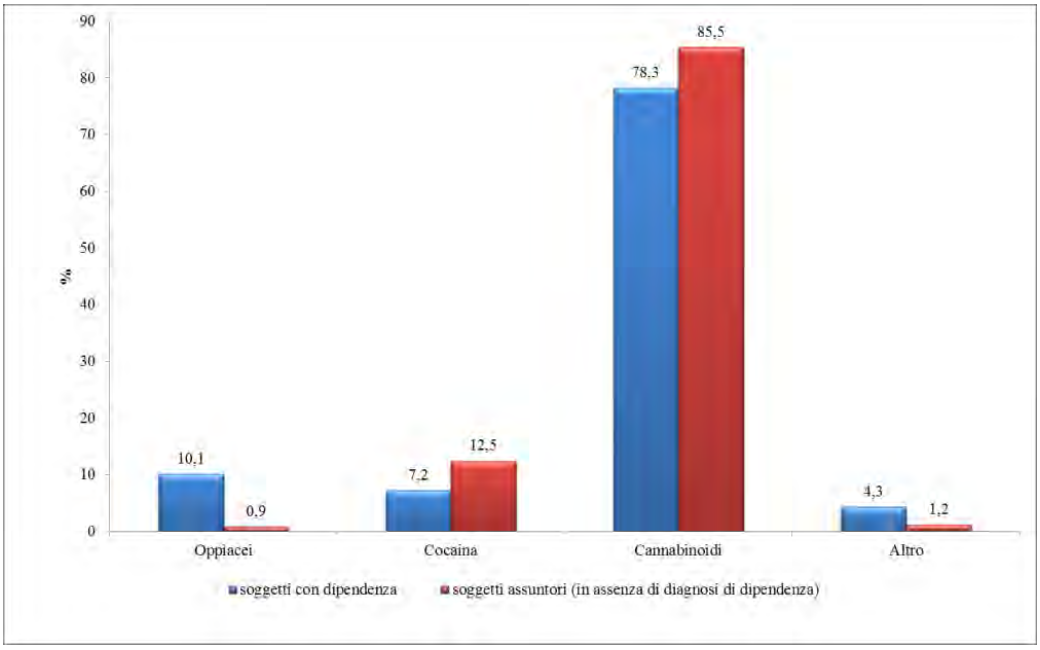
Fonte: Elaborazione su dati provenienti dalle Regioni e dalle PP. AA. – Rilevazione Minori Tossicodipendenti in carcere –Anno 2014

Si tratta di minori di sesso maschile (sono solo 16 le ragazze tossicodipendenti in SSM) e con età intorno ai 17 anni (34% circa).

L'80% dei minori tossicodipendenti carcerato nei Servizi Sociali per Minori è consumatore mentre per il restante 20% vi è una diagnosi di dipendenza.

Le informazioni sul tipo di sostanza consumata si hanno per la gran parte dei soggetti (96% circa). Sia per il gruppo di minori con diagnosi di dipendenza che per quello di assuntori, la sostanza principalmente utilizzata è la cannabis (78,3% e 85,5%, rispettivamente).

Figura 73: Sostanze utilizzate Minori tossicodipendenti, con o senza diagnosi detenuti in SSM. Anno 2014



Fonte: Elaborazione su dati provenienti dalle Regioni e dalle PP. AA. – Rilevazione Minori Tossicodipendenti in carcere –Anno 2014

Si rileva, infine, che l"11% circa dei minori tossicodipendenti detenuto abusa contemporaneamente di più sostanze.

APPENDICE

Prospetti riepilogativi nazionali dell'indagine sui detenuti tossicodipendenti a cura del Dap

Il D.P.C.M. del 1° aprile 2008 dispone, con il trasferimento delle funzioni sanitarie dal Ministero della Giustizia alle Regioni, il passaggio della titolarità dei dati sanitari, attribuiti con questa norma al SSR. Tuttavia è previsto che l"Amministrazione Penitenziaria possa accedere ai dati sensibili sanitari relativi ai detenuti e agli internati per lo svolgimento dei propri compiti istituzionali (accordo del 20 Novembre 2008, punto e) della parte relativa agli strumenti di collaborazione interistituzionale, collegamento tra le funzioni riguardanti la salute e le funzioni di sicurezza e trattamento).

Nonostante risulti evidente la necessità per l"Amministrazione Penitenziaria di conoscere il numero di detenuti tossicodipendenti e la loro distribuzione sul territorio, ai fini dell"attività di custodia e trattamento degli stessi, si riscontra tuttora una mancanza di collaborazione da parte di alcuni Sert, che comporta lacune nei dati. Di seguito vengono evidenziate le difficoltà incontrate da questo Ufficio nella rilevazione dei dati relativi al secondo semestre 2014.

Nel semestre suddetto i seguenti istituti non hanno fornito i dati per l"indagine:

- C.R. SPOLETO (dati puntuali e di flusso, scheda 1 e 2)
- C.C. ROMA REBIBBIA N.C (dati di flusso, scheda 2)

RIEPILOGHI NAZIONALI.

scheda 1 - Detenuti presenti di cui: tossicodipendenti, stranieri e tossicodipendenti stranieri distinti per sesso.

scheda 2 - Detenuti entrati dalla libertà di cui: tossicodipendenti, stranieri e tossicodipendenti stranieri distinti per sesso

scheda 3 - Rilevamento popolazione detenuta ristretta per reati di cui all' Art.73 T.U. 309/90 e per altri reati, di cui stranieri.

scheda 4 - Rilevamento popolazione detenuta entrata dalla libertà per reati di cui all' Art.73 T.U. 309/90 e per altri reati, di cui stranieri.

ELENCHI PER ISTITUTO.

scheda 1 - Detenuti presenti di cui: tossicodipendenti, stranieri e tossicodipendenti stranieri distinti per sesso.

scheda 2 - Detenuti entrati dalla libertà di cui: tossicodipendenti, stranieri e tossicodipendenti stranieri distinti per sesso.

scheda 3 - Rilevamento popolazione detenuta ristretta per reati di cui all 'Art.73 T.U. 309/90 e per altri reati, di cui stranieri.

scheda 4 - Rilevamento popolazione detenuta entrata dalla libertà per reati di cui all' Art.73 T.U. 309/90 e per altri reati, di cui stranieri.

Fonte: Ufficio per lo Sviluppo e la Gestione del Sistema Informativo Automatizzato - Sezione Statistica.

Situazione al 31 Dicembre 2014 **TOSSICODIPENDENZA Riepilogo Scheda 1**

DETENUTI TOSSICODIPENDENTI

REGIONE	DETENUTI PRESENTI			DETENUTI TOSSICODIPENDENTI				DETENUTI PRESENTI STRANIERI				DETENUTI STRANIERI TOSSICODIPENDENTI			
	UOMINI	DONNE	TOTALE	UOMINI	DONNE	TOTALE	% SU PRESENTI	UOMINI	DONNE	TOTALE	% SU PRESENTI	UOMINI	DONNE	TOTALE	% SU PRES. STRAN.
ABRUZZO	1746	71	1817	302	15	317	17,45%	182	10	192	10,57%	18	0	18	9,38%
BASILICATA	444	11	455	86	3	89	19,56%	64	1	65	14,29%	7	0	7	10,77%
CALABRIA	2346	51	2397	189	0	189	7,88%	320	9	329	13,73%	16	0	16	4,86%
CAMPANIA	6828	360	7188	1538	22	1560	21,70%	814	60	874	12,16%	137	3	140	16,02%
EMILIA ROMAGNA	2767	117	2884	979	37	1016	35,23%	1290	57	1347	46,71%	514	7	521	38,68%
FRIULI VENEZIA GIULIA	594	21	615	66	4	70	11,38%	221	10	231	37,56%	22	0	22	9,52%
LAZIO	5210	390	5600	1652	78	1730	30,89%	2223	194	2417	43,16%	498	17	515	21,31%
LIGURIA	1339	72	1411	426	13	439	31,11%	728	38	766	54,29%	187	0	187	24,41%
LOMBARDIA	7393	431	7824	2413	75	2488	31,80%	3255	204	3459	44,21%	894	25	919	26,57%
MARCHE	840	29	869	185	11	196	22,55%	374	14	388	44,65%	70	1	71	18,30%
MOLISE	322	0	322	91	0	91	28,26%	29	0	29	9,01%	7	0	7	24,14%
PIEMONTE	3463	126	3589	688	9	697	19,42%	1487	64	1551	43,22%	280	2	282	18,18%
PUGLIA	3107	173	3280	648	15	663	20,21%	520	39	559	17,04%	27	0	27	4,83%
SARDEGNA	1804	35	1839	462	12	474	25,77%	432	8	440	23,93%	112	1	113	25,68%
SICILIA	5840	122	5962	1249	27	1276	21,40%	1155	24	1179	19,78%	172	3	175	14,84%
TOSCANA	3156	113	3269	859	24	883	27,01%	1523	50	1573	48,12%	418	6	424	26,95%
TRENTINO ALTO ADIGE	269	20	289	69	4	73	25,26%	199	10	209	72,32%	46	0	46	22,01%
UMBRIA	1362	42	1404	203	7	210	14,96%	391	18	409	29,13%	79	0	79	19,32%
VALLE D'AOSTA	134	0	134	22	0	22	16,42%	84	0	84	62,69%	7	0	7	8,33%
VENETO	2355	120	2475	695	27	722	29,17%	1303	58	1361	54,99%	387	3	390	28,66%
TOTALE	51319	2304	53623	12822	383	13205	24,63%	16594	868	17462	32,56%	3898	68	3966	22,71%

Dati relativi al 2° Semestre 2014 — **TOSSICODIPENDENZA Riepilogo Scheda 2**

ENTRATI DALLA LIBERTA' TOSSICODIPENDENTI

REGIONE	ENTRATI DALLA LIBERTA'			ENTRATI DALLA LIBERTA' TOSSICODIPENDENTI				ENTRATI DALLA LIBERTA' STRANIERI				ENTRATI DALLA LIBERTA' STRANIERI TOSSICODIPENDENTI			
	UOMINI	DONNE	TOTALE	UOMINI	DONNE	TOTALE	% SU ENTRATI	UOMINI	DONNE	TOTALE	% SU PRESENTI	UOMINI	DONNE	TOTALE	% SU ENTRATI STRAN.
ABRUZZO	363	54	417	149	4	153	36,69%	149	12	161	38,61%	31	0	31	19,25%
BASILICATA	75	4	79	22	1	23	29,11%	14	3	17	21,52%	0	0	0	0,00%
CALABRIA	878	56	934	45	0	45	4,82%	156	13	169	18,09%	11	0	11	6,51%
CAMPANIA	2.310	180	2.490	590	22	612	24,58%	405	36	441	17,71%	74	3	77	17,46%
EMILIA ROMAGNA	1.470	116	1.586	563	26	589	37,14%	885	63	948	59,77%	281	9	290	30,59%
FRIULI VENEZIA GIULIA	376	42	418	40	0	40	9,57%	183	24	207	49,52%	10	0	10	4,83%
LAZIO	2.578	258	2.836	584	11	595	20,98%	1.383	148	1.531	53,98%	270	5	275	17,96%
LIGURIA	781	65	846	352	26	378	44,68%	519	34	553	65,37%	206	1	207	37,43%
LOMBARDIA	3.546	264	3.810	1.154	41	1.195	31,36%	2.118	173	2.291	60,13%	572	10	582	25,40%
MARCHE	348	34	382	194	14	208	54,45%	191	16	207	54,19%	76	1	77	37,20%
MOLISE	83	0	83	32	0	32	38,55%	11	0	11	13,25%	7	0	7	63,64%
PIEMONTE	1.619	117	1.736	402	22	424	24,42%	880	48	928	53,46%	178	4	182	19,61%
PUGLIA	1.796	111	1.907	626	15	641	33,61%	422	46	468	24,54%	35	0	35	7,48%
SARDEGNA	386	25	411	114	6	120	29,20%	57	6	63	15,33%	6	0	6	9,52%
SICILIA	2.078	73	2.151	283	5	288	13,39%	651	20	671	31,19%	43	1	44	6,56%
TOSCANA	1.234	98	1.332	459	18	477	35,81%	805	49	854	64,11%	275	5	280	32,79%
TRENTINO ALTO ADIGE	193	15	208	66	5	71	34,13%	137	4	141	67,79%	45	0	45	31,91%
UMBRIA	275	22	297	90	4	94	31,65%	177	11	188	63,30%	46	0	46	24,47%
VALLE D'AOSTA	29	2	31	4	0	4	12,90%	22	1	23	74,19%	2	0	2	8,70%
VENETO	1.061	94	1.155	379	16	395	34,20%	700	55	755	65,37%	243	2	245	32,45%
TOTALE NAZIONALE	21.479	1.630	23.109	6.148	236	6.384	27,63%	9.865	762	10.627	45,99%	2.411	41	2.452	23,07%

Situazione al 31 Dicembre 2014 — **TOSSICODIPENDENZA RIEPILOGO Scheda 3**

DETENUTI PRESENTI PER REATO, STATO DI TOSSICODIPENDENZA, NAZIONALITA'

ISTITUTO	QUADRO 1			QUADRO 2			QUADRO 3			QUADRO 4		
	DETENUTI PRESENTI			DETENUTI PRESENTI			DETENUTI PRESENTI STRANIERI			DETENUTI PRESENTI STRANIERI		
	RISTRETTI PER ART. 73 T.U.309/90	RISTRETTI PER ALTRI REATI	TOTALE	TOSSICODIP.	NON TOSSICODIP.	TOTALE	RISTRETTI PER ART. 73 T.U.309/90	RISTRETTI PER ALTRI REATI	TOTALE	TOSSICODIP.	NON TOSSICODIP.	TOTALE
ABRUZZO	621	1196	1817	317	1500	1817	75	117	192	18	174	192
BASILICATA	172	283	455	89	366	455	25	40	65	7	58	65
CALABRIA	654	1743	2397	189	2208	2397	45	284	329	16	313	329
CAMPANIA	2428	4760	7188	1560	5628	7188	306	568	874	140	734	874
EMILIA ROMAGNA	908	1976	2884	1016	1868	2884	524	823	1347	521	826	1347
FRIULI VENEZIA GIULIA	162	453	615	70	545	615	66	165	231	22	209	231
LAZIO	1931	3669	5600	1730	3870	5600	828	1589	2417	515	1902	2417
LIGURIA	561	850	1411	439	972	1411	355	411	766	187	579	766
LOMBARDIA	2551	5273	7824	2488	5336	7824	1318	2141	3459	919	2540	3459
MARCHE	375	494	869	196	673	869	201	187	388	71	317	388
MOLISE	133	189	322	91	231	322	17	12	29	7	22	29
PIEMONTE	1127	2462	3589	697	2892	3589	642	909	1551	282	1269	1551
PUGLIA	1109	2171	3280	663	2617	3280	132	427	559	27	532	559
SARDEGNA	755	1084	1839	474	1365	1839	268	172	440	113	327	440
SICILIA	1730	4232	5962	1276	4686	5962	273	906	1179	175	1004	1179
TOSCANA	1102	2167	3269	883	2386	3269	635	938	1573	424	1149	1573
TRENTINO ALTO ADIGE	139	150	289	73	216	289	123	86	209	46	163	209
UMBRIA	572	832	1404	210	1194	1404	217	192	409	79	330	409
VALLE D'AOSTA	49	85	134	22	112	134	34	50	84	7	77	84
VENETO	916	1559	2475	722	1753	2475	631	730	1361	390	971	1361
TOTALE	17995	35628	53623	13205	40418	53623	6715	10747	17462	3966	13496	17462

Dati relativi al 2° Semestre 2014 **TOSSICODIPENDENZA RIEPILOGO Scheda 4**

ENTRATI DALLA LIBERTA' PER REATO, STATO DI TOSSICODIPENDENZA, NAZIONALITA'

REGIONE	QUADRO 1			QUADRO 2			QUADRO 3			QUADRO 4		
	ENTRATI DALLA LIBERTA'			ENTRATI DALLA LIBERTA'			ENTRATI DALLA LIBERTA' STRANIERI			ENTRATI DALLA LIBERTA' STRANIERI		
	RISTRETTI PER ART. 73 T.U.309/90	RISTRETTI PER ALTRI REATI	TOTALE	TOSSICODIP.	NON TOSSICODIP.	TOTALE	RISTRETTI PER ART. 73 T.U.309/90	RISTRETTI PER ALTRI REATI	TOTALE	TOSSICODIP.	NON TOSSICODIP.	TOTALE
ABRUZZO	108	309	417	153	264	417	51	110	161	31	130	161
BASILICATA	24	55	79	23	56	79	0	17	17	0	17	17
CALABRIA	161	773	934	45	889	934	9	160	169	11	158	169
CAMPANIA	655	1835	2490	612	1878	2490	114	327	441	77	364	441
EMILIA ROMAGNA	452	1134	1586	589	997	1586	320	628	948	290	658	948
FRIULI VENEZIA GIULIA	74	344	418	40	378	418	29	178	207	10	197	207
LAZIO	667	2169	2836	595	2241	2836	341	1190	1531	275	1256	1531
LIGURIA	248	598	846	378	468	846	169	384	553	207	346	553
LOMBARDIA	1020	2790	3810	1195	2615	3810	650	1641	2291	582	1709	2291
MARCHE	148	234	382	208	174	382	97	110	207	77	130	207
MOLISE	18	65	83	32	51	83	1	10	11	7	4	11
PIEMONTE	414	1322	1736	424	1312	1736	287	641	928	182	746	928
PUGLIA	497	1410	1907	641	1266	1907	79	389	468	35	433	468
SARDEGNA	116	295	411	120	291	411	30	33	63	6	57	63
SICILIA	459	1692	2151	288	1863	2151	89	582	671	44	627	671
TOSCANA	374	958	1332	477	855	1332	280	574	854	280	574	854
TRENTINO ALTO ADIGE	54	154	208	71	137	208	49	92	141	45	96	141
UMBRIA	136	161	297	94	203	297	101	87	188	46	142	188
VALLE D'AOSTA	1	30	31	4	27	31	0	23	23	2	21	23
VENETO	383	772	1155	395	760	1155	268	487	755	245	510	755
TOTALE	6009	17100	23109	6384	16725	23109	2964	7663	10627	2452	8175	10627

Serie storica dei detenuti tossicodipendenti e dei detenuti ristretti per reati di cui all'articolo 73 DPR n. 309/90.

TOSSICODIPENDENZA E VIOLAZIONI ART. 73 TU 309/90

Serie storica detenuti presenti anni 1992 - 2014

DATA DI RILEVAZIONE	DETENUTI PRESENTI		DETENUTI TOSSICODIPENDENTI PRESENTI			DETENUTI RISTRETTI PER REATI DI CUI ALL'ART. 73 TU 309/90		
	Totale	di cui stranieri	Totale	di cui stranieri	% tossicodipendenti rispetto ai presenti	Totale	di cui stranieri	% art. 73 rispetto ai presenti
31/12/1992	47.316	7.237	14.818	1.681	31,32	15.680	3.749	33,14
30/06/1993	51.937	7.557	15.531	1.927	29,90	17.414	3.499	33,53
31/12/1993	50.348	7.770	15.135	2.104	30,06	15.820	3.478	31,42
30/06/1994	54.616	8.540	15.957	2.333	29,22	18.293	4.191	33,49
31/12/1994	51.165	8.481	14.742	2.321	28,81	17.629	4.298	34,46
30/06/1995	51.973	8.566	15.336	2.501	29,51	18.121	4.256	34,87
31/12/1995	46.908	8.147	13.488	2.541	28,75	16.378	4.184	34,92
30/06/1996	48.694	8.803	14.216	2.652	29,19	16.467	4.324	33,82
31/12/1996	47.709	9.373	13.859	2.823	29,05	16.595	4.608	34,78
30/06/1997	49.554	10.609	14.728	2.994	29,72	16.627	5.075	33,55
31/12/1997	48.495	10.825	14.074	3.336	29,02	17.120	5.364	35,30
30/06/1998	50.578	11.695	14.081	3.259	27,84	18.047	6.154	35,68
31/12/1998	47.811	11.973	13.567	3.263	28,38	17.216	6.255	36,01
30/06/1999	50.856	13.317	14.264	3.270	28,05	18.913	6.595	37,19
31/12/1999	51.814	14.057	15.097	3.681	29,14	19.314	7.521	37,28
30/06/2000	53.537	14.918	14.602	3.418	27,27	19.370	7.754	36,18
31/12/2000	53.165	15.582	14.440	3.837	27,16	19.347	7.803	36,39
30/06/2001	55.393	16.378	15.173	4.021	27,39	20.000	8.634	36,11
31/12/2001	55.275	16.294	15.442	3.879	27,94	20.295	8.554	36,72
30/06/2002	56.277	17.049	15.698	4.193	27,89	22.054	9.508	39,19
31/12/2002	55.670	16.788	15.429	4.138	27,72	21.922	9.282	39,38
30/06/2003	56.403	16.636	14.507	3.375	25,72	22.052	9.149	39,10
31/12/2003	54.237	17.007	14.332	3.190	26,42	21.107	9.247	38,92
30/06/2004	56.532	17.783	15.329	3.421	27,12	22.202	9.585	39,27
31/12/2004	56.068	17.819	15.558	3.346	27,75	21.730	9.557	38,76
30/06/2005	59.125	19.071	16.179	3.016	27,36	23.012	9.990	38,92
31/12/2005	59.523	19.836	16.135	3.564	27,11	23.156	10.028	38,90
30/06/2006	61.264	20.221	16.145	3.370	26,35	23.749	10.177	38,77
31/12/2006	39.005	13.152	8.363	1.901	21,44	14.640	6.214	37,53
30/06/2007	43.957	15.658	10.275	2.778	23,38	16.452	7.503	37,43
31/12/2007	48.693	18.252	13.424	3.756	27,57	18.222	8.693	37,42
30/06/2008	55.057	20.617	14.743	4.067	26,78	21.037	10.213	38,21
31/12/2008	58.127	21.562	15.772	4.881	27,13	22.727	10.993	39,10
30/06/2009	63.630	23.609	15.835	4.266	24,89	25.252	12.207	39,69
31/12/2009	64.791	24.067	15.887	3.788	24,52	26.052	12.523	40,21
30/06/2010	68.258	24.966	16.635	5.064	24,37	27.252	12.633	39,92
31/12/2010	67.961	24.954	16.245	5.083	23,90	27.294	12.523	40,16
30/06/2011	67.394	24.232	16.063	5.015	23,83	27.947	12.373	41,47
31/12/2011	66.897	24.174	16.364	4.888	24,46	26.559	11.966	39,70
30/06/2012	66.528	23.865	15.654	4.876	23,53	26.061	11.591	39,17
31/12/2012	65.701	23.492	15.663	4.864	23,84	25.269	11.063	38,46
30/06/2013	66.028	23.233	14.767	4.679	22,36	25.096	10.590	38,01
31/12/2013	62.536	21.854	14.879	4.791	23,79	23.346	9.688	37,33
30/06/2014	58.092	19.401	14.612	4.324	25,15	20.385	7.876	35,09
31/12/2014	53.623	17.462	13.205	3.966	24,63	17.995	6.715	33,56

TOSSICODIPENDENZA E VIOLAZIONI ART. 73 TU 309/90

Serie storica detenuti entrati anni 2005 - 2014

SEMESTRE DI RILEVAZIONE	DETENUTI ENTRATI		DETENUTI TOSSICODIPENDENTI ENTRATI			DETENUTI ENTRATI PER REATI DI CUI ALL'ART. 73 TU 309/90		
	Totale	di cui stranieri	Totale	di cui stranieri	% tossicodipendenti rispetto agli entrati	Totale	di cui stranieri	% art. 73 rispetto agli entrati
I sem. 2005	44.345	19.284	12.254	3.361	27,63	12.952	5.178	29,21
II sem. 2005	45.542	21.322	13.287	4.245	29,18	12.825	4.929	28,16
I sem. 2006	47.117	21.682	12.978	3.745	27,54	12.763	4.989	27,09
II sem. 2006	43.597	21.606	11.659	3.595	26,74	12.636	5.336	28,98
I sem. 2007	45.810	21.888	10.969	3.156	23,94	13.632	5.746	29,76
II sem. 2007	44.631	21.972	13.402	4.784	30,03	13.353	5.847	29,92
I sem. 2008	47.108	21.936	13.868	4.747	29,44	14.474	6.382	30,73
II sem. 2008	45.692	21.163	13.529	4.876	29,61	14.391	5.919	31,50
I sem. 2009	45.447	20.792	12.523	4.064	27,56	14.657	6.774	32,25
II sem. 2009	42.619	19.281	12.583	4.316	29,52	13.712	5.686	32,17
I sem. 2010	44.140	19.370	12.404	4.215	28,10	13.744	5.517	31,14
II sem. 2010	40.501	17.928	11.604	4.164	28,65	12.397	4.929	30,61
I sem. 2011	40.065	17.406	10.793	3.625	26,94	12.803	5.333	31,96
II sem. 2011	36.917	15.899	11.639	4.112	31,53	11.649	4.893	31,55
I sem. 2012	32.625	13.899	10.065	3.249	30,85	10.796	4.910	33,09
II sem. 2012	30.395	13.107	8.225	2.853	27,06	9.669	4.178	31,81
I sem. 2013	31.786	13.596	8.359	2.856	26,30	9.818	4.361	30,89
II sem 2013	27.604	12.222	8.184	2.819	29,65	8.333	3.748	30,19
I sem 2014	27.108	12.120	7.426	2.606	27,39	7.963	3.783	29,38
II sem 2014	23.109	10.627	6.384	2.452	27,63	6.009	2.964	26,00

Bibliografia

European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, 2012.

Istat, 2014 *http://demo.istat.it/pop2014/index.html*.

WHO, Regional Office for Europe, 2014. Prison and health.

Relazione annuale al Parlamento, 2014. Uso di sostanze stupefacenti e tossicodipendenze in Italia. Presidenza del Consiglio dei ministri, Dipartimento Politiche antidroga.

http://www.politicheantidroga.it/progetti-e-ricerca/relazioni-al-parlamento/relazione-annuale-2014/presentazione.aspx

Sani G, Pompili P, Angelone M, et al., (2008). Il tentativo di suicidio. In Tatarelli L, Pompili M, (a cura di) *Il suicidio e la sua prevenzione*, pp.63-80, Giovanni Fioriti Editore s.r.l., Roma

strutture socio-riabilitative, i cui risultati, considerati globalmente, permettono di valutare il flusso dei tossicodipendenti che si sono accostati ai presidi privati nel corso dell"anno di riferimento.

La media di utenti presso le strutture socio-riabilitative, rilevata nel corso del 2014, risulta in lieve diminuzione rispetto a quella censita nell"anno precedente. Infatti nell"anno 2014 è stata di 15.297 soggetti a fronte dei 16.189 dell"anno 2013 (diminuzione di circa il 5,5%).

La maggior parte dei presidi è situata nel Nord d"Italia.

Il maggior numero di utenti è stato registrato in Lombardia, Emilia-Romagna, Lazio e Veneto.

Il rapporto tra utenti maschi e femmine evidenzia una preponderante presenza maschile (84% circa).

Tabella 63: Numero di tossicodipendenti in trattamento presso le strutture socio-riabilitative.

Data della rilevazione semestrale	Numero di soggetti in trattamento	Data della rilevazione semestrale	Numero di soggetti in trattamento
30/06/2013	16.052	30/06/2014	15.473
31/12/2013	16.326	31/12/2014	15.121
Media 2013	16.189	Media 2014	15.297

Tabella 64: Distribuzione e ripartizione territoriale del numero dei tossicodipendenti in trattamento presso le strutture socio-riabilitative. Data del 31/12/2013 e del 31/12/2014

ZONE	Numero delle strutture censite		Numero dei tossicodipendenti		Carico medio per struttura	
	31/12/2013	31/12/2014	31/12/2013	31/12/2014	31/12/2013	31/12/2014
Nord	468	462	8688	8365	18	18
Centro	168	169	4129	3829	24	23
Sud	156	152	2301	2011	15	13
Isole	54	51	1208	916	22	18

Tabella 65: Strutture socio-riabilitative esistenti al 31.12.2014

ZONE	Residenziali	Semi Residenziali	Ambulatoriali	Totale
Nord	370	90	62	522
Centro	120	45	19	184
Sud	106	33	37	176
Isole	37	7	13	57
Totale Italia	633	175	131	939

3.3 Sanzioni amministrative e segnalazioni ex artt.75 e 121 TU 309/90

Il Centro Studi Ricerca e Documentazione, Dipartimento per le Politiche del Personale dell"Amministrazione Civile e per le Risorse Strumentali e Finanziarie a seguito del D.L. 24/06/2014 n. 90 (Art. 21) convertito con modificazioni in L. 11/08/2014 e la conseguente soppressione della Scuola Superiore dell"Amministrazione dell"Interno, 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.309/90, i dati sulle strutture socio-riabilitative (censimento nazionale), i tossicodipendenti in trattamento nei medesimi centri di riabilitazione, nonché le iniziative di contrasto alle tossicodipendenze adottate a livello provinciale dagli enti pubblici e dal privato sociale.

Nell"ambito dello svolgimento delle proprie attività istituzionali, nel corso del 2013, questo Ufficio ha curato la seguente pubblicazione: Le Tossicodipendenze in Italia Anno 2013.

Principali prospettive emerse nel 2014 nello svolgimento delle attività e soluzioni possibili/auspicate.

Dall"esame delle informazioni raccolte tramite le Prefetture in materia di tossicodipendenze è emerso che nell"anno 2014 le persone segnalate ex art. 75 sono state 31.272 di cui 29.069 maschi (pari al 92,96%) e 2.203 femmine (pari al 7,04%).

Il numero delle persone segnalate risulta in diminuzione rispetto all"anno 2013, (32.555) e va evidenziato che i dati relativi all"anno 2014 sono da considerarsi provvisori.

Riguardo alla distribuzione geografica, le regioni in cui risulta un maggior numero di segnalati sono nell"ordine: la Sicilia (3.659), la Toscana (3.379), il Lazio (2.806). Le regioni che hanno il minor numero di soggetti segnalati sono nell"ordine: la Valle d"Aosta (145), il Friuli (272), il Molise (280).

Sul totale dei segnalati nel 2014, risultano minori di 18 anni 3.604 soggetti (pari all"11,53%) di cui 3.303 maschi e 301 femmine. L"età media dei segnalati è 24 anni, le classi di età con maggiore incidenza sono quelle tra i 18 anni ed i 20 anni (7.200) e quella oltre i 30 anni (8.155).

Tabella 66.

Fasce di età delle persone segnalate ex art 75 (anno 2014) v.%)								
MF	MF	MF	MF	MF	MF	MF	MF	
Fino a 14	15 -17	18 -20	21 -22	23 -25	26 -28	29 -30	Oltre 30	Totale
0,83	10,69	23,02	12,20	13,54	8,75	4,89	26,08	100

La tabella seguente mostra il trend delle diverse fasce di età. Si 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; la percentuale di segnalati oltre i 30 anni di età è in aumento in modo più consistente a partire dall"anno 2002.

Tabella 67.

Percentuale di segnalati per fasce di età (1990-2014) v.%									
Anno	Fino a 14	15 -17	18 -20	21 -22	23 -25	26 -28	29 -30	Oltre 30	
1990	0,4%	5,3%	22%	16%	22%	6%	7%	11%	100%
1991	0,3%	5,6%	23%	16%	20%	16%	7%	12%	100%
1992	0,4%	5,6%	23%	16%	21%	15%	6%	13%	100%
1993	0,4%	5,6%	23%	16%	21%	14%	7%	14%	100%
1994	0,4%	5,6%	25%	15%	20%	13%	7%	14%	100%
1995	0,3%	6%	26%	16%	19%	13%	7%	14%	100%
1996	0,3%	7%	25%	17%	18%	13%	6%	14%	100%
1997	0,4%	7,5%	26%	16%	17%	12%	6%	14%	100%
1998	0,4%	8,6%	27%	16%	17%	11%	6%	14%	100%
1999	0,4%	8,5%	27%	16%	17%	12%	5%	14%	100%
2000	0,4%	8,5%	27%	15%	17%	11%	5%	15%	100%
2001	0,4%	8,3%	28%	16%	17%	11%	5%	14%	100%
2002	0,4%	8%	26%	15%	17%	12%	6%	16%	100%
2003	0,4%	8%	26%	15%	17%	11%	5%	17%	100%
2004	0,5%	8%	25%	15%	17%	11%	6%	18%	100%
2005	0,4%	7,8%	23%	15%	16%	12%	6%	19%	100%
2006	0,4%	7,3%	22%	13%	16%	12%	6%	22%	100%
2007	0,3%	7,7%	22%	13%	15%	12%	6%	24%	100%
2008	0,4%	7,6%	22%	13%	15%	11%	6%	25%	100%
2009	1%	8%	22%	12%	14%	11%	6%	26%	100%

2010	1%	8%	22%	12%	14%	10%	6%	27%	100%
2011	1%	8%	22%	12%	14%	10%	6%	27%	100%
2012	1%	8%	22%	13%	14%	10%	5%	27%	100%
2013	1%	9%	23%	13%	14%	10%	5%	25%	100%
2014	1%	11%	23%	12%	13%	9%	5%	26%	100%

Le fasce più giovani (fino a 14 anni e 15 – 17 anni) mostrano un sensibile aumento; confermando quanto acquisito sulla base delle informazioni apprese 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", cioè a dire soggetti che assumono stupefacenti in associazione con alcolici.

Tabella 68.

NORD - DATI ZONA - GIUGNO 2014 Strutture socio-riabilitative										
Regione	**Residenziali**					**Semi-Residenziali**				
	Strutture		**Tossicodipendenti in trattamento**			**Strutture**		**Tossicodipendenti in trattamento**		
	Esistenti	**Censite**	**Maschi**	**Femmine**	**Totali**	**Esistenti**	**Censite**	**Maschi**	**Femmine**	**Totali**
PIEMONTE	53	53	623	120	743	5	5	55	8	63
VALLE D`AOSTA	4	4	21	2	23	1	1	6	5	11
LOMBARDIA	126	109	1988	463	2451	19	13	180	18	198
LIGURIA	24	24	255	55	310	8	8	17	0	17
TRENTINO ALTO ADIGE	5	5	52	7	59	1	1	50	18	68
VENETO	71	70	625	154	779	31	30	160	47	207
FRIULI VENEZIA GIULIA	3	1	34	0	34	5	1	18	0	18
EMILIA ROMAGNA	88	84	1819	380	2199	21	16	61	15	76
TOTALE NORD	374	350	5417	1181	6598	91	75	547	111	658
Regione	**Ambulatoriali**					**Totali**				
	Strutture		**Tossicodipendenti in trattamento**			**Strutture**		**Tossicodipendenti in trattamento**		
	Esistenti	**Censite**	**Maschi**	**Femmine**	**Totali**	**Esistenti**	**Censite**	**Maschi**	**Femmine**	**Totali**
PIEMONTE	5	5	73	22	95	63	63	751	150	901

VALLE D`AOSTA	0	0	0	0	0	5	5	27	7	34
LOMBARDIA	21	12	657	60	717	166	134	2825	541	3366
LIGURIA	3	2	4	3	7	35	34	276	58	334
TRENTINO ALTO ADIGE	1	1	54	38	92	7	7	156	63	219
VENETO	14	13	39	18	57	116	113	824	219	1043
FRIULI VENEZIA GIULIA	3	2	15	5	20	11	4	67	5	72
EMILIA ROMAGNA	13	12	156	42	198	122	112	2036	437	2473
TOTALE NORD	60	47	998	188	1186	525	472	6962	1480	8442

Tabella 69.

CENTRO - DATI ZONA - GIUGNO 2014 Strutture socio-riabilitative										
Regione	**Residenziali**					**Semi-Residenziali**				
	Strutture		**Tossicodipendenti in trattamento**			**Strutture**		**Tossicodipendenti in trattamento**		
	Esistenti	**Censite**	**Maschi**	**Femmine**	**Totali**	**Esistenti**	**Censite**	**Maschi**	**Femmine**	**Totali**
TOSCANA	48	43	649	178	827	63	13	122	23	145
UMBRIA	14	14	227	55	282	3	3	10	3	13
MARCHE	32	30	368	73	441	14	14	58	22	80
LAZIO	23	20	361	60	421	11	9	143	37	180
TOTALE CENTRO	**117**	**107**	**1605**	**366**	**1971**	**91**	**39**	**333**	**85**	**418**
Regione	**Ambulatoriali**					**Totali**				
	Strutture		**Tossicodipendenti in trattamento**			**Strutture**		**Tossicodipendenti in trattamento**		
	Esistenti	**Censite**	**Maschi**	**Femmine**	**Totali**	**Esistenti**	**Censite**	**Maschi**	**Femmine**	**Totali**
TOSCANA	6	6	64	34	98	117	62	835	235	1070
UMBRIA	1	1	20	4	24	18	18	257	62	319
MARCHE	8	7	79	38	117	54	51	505	133	638
LAZIO	4	3	1187	180	1367	38	32	1691	277	1968
TOTALE CENTRO	**19**	**17**	**1350**	**256**	**1606**	**227**	**163**	**3288**	**707**	**3995**

Tabella 70.

SUD - DATI ZONA - GIUGNO 2014 Strutture socio-riabilitative										
Regione	Residenziali					Semi-Residenziali				
	Strutture		Tossicodipendenti in trattamento			Strutture		Tossicodipendenti in trattamento		
	Esistenti	Censite	Maschi	Femmine	Totali	Esistenti	Censite	Maschi	Femmine	Totali
ABRUZZO	11	11	125	12	137	3	3	49	16	65
MOLISE	4	4	48	1	49	0	0	0	0	0
CAMPANIA	15	15	384	27	411	8	8	50	5	55
PUGLIA	44	31	455	34	489	15	8	72	3	75
BASILICATA	5	5	85	4	89	4	4	23	2	25
CALABRIA	19	105	176	9	185	5	5	29	2	31
TOTALE SUD	**98**	**171**	**1273**	**87**	**1360**	**35**	**28**	**223**	**28**	**251**
Regione	Ambulatoriali					Totali				
	Strutture		Tossicodipendenti in trattamento			Strutture		Tossicodipendenti in trattamento		
	Esistenti	Censite	Maschi	Femmine	Totali	Esistenti	Censite	Maschi	Femmine	Totali
ABRUZZO	6	6	56	7	63	20	20	230	35	265
MOLISE	0	0	0	0	0	4	4	48	1	49
CAMPANIA	9	9	85	2	87	32	32	519	34	553
PUGLIA	18	14	183	17	200	77	53	710	54	764
BASILICATA	2	2	2	0	2	11	11	110	6	116
CALABRIA	1	2	2	0	2	25	112	207	11	218
TOTALE SUD	**36**	**33**	**328**	**26**	**354**	**169**	**232**	**1824**	**141**	**1965**

Tabella 71.

ISOLE - DATI ZONA - GIUGNO 2014 Strutture socio-riabilitative										
Regione	Residenziali					Semi-Residenziali				
	Strutture		Tossicodipendenti in trattamento			Strutture		Tossicodipendenti in trattamento		
	Esistenti	Censite	Maschi	Femmine	Totali	Esistenti	Censite	Maschi	Femmine	Totali
SICILIA	18	16	354	29	383	7	7	74	11	85
SARDEGNA	18	17	336	49	385	1	0	0	0	0
TOTALE ISOLE	**36**	**33**	**690**	**78**	**768**	**8**	**7**	**74**	**11**	**85**
Regione	Ambulatoriali					Totali				
	Strutture		Tossicodipendenti in trattamento			Strutture		Tossicodipendenti in trattamento		
	Esistenti	Censite	Maschi	Femmine	Totali	Esistenti	Censite	Maschi	Femmine	Totali
SICILIA	5	5	27	4	31	30	28	455	44	499
SARDEGNA	8	7	155	32	187	27	24	491	81	572
TOTALE ISOLE	**13**	**12**	**182**	**36**	**218**	**57**	**52**	**946**	**125**	**1071**

Tabella 72.

NORD - DATI ZONA al 31 DICEMBRE 2014 Strutture socio-riabilitative										
Regione	Residenziali					Semi-Residenziali				
	Strutture		Tossicodipendenti in trattamento			Strutture		Tossicodipendenti in trattamento		
	Esistenti	Censite	Maschi	Femmine	Totali	Esistenti	Censite	Maschi	Femmine	Totali
PIEMONTE	53	48	613	125	738	5	5	60	10	70
VALLE D`AOSTA	4	4	28	5	33	1	1	4	3	7
LOMBARDIA	120	112	1926	385	2311	20	15	137	13	150
LIGURIA	24	20	208	39	247	8	5	13	0	13
TRENTINO ALTO ADIGE	5	4	40	8	48	1	1	49	17	66
VENETO	68	60	665	170	835	30	26	163	42	205
FRIULI VENEZIA GIULIA	7	7	50	3	53	4	3	11	1	12
EMILIA ROMAGNA	89	86	2061	425	2486	21	16	69	13	82
Totale	**370**	**341**	**5591**	**1160**	**6751**	**90**	**72**	**506**	**99**	**605**

Regione	Ambulatoriali					Totali				
	Strutture		Tossicodipendenti in trattamento			Strutture		Tossicodipendenti in trattamento		
	Esistenti	Censite	Maschi	Femmine	Totali	Esistenti	Censite	Maschi	Femmine	Totali
PIEMONTE	5	5	72	26	98	63	58	745	161	906
VALLE D`AOSTA	0	0	0	0	0	5	5	32	8	40
LOMBARDIA	20	10	401	80	481	160	137	2464	478	2942
LIGURIA	2	3	4	1	5	34	28	225	40	265
TRENTINO ALTO ADIGE	1	1	55	41	96	7	6	144	66	210
VENETO	18	16	73	35	108	116	102	901	247	1148
FRIULI VENEZIA GIULIA	4	2	15	5	20	15	12	76	9	85
EMILIA ROMAGNA	12	12	162	39	201	122	114	2292	477	2769
Totale	**62**	**49**	**782**	**227**	**1009**	**522**	**462**	**6879**	**1486**	**8365**

Tabella 73.

CENTRO - DATI ZONA al 31 DICEMBRE 2014

Strutture socio-riabilitative

Regione	Residenziali					Semi-Residenziali				
	Strutture		Tossicodipendenti in trattamento			Strutture		Tossicodipendenti in trattamento		
	Esistenti	Censite	Maschi	Femmine	Totali	Esistenti	Censite	Maschi	Femmine	Totali
TOSCANA	48	45	645	186	831	18	14	129	58	187
UMBRIA	17	17	277	67	344	4	4	12	2	14
MARCHE	32	30	303	93	396	15	15	74	24	98
LAZIO	23	21	370	67	437	8	6	169	36	205
Totale	**120**	**113**	**1595**	**413**	**2008**	**45**	**39**	**384**	**120**	**504**

Regione	Ambulatoriali					Totali				
	Strutture		Tossicodipendenti in trattamento			Strutture		Tossicodipendenti in trattamento		
	Esistenti	Censite	Maschi	Femmine	Totali	Esistenti	Censite	Maschi	Femmine	Totali
TOSCANA	5	5	28	3	31	71	64	802	247	1049
UMBRIA	1	1	16	8	24	22	22	305	77	382
MARCHE	7	6	56	8	64	54	51	433	125	558
LAZIO	6	5	1008	190	1198	37	32	1547	293	1840
Totale	**19**	**17**	**1108**	**209**	**1317**	**184**	**169**	**3087**	**742**	**3829**

Tabella 74.

SUD - DATI ZONA al 31 DICEMBRE 2014 Strutture socio-riabilitative										
Regione	Residenziali					Semi-Residenziali				
	Strutture		Tossicodipendenti in trattamento			Strutture		Tossicodipendenti in trattamento		
	Esistenti	Censite	Maschi	Femmine	Totali	Esistenti	Censite	Maschi	Femmine	Totali
ABRUZZO	12	12	154	16	170	3	3	66	16	82
MOLISE	4	4	51	2	53	0	0	0	0	0
CAMPANIA	18	18	351	22	373	7	7	37	3	40
PUGLIA	44	30	436	32	468	14	9	54	0	54
BASILICATA	5	5	87	6	93	2	2	7	1	8
CALABRIA	23	23	257	11	268	7	7	22	2	24
Totale	**106**	**92**	**1336**	**89**	**1425**	**33**	**28**	**186**	**22**	**208**
Regione	Ambulatoriali					Totali				
	Strutture		Tossicodipendenti in trattamento			Strutture		Tossicodipendenti in trattamento		
	Esistenti	Censite	Maschi	Femmine	Totali	Esistenti	Censite	Maschi	Femmine	Totali
ABRUZZO	4	4	27	7	34	19	19	247	39	286
MOLISE	0	0	0	0	0	4	4	51	2	53
CAMPANIA	10	10	83	6	89	35	35	471	31	502
PUGLIA	18	12	198	16	214	76	51	688	48	736
BASILICATA	4	4	38	2	40	11	11	132	9	141
CALABRIA	1	2	1	0	1	31	32	280	13	293
Totale	**37**	**32**	**347**	**31**	**378**	**176**	**152**	**1869**	**142**	**2011**

Tabella 75.

ISOLE - DATI ZONA al 31 DICEMBRE 2014 Strutture socio-riabilitative										
Regione	Residenziali					Semi-Residenziali				
	Strutture		Tossicodipendenti in trattamento			Strutture		Tossicodipendenti in trattamento		
	Esistenti	Censite	Maschi	Femmine	Totali	Esistenti	Censite	Maschi	Femmine	Totali
SICILIA	18	17	343	26	369	6	6	57	0	57
SARDEGNA	19	17	310	42	352	1	1	0	0	0
Totale	**37**	**34**	**653**	**68**	**721**	**7**	**7**	**57**	**0**	**57**
Regione	Ambulatoriali					Totali				
	Strutture		Tossicodipendenti in trattamento			Strutture		Tossicodipendenti in trattamento		
	Esistenti	Censite	Maschi	Femmine	Totali	Esistenti	Censite	Maschi	Femmine	Totali

SICILIA	5	4	29	4	33	29	27	429	30	459
SARDEGNA	8	6	94	11	105	28	24	404	53	457
Totale	**13**	**10**	**123**	**15**	**138**	**57**	**51**	**833**	**83**	**916**

Tabella 76.

PIEMONTE - DATI PROVINCIALI GIUGNO 2014								
Strutture socio-riabilitative								
Provincia	**Residenziali**				**Semi-Residenziali**			
	Strutture		**Tossicodipendenti in trattamento**		**Strutture**		**Tossicodipendenti in trattamento**	
	Esistenti	**Censite**	**Maschi**	**Femmine**	**Esistenti**	**Censite**	**Maschi**	**Femmine**
ALESSANDRIA	5	5	37	15	0	0	0	0
ASTI	3	3	28	0	0	0	0	0
BIELLA	5	5	70	13	1	1	5	1
CUNEO	8	8	174	34	1	1	10	0
NOVARA	1	1	13	1	0	0	0	0
TORINO	28	28	282	52	3	3	40	7
VERBANIA	3	3	19	5	0	0	0	0
VERCELLI	0	0	0	0	0	0	0	0
Totale	**53**	**53**	**623**	**120**	**5**	**5**	**55**	**8**
Provincia	**Ambulatoriali**				**Totali**			
	Strutture		**Tossicodipendenti in trattamento**		**Strutture**		**Tossicodipendenti in trattamento**	
	Esistenti	**Censite**	**Maschi**	**Femmine**	**Esistenti**	**Censite**	**Maschi**	**Femmine**
ALESSANDRIA	1	1	24	12	6	6	61	27
ASTI	0	0	0	0	3	3	28	0
BIELLA	0	0	0	0	6	6	75	14
CUNEO	0	0	0	0	9	9	184	34
NOVARA	0	0	0	0	1	1	13	1
TORINO	4	4	49	10	35	35	371	69
VERBANIA	0	0	0	0	3	3	19	5
VERCELLI	0	0	0	0	0	0	0	0
Totale	**5**	**5**	**73**	**22**	**63**	**63**	**751**	**150**

Tabella 77.

VALLE D'AOSTA - DATI PROVINCIALI GIUGNO 2014 Strutture socio-riabilitative								
Provincia	**Residenziali**				**Semi-Residenziali**			
	Strutture		**Tossicodipendenti in trattamento**		**Strutture**		**Tossicodipendenti in trattamento**	
	Esistenti	**Censite**	**Maschi**	**Femmine**	**Esistenti**	**Censite**	**Maschi**	**Femmine**
AOSTA	4	4	21	2	1	1	6	5
Totale	**4**	**4**	**21**	**2**	**1**	**1**	**6**	**5**
Provincia	**Ambulatoriali**				**Totali**			
	Strutture		**Tossicodipendenti in trattamento**		**Strutture**		**Tossicodipendenti in trattamento**	
	Esistenti	**Censite**	**Maschi**	**Femmine**	**Esistenti**	**Censite**	**Maschi**	**Femmine**
AOSTA	0	0	0	0	5	5	27	7
Totale	**0**	**0**	**0**	**0**	**5**	**5**	**27**	**7**

Tabella 78.

LOMBARDIA - DATI PROVINCIALI GIUGNO 2014 Strutture socio-riabilitative								
Provincia	**Residenziali**				**Semi-Residenziali**			
	Strutture		**Tossicodipendenti in trattamento**		**Strutture**		**Tossicodipendenti in trattamento**	
	Esistenti	**Censite**	**Maschi**	**Femmine**	**Esistenti**	**Censite**	**Maschi**	**Femmine**
BERGAMO	15	14	220	47	3	3	22	2
BRESCIA	13	12	381	177	2	1	8	2
COMO	7	6	94	28	0	0	0	0
CREMONA	10	8	104	40	1	1	12	0
LECCO	4	4	75	8	1	1	4	0
LODI	9	5	109	2	0	0	0	0
MANTOVA	7	7	83	18	2	2	12	5
MILANO	32	28	543	53	4	1	83	0
MONZA e della BRIANZA	4	4	71	15	0	0	0	0
PAVIA	10	10	174	25	3	3	32	7
SONDRIO	2	1	22	7	0	0	0	0
VARESE	13	10	112	43	3	1	7	2
Totale	**126**	**109**	**1988**	**463**	**19**	**13**	**180**	**18**
Provincia	**Ambulatoriali**				**Totali**			

	Strutture		Tossicodipendenti in trattamento		Strutture		Tossicodipendenti in trattamento	
	Esistenti	Censite	Maschi	Femmine	Esistenti	Censite	Maschi	Femmine
BERGAMO	2	2	26	8	20	19	268	57
BRESCIA	2	2	29	2	17	15	418	181
COMO	1	1	14	1	8	7	108	29
CREMONA	1	0	7	0	12	9	123	40
LECCO	0	0	0	0	5	5	79	8
LODI	0	0	0	0	9	5	109	2
MANTOVA	0	0	0	0	9	9	95	23
MILANO	14	7	581	49	50	36	1207	102
MONZA e della BRIANZA	0	0	0	0	4	4	71	15
PAVIA	0	0	0	0	13	13	206	32
SONDRIO	0	0	0	0	2	1	22	7
VARESE	1	0	0	0	17	11	119	45
Totale	**21**	**12**	**657**	**60**	**166**	**134**	**2825**	**541**

Tabella 79.

LIGURIA - DATI PROVINCIALI GIUGNO 2014 Strutture socio-riabilitative								
Provincia	Residenziali				Semi-Residenziali			
	Strutture		Tossicodipendenti in trattamento		Strutture		Tossicodipendenti in trattamento	
	Esistenti	Censite	Maschi	Femmine	Esistenti	Censite	Maschi	Femmine
GENOVA	10	10	115	15	5	5	7	0
IMPERIA	5	5	60	5	0	0	0	0
LA SPEZIA	4	4	66	17	2	2	10	0
SAVONA	5	5	14	18	1	1	0	0
Totale	**24**	**24**	**255**	**55**	**8**	**8**	**17**	**0**
Provincia	Ambulatoriali				Totali			
	Strutture		Tossicodipendenti in trattamento		Strutture		Tossicodipendenti in trattamento	
	Esistenti	Censite	Maschi	Femmine	Esistenti	Censite	Maschi	Femmine
GENOVA	1	1	0	0	16	16	122	15
IMPERIA	1	0	0	0	6	5	60	5
LA SPEZIA	1	1	4	3	7	7	80	20
SAVONA	0	0	0	0	6	6	14	18
Totale	**3**	**2**	**4**	**3**	**35**	**34**	**276**	**58**

Tabella 80.

TRENTINO ALTO ADIGE - DATI PROVINCIALI DATI PROVINCIALI GIUGNO 2014 Strutture socio-riabilitative								
Provincia	**Residenziali**				**Semi-Residenziali**			
	Strutture		**Tossicodipendenti in trattamento**		**Strutture**		**Tossicodipendenti in trattamento**	
	Esistenti	**Censite**	**Maschi**	**Femmine**	**Esistenti**	**Censite**	**Maschi**	**Femmine**
BOLZANO	2	2	12	3	0	0	0	0
TRENTO	3	3	40	4	1	1	50	18
Totale	**5**	**5**	**52**	**7**	**1**	**1**	**50**	**18**
Provincia	**Ambulatoriali**				**Totali**			
	Strutture		**Tossicodipendenti in trattamento**		**Strutture**		**Tossicodipendenti in trattamento**	
	Esistenti	**Censite**	**Maschi**	**Femmine**	**Esistenti**	**Censite**	**Maschi**	**Femmine**
BOLZANO	0	0	0	0	2	2	12	3
TRENTO	1	1	54	38	5	5	144	60
Totale	**1**	**1**	**54**	**38**	**7**	**7**	**156**	**63**

Tabella 81.

VENETO - DATI PROVINCIALI GIUGNO 2014 Strutture socio-riabilitative								
Provincia	**Residenziali**				**Semi-Residenziali**			
	Strutture		**Tossicodipendenti in trattamento**		**Strutture**		**Tossicodipendenti in trattamento**	
	Esistenti	**Censite**	**Maschi**	**Femmine**	**Esistenti**	**Censite**	**Maschi**	**Femmine**
BELLUNO	5	5	63	9	1	1	1	0
PADOVA	10	10	58	36	7	7	20	14
ROVIGO	2	2	8	2	2	2	1	0
TREVISO	5	5	53	22	1	1	6	4
VENEZIA	12	12	112	43	2	1	5	3
VERONA	9	8	88	17	4	4	53	11
VICENZA	28	28	243	25	14	14	74	15
Totale	**71**	**70**	**625**	**154**	**31**	**30**	**160**	**47**
Provincia	**Ambulatoriali**				**Totali**			
	Strutture		**Tossicodipendenti in trattamento**		**Strutture**		**Tossicodipendenti in trattamento**	
	Esistenti	**Censite**	**Maschi**	**Femmine**	**Esistenti**	**Censite**	**Maschi**	**Femmine**
BELLUNO	1	1	3	0	7	7	67	9
PADOVA	2	1	1	0	19	18	79	50
ROVIGO	0	0	0	0	4	4	9	2
TREVISO	0	0	0	0	6	6	59	26

VENEZIA	2	2	3	0	16	15	120	46
VERONA	2	2	8	1	15	14	149	29
VICENZA	7	7	24	17	49	49	341	57
Totale	**14**	**13**	**39**	**18**	**116**	**113**	**824**	**219**

Tabella 82.

FRIULI VENEZIA GIULIA - DATI PROVINCIALI GIUGNO 2014								
Strutture socio-riabilitative								
Provincia	**Residenziali**				**Semi-Residenziali**			
	Strutture		**Tossicodipendenti in trattamento**		**Strutture**		**Tossicodipendenti in trattamento**	
	Esistenti	**Censite**	**Maschi**	**Femmine**	**Esistenti**	**Censite**	**Maschi**	**Femmine**
GORIZIA	0	0	0	0	0	0	0	0
PORDENONE	1	1	3	0	1	1	10	0
TRIESTE	0	0	0	0	1	0	0	0
UDINE	2	0	31	0	3	0	8	0
Totale	**3**	**1**	**34**	**0**	**5**	**1**	**18**	**0**
Provincia	**Ambulatoriali**				**Totali**			
	Strutture		**Tossicodipendenti in trattamento**		**Strutture**		**Tossicodipendenti in trattamento**	
	Esistenti	**Censite**	**Maschi**	**Femmine**	**Esistenti**	**Censite**	**Maschi**	**Femmine**
GORIZIA	0	0	0	0	0	0	0	0
PORDENONE	0	0	0	0	2	2	13	0
TRIESTE	3	2	15	5	4	2	15	5
UDINE	0	0	0	0	5	0	39	0
Totale	**3**	**2**	**15**	**5**	**11**	**4**	**67**	**5**

Tabella 83.

EMILIA ROMAGNA - DATI PROVINCIALI GIUGNO 2014 Strutture socio-riabilitative								
Provincia	**Residenziali**				**Semi-Residenziali**			
	Strutture		**Tossicodipendenti in trattamento**		**Strutture**		**Tossicodipendenti in trattamento**	
	Esistenti	**Censite**	**Maschi**	**Femmine**	**Esistenti**	**Censite**	**Maschi**	**Femmine**
BOLOGNA	14	14	185	51	6	5	9	4
FERRARA	5	5	80	12	1	1	4	0
FORLI`	17	14	129	17	7	3	13	4
MODENA	8	7	78	19	1	1	8	0
PARMA	8	8	80	6	0	0	0	0
PIACENZA	8	8	38	11	2	2	0	0
RAVENNA	9	9	144	17	1	1	0	0
REGGIO EMILIA	9	9	152	22	1	1	4	1
RIMINI	10	10	933	225	2	2	23	6
Totale	**88**	**84**	**1819**	**380**	**21**	**16**	**61**	**15**
Provincia	**Ambulatoriali**				**Totali**			
	Strutture		**Tossicodipendenti in trattamento**		**Strutture**		**Tossicodipendenti in trattamento**	
	Esistenti	**Censite**	**Maschi**	**Femmine**	**Esistenti**	**Censite**	**Maschi**	**Femmine**
BOLOGNA	5	5	54	13	25	24	248	68
FERRARA	1	1	0	0	7	7	84	12
FORLI`	0	0	0	0	24	17	142	21
MODENA	3	3	50	21	12	11	136	40
PARMA	0	0	0	0	8	8	80	6
PIACENZA	2	2	22	1	12	12	60	12
RAVENNA	0	0	0	0	10	10	144	17
REGGIO EMILIA	2	1	30	7	12	11	186	30
RIMINI	0	0	0	0	12	12	956	231
Totale	**13**	**12**	**156**	**42**	**122**	**112**	**2036**	**437**

Tabella 84.

TOSCANA - DATI PROVINCIALI GIUGNO 2014 Strutture socio-riabilitative								
Provincia	**Residenziali**				**Semi-Residenziali**			
	Strutture		**Tossicodipendenti in trattamento**		**Strutture**		**Tossicodipendenti in trattamento**	
	Esistenti	**Censite**	**Maschi**	**Femmine**	**Esistenti**	**Censite**	**Maschi**	**Femmine**
AREZZO	3	3	77	14	0	0	0	0
FIRENZE	16	13	117	40	6	4	30	3
GROSSETO	2	2	34	12	46	0	0	0
LIVORNO	4	4	47	6	2	2	27	7
LUCCA	4	4	45	17	0	0	0	0
MASSA	3	3	78	14	1	0	0	0
PISA	2	2	27	5	1	1	9	1
PISTOIA	9	7	130	47	3	2	38	8
PRATO	2	2	27	7	1	1	3	0
SIENA	3	3	67	16	3	3	15	4
Totale	**48**	**43**	**649**	**178**	**63**	**13**	**122**	**23**
Provincia	**Ambulatoriali**				**Totali**			
	Strutture		**Tossicodipendenti in trattamento**		**Strutture**		**Tossicodipendenti in trattamento**	
	Esistenti	**Censite**	**Maschi**	**Femmine**	**Esistenti**	**Censite**	**Maschi**	**Femmine**
AREZZO	0	0	0	0	3	3	77	14
FIRENZE	2	2	18	5	24	19	165	48
GROSSETO	0	0	0	0	48	2	34	12
LIVORNO	0	0	0	0	6	6	74	13
LUCCA	2	2	41	27	6	6	86	44
MASSA	0	0	0	0	4	3	78	14
PISA	0	0	0	0	3	3	36	6
PISTOIA	1	1	0	0	13	10	168	55
PRATO	0	0	0	0	3	3	30	7
SIENA	1	1	5	2	7	7	87	22
Totale	**6**	**6**	**64**	**34**	**117**	**62**	**835**	**235**

Tabella 85.

UMBRIA - DATI PROVINCIALI GIUGNO 2014 Strutture socio-riabilitative								
Provincia	Residenziali				Semi-Residenziali			
	Strutture		Tossicodipendenti in trattamento		Strutture		Tossicodipendenti in trattamento	
	Esistenti	Censite	Maschi	Femmine	Esistenti	Censite	Maschi	Femmine
PERUGIA	13	13	209	55	2	2	5	3
TERNI	1	1	18	0	1	1	5	0
Totale	**14**	**14**	**227**	**55**	**3**	**3**	**10**	**3**
Provincia	Ambulatoriali				Totali			
	Strutture		Tossicodipendenti in trattamento		Strutture		Tossicodipendenti in trattamento	
	Esistenti	Censite	Maschi	Femmine	Esistenti	Censite	Maschi	Femmine
PERUGIA	1	1	20	4	16	16	234	62
TERNI	0	0	0	0	2	2	23	0
Totale	**1**	**1**	**20**	**4**	**18**	**18**	**257**	**62**

Tabella 86.

MARCHE - DATI PROVINCIALI GIUGNO 2014 Strutture socio-riabilitative								
Provincia	Residenziali				Semi-Residenziali			
	Strutture		Tossicodipendenti in trattamento		Strutture		Tossicodipendenti in trattamento	
	Esistenti	Censite	Maschi	Femmine	Esistenti	Censite	Maschi	Femmine
ANCONA	8	6	66	8	4	4	25	8
ASCOLI PICENO	5	5	73	22	1	1	4	2
FERMO	5	5	65	1	2	2	2	0
MACERATA	5	5	56	10	4	4	12	6
PESARO	9	9	108	32	3	3	15	6
Totale	**32**	**30**	**368**	**73**	**14**	**14**	**58**	**22**
Provincia	Ambulatoriali				Totali			
	Strutture		Tossicodipendenti in trattamento		Strutture		Tossicodipendenti in trattamento	
	Esistenti	Censite	Maschi	Femmine	Esistenti	Censite	Maschi	Femmine
ANCONA	2	2	46	32	14	12	137	48
ASCOLI PICENO	1	1	5	0	7	7	82	24
FERMO	0	0	0	0	7	7	67	1
MACERATA	4	3	24	4	13	12	92	20
PESARO	1	1	4	2	13	13	127	40
Totale	**8**	**7**	**79**	**38**	**54**	**51**	**505**	**133**

Tabella 87.

LAZIO - DATI PROVINCIALI GIUGNO 2014 Strutture socio-riabilitative								
Provincia	**Residenziali**				**Semi-Residenziali**			
	Strutture		**Tossicodipendenti in trattamento**		**Strutture**		**Tossicodipendenti in trattamento**	
	Esistenti	**Censite**	**Maschi**	**Femmine**	**Esistenti**	**Censite**	**Maschi**	**Femmine**
FROSINONE	4	3	89	19	0	0	0	0
LATINA	0	0	0	0	0	0	0	0
RIETI	0	0	0	0	0	0	0	0
ROMA	12	10	202	41	11	9	143	37
VITERBO	7	7	70	0	0	0	0	0
Totale	**23**	**20**	**361**	**60**	**11**	**9**	**143**	**37**
Provincia	**Ambulatoriali**				**Totali**			
	Strutture		**Tossicodipendenti in trattamento**		**Strutture**		**Tossicodipendenti in trattamento**	
	Esistenti	**Censite**	**Maschi**	**Femmine**	**Esistenti**	**Censite**	**Maschi**	**Femmine**
FROSINONE	0	0	0	0	4	3	89	19
LATINA	0	0	0	0	0	0	0	0
RIETI	0	0	0	0	0	0	0	0
ROMA	4	3	1187	180	27	22	1532	258
VITERBO	0	0	0	0	7	7	70	0
Totale	**4**	**3**	**1187**	**180**	**38**	**32**	**1691**	**277**

Tabella 88.

ABRUZZO - DATI PROVINCIALI GIUGNO 2014 Strutture socio-riabilitative								
Provincia	**Residenziali**				**Semi-Residenziali**			
	Strutture		**Tossicodipendenti in trattamento**		**Strutture**		**Tossicodipendenti in trattamento**	
	Esistenti	**Censite**	**Maschi**	**Femmine**	**Esistenti**	**Censite**	**Maschi**	**Femmine**
CHIETI	4	4	44	4	0	0	0	0
L`AQUILA	1	1	0	0	1	1	2	0
PESCARA	2	2	36	2	2	2	47	16
TERAMO	4	4	45	6	0	0	0	0
Totale	**11**	**11**	**125**	**12**	**3**	**3**	**49**	**16**
Provincia	**Ambulatoriali**				**Totali**			
	Strutture		**Tossicodipendenti in trattamento**		**Strutture**		**Tossicodipendenti in trattamento**	
	Esistenti	**Censite**	**Maschi**	**Femmine**	**Esistenti**	**Censite**	**Maschi**	**Femmine**
CHIETI	1	1	6	2	5	5	50	6
L`AQUILA	2	2	1	0	4	4	3	0

PESCARA	3	3	49	5	7	7	132	23
TERAMO	0	0	0	0	4	4	45	6
Totale	**6**	**6**	**56**	**7**	**20**	**20**	**230**	**35**

Tabella 89.

MOLISE - DATI PROVINCIALI GIUGNO 2014 Strutture socio-riabilitative								
Provincia	**Residenziali**				**Semi-Residenziali**			
	Strutture		**Tossicodipendenti in trattamento**		**Strutture**		**Tossicodipendenti in trattamento**	
	Esistenti	**Censite**	**Maschi**	**Femmine**	**Esistenti**	**Censite**	**Maschi**	**Femmine**
CAMPOBASSO	4	4	48	1	0	0	0	0
ISERNIA	0	0	0	0	0	0	0	0
Totale	**4**	**4**	**48**	**1**	**0**	**0**	**0**	**0**
Provincia	**Ambulatoriali**				**Totali**			
	Strutture		**Tossicodipendenti in trattamento**		**Strutture**		**Tossicodipendenti in trattamento**	
	Esistenti	**Censite**	**Maschi**	**Femmine**	**Esistenti**	**Censite**	**Maschi**	**Femmine**
CAMPOBASSO	0	0	0	0	4	4	48	1
ISERNIA	0	0	0	0	0	0	0	0
Totale	**0**	**0**	**0**	**0**	**4**	**4**	**48**	**1**

Tabella 90.

CAMPANIA - DATI PROVINCIALI GIUGNO 2014 Strutture socio-riabilitative								
Provincia	**Residenziali**				**Semi-Residenziali**			
	Strutture		**Tossicodipendenti in trattamento**		**Strutture**		**Tossicodipendenti in trattamento**	
	Esistenti	**Censite**	**Maschi**	**Femmine**	**Esistenti**	**Censite**	**Maschi**	**Femmine**
AVELLINO	2	2	36	8	2	2	12	3
BENEVENTO	0	0	0	0	0	0	0	0
CASERTA	4	4	132	4	1	1	7	0
NAPOLI	5	5	128	3	3	3	14	0
SALERNO	4	4	88	12	2	2	17	2
Totale	**15**	**15**	**384**	**27**	**8**	**8**	**50**	**5**
Provincia	**Ambulatoriali**				**Totali**			
	Strutture		**Tossicodipendenti in trattamento**		**Strutture**		**Tossicodipendenti in trattamento**	
	Esistenti	**Censite**	**Maschi**	**Femmine**	**Esistenti**	**Censite**	**Maschi**	**Femmine**
AVELLINO	0	0	0	0	4	4	48	11
BENEVENTO	0	0	0	0	0	0	0	0

CASERTA	2	2	44	0	7	7	183	4
NAPOLI	5	5	34	2	13	13	176	5
SALERNO	2	2	7	0	8	8	112	14
Totale	**9**	**9**	**85**	**2**	**32**	**32**	**519**	**34**

Tabella 91.

PUGLIA - DATI PROVINCIALI GIUGNO 2014

Strutture socio-riabilitative

Provincia	Residenziali				Semi-Residenziali			
	Strutture		Tossicodipendenti in trattamento		Strutture		Tossicodipendenti in trattamento	
	Esistenti	Censite	Maschi	Femmine	Esistenti	Censite	Maschi	Femmine
BARI	17	7	113	9	5	2	9	1
BARLETTA-ANDRIA-TRANI	0	0	0	0	0	0	0	0
BRINDISI	4	4	58	0	0	0	0	0
FOGGIA	3	3	54	6	4	4	63	2
LECCE	7	4	97	12	6	2	0	0
TARANTO	13	13	133	7	0	0	0	0
Totale	**44**	**31**	**455**	**34**	**15**	**8**	**72**	**3**

Provincia	Ambulatoriali				Totali			
	Strutture		Tossicodipendenti in trattamento		Strutture		Tossicodipendenti in trattamento	
	Esistenti	Censite	Maschi	Femmine	Esistenti	Censite	Maschi	Femmine
BARI	8	4	15	3	30	13	137	13
BARLETTA-ANDRIA-TRANI	1	1	30	0	1	1	30	0
BRINDISI	3	3	0	0	7	7	58	0
FOGGIA	0	0	0	0	7	7	117	8
LECCE	4	4	124	9	17	10	221	21
TARANTO	2	2	14	5	15	15	147	12
Totale	**18**	**14**	**183**	**17**	**77**	**53**	**710**	**54**

Tabella 92.

BASILICATA - DATI PROVINCIALI GIUGNO 2014 Strutture socio-riabilitative								
Provincia	Residenziali				Semi-Residenziali			
	Strutture		Tossicodipendenti in trattamento		Strutture		Tossicodipendenti in trattamento	
	Esistenti	Censite	Maschi	Femmine	Esistenti	Censite	Maschi	Femmine
MATERA	3	3	50	0	3	3	15	0
POTENZA	2	2	35	4	1	1	8	2
Totale	**5**	**5**	**85**	**4**	**4**	**4**	**23**	**2**
Provincia	Ambulatoriali				Totali			
	Strutture		Tossicodipendenti in trattamento		Strutture		Tossicodipendenti in trattamento	
	Esistenti	Censite	Maschi	Femmine	Esistenti	Censite	Maschi	Femmine
MATERA	1	1	0	0	7	7	65	0
POTENZA	1	1	2	0	4	4	45	6
Totale	**2**	**2**	**2**	**0**	**11**	**11**	**110**	**6**

Tabella 93.

CALABRIA - DATI PROVINCIALI GIUGNO 2014 Strutture socio-riabilitative								
Provincia	Residenziali				Semi-Residenziali			
	Strutture		Tossicodipendenti in trattamento		Strutture		Tossicodipendenti in trattamento	
	Esistenti	Censite	Maschi	Femmine	Esistenti	Censite	Maschi	Femmine
CATANZARO	7	7	81	7	2	2	14	0
COSENZA	6	92	0	0	0	0	0	0
CROTONE	0	0	0	0	0	0	0	0
REGGIO CALABRIA	5	5	68	2	3	3	15	2
VIBO VALENTIA	1	1	27	0	0	0	0	0
Totale	**19**	**105**	**176**	**9**	**5**	**5**	**29**	**2**
Provincia	Ambulatoriali				Totali			
	Strutture		Tossicodipendenti in trattamento		Strutture		Tossicodipendenti in trattamento	
	Esistenti	Censite	Maschi	Femmine	Esistenti	Censite	Maschi	Femmine
CATANZARO	0	0	0	0	9	9	95	7
COSENZA	0	1	0	0	6	93	0	0
CROTONE	0	0	0	0	0	0	0	0
REGGIO CALABRIA	1	1	2	0	9	9	85	4

VIBO VALENTIA	0	0	0	0	1	1	27	0
Totale	**1**	**2**	**2**	**0**	**25**	**112**	**207**	**11**

Tabella 94.

SICILIA - DATI PROVINCIALI GIUGNO 2014 Strutture socio-riabilitative								
Provincia	**Residenziali**				**Semi-Residenziali**			
	Strutture		**Tossicodipendenti in trattamento**		**Strutture**		**Tossicodipendenti in trattamento**	
	Esistenti	**Censite**	**Maschi**	**Femmine**	**Esistenti**	**Censite**	**Maschi**	**Femmine**
AGRIGENTO	0	0	0	0	0	0	0	0
CALTANISSETTA	3	2	49	15	0	0	0	0
CATANIA	4	4	70	0	0	0	0	0
ENNA	1	1	15	0	0	0	0	0
MESSINA	2	2	55	0	2	2	11	0
PALERMO	2	2	46	0	3	3	52	11
RAGUSA	0	0	0	0	0	0	0	0
SIRACUSA	1	0	10	3	0	0	0	0
TRAPANI	5	5	109	11	2	2	11	0
Totale	**18**	**16**	**354**	**29**	**7**	**7**	**74**	**11**
Provincia	**Ambulatoriali**				**Totali**			
	Strutture		**Tossicodipendenti in trattamento**		**Strutture**		**Tossicodipendenti in trattamento**	
	Esistenti	**Censite**	**Maschi**	**Femmine**	**Esistenti**	**Censite**	**Maschi**	**Femmine**
AGRIGENTO	0	0	0	0	0	0	0	0
CALTANISSETTA	0	0	0	0	3	2	49	15
CATANIA	0	0	0	0	4	4	70	0
ENNA	0	0	0	0	1	1	15	0
MESSINA	3	3	11	0	7	7	77	0
PALERMO	0	0	0	0	5	5	98	11
RAGUSA	0	0	0	0	0	0	0	0
SIRACUSA	0	0	0	0	1	0	10	3
TRAPANI	2	2	16	4	9	9	136	15
Totale	**5**	**5**	**27**	**4**	**30**	**28**	**455**	**44**

Tabella 95.

SARDEGNA - DATI PROVINCIALI GIUGNO 2014 Strutture socio-riabilitative								
Provincia	**Residenziali**				**Semi-Residenziali**			
	Strutture		**Tossicodipendenti in trattamento**		**Strutture**		**Tossicodipendenti in trattamento**	
	Esistenti	**Censite**	**Maschi**	**Femmine**	**Esistenti**	**Censite**	**Maschi**	**Femmine**
CAGLIARI	10	10	190	26	0	0	0	0
NUORO	0	0	0	0	0	0	0	0
ORISTANO	1	1	23	0	0	0	0	0
SASSARI	7	6	123	23	1	0	0	0
Totale	**18**	**17**	**336**	**49**	**1**	**0**	**0**	**0**
Provincia	**Ambulatoriali**				**Totali**			
	Strutture		**Tossicodipendenti in trattamento**		**Strutture**		**Tossicodipendenti in trattamento**	
	Esistenti	**Censite**	**Maschi**	**Femmine**	**Esistenti**	**Censite**	**Maschi**	**Femmine**
CAGLIARI	3	3	106	25	13	13	296	51
NUORO	0	0	0	0	0	0	0	0
ORISTANO	0	0	0	0	1	1	23	0
SASSARI	5	4	49	7	13	10	172	30
Totale	**8**	**7**	**155**	**32**	**27**	**24**	**491**	**81**

Tabella 96.

PIEMONTE - DATI PROVINCIALI 31 DICEMBRE 2014 Strutture socio-riabilitative										
Provincia	**Residenziali**					**Semi-Residenziali**				
	Strutture		**Tossicodipendenti in trattamento**			**Strutture**		**Tossicodipendenti in trattamento**		
	Esistenti	**Censite**	**Maschi**	**Femmine**	**Totali**	**Esistenti**	**Censite**	**Maschi**	**Femmine**	**Totali**
ALESSANDRIA	5	5	37	10	47	0	0	0	0	0
ASTI	3	0	34	0	34	0	0	0	0	0
BIELLA	5	5	64	9	73	1	1	3	0	3
CUNEO	8	8	160	30	190	1	1	10	0	10
NOVARA	2	1	11	0	11	0	0	0	0	0
TORINO	30	29	307	76	383	3	3	47	10	57
VERBANIA	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
VERCELLI	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Totale	**53**	**48**	**613**	**125**	**738**	**5**	**5**	**60**	**10**	**70**
Provincia	**Ambulatoriali**					**Totali**				

	Strutture		Tossicodipendenti in trattamento			Strutture		Tossicodipendenti in trattamento		
	Esistenti	Censite	Maschi	Femmine	Totali	Esistenti	Censite	Maschi	Femmine	Totali
ALESSANDRIA	1	1	18	12	30	6	6	55	22	77
ASTI	0	0	0	0	0	3	0	34	0	34
BIELLA	0	0	0	0	0	6	6	67	9	76
CUNEO	0	0	0	0	0	9	9	170	30	200
NOVARA	0	0	0	0	0	2	1	11	0	11
TORINO	4	4	54	14	68	37	36	408	100	508
VERBANIA	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
VERCELLI	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Totale	**5**	**5**	**72**	**26**	**98**	**63**	**58**	**745**	**161**	**906**

Tabella 97.

VALLE D`AOSTA - DATI PROVINCIALI 31 DICEMBRE 2014										
Strutture socio-riabilitative										
Provincia	Residenziali					Semi-Residenziali				
	Strutture		Tossicodipendenti in trattamento			Strutture		Tossicodipendenti in trattamento		
	Esistenti	Censite	Maschi	Femmine	Totali	Esistenti	Censite	Maschi	Femmine	Totali
AOSTA	4	4	28	5	33	1	1	4	3	7
Totale	**4**	**4**	**28**	**5**	**33**	**1**	**1**	**4**	**3**	**7**
Provincia	Ambulatoriali					Totali				
	Strutture		Tossicodipendenti in trattamento			Strutture		Tossicodipendenti in trattamento		
	Esistenti	Censite	Maschi	Femmine	Totali	Esistenti	Censite	Maschi	Femmine	Totali
AOSTA	0	0	0	0	0	5	5	32	8	40
Totale	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**5**	**5**	**32**	**8**	**40**

Tabella 98.

LOMBARDIA - DATI PROVINCIALI 31 DICEMBRE 2014										
Strutture socio-riabilitative										
Provincia	Residenziali					Semi-Residenziali				
	Strutture		Tossicodipendenti in trattamento			Strutture		Tossicodipendenti in trattamento		
	Esistenti	Censite	Maschi	Femmine	Totali	Esistenti	Censite	Maschi	Femmine	Totali
BERGAMO	14	13	225	47	272	3	3	19	4	23
BRESCIA	13	13	457	165	622	2	2	9	2	11
COMO	7	6	98	0	98	0	0	0	0	0
CREMONA	10	8	105	39	144	1	1	9	0	9
LECCO	4	4	77	7	84	1	1	4	0	4
LODI	9	9	167	1	168	0	0	0	0	0

MANTOVA	7	7	86	18	104	2	2	6	2	8
MILANO	27	27	284	38	322	5	3	55	2	57
MONZA E DELLA BRIANZA	4	4	48	15	63	0	0	0	0	0
PAVIA	10	10	207	27	234	3	2	28	0	28
SONDRIO	2	1	27	2	29	0	0	0	0	0
VARESE	13	10	145	26	171	3	1	7	3	10
Totale	**120**	**112**	**1926**	**385**	**2311**	**20**	**15**	**137**	**13**	**150**
Provincia	**Ambulatoriali**					**Totali**				
	Strutture		**Tossicodipendenti in trattamento**			**Strutture**		**Tossicodipendenti in trattamento**		
	Esistenti	**Censite**	**Maschi**	**Femmine**	**Totali**	**Esistenti**	**Censite**	**Maschi**	**Femmine**	**Totali**
BERGAMO	1	1	33	3	36	18	17	277	54	331
BRESCIA	2	2	27	10	37	17	17	493	177	670
COMO	1	1	14	4	18	8	7	112	4	116
CREMONA	1	0	7	0	7	12	9	121	39	160
LECCO	0	0	0	0	0	5	5	81	7	88
LODI	0	0	0	0	0	9	9	167	1	168
MANTOVA	0	0	0	0	0	9	9	92	20	112
MILANO	14	5	316	63	379	46	35	655	103	758
MONZA E DELLA BRIANZA	0	0	0	0	0	4	4	48	15	63
PAVIA	0	0	0	0	0	13	12	235	27	262
SONDRIO	0	0	0	0	0	2	1	27	2	29
VARESE	1	1	4	0	4	17	12	156	29	185
Totale	**20**	**10**	**401**	**80**	**481**	**160**	**137**	**2464**	**478**	**2942**

Tabella 99.

LIGURIA - DATI PROVINCIALI 31 DICEMBRE 2014										
Strutture socio-riabilitative										
Provincia	**Residenziali**					**Semi-Residenziali**				
	Strutture		**Tossicodipendenti in trattamento**			**Strutture**		**Tossicodipendenti in trattamento**		
	Esistenti	**Censite**	**Maschi**	**Femmine**	**Totali**	**Esistenti**	**Censite**	**Maschi**	**Femmine**	**Totali**
GENOVA	10	7	81	12	93	5	3	4	0	4
IMPERIA	5	5	55	4	59	1	0	0	0	0
LA SPEZIA	4	4	58	20	78	2	2	9	0	9
SAVONA	5	4	14	3	17	0	0	0	0	0
Totale	**24**	**20**	**208**	**39**	**247**	**8**	**5**	**13**	**0**	**13**
Provincia	**Ambulatoriali**					**Totali**				

	Strutture		Tossicodipendenti in trattamento			Strutture		Tossicodipendenti in trattamento		
	Esistenti	Censite	Maschi	Femmine	Totali	Esistenti	Censite	Maschi	Femmine	Totali
GENOVA	1	1	0	0	0	16	11	85	12	97
IMPERIA	0	0	0	0	0	6	5	55	4	59
LA SPEZIA	1	1	4	1	5	7	7	71	21	92
SAVONA	0	1	0	0	0	5	5	14	3	17
Totale	**2**	**3**	**4**	**1**	**5**	**34**	**28**	**225**	**40**	**265**

Tabella 100.

TRENTINO ALTO ADIGE - DATI PROVINCIALI 31 DICEMBRE 2014 Strutture socio-riabilitative										
Provincia	Residenziali					Semi-Residenziali				
	Strutture		Tossicodipendenti in trattamento			Strutture		Tossicodipendenti in trattamento		
	Esistenti	Censite	Maschi	Femmine	Totali	Esistenti	Censite	Maschi	Femmine	Totali
BOLZANO	2	2	14	5	19	0	0	0	0	0
TRENTO	3	2	26	3	29	1	1	49	17	66
Totale	**5**	**4**	**40**	**8**	**48**	**1**	**1**	**49**	**17**	**66**
Provincia	Ambulatoriali					Totali				
	Strutture		Tossicodipendenti in trattamento			Strutture		Tossicodipendenti in trattamento		
	Esistenti	Censite	Maschi	Femmine	Totali	Esistenti	Censite	Maschi	Femmine	Totali
BOLZANO	0	0	0	0	0	2	2	14	5	19
TRENTO	1	1	55	41	96	5	4	130	61	191
Totale	**1**	**1**	**55**	**41**	**96**	**7**	**6**	**144**	**66**	**210**

Tabella 101.

VENETO - DATI PROVINCIALI 31 DICEMBRE 2014 Strutture socio-riabilitative										
Provincia	Residenziali					Semi-Residenziali				
	Strutture		Tossicodipendenti in trattamento			Strutture		Tossicodipendenti in trattamento		
	Esistenti	Censite	Maschi	Femmine	Totali	Esistenti	Censite	Maschi	Femmine	Totali
BELLUNO	3	3	27	2	29	2	2	19	3	22
PADOVA	10	10	61	31	92	5	4	19	16	35
ROVIGO	2	1	3	8	11	2	2	2	0	2
TREVISO	7	0	73	27	100	2	0	3	1	4
VENEZIA	12	12	119	48	167	2	1	8	2	10
VERONA	8	8	139	28	167	4	4	41	9	50
VICENZA	26	26	243	26	269	13	13	71	11	82
Totale	**68**	**60**	**665**	**170**	**835**	**30**	**26**	**163**	**42**	**205**
Provincia	**Ambulatoriali**					**Totali**				

	Strutture		Tossicodipendenti in trattamento			Strutture		Tossicodipendenti in trattamento		
	Esistenti	Censite	Maschi	Femmine	Totali	Esistenti	Censite	Maschi	Femmine	Totali
BELLUNO	2	2	12	4	16	7	7	58	9	67
PADOVA	3	2	2	0	2	18	16	82	47	129
ROVIGO	0	0	0	0	0	4	3	5	8	13
TREVISO	1	0	0	0	0	10	0	76	28	104
VENEZIA	2	2	2	0	2	16	15	129	50	179
VERONA	2	2	8	2	10	14	14	188	39	227
VICENZA	8	8	49	29	78	47	47	363	66	429
Totale	**18**	**16**	**73**	**35**	**108**	**116**	**102**	**901**	**247**	**1148**

Tabella 102.

FRIULI VENEZIA GIULIA - DATI PROVINCIALI 31 DICEMBRE 2014

Strutture socio-riabilitative

Provincia	Residenziali					Semi-Residenziali				
	Strutture		Tossicodipendenti in trattamento			Strutture		Tossicodipendenti in trattamento		
	Esistenti	Censite	Maschi	Femmine	Totali	Esistenti	Censite	Maschi	Femmine	Totali
GORIZIA	1	1	7	3	10	1	1	1	1	2
PORDENONE	1	1	3	0	3	1	1	9	0	9
TRIESTE	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0
UDINE	5	5	40	0	40	1	1	1	0	1
Totale	**7**	**7**	**50**	**3**	**53**	**4**	**3**	**11**	**1**	**12**
Provincia	**Ambulatoriali**					**Totali**				
	Strutture		**Tossicodipendenti in trattamento**			**Strutture**		**Tossicodipendenti in trattamento**		
	Esistenti	**Censite**	**Maschi**	**Femmine**	**Totali**	**Esistenti**	**Censite**	**Maschi**	**Femmine**	**Totali**
GORIZIA	1	1	3	1	4	3	3	11	5	16
PORDENONE	0	0	0	0	0	2	2	12	0	12
TRIESTE	3	1	12	4	16	4	1	12	4	16
UDINE	0	0	0	0	0	6	6	41	0	41
Totale	**4**	**2**	**15**	**5**	**20**	**15**	**12**	**76**	**9**	**85**

Tabella 103.

EMILIA ROMAGNA - DATI PROVINCIALI 31 DICEMBRE 2014

Strutture socio-riabilitative

Provincia	Residenziali					Semi-Residenziali				
	Strutture		Tossicodipendenti in trattamento			Strutture		Tossicodipendenti in trattamento		
	Esistenti	Censite	Maschi	Femmine	Totali	Esistenti	Censite	Maschi	Femmine	Totali
BOLOGNA	14	14	163	49	212	6	5	8	5	13
FERRARA	5	5	89	17	106	1	1	0	0	0
FORLI`	17	17	136	20	156	7	3	14	2	16
MODENA	9	8	84	22	106	1	1	14	0	14
PARMA	8	8	83	3	86	0	0	0	0	0
PIACENZA	8	8	35	9	44	2	2	0	0	0
RAVENNA	9	7	102	10	112	1	1	0	0	0
REGGIO EMILIA	9	9	192	37	229	1	1	5	1	6
RIMINI	10	10	1177	258	1435	2	2	28	5	33
Totale	**89**	**86**	**2061**	**425**	**2486**	**21**	**16**	**69**	**13**	**82**

Provincia	Ambulatoriali					Totali				
	Strutture		Tossicodipendenti in trattamento			Strutture		Tossicodipendenti in trattamento		
	Esistenti	Censite	Maschi	Femmine	Totali	Esistenti	Censite	Maschi	Femmine	Totali
BOLOGNA	5	5	49	14	63	25	24	220	68	288
FERRARA	1	1	0	0	0	7	7	89	17	106
FORLI`	0	0	0	0	0	24	20	150	22	172
MODENA	3	3	61	15	76	13	12	159	37	196
PARMA	0	0	0	0	0	8	8	83	3	86
PIACENZA	2	2	15	1	16	12	12	50	10	60
RAVENNA	0	0	0	0	0	10	8	102	10	112
REGGIO EMILIA	1	1	37	9	46	11	11	234	47	281
RIMINI	0	0	0	0	0	12	12	1205	263	1468
Totale	**12**	**12**	**162**	**39**	**201**	**122**	**114**	**2292**	**477**	**2769**

Tabella 104.

TOSCANA - DATI PROVINCIALI 31 DICEMBRE 2014 Strutture socio-riabilitative										
Provincia	Residenziali					Semi-Residenziali				
	Strutture		Tossicodipendenti in trattamento			Strutture		Tossicodipendenti in trattamento		
	Esistenti	Censite	Maschi	Femmine	Totali	Esistenti	Censite	Maschi	Femmine	Totali
AREZZO	3	3	70	14	84	0	0	0	0	0
FIRENZE	16	15	117	30	147	5	4	18	7	25
GROSSETO	2	2	37	16	53	0	0	0	0	0
LIVORNO	4	4	58	10	68	2	2	27	9	36
LUCCA	4	4	44	21	65	2	2	34	29	63
MASSA	3	3	74	12	86	1	0	0	0	0
PISA	2	2	24	7	31	1	1	7	4	11
PISTOIA	9	7	130	47	177	3	2	38	8	46
PRATO	2	2	21	4	25	1	1	3	0	3
SIENA	3	3	70	25	95	3	2	2	1	3
Totale	**48**	**45**	**645**	**186**	**831**	**18**	**14**	**129**	**58**	**187**
Provincia	Ambulatoriali					Totali				
	Strutture		Tossicodipendenti in trattamento			Strutture		Tossicodipendenti in trattamento		
	Esistenti	Censite	Maschi	Femmine	Totali	Esistenti	Censite	Maschi	Femmine	Totali
AREZZO	0	0	0	0	0	3	3	70	14	84
FIRENZE	3	3	22	2	24	24	22	157	39	196
GROSSETO	0	0	0	0	0	2	2	37	16	53
LIVORNO	0	0	0	0	0	6	6	85	19	104
LUCCA	0	0	0	0	0	6	6	78	50	128
MASSA	0	0	0	0	0	4	3	74	12	86
PISA	0	0	0	0	0	3	3	31	11	42
PISTOIA	1	1	0	0	0	13	10	168	55	223
PRATO	0	0	0	0	0	3	3	24	4	28
SIENA	1	1	6	1	7	7	6	78	27	105
Totale	**5**	**5**	**28**	**3**	**31**	**71**	**64**	**802**	**247**	**1049**

Tabella 105.

UMBRIA - DATI PROVINCIALI 31 DICEMBRE 2014 Strutture socio-riabilitative										
Provincia	Residenziali					Semi-Residenziali				
	Strutture		Tossicodipendenti in trattamento			Strutture		Tossicodipendenti in trattamento		
	Esistenti	Censite	Maschi	Femmine	Totali	Esistenti	Censite	Maschi	Femmine	Totali
PERUGIA	14	14	221	62	283	4	4	12	2	14
TERNI	**3**	**3**	**56**	**5**	**61**	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**
Totale	17	17	277	67	344	4	4	12	2	14
Provincia	Ambulatoriali					Totali				
	Strutture		Tossicodipendenti in trattamento			Strutture		Tossicodipendenti in trattamento		
	Esistenti	Censite	Maschi	Femmine	Totali	Esistenti	Censite	Maschi	Femmine	Totali
PERUGIA	1	1	16	8	24	19	19	249	72	321
TERNI	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**3**	**3**	**56**	**5**	**61**
Totale	1	1	16	8	24	22	22	305	77	382

Tabella 106.

MARCHE - DATI PROVINCIALI 31 DICEMBRE 2014 Strutture socio-riabilitative										
Provincia	Residenziali					Semi-Residenziali				
	Strutture		Tossicodipendenti in trattamento			Strutture		Tossicodipendenti in trattamento		
	Esistenti	Censite	Maschi	Femmine	Totali	Esistenti	Censite	Maschi	Femmine	Totali
ANCONA	8	6	17	4	21	4	4	34	12	46
ASCOLI PICENO	5	5	83	11	94	1	1	5	1	6
FERMO	5	5	65	2	67	2	2	3	0	3
MACERATA	5	5	45	12	57	4	4	15	5	20
PESARO	9	9	93	64	157	4	4	17	6	23
Totale	**32**	**30**	**303**	**93**	**396**	**15**	**15**	**74**	**24**	**98**
Provincia	Ambulatoriali					Totali				
	Strutture		Tossicodipendenti in trattamento			Strutture		Tossicodipendenti in trattamento		
	Esistenti	Censite	Maschi	Femmine	Totali	Esistenti	Censite	Maschi	Femmine	Totali
ANCONA	2	2	32	4	36	14	12	83	20	103
ASCOLI PICENO	1	1	6	2	8	7	7	94	14	108
FERMO	0	0	0	0	0	7	7	68	2	70
MACERATA	4	3	18	2	20	13	12	78	19	97
PESARO	0	0	0	0	0	13	13	110	70	180
Totale	**7**	**6**	**56**	**8**	**64**	**54**	**51**	**433**	**125**	**558**

Tabella 107.

LAZIO - DATI PROVINCIALI 31 DICEMBRE 2014 Strutture socio-riabilitative										
Provincia	**Residenziali**					**Semi-Residenziali**				
	Strutture		**Tossicodipendenti in trattamento**			**Strutture**		**Tossicodipendenti in trattamento**		
	Esistenti	**Censite**	**Maschi**	**Femmine**	**Totali**	**Esistenti**	**Censite**	**Maschi**	**Femmine**	**Totali**
FROSINONE	4	3	105	20	125	0	0	0	0	0
LATINA	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
RIETI	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
ROMA	12	11	205	44	249	8	6	169	36	205
VITERBO	7	7	60	3	63	0	0	0	0	0
Totale	**23**	**21**	**370**	**67**	**437**	**8**	**6**	**169**	**36**	**205**
Provincia	**Ambulatoriali**					**Totali**				
	Strutture		**Tossicodipendenti in trattamento**			**Strutture**		**Tossicodipendenti in trattamento**		
	Esistenti	**Censite**	**Maschi**	**Femmine**	**Totali**	**Esistenti**	**Censite**	**Maschi**	**Femmine**	**Totali**
FROSINONE	0	0	0	0	0	4	3	105	20	125
LATINA	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
RIETI	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
ROMA	6	5	1008	190	1198	26	22	1382	270	1652
VITERBO	0	0	0	0	0	7	7	60	3	63
Totale	**6**	**5**	**1008**	**190**	**1198**	**37**	**32**	**1547**	**293**	**1840**

Tabella 108.

ABRUZZO - DATI PROVINCIALI 31 DICEMBRE 2014 Strutture socio-riabilitative										
Provincia	**Residenziali**					**Semi-Residenziali**				
	Strutture		**Tossicodipendenti in trattamento**			**Strutture**		**Tossicodipendenti in trattamento**		
	Esistenti	**Censite**	**Maschi**	**Femmine**	**Totali**	**Esistenti**	**Censite**	**Maschi**	**Femmine**	**Totali**
CHIETI	4	4	44	2	46	0	0	0	0	0
L`AQUILA	1	1	0	0	0	1	1	0	0	0
PESCARA	3	3	62	10	72	2	2	66	16	82
TERAMO	4	4	48	4	52	0	0	0	0	0
Totale	**12**	**12**	**154**	**16**	**170**	**3**	**3**	**66**	**16**	**82**
Provincia	**Ambulatoriali**					**Totali**				
	Strutture		**Tossicodipendenti in trattamento**			**Strutture**		**Tossicodipendenti in trattamento**		
	Esistenti	**Censite**	**Maschi**	**Femmine**	**Totali**	**Esistenti**	**Censite**	**Maschi**	**Femmine**	**Totali**
CHIETI	1	1	9	1	10	5	5	53	3	56
L`AQUILA	2	2	4	0	4	4	4	4	0	4
PESCARA	1	1	14	6	20	6	6	142	32	174
TERAMO	0	0	0	0	0	4	4	48	4	52
Totale	**4**	**4**	**27**	**7**	**34**	**19**	**19**	**247**	**39**	**286**

Tabella 109.

MOLISE - DATI PROVINCIALI 31 DICEMBRE 2014										
Strutture socio-riabilitative										
Provincia	Residenziali					Semi-Residenziali				
	Strutture		Tossicodipendenti in trattamento			Strutture		Tossicodipendenti in trattamento		
	Esistenti	Censite	Maschi	Femmine	Totali	Esistenti	Censite	Maschi	Femmine	Totali
CAMPOBASSO	4	4	51	2	53	0	0	0	0	0
ISERNIA	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Totale	**4**	**4**	**51**	**2**	**53**	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**
Provincia	Ambulatoriali					Totali				
	Strutture		Tossicodipendenti in trattamento			Strutture		Tossicodipendenti in trattamento		
	Esistenti	Censite	Maschi	Femmine	Totali	Esistenti	Censite	Maschi	Femmine	Totali
CAMPOBASSO	0	0	0	0	0	4	4	51	2	53
ISERNIA	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Totale	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**4**	**4**	**51**	**2**	**53**

Tabella 110.

CAMPANIA - DATI PROVINCIALI 31 DICEMBRE 2014										
Strutture socio-riabilitative										
Provincia	Residenziali					Semi-Residenziali				
	Strutture		Tossicodipendenti in trattamento			Strutture		Tossicodipendenti in trattamento		
	Esistenti	Censite	Maschi	Femmine	Totali	Esistenti	Censite	Maschi	Femmine	Totali
AVELLINO	2	2	41	8	49	2	2	18	3	21
BENEVENTO	1	1	7	0	7	0	0	0	0	0
CASERTA	4	4	122	4	126	1	1	6	0	6
NAPOLI	7	7	97	0	97	3	3	13	0	13
SALERNO	4	4	84	10	94	1	1	0	0	0
Totale	**18**	**18**	**351**	**22**	**373**	**7**	**7**	**37**	**3**	**40**
Provincia	Ambulatoriali					Totali				
	Strutture		Tossicodipendenti in trattamento			Strutture		Tossicodipendenti in trattamento		
	Esistenti	Censite	Maschi	Femmine	Totali	Esistenti	Censite	Maschi	Femmine	Totali
AVELLINO	0	0	0	0	0	4	4	59	11	70
BENEVENTO	0	0	0	0	0	1	1	7	0	7
CASERTA	2	2	37	1	38	7	7	165	5	170
NAPOLI	5	5	26	2	28	15	15	136	2	138
SALERNO	3	3	20	3	23	8	8	104	13	117

Totale	**10**	**10**	**83**	**6**	**89**	**35**	**35**	**471**	**31**	**502**

Tabella 111.

PUGLIA - DATI PROVINCIALI 31 DICEMBRE 2014 Strutture socio-riabilitative										
Provincia	**Residenziali**					**Semi-Residenziali**				
	Strutture		**Tossicodipendenti in trattamento**			**Strutture**		**Tossicodipendenti in trattamento**		
	Esistenti	**Censite**	**Maschi**	**Femmine**	**Totali**	**Esistenti**	**Censite**	**Maschi**	**Femmine**	**Totali**
BARI	17	7	132	5	137	5	0	0	0	0
BARLETTA-ANDRIA-TRANI	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
BRINDISI	4	4	58	0	58	0	0	0	0	0
FOGGIA	3	3	50	3	53	3	3	54	0	54
LECCE	7	3	66	17	83	6	6	0	0	0
TARANTO	13	13	130	7	137	0	0	0	0	0
Totale	**44**	**30**	**436**	**32**	**468**	**14**	**9**	**54**	**0**	**54**
Provincia	**Ambulatoriali**					**Totali**				
	Strutture		**Tossicodipendenti in trattamento**			**Strutture**		**Tossicodipendenti in trattamento**		
	Esistenti	**Censite**	**Maschi**	**Femmine**	**Totali**	**Esistenti**	**Censite**	**Maschi**	**Femmine**	**Totali**
BARI	8	3	26	2	28	30	10	158	7	165
BARLETTA-ANDRIA-TRANI	1	1	31	1	32	1	1	31	1	32
BRINDISI	3	3	0	0	0	7	7	58	0	58
FOGGIA	0	0	0	0	0	6	6	104	3	107
LECCE	4	4	128	8	136	17	13	194	25	219
TARANTO	2	1	13	5	18	15	14	143	12	155
Totale	**18**	**12**	**198**	**16**	**214**	**76**	**51**	**688**	**48**	**736**

Tabella 112.

BASILICATA - DATI PROVINCIALI 31 DICEMBRE 2014 Strutture socio-riabilitative										
Provincia	**Residenziali**					**Semi-Residenziali**				
	Strutture		**Tossicodipendenti in trattamento**			**Strutture**		**Tossicodipendenti in trattamento**		
	Esistenti	**Censite**	**Maschi**	**Femmine**	**Totali**	**Esistenti**	**Censite**	**Maschi**	**Femmine**	**Totali**
MATERA	3	3	56	0	56	1	1	0	0	0
POTENZA	2	2	31	6	37	1	1	7	1	8
Totale	**5**	**5**	**87**	**6**	**93**	**2**	**2**	**7**	**1**	**8**
Provincia	**Ambulatoriali**					**Totali**				
	Strutture		**Tossicodipendenti in trattamento**			**Strutture**		**Tossicodipendenti in trattamento**		
	Esistenti	**Censite**	**Maschi**	**Femmine**	**Totali**	**Esistenti**	**Censite**	**Maschi**	**Femmine**	**Totali**
MATERA	3	3	31	0	31	7	7	87	0	87

POTENZA	1	1	7	2	9	4	4	45	9	54
Totale	**4**	**4**	**38**	**2**	**40**	**11**	**11**	**132**	**9**	**141**

Tabella 113.

CALABRIA - DATI PROVINCIALI 31 DICEMBRE 2014 Strutture socio-riabilitative										
Provincia	**Residenziali**					**Semi-Residenziali**				
	Strutture		**Tossicodipendenti in trattamento**			**Strutture**		**Tossicodipendenti in trattamento**		
	Esistenti	**Censite**	**Maschi**	**Femmine**	**Totali**	**Esistenti**	**Censite**	**Maschi**	**Femmine**	**Totali**
CATANZARO	7	7	46	1	47	2	2	3	1	4
COSENZA	7	7	76	0	76	0	0	0	0	0
CROTONE	3	3	37	5	42	2	2	5	0	5
REGGIO CALABRIA	5	5	70	4	74	3	3	14	1	15
VIBO VALENTIA	1	1	28	1	29	0	0	0	0	0
Totale	**23**	**23**	**257**	**11**	**268**	**7**	**7**	**22**	**2**	**24**
Provincia	**Ambulatoriali**					**Totali**				
	Strutture		**Tossicodipendenti in trattamento**			**Strutture**		**Tossicodipendenti in trattamento**		
	Esistenti	**Censite**	**Maschi**	**Femmine**	**Totali**	**Esistenti**	**Censite**	**Maschi**	**Femmine**	**Totali**
CATANZARO	0	1	0	0	0	9	10	49	2	51
COSENZA	0	0	0	0	0	7	7	76	0	76
CROTONE	0	0	0	0	0	5	5	42	5	47
REGGIO CALABRIA	1	1	1	0	1	9	9	85	5	90
VIBO VALENTIA	0	0	0	0	0	1	1	28	1	29
Totale	**1**	**2**	**1**	**0**	**1**	**31**	**32**	**280**	**13**	**293**

Tabella 114.

SICILIA - DATI PROVINCIALI 31 DICEMBRE 2014 Strutture socio-riabilitative										
Provincia	**Residenziali**					**Semi-Residenziali**				
	Strutture		**Tossicodipendenti in trattamento**			**Strutture**		**Tossicodipendenti in trattamento**		
	Esistenti	**Censite**	**Maschi**	**Femmine**	**Totali**	**Esistenti**	**Censite**	**Maschi**	**Femmine**	**Totali**
AGRIGENTO	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
CALTANISSETTA	3	2	50	15	65	0	0	0	0	0
CATANIA	4	4	69	0	69	0	0	0	0	0
ENNA	1	1	15	0	15	0	0	0	0	0
MESSINA	2	2	46	0	46	2	2	9	0	9

PALERMO	2	2	50	0	50	2	2	29	0	29
RAGUSA	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
SIRACUSA	1	1	8	2	10	0	0	0	0	0
TRAPANI	5	5	105	9	114	2	2	19	0	19
Totale	**18**	**17**	**343**	**26**	**369**	**6**	**6**	**57**	**0**	**57**
Provincia	**Ambulatoriali**					**Totali**				
	Strutture		**Tossicodipendenti in trattamento**			**Strutture**		**Tossicodipendenti in trattamento**		
	Esistenti	**Censite**	**Maschi**	**Femmine**	**Totali**	**Esistenti**	**Censite**	**Maschi**	**Femmine**	**Totali**
AGRIGENTO	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
CALTANISSETTA	0	0	0	0	0	3	2	50	15	65
CATANIA	0	0	0	0	0	4	4	69	0	69
ENNA	0	0	0	0	0	1	1	15	0	15
MESSINA	3	2	12	0	12	7	6	67	0	67
PALERMO	0	0	0	0	0	4	4	79	0	79
RAGUSA	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
SIRACUSA	0	0	0	0	0	1	1	8	2	10
TRAPANI	2	2	17	4	21	9	9	141	13	154
Totale	**5**	**4**	**29**	**4**	**33**	**29**	**27**	**429**	**30**	**459**

Tabella 115.

SARDEGNA - DATI PROVINCIALI 31 DICEMBRE 2014										
Strutture socio-riabilitative										
Provincia	**Residenziali**					**Semi-Residenziali**				
	Strutture		**Tossicodipendenti in trattamento**			**Strutture**		**Tossicodipendenti in trattamento**		
	Esistenti	**Censite**	**Maschi**	**Femmine**	**Totali**	**Esistenti**	**Censite**	**Maschi**	**Femmine**	**Totali**
CAGLIARI	11	11	190	22	212	0	0	0	0	0
NUORO	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
ORISTANO	1	1	20	0	20	0	0	0	0	0
SASSARI	7	5	100	20	120	1	1	0	0	0
Totale	**19**	**17**	**310**	**42**	**352**	**1**	**1**	**0**	**0**	**0**
Provincia	**Ambulatoriali**					**Totali**				
	Strutture		**Tossicodipendenti in trattamento**			**Strutture**		**Tossicodipendenti in trattamento**		
	Esistenti	**Censite**	**Maschi**	**Femmine**	**Totali**	**Esistenti**	**Censite**	**Maschi**	**Femmine**	**Totali**
CAGLIARI	3	3	83	7	90	14	14	273	29	302
NUORO	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
ORISTANO	0	0	0	0	0	1	1	20	0	20
SASSARI	5	3	11	4	15	13	9	111	24	135
Totale	**8**	**6**	**94**	**11**	**105**	**28**	**24**	**404**	**53**	**457**

Tabella 116.

ITALIA - DATI REGIONALI 30 GIUGNO 2014 Strutture socio-riabilitative										
Regione	**Residenziali**					**Semi-Residenziali**				
	Strutture		**Tossicodipendenti in trattamento**			**Strutture**		**Tossicodipendenti in trattamento**		
	Esistenti	**Censite**	**Maschi**	**Femmine**	**Totali**	**Esistenti**	**Censite**	**Maschi**	**Femmine**	**Totali**
Piemonte	53	53	623	120	743	5	5	55	8	63
Valle d`aosta	4	4	21	2	23	1	1	6	5	11
Lombardia	126	109	1988	463	2451	19	13	180	18	198
Liguria	24	24	255	55	310	8	8	17	0	17
Trentino alto adige	5	5	52	7	59	1	1	50	18	68
Veneto	71	70	625	154	779	31	30	160	47	207
Friuli venezia giulia	3	1	34	0	34	5	1	18	0	18
Emilia romagna	88	84	1819	380	2199	21	16	61	15	76
Toscana	48	43	649	178	827	63	13	122	23	145
Umbria	14	14	227	55	282	3	3	10	3	13
Marche	32	30	368	73	441	14	14	58	22	80
Lazio	23	20	361	60	421	11	9	143	37	180
Abruzzo	11	11	125	12	137	3	3	49	16	65
Molise	4	4	48	1	49	0	0	0	0	0
Campania	15	15	384	27	411	8	8	50	5	55
Puglia	44	31	455	34	489	15	8	72	3	75
Basilicata	5	5	85	4	89	4	4	23	2	25
Calabria	19	105	176	9	185	5	5	29	2	31
Sicilia	18	16	354	29	383	7	7	74	11	85
Sardegna	18	17	336	49	385	1	0	0	0	0
Totale	**625**	**661**	**8985**	**1712**	**10697**	**225**	**149**	**1177**	**235**	**1412**

Tabella 117.

ITALIA - DATI REGIONALI 30 GIUGNO 2014 Strutture socio-riabilitative										
Regione	**Ambulatoriali**					**Totali**				
	Strutture		**Tossicodipendenti in trattamento**			**Strutture**		**Tossicodipendenti in trattamento**		
	Esistenti	**Censite**	**Maschi**	**Femmine**	**Totali**	**Esistenti**	**Censite**	**Maschi**	**Femmine**	**Totali**
Piemonte	5	5	73	22	95	63	63	751	150	901
Valle d`aosta	0	0	0	0	0	5	5	27	7	34

Lombardia	21	12	657	60	717	166	134	2825	541	3366
Liguria	3	2	4	3	7	35	34	276	58	334
Trentino alto adige	1	1	54	38	92	7	7	156	63	219
Veneto	14	13	39	18	57	116	113	824	219	1043
Friuli venezia giulia	3	2	15	5	20	11	4	67	5	72
Emilia romagna	13	12	156	42	198	122	112	2036	437	2473
Toscana	6	6	64	34	98	117	62	835	235	1070
Umbria	1	1	20	4	24	18	18	257	62	319
Marche	8	7	79	38	117	54	51	505	133	638
Lazio	4	3	1187	180	1367	38	32	1691	277	1968
Abruzzo	6	6	56	7	63	20	20	230	35	265
Molise	0	0	0	0	0	4	4	48	1	49
Campania	9	9	85	2	87	32	32	519	34	553
Puglia	18	14	183	17	200	77	53	710	54	764
Basilicata	2	2	2	0	2	11	11	110	6	116
Calabria	1	2	2	0	2	25	112	207	11	218
Sicilia	5	5	27	4	31	30	28	455	44	499
Sardegna	8	7	155	32	187	27	24	491	81	572
Totale	**128**	**109**	**2858**	**506**	**3364**	**978**	**919**	**13020**	**2453**	**15473**

Tabella 118.

ITALIA - DATI REGIONALI 31 DICEMBRE 2014 Strutture socio-riabilitative										
Regione	**Residenziali**					**Semi-Residenziali**				
	Strutture		**Tossicodipendenti in trattamento**			**Strutture**		**Tossicodipendenti in trattamento**		
	Esistenti	**Censite**	**Maschi**	**Femmine**	**Totali**	**Esistenti**	**Censite**	**Maschi**	**Femmine**	**Totali**
Piemonte	53	48	613	125	738	5	5	60	10	70
Valle d`aosta	4	4	28	5	33	1	1	4	3	7
Lombardia	120	112	1926	385	2311	20	15	137	13	150
Liguria	24	20	208	39	247	8	5	13	0	13
Trentino alto adige	5	4	40	8	48	1	1	49	17	66
Veneto	68	60	665	170	835	30	26	163	42	205
Friuli venezia giulia	7	7	50	3	53	4	3	11	1	12
Emilia romagna	89	86	2061	425	2486	21	16	69	13	82
Toscana	48	45	645	186	831	18	14	129	58	187
Umbria	17	17	277	67	344	4	4	12	2	14
Marche	32	30	303	93	396	15	15	74	24	98
Lazio	23	21	370	67	437	8	6	169	36	205
Abruzzo	12	12	154	16	170	3	3	66	16	82
Molise	4	4	51	2	53	0	0	0	0	0
Campania	18	18	351	22	373	7	7	37	3	40
Puglia	44	30	436	32	468	14	9	54	0	54
Basilicata	5	5	87	6	93	2	2	7	1	8

Calabria	23	23	257	11	268	7	7	22	2	24
Sicilia	18	17	343	26	369	6	6	57	0	57
Sardegna	19	17	310	42	352	1	1	0	0	0
Totale	**633**	**580**	**9175**	**1730**	**10905**	**175**	**146**	**1133**	**241**	**1374**

Tabella 119.

ITALIA - DATI REGIONALI 31 DICEMBRE 2014 Strutture socio-riabilitative										
Regione	**Ambulatoriali**					**Totali**				
	Strutture		**Tossicodipendenti in trattamento**			**Strutture**		**Tossicodipendenti in trattamento**		
	Esistenti	**Censite**	**Maschi**	**Femmine**	**Totali**	**Esistenti**	**Censite**	**Maschi**	**Femmine**	**Totali**
Piemonte	5	5	72	26	98	63	58	745	161	906
Valle d`aosta	0	0	0	0	0	5	5	32	8	40
Lombardia	20	10	401	80	481	160	137	2464	478	2942
Liguria	2	3	4	1	5	34	28	225	40	265
Trentino alto adige	1	1	55	41	96	7	6	144	66	210
Veneto	18	16	73	35	108	116	102	901	247	1148
Friuli venezia giulia	4	2	15	5	20	15	12	76	9	85
Emilia romagna	12	12	162	39	201	122	114	2292	477	2769
Toscana	5	5	28	3	31	71	64	802	247	1049
Umbria	1	1	16	8	24	22	22	305	77	382
Marche	7	6	56	8	64	54	51	433	125	558
Lazio	6	5	1008	190	1198	37	32	1547	293	1840
Abruzzo	4	4	27	7	34	19	19	247	39	286
Molise	0	0	0	0	0	4	4	51	2	53
Campania	10	10	83	6	89	35	35	471	31	502
Puglia	18	12	198	16	214	76	51	688	48	736
Basilicata	4	4	38	2	40	11	11	132	9	141
Calabria	1	2	1	0	1	31	32	280	13	293
Sicilia	5	4	29	4	33	29	27	429	30	459
Sardegna	8	6	94	11	105	28	24	404	53	457
Totale	**131**	**108**	**2360**	**482**	**2842**	**939**	**834**	**12668**	**2453**	**15121**

PERSONE SEGNALATE AI SENSI DELL'ARTICOLO 75 T.U. N.309 9 OTTOBRE 1990

- **Distribuzione numerica per sesso e classi di età**
- **Stampa per PROVINCIA relativa alla SEGNALAZIONE**
- **Periodo di riferimento : dal 01-01-2014 al 31-12-2014**
- **Data di elaborazione : 04 - 05 - 2015**

M A S C H I

Tabella 120.

REGIONE	Fino a 14	15-17	18-20	21-22	23-25	26-28	29-30	Oltre 30	Totale
ABRUZZO	6	49	110	61	76	52	42	186	**582**
BASILICATA	5	26	81	49	70	49	23	91	**394**
CALABRIA	11	88	274	199	206	155	99	410	**1442**
CAMPANIA	3	77	277	179	194	147	95	444	**1416**
EMILIA ROMAGNA	26	248	589	279	294	211	116	576	**2339**
FRIULI VENEZIA GIULIA	5	35	74	48	31	12	5	49	**259**
LAZIO	11	290	561	321	366	232	127	654	**2562**
LIGURIA	17	144	335	161	176	109	45	371	**1358**
LOMBARDIA	25	262	457	230	263	185	109	626	**2157**
MARCHE	7	145	242	120	122	58	25	175	**894**
MOLISE	0	29	69	27	36	31	17	45	**254**
PIEMONTE	24	318	564	276	275	196	88	648	**2389**
PUGLIA	15	257	606	324	340	195	121	460	**2318**
SARDEGNA	5	46	155	80	92	58	40	242	**718**
SICILIA	28	332	837	484	583	295	184	744	**3487**
TOSCANA	19	274	640	317	368	258	156	1018	**3050**
TRENTINO ALTO ADIGE	3	54	93	42	51	36	14	50	**343**
UMBRIA	1	49	115	63	56	39	23	182	**528**
VALLE D`AOSTA	3	10	34	14	23	15	6	33	**138**
VENETO	25	331	615	298	303	216	104	549	**2441**
TOTALE GENERALE	**239**	**3064**	**6728**	**3572**	**3925**	**2549**	**1439**	**7553**	**29069**

F E M M I N E

Tabella 121.

REGIONE	Fino a 14	15-17	18-20	21-22	23-25	26-28	29-30	Oltre 30	Totale
ABRUZZO	1	6	14	7	19	8	3	16	**74**
BASILICATA	2	3	9	3	6	2	3	7	**35**
CALABRIA	0	5	10	6	10	9	2	17	**59**
CAMPANIA	1	5	16	7	4	7	7	28	**75**
EMILIA ROMAGNA	4	29	33	18	25	16	2	51	**178**
FRIULI VENEZIA GIULIA	1	0	2	2	1	0	1	6	**13**
LAZIO	0	26	59	25	30	25	1	78	**244**
LIGURIA	1	13	26	14	11	6	5	30	**106**
LOMBARDIA	2	25	33	17	24	10	10	46	**167**
MARCHE	0	14	21	8	10	4	0	15	**72**
MOLISE	1	5	5	2	4	3	1	5	**26**
PIEMONTE	0	30	42	19	29	16	13	44	**193**
PUGLIA	2	15	29	12	20	11	8	18	**115**
SARDEGNA	0	6	9	4	5	4	3	14	**45**
SICILIA	1	16	29	25	30	21	7	43	**172**
TOSCANA	4	39	58	32	43	24	11	118	**329**
TRENTINO ALTO ADIGE	0	7	9	2	4	0	1	4	**27**
UMBRIA	1	5	12	7	9	4	3	13	**54**
VALLE D`AOSTA	0	0	2	1	1	0	0	3	**7**
VENETO	1	30	54	31	24	16	10	46	**212**
TOTALE GENERALE	**22**	**279**	**472**	**242**	**309**	**186**	**91**	**602**	**2203**

M A S C H I E F E M M I N E

Tabella 122.

REGIONE	Fino a 14	15-17	18-20	21-22	23-25	26-28	29-30	Oltre 30	Totale
ABRUZZO	7	55	124	68	95	60	45	202	**656**
BASILICATA	7	29	90	52	76	51	26	98	**429**
CALABRIA	11	93	284	205	216	164	101	427	**1501**
CAMPANIA	4	82	293	186	198	154	102	472	**1491**
EMILIA ROMAGNA	30	277	622	297	319	227	118	627	**2517**
FRIULI VENEZIA GIULIA	6	35	76	50	32	12	6	55	**272**
LAZIO	11	316	620	346	396	257	128	732	**2806**
LIGURIA	18	157	361	175	187	115	50	401	**1464**
LOMBARDIA	27	287	490	247	287	195	119	672	**2324**
MARCHE	7	159	263	128	132	62	25	190	**966**
MOLISE	1	34	74	29	40	34	18	50	**280**
PIEMONTE	24	348	606	295	304	212	101	692	**2582**
PUGLIA	17	272	635	336	360	206	129	478	**2433**
SARDEGNA	5	52	164	84	97	62	43	256	**763**
SICILIA	29	348	866	509	613	316	191	787	**3659**
TOSCANA	23	313	698	349	411	282	167	1136	**3379**
TRENTINO ALTO ADIGE	3	61	102	44	55	36	15	54	**370**
UMBRIA	2	54	127	70	65	43	26	195	**582**
VALLE D`AOSTA	3	10	36	15	24	15	6	36	**145**
VENETO	26	361	669	329	327	232	114	595	**2653**
TOTALE GENERALE	**261**	**3343**	**7200**	**3814**	**4234**	**2735**	**1530**	**8155**	**31272**

Tabella 123.

Regione	Provincia	Segnalazioni per provincia del fatto	Segnalazioni 121	Totale colloqui	Formale invito	Richiesta programma terapeutico
Abruzzo	Chieti	128	58	154	61	0
	L`Aquila	163	12	166	94	0
	Pescara	226	196	164	104	0
	Teramo	155	144	200	200	0
Basilicata	Matera	148	2	184	102	0
	Potenza	287	20	248	173	0
Calabria	Catanzaro	471	11	406	249	0
	Cosenza	781	26	245	215	0
	Crotone	87	0	202	87	0
	Reggio Calabria	151	10	29	18	0
	Vibo Valentia	108	78	71	42	0
Campania	Avellino	197	16	292	158	0
	Benevento	176	176	259	80	0
	Caserta	59	18	2	0	0
	Napoli	396	64	1	0	0
	Salerno	733	28	500	499	0
Emilia R.	Bologna	660	293	405	317	0
	Ferrara	225	227	184	43	0
	Forli' Cesena	175	90	122	121	0
	Modena	239	15	249	143	0
	Parma	350	132	174	94	0
	Piacenza	282	61	1	0	0
	Ravenna	333	156	191	137	0
	Reggio Emilia	85	5	4	4	0
	Rimini	250	165	140	88	0
Friuli V.G.	Gorizia	24	5	53	37	0
	Pordenone	117	108	73	64	0
	Trieste	16	95	7	6	0
	Udine	127	9	19	6	0
Lazio	Frosinone	495	94	517	179	0
	Latina	54	160	145	139	0
	Rieti	86	3	38	28	0
	Roma	2047	74	587	6	0

	Viterbo	179	102	174	130	0
Liguria	Genova	876	53	743	402	0
	Imperia	207	4	55	55	0
	La Spezia	232	14	142	75	0
	Savona	207	28	172	170	0
Lombardia	Bergamo	620	391	518	290	7
	Brescia	404	540	649	425	0
	Como	20	11	254	162	0
	Cremona	264	195	246	97	0
	Lecco	16	0	12	0	0
	Lodi	68	17	102	48	1
	Mantova	198	20	128	63	0
	Milano	419	52	516	371	0
	Monza E Della Brianza	98	0	70	68	2
	Pavia	44	13	32	29	0
	Sondrio	122	73	121	69	0
	Varese	121	153	313	224	0
Marche	Ancona	369	95	306	186	0
	Ascoli Piceno	171	181	169	89	0
	Fermo	15	8	6	6	0
	Macerata	167	127	208	154	0
	Pesaro	268	26	256	150	0
Molise	Campobasso	277	24	141	74	0
	Isernia	17	1	0	0	0
Piemonte	Alessandria	215	94	239	148	0
	Asti	43	19	100	46	0
	Biella	83	84	139	47	0
	Cuneo	423	37	387	250	0
	Novara	194	25	108	105	0
	Torino	1372	124	743	743	0
	Verbania	202	1	186	137	0
	Vercelli	164	37	156	71	0
Puglia	Bari	766	21	717	242	0
	Barletta-Andria-Trani	33	0	45	24	0
	Brindisi	104	3	36	35	0
	Foggia	220	47	287	235	0

	Lecce	498	11	480	294	0
	Taranto	939	13	345	73	2
Sardegna	Cagliari	277	12	0	0	0
	Nuoro	102	12	88	79	0
	Oristano	116	101	106	69	0
	Sassari	292	9	112	98	0
Sicilia	Agrigento	332	110	220	112	2
	Caltanissetta	57	17	12	4	0
	Catania	335	403	500	298	0
	Enna	112	3	163	121	12
	Messina	112	21	177	143	0
	Palermo	2163	48	1297	800	0
	Ragusa	110	9	268	162	0
	Siracusa	282	6	0	0	0
	Trapani	327	96	181	140	0
Toscana	Arezzo	322	185	155	124	0
	Firenze	1008	168	718	545	0
	Grosseto	154	13	116	33	0
	Livorno	286	35	245	141	13
	Lucca	359	17	141	94	0
	Massa	196	19	178	63	0
	Pisa	401	17	285	175	0
	Pistoia	263	21	289	105	31
	Prato	387	25	274	161	0
	Siena	113	21	115	62	0
Trentino A. A.	Bolzano	350	137	251	177	0
	Trento	42	119	78	52	0
Umbria	Perugia	547	172	196	192	0
	Terni	57	9	84	65	0
Valle D`Aosta	Aosta	148	45	115	48	36
Veneto	Belluno	36	1	16	16	0
	Padova	604	71	476	166	1
	Rovigo	77	49	63	28	0
	Treviso	472	49	267	209	0
	Venezia	528	140	496	376	0
	Verona	649	219	422	0	0
	Vicenza	368	121	283	23	0
Totale		**32450**	**7695**	**23720**	**14162**	**107**

Tabella 124.

Regione	Provincia	Convocazioni			Sanzioni amministrative			Archiviaz. Atti
		con coll.	senza coll.	Totale	con coll.	senza coll.	Totale	
Abruzzo	Chieti	0	0	0	93	24	117	1
	L`Aquila	0	0	0	72	7	79	0
	Pescara	0	0	0	60	17	77	12
	Teramo	0	0	0	0	92	92	0
Basilicata	Matera	0	0	0	82	13	95	0
	Potenza	0	0	0	75	64	139	0
Calabria	Catanzaro	0	0	0	157	16	173	0
	Cosenza	0	0	0	30	136	166	69
	Crotone	0	0	0	115	22	137	0
	Reggio Calabria	0	0	0	11	6	17	0
	Vibo Valentia	0	0	0	29	9	38	0
Campania	Avellino	0	0	0	134	46	180	0
	Benevento	0	0	0	179	0	179	1
	Caserta	0	0	0	2	0	2	0
	Napoli	0	0	0	1	1	2	0
	Salerno	0	0	0	1	478	479	2
Emilia R.	Bologna	0	0	0	88	150	238	2
	Ferrara	0	0	0	141	28	169	0
	Forli' Cesena	0	0	0	1	72	73	0
	Modena	0	0	0	106	1	107	0
	Parma	0	0	0	80	10	90	0
	Piacenza	0	0	0	1	10	11	0
	Ravenna	0	0	0	54	24	78	29
	Reggio Emilia	0	0	0	0	0	0	0
	Rimini	0	0	0	52	82	134	1
Friuli V.G.	Gorizia	0	0	0	16	5	21	4
	Pordenone	0	0	0	9	17	26	0
	Trieste	0	0	0	1	3	4	0
	Udine	0	0	0	13	0	13	0
Lazio	Frosinone	0	0	0	338	9	347	2
	Latina	0	0	0	6	161	167	3
	Rieti	0	0	0	10	3	13	0

	Roma	0	0	0	581	7	588	0
	Viterbo	0	0	0	44	11	55	0
Liguria	Genova	0	0	0	341	2	343	65
	Imperia	0	0	0	0	4	4	0
	La Spezia	0	0	0	67	15	82	8
	Savona	0	0	0	2	0	2	3
Lombardia	Bergamo	0	0	0	221	135	356	3
	Brescia	0	0	0	224	3	227	0
	Como	0	0	0	92	15	107	0
	Cremona	0	0	0	149	57	206	0
	Lecco	0	0	0	12	0	12	0
	Lodi	0	0	0	53	14	67	0
	Mantova	0	0	0	65	15	80	13
	Milano	0	0	0	145	0	145	0
	Monza E Della Brianza	0	0	0	0	47	47	2
	Pavia	0	0	0	3	0	3	0
	Sondrio	0	0	0	52	24	76	13
	Varese	0	0	0	89	0	89	1
Marche	Ancona	0	0	0	120	39	159	0
	Ascoli Piceno	0	0	0	80	1	81	0
	Fermo	0	0	0	0	1	1	0
	Macerata	0	0	0	54	17	71	1
	Pesaro	0	0	0	106	4	110	0
Molise	Campobasso	0	0	0	67	15	82	0
	Isernia	0	0	0	0	1	1	0
Piemonte	Alessandria	0	0	0	91	71	162	0
	Asti	0	0	0	54	6	60	4
	Biella	0	0	0	92	22	114	3
	Cuneo	0	0	0	137	17	154	2
	Novara	0	0	0	3	0	3	17
	Torino	0	0	0	0	705	705	0
	Verbania	0	0	0	49	46	95	11
	Vercelli	0	0	0	85	18	103	1
Puglia	Bari	1	0	1	474	251	725	20
	Barletta-Andria-Trani	0	0	0	21	1	22	0
	Brindisi	0	0	0	1	35	36	0

	Foggia	0	0	0	52	144	196	5
	Lecce	0	0	0	186	24	210	0
	Taranto	0	0	0	270	20	290	122
Sardegna	Cagliari	0	0	0	0	1	1	0
	Nuoro	0	0	0	9	0	9	4
	Oristano	0	0	0	37	10	47	3
	Sassari	0	0	0	14	13	27	4
Sicilia	Agrigento	0	0	0	106	1	107	1
	Caltanissetta	0	0	0	8	4	12	8
	Catania	0	0	0	202	198	400	6
	Enna	0	0	0	30	7	37	6
	Messina	0	0	0	34	60	94	1
	Palermo	0	0	0	497	220	717	1
	Ragusa	0	0	0	106	40	146	0
	Siracusa	0	0	0	0	0	0	0
	Trapani	0	0	0	41	26	67	28
Toscana	Arezzo	0	0	0	31	16	47	1
	Firenze	0	0	0	173	106	279	0
	Grosseto	0	0	0	83	10	93	1
	Livorno	0	0	0	91	11	102	42
	Lucca	0	1	1	47	84	131	51
	Massa	0	0	0	115	3	118	11
	Pisa	0	0	0	110	1	111	3
	Pistoia	0	0	0	153	19	172	8
	Prato	0	0	0	113	8	121	0
	Siena	0	0	0	53	9	62	1
Trentino A. A.	Bolzano	0	0	0	74	41	115	0
	Trento	0	0	0	26	12	38	43
Umbria	Perugia	0	0	0	4	219	223	6
	Terni	0	0	0	19	1	20	0
Valle D`Aosta	Aosta	2	0	2	29	21	50	15
Veneto	Belluno	0	0	0	0	16	16	0
	Padova	0	0	0	309	36	345	0
	Rovigo	0	0	0	35	3	38	0
	Treviso	0	0	0	58	15	73	44
	Venezia	0	0	0	120	95	215	2
	Verona	0	0	0	422	3	425	1
	Vicenza	0	0	0	260	1	261	1
Totale		**3**	**1**	**4**	**9448**	**4603**	**14051**	**712**

Tabella 125.

REGIONE	Segnalazioni per provincia del fatto	Segnalazioni121	Totale colloqui	Formale invito	Richiesta progr. terapeutico
Abruzzo	672	58	684	459	0
Basilicata	435	22	432	275	0
Calabria	1598	125	953	611	0
Campania	1561	302	1054	737	0
Emilia romagna	2599	1144	1470	947	0
Friuli Venezia Giulia	284	217	152	113	0
Lazio	2861	433	1461	482	0
Liguria	1522	99	1112	702	0
Lombardia	2394	1465	2961	1846	10
Marche	990	437	945	585	0
Molise	294	25	141	74	0
Piemonte	2696	421	2058	1547	0
Puglia	2560	95	1910	903	2
Sardegna	787	134	306	246	0
Sicilia	3830	713	2818	1780	14
Toscana	3489	521	2516	1503	44
Trentino Alto Adige	392	256	329	229	0
Umbria	604	181	280	257	0
Valle d`aosta	148	45	115	48	36
Veneto	2734	650	2023	818	1
Totale	**32450**	**7343**	**23720**	**14162**	**107**

Tabella 126.

REGIONE	Convocazioni			Sanzioni amministrative			Archiviazione e atti
	con coll.	senza coll.	Totale	con coll.	senza coll.	Totale	
Abruzzo	0	0	0	225	140	365	13
Basilicata	0	0	0	157	77	234	0
Calabria	0	0	0	342	189	531	69
Campania	0	0	0	317	525	842	3
Emilia romagna	0	0	0	523	377	900	32
Friuli Venezia Giulia	0	0	0	39	25	64	4
Lazio	0	0	0	979	191	1170	5
Liguria	0	0	0	410	21	431	76
Lombardia	0	0	0	1105	310	1415	32
Marche	0	0	0	360	62	422	1
Molise	0	0	0	67	16	83	0
Piemonte	0	0	0	511	885	1396	38
Puglia	1	0	1	1004	475	1479	147
Sardegna	0	0	0	60	24	84	11
Sicilia	0	0	0	1024	556	1580	51
Toscana	0	1	1	969	267	1236	118
Trentino Alto Adige	0	0	0	100	53	153	43
Umbria	0	0	0	23	220	243	6
Valle d`aosta	2	0	2	29	21	50	15
Veneto	0	0	0	1204	169	1373	48
Totale	**3**	**1**	**4**	**9448**	**4603**	**14051**	**712**

PERSONE SEGNALATE AI SENSI DELL'ARTICOLO 75 T.U. N.309 9 OTTOBRE 1990

- **Distribuzione delle sostanze per sesso**
- **Stampa per PROVINCIA relativa alla SEGNALAZIONE**
- **Periodo di riferimento : dal 01-01-2014 al 31-12-2014**
- **Data di elaborazione : 04 - 05 – 2015**

Tabella 127.

DESCRIZIONE	MASCHI	FEMMINE	TOTALE
EROINA	1.793	234	2.027
METADONE	163	24	187
MORFINA	22	2	24
ALTRI OPPIACEI	54	3	57
COCAINA	3.695	283	3.978
CRACK	49	6	55
ANFETAMINE	103	10	113
ECSTASY ED ANALOGHI	96	14	110
ALTRI STIMOLANTI	3	0	3
BARBITURICI	1	0	1
BENZODIAZEPINE	1	0	1
ALTRI IPNOTICI E SEDATIVI	13	1	14
LSD	5	1	6
ALTRI ALLUCINOGENI	23	5	28
INALANTI VOLATILI	20	0	20
CANNABINOIDI	24.929	1.734	26.663
ALTRE SOSTANZE ILLEGALI	76	8	84
TOTALE	**31.046**	**2.325**	**33.371**

PARTE IV. MISURE DI PREVENZIONE

Capitolo 1. Gli interventi di prevenzione

A cura del Consiglio Nazionale delle Ricerche, del Ministero della Difesa e del Gruppo Cochrane Droghe e Alcol

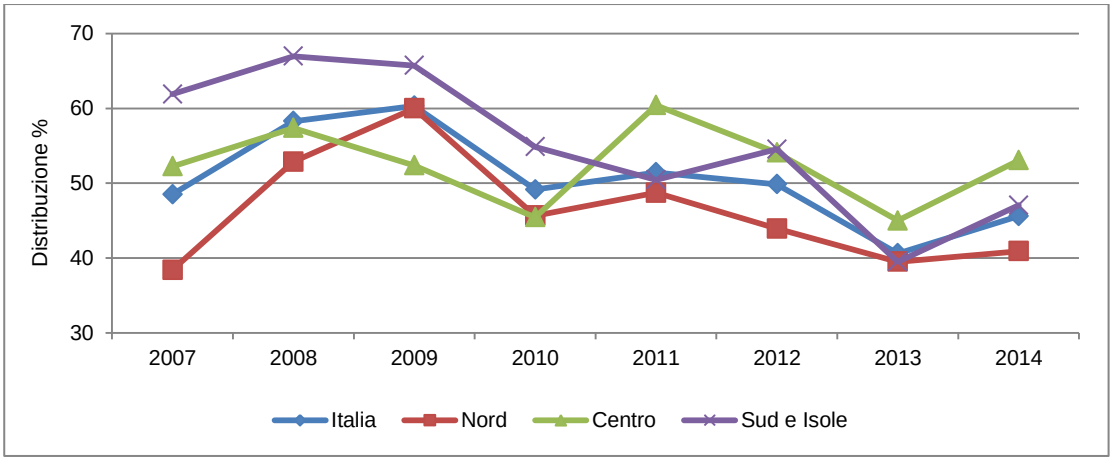
1.1 I programmi di prevenzione nelle scuole

Il presente contributo riguarda le iniziative di prevenzione sull'uso di sostanze psicoattive, lecite ed illecite, sul gioco d'azzardo e sul doping, attuate negli istituti superiori di secondo grado che negli anni hanno partecipato allo studio ESPAD®Italia. Le informazioni sono state rilevate attraverso la compilazione da parte dei dirigenti scolastici di un questionario costruito sulla base delle direttive EMCDDA (European Monitoring Centre on Drugs and Drug Addiction[69]).
Nell'anno 2014 oltre la metà (54,3%) dei dirigenti scolastici riferisce l'esistenza di un Piano provinciale/regionale/locale sulla prevenzione all'uso di sostanze psicoattive e alla pratica di altri comportamenti a rischio, quali il gioco d'azzardo ed il doping. La presenza di Piani specifici è riportata in maggior misura dai dirigenti degli istituti scolastici delle regioni settentrionali (62,9%), rispetto a quelli del Centro e del Sud e Isole (48,1% per entrambe le macroaree territoriali).
Il 41,6% degli istituti scolastici rispondenti dispone di un proprio regolamento che disciplina i comportamenti di consumo delle sostanze psicoattive lecite (alcol e tabacco).

Il 45,6% degli istituti scolastici ha previsto di realizzare delle giornate/attività di studio interamente dedicate alla prevenzione del consumo delle sostanze psicoattive, il 17% del doping e il 16,1% del gioco d'azzardo patologico. È in quest'ultimo ambito che si registra un considerevole aumento delle giornate specificatamente dedicate alla prevenzione del comportamento di gioco (passando da 3,9% del 2008 a 7,9% nel 2011 a 10,3% nel 2013), a fronte di un andamento abbastanza stabile evidenziato negli altri specifici ambiti di intervento preventivo.
Oltre la metà degli istituti scolastici delle regioni del Centro-Italia ed il 47% di quelli del Sud e Isole maggiori ha programmato di dedicare delle giornate/attività specificatamente dedicate alla prevenzione del consumo di sostanze psicoattive, mostrando un lieve decremento rispetto alle attività svolte negli anni precedenti. Negli istituti scolastici del Nord-Italia questo tipo di iniziative risultano meno presenti (41%), mostrando anche in questo caso una tendenza al decremento.

69https://reitox.emcdda.europa.eu/reitox_docs/STRUCT_22_UNIV_SCHOOL-BASED_PREV1521.doc11574.doc

Figura 1: Percentuale degli istituti che hanno previsto di dedicare attività/giornate specifiche alla prevenzione del consumo di sostanze psicoattive. Anni 2007-2014



Anche se in misura inferiore, lo stesso andamento si riscontra rispetto alle giornate specificatamente dedicate alla prevenzione del consumo di sostanze dopanti, mentre un quadro del tutto diverso si presenta quando si fa riferimento al gioco d'azzardo. Si osserva, infatti, un incremento delle giornate/attività specificatamente rivolte alla prevenzione del gioco d'azzardo per gli istituti di tutte le macroaree geografiche e in particolare per quelli delle regioni centrali che dal 3% del 2008 passano al 22% nell'ultimo anno (negli istituti delle regioni del Nord-Italia si passa dal 2% al 14% e in quelli del Sud/Isole dal 6,8% al 15%).

Figura 2: Percentuale degli istituti che hanno previsto di dedicare attività/giornate specifiche alla prevenzione del consumo di sostanze dopanti. Anni 2007-2014

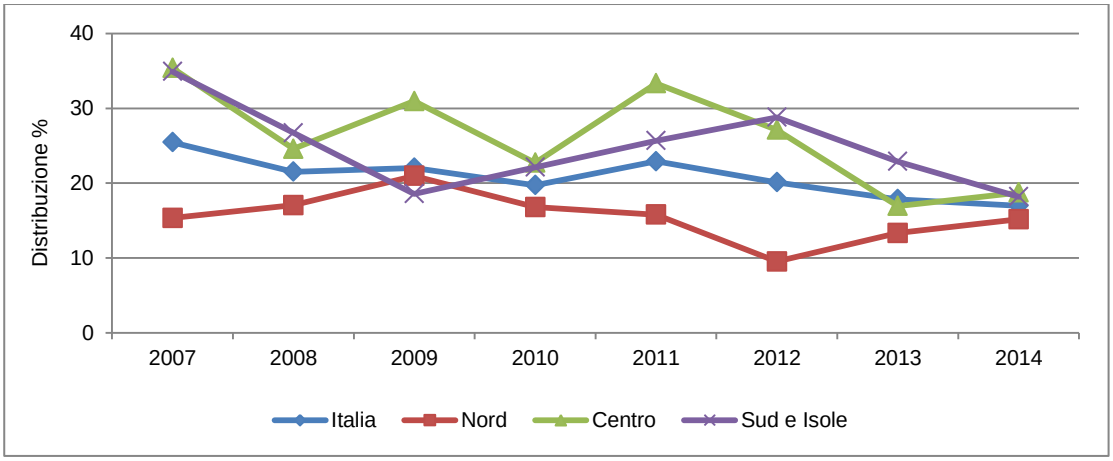
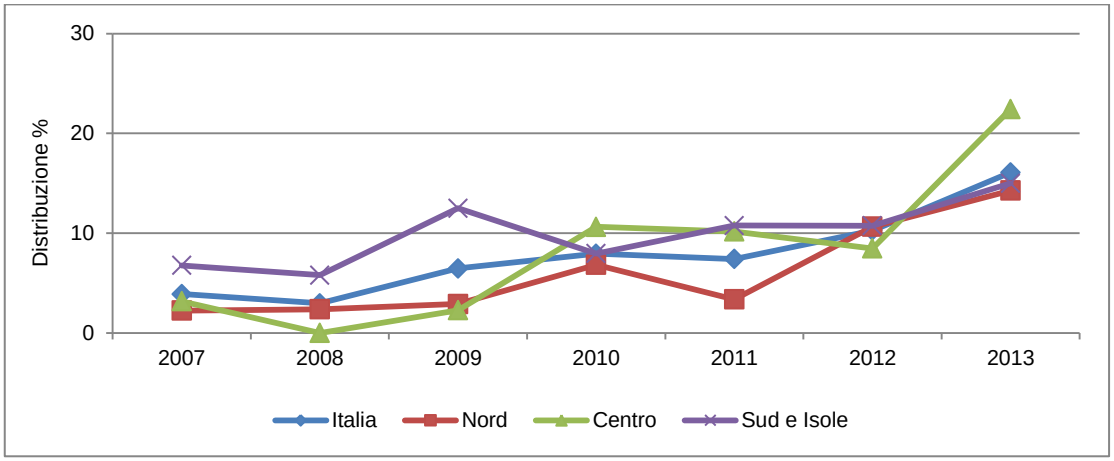
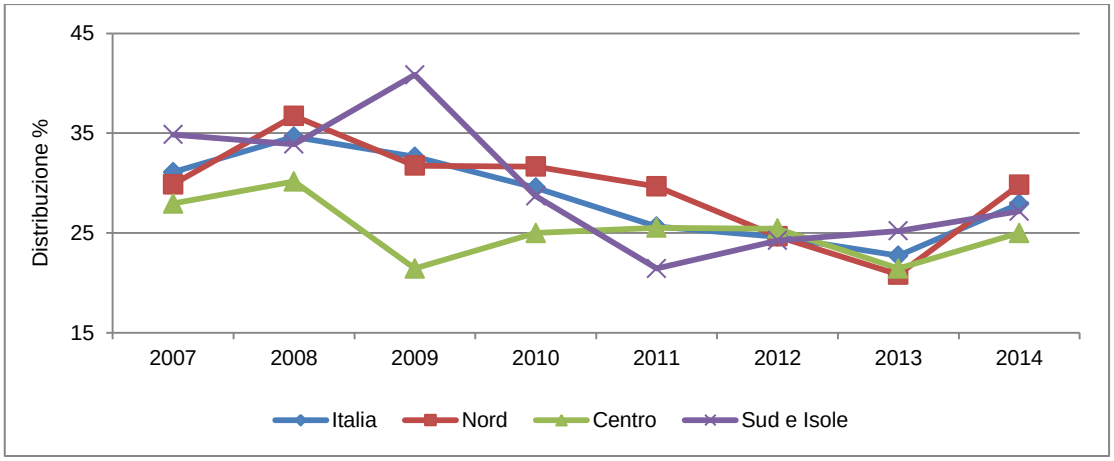


Figura 3: Percentuale degli istituti che hanno previsto di dedicare attività/giornate specifiche alla prevenzione del gioco d'azzardo. Anni 2007-2014



L'aggiornamento e la formazione dei docenti rispetto alla prevenzione del consumo di sostanze psicoattive, del doping e/o del gioco d'azzardo è prevista nel 27,9% degli istituti scolastici, quota che nel complesso rimane abbastanza stabile nel corso degli anni.
È nelle regioni del Sud-Italia e Isole che si osserva il decremento più consistente per questo tipo di attività di prevenzione che dal 35% nel 2007 passano al 27% nell'ultimo anno (nelle regioni del Centro passano dal 28% al 25% e in quelle del Nord la percentuale rimane pari al 30%).

Figura 4: Percentuale degli istituti che hanno previsto attività di aggiornamento/formazione rivolte ai docenti nell'ambito della prevenzione del consumo di sostanze dopanti. Anni 2007-2014

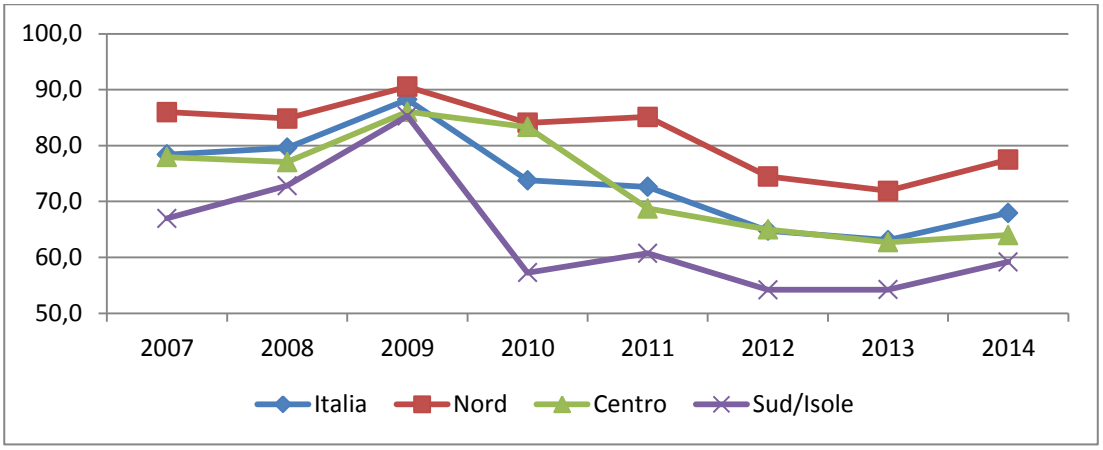


Nel 55% degli istituti scolastici superiori vengono organizzate specifiche attività extracurricolari per la prevenzione del consumo delle sostanze psicoattive, del doping e/o del gioco d'azzardo ed il 35% ha organizzato specifiche iniziative rivolte ai genitori.

Sono il 68% gli istituti che hanno previsto di realizzare progetti di prevenzione articolandoli su più moduli o più incontri, quota che risulta compresa tra un valore massimo dell'88%, registrato nel 2009, ed uno minimo del 63,1%, rilevato nell'anno 2013. A livello di macroaree territoriali la tendenza risulta del tutto simile a quella nazionale, evidenziando tuttavia una riduzione più

consistente negli istituti delle regioni meridionali e insulari (dal 2009 la riduzione è pari al 31%, contro il 26% e 14% degli istituti rispettivamente del Centro-Italia e Nord).

Figura 5: Percentuale degli istituti che hanno previsto di attivare progetti di prevenzione articolati su più moduli/incontri. Anni 2007-2014



Gli attori esterni coinvolti nella realizzazione degli interventi sono per la maggior parte ASL (74% degli istituti scolastici), seguite da Forze dell'Ordine (53%) e Associazioni (44%).

Nel corso degli anni risultano principalmente aumentati gli istituti che si avvalgono della collaborazione con le Forze dell'Ordine che dal 13% del 2007 passando al 46% nel 2010 al 51% nel 2013. Anche il coinvolgimento delle Associazioni risulta progressivamente in aumento, passando dal 34% del 2010 al 36% del 2010 e al 39% del 2013.

Figura 6: Percentuale degli istituti presso i quali gli Enti pubblici svolgono attività di prevenzione. Anni 2007-2014

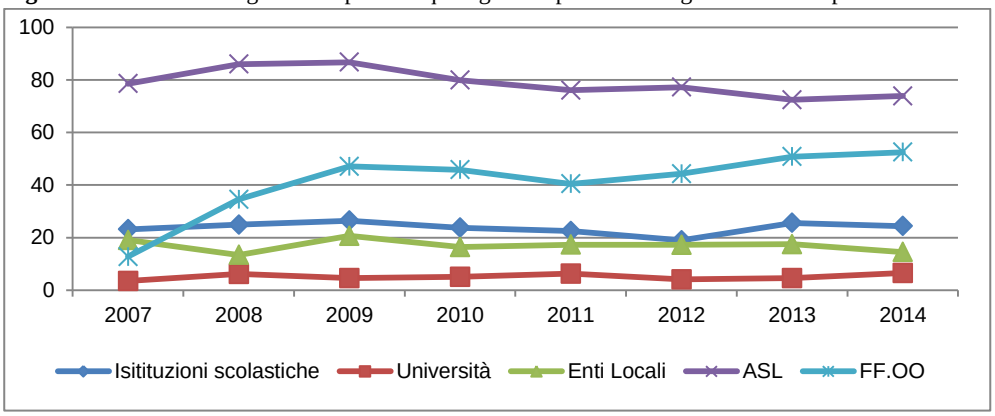
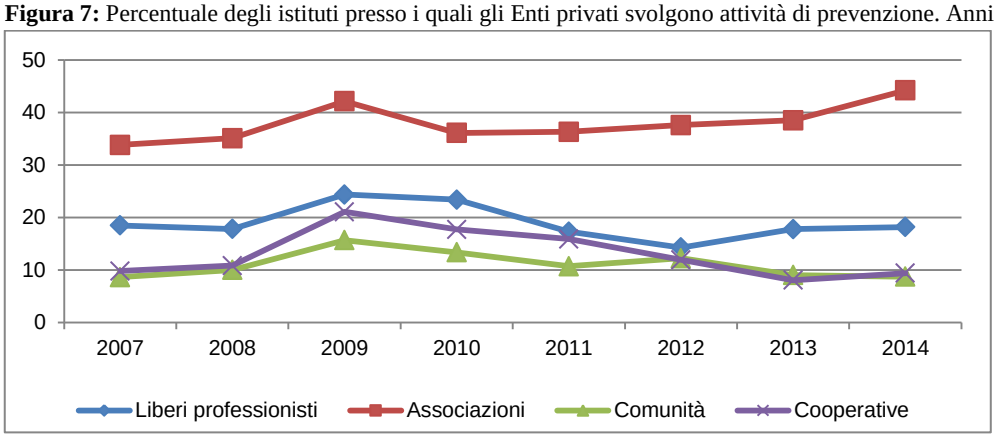


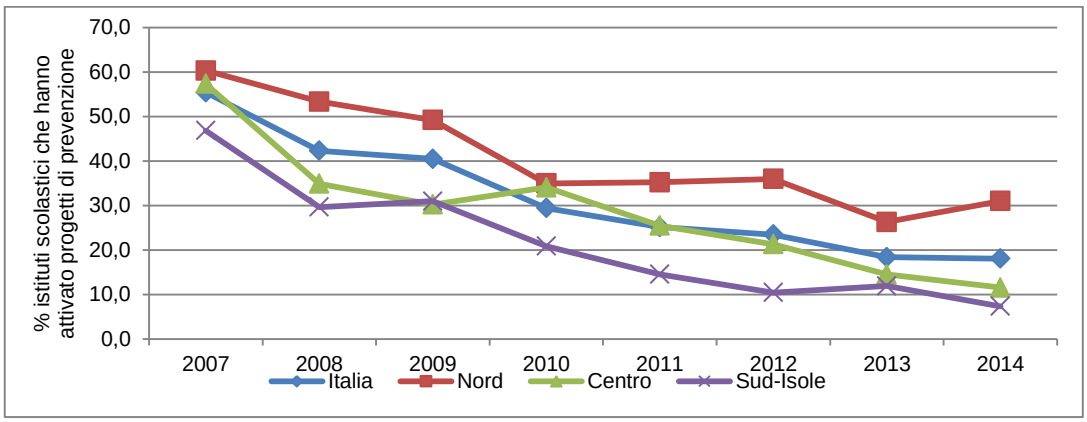
Figura 7: Percentuale degli istituti presso i quali gli Enti privati svolgono attività di prevenzione. Anni 2007-2014



Le attività progettuali specifiche

Sono il 18,1% gli istituti scolastici superiori che nell'anno 2014 hanno riferito almeno un progetto di prevenzione (da un minimo di uno ad un massimo di otto progetti). Nel corso degli ultimi 8 anni si evidenzia una rilevante riduzione delle attività di prevenzione, passando dal 55,5% del 2007 al 40,5% del 2009 al 25,2% del 2011. È negli istituti scolastici delle regioni centrali del nostro Paese e in quelli del Sud-Isole maggiori che si registrano i maggiori decrementi (rispettivamente 80% e 84% contro 49% degli istituti del Nord Italia).

Figura 8: Percentuale istituti che hanno attivato almeno un progetto di prevenzione. Anni 2007-2014



La maggior parte dei progetti di prevenzione attuati negli istituti scolastici superiori affronta le tematiche del consumo delle sostanze psicoattive, legali ed illegali (55%), e poco meno sono quelli che riguardano il benessere personale (45%) e la prevenzione delle forme di disagio personale (42%). Gli aspetti relativi alla sessualità e alle malattie sessualmente trasmissibile (MST) sono stati affrontati da quasi un terzo dei progetti attuati, mentre il 12% ha riguardato il gioco d'azzardo.

Sono i progetti di prevenzione che riguardano la tematica del gioco d'azzardo quelli che, nel corso degli ultimi 6 anni, evidenziano un consistente incremento (a livello nazionale si passa dal 3% del 2009 all'11% del 2013): se nelle regioni del Centro-Italia gli istituti scolastici che hanno avviato questo tipo di progetti evidenziano dal 2012 un incremento maggiore rispetto alla media nazionale, è per quelli nel Nord-Italia che la percentuale risulta inferiore per tutti gli anni di rilevazione.

Figura 9: Distribuzione percentuale dei progetti attuati in ambito di prevenzione del gioco d'azzardo. Anni 2007-2014

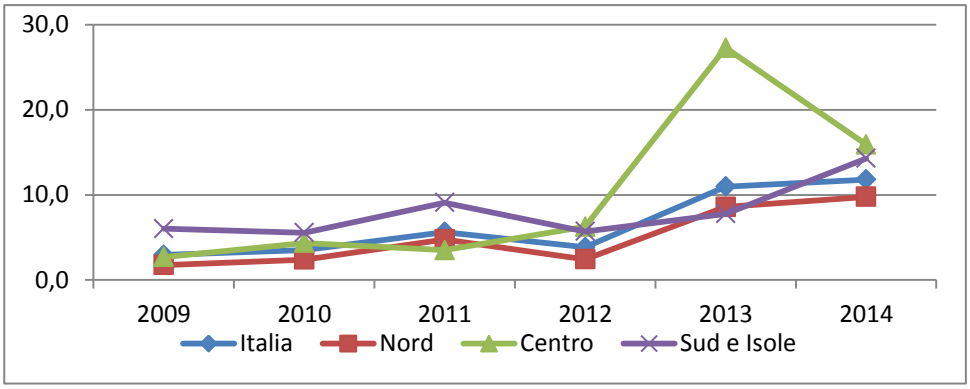


Figura 10: Distribuzione percentuale dei progetti attuati in ambito di prevenzione del consumo delle sostanze psicoattive. Anni 2007-2014

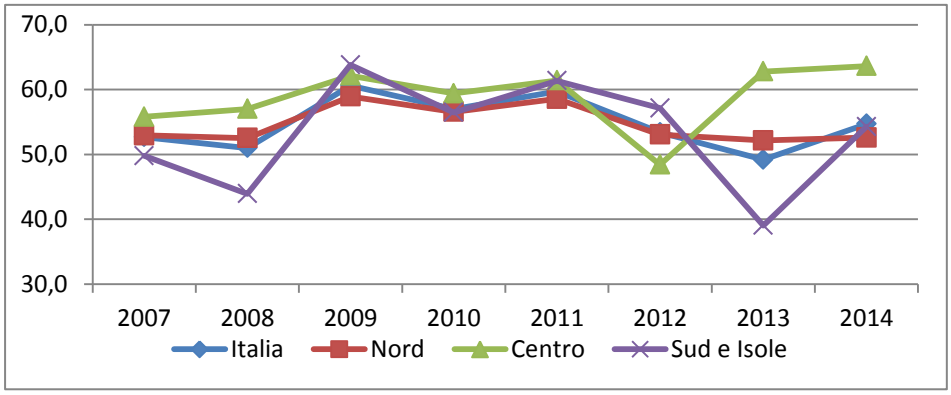


Figura 11: Distribuzione percentuale dei progetti attuati di prevenzione riguardanti le problematiche sociali. Anni 2007-2014

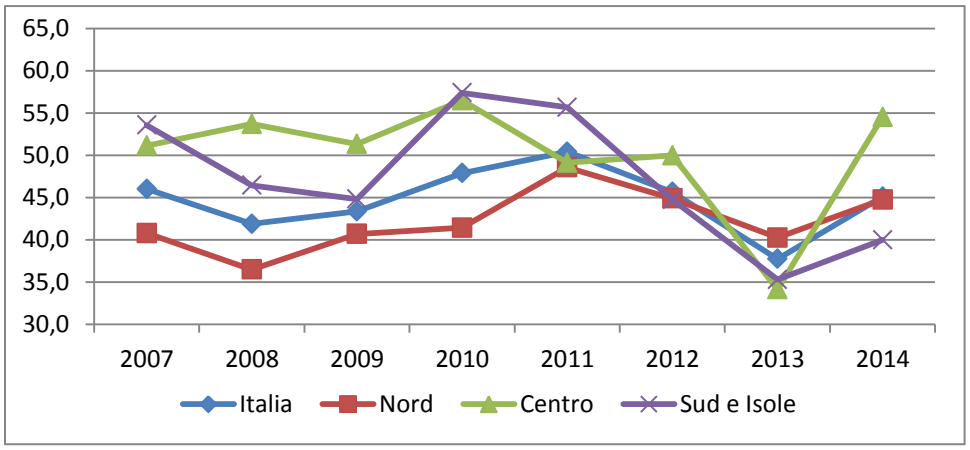


Figura 12: Distribuzione percentuale dei progetti di prevenzione attuati in ambito della sessualità e delle MST. Anni 2007-2014

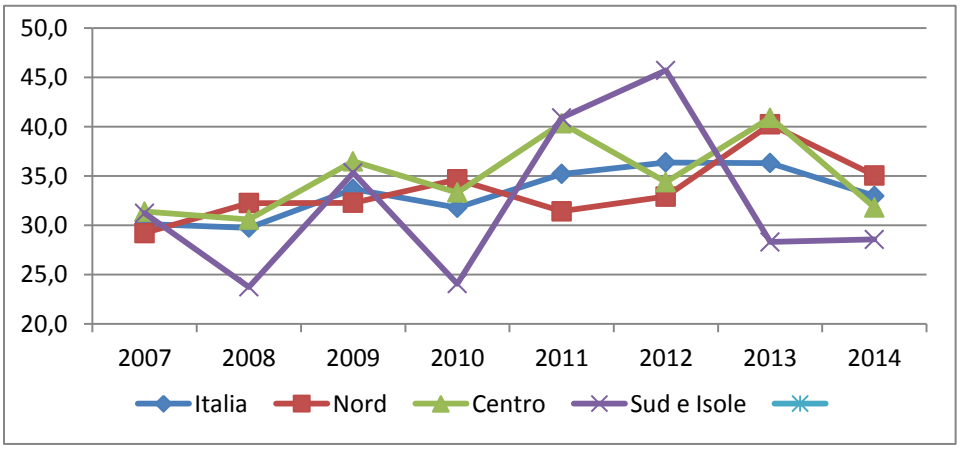
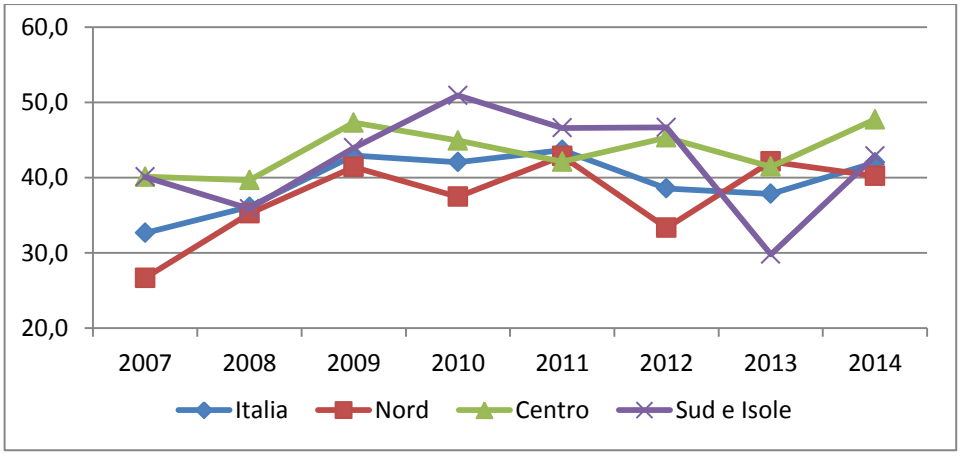
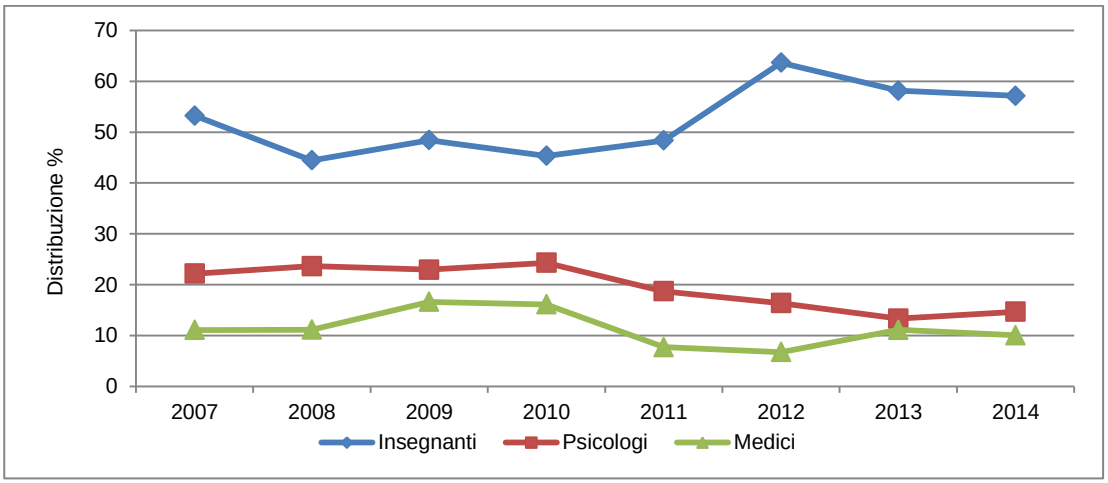


Figura 13: Distribuzione percentuale dei progetti attuati di prevenzione riguardanti la salute mentale. Anni 2007-2014



Per tutte le annualità gli obiettivi prioritari dei progetti censiti sono riconducibili all'accrescimento negli studenti della conoscenza e consapevolezza dei rischi per la salute derivanti dalla pratica di comportamenti a rischio (passando dal 65,9% del 2007 al 67,4% del 2011 al 63% nell'ultimo anno). Seguono gli obiettivi finalizzati allo sviluppo delle abilità di fronteggiamento e capacità personali e/o sociali e quelli riferiti all'aumento dell'autostima e della percezione del sé. I primi si attestano al 15,9% nel 2008 e al 9,5% nell'ultima rilevazione, mentre i secondi oscillano tra l'11,8 della rilevazione relativa all'anno 2007 e l'8,5% a quella del 2014. Per oltre la metà dei progetti censiti i responsabili della realizzazione sono gli insegnanti stessi (57%), seguiti da psicologi (15%) e medici (10%), non evidenziando particolari differenze nelle diverse annualità in studio.

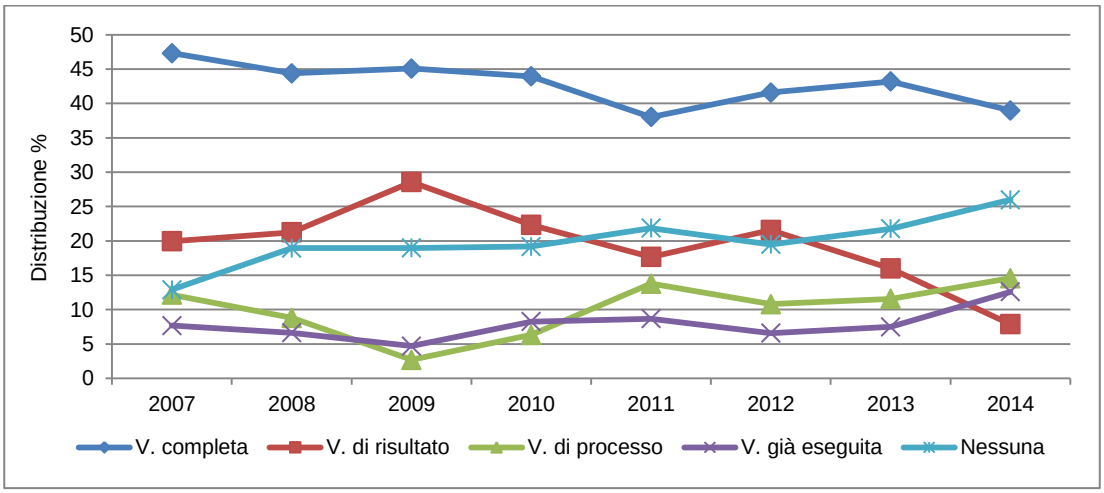
Figura 14: Distribuzione percentuale delle figure professionali responsabili della realizzazione del progetto. Anni 2007-2014



Elaborazione sui dati ESPAD®Italia

Per 3 progetti su quattro è prevista una valutazione, che per la maggior parte è di tipo completo, cioè sia di risultato che di processo, seguita dai progetti che prevedono una valutazione parziale (solo di risultato o solo di processo).

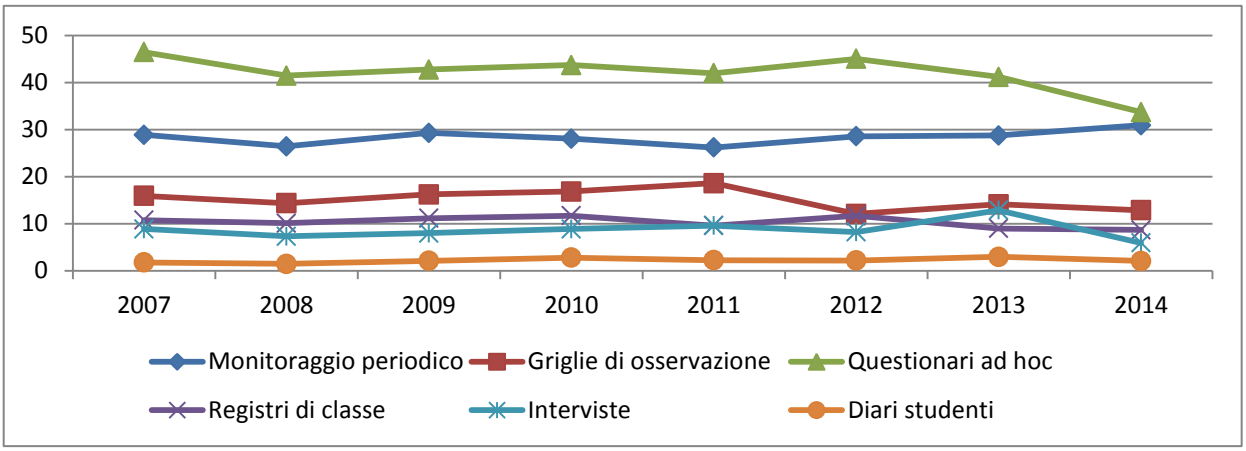
Figura 15: Distribuzione percentuale dei progetti che hanno previsto una valutazione. Anni 2007-2014



Elaborazione sui dati ESPAD®Italia

Gli indicatori di apprendimento (ad es. acquisizione di conoscenze/informazioni e competenze) e di partecipazione dei soggetti partecipanti sono utilizzati per la valutazione della quasi totalità dei progetti censiti, mentre sono poco più di un terzo i progetti che si avvalgono di indicatori quali, ad esempio, l'acquisizione di capacità relazionali e di comunicazione.
Per la raccolta degli indicatori di valutazione quasi un terzo dei progetti ha previsto l'utilizzo di questionari specificatamente realizzati e/o di monitoraggi periodici in itinere e/o ex post, seguita dalla analisi dei registri di classe e dall'utilizzo di specifiche griglie di osservazione.

Figura 16: Distribuzione percentuale degli strumenti di raccolta dati per la valutazione dei progetti nelle scuole. Anni 2007-2014



Elaborazione sui dati ESPAD®Italia

Attività di prevenzione e comportamenti a rischio

Di seguito vengono presentati gli andamenti temporali congiunti di alcune stime di prevalenza rilevate dallo studio ESPAD®Italia e della percentuale di istituti che organizzano attività di prevenzione dedicate a specifici comportamenti e consumi.

Considerando le annualità in studio, gli istituti scolastici che hanno attuato interventi e attività di prevenzione al gioco d'azzardo risultano aumentati. Si passa dal 4% della rilevazione dell'anno 2008 all'8% del 2011 al 16% del 2014. Le figura sottostanti mostrano come all'aumentare della quota di istituti che si dedicano alla prevenzione del gioco d'azzardo corrisponda una diminuzione dei giovani giocatori problematici e a rischio. I giocatori problematici passano da circa il 10% nel 2008 al 7,6% nell'ultima rilevazione del 2014, mentre i giocatori a rischio sono il 26,5% nel 2008, circa il 14% nel 2010 e 11,1% nel 2014.

Figura 17: Andamento temporale congiunto della prevalenza di giocatori problematici nell'ultimo anno e della percentuale di istituti che organizzano attività dedicate alla prevenzione del gioco d'azzardo. Anni 2008-2014

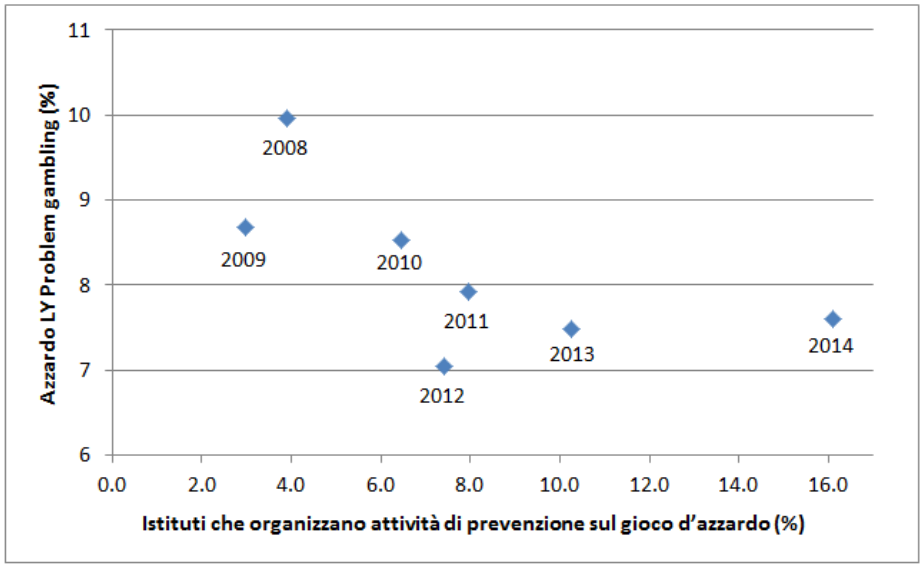
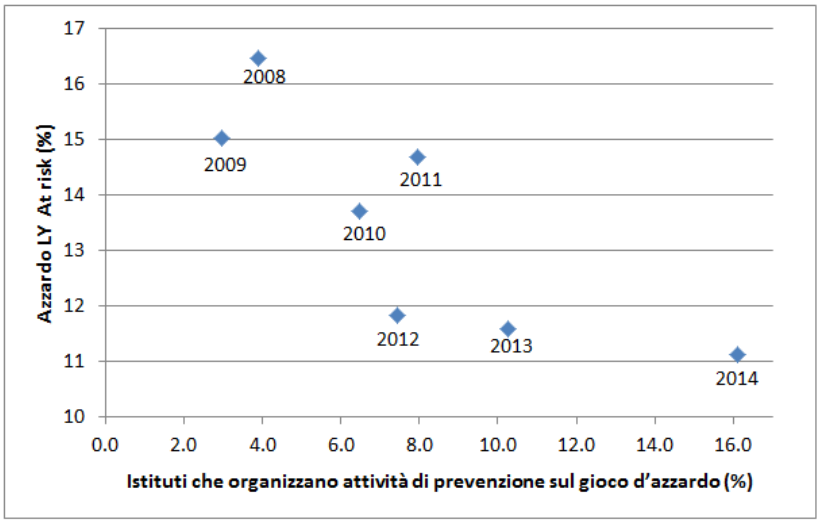


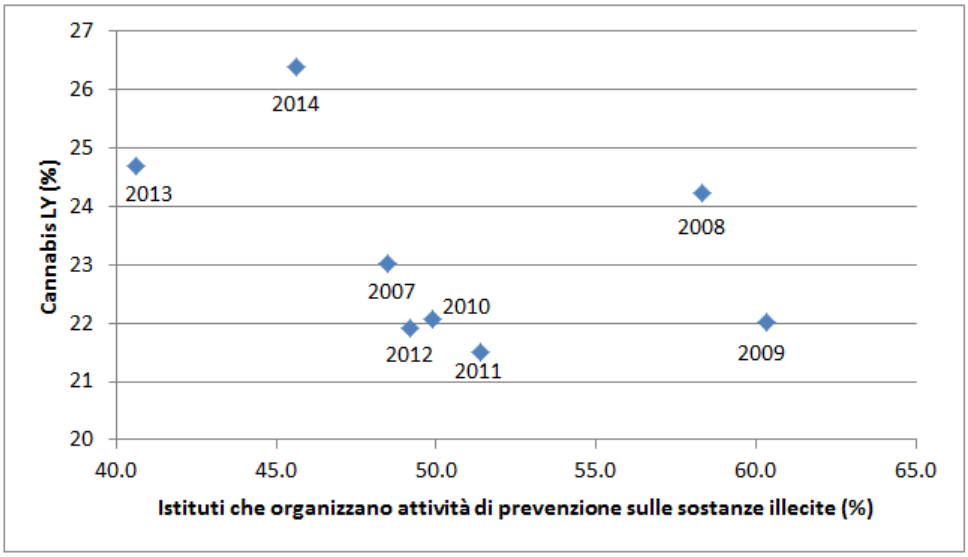
Figura 18: Andamento temporale congiunto della prevalenza di giocatori a rischio nell'ultimo anno e della percentuale di istituti che organizzano attività dedicate alla prevenzione del gioco d'azzardo. Anni 2008-2014



Uno scenario diverso si registra nell'osservazione del trend della percentuale di istituti che organizzano attività dedicate alla prevenzione del consumo di sostanze psicoattive rispetto alle stime di prevalenza di specifici consumi rilevate negli anni dallo studio ESPAD®Italia.

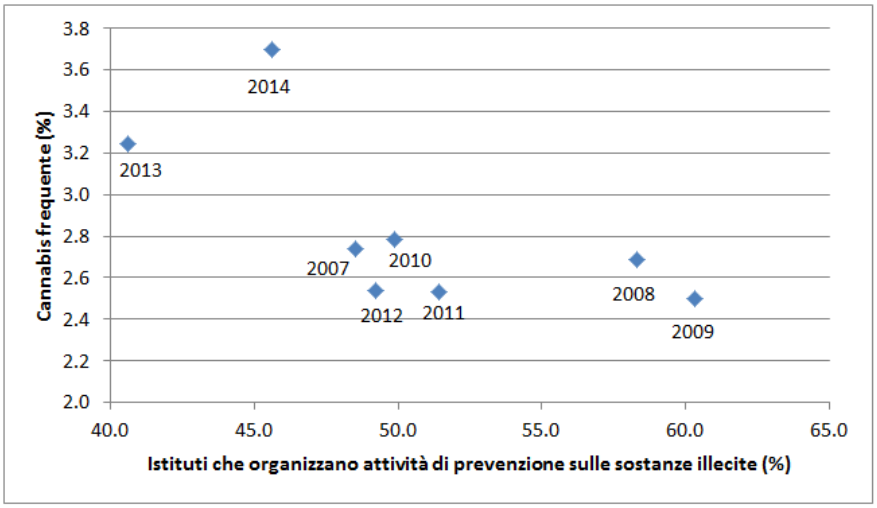
Le figure sottostanti descrivono nel corso del tempo un aumento sia del consumo di cannabis negli ultimi dodici mesi sia dell'uso frequente della sostanza, a cui corrisponde una diminuzione della percentuale degli istituti che organizzano attività di prevenzione rivolte a questo specifico ambito.

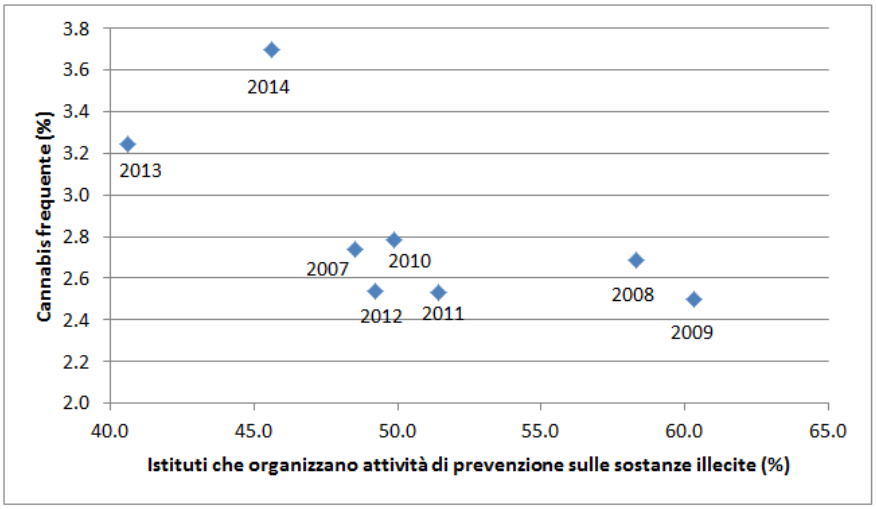
Figura 19: Andamento temporale congiunto della prevalenza di consumatori di cannabis nell'ultimo anno e della percentuale di istituti che organizzano attività dedicate alla prevenzione del consumo di sostanze psicoattive. Anni 2008-2014



Si rileva, infatti, che gli istituti che hanno attuato progetti di prevenzione all'uso delle sostanze psicoattive passano nel corso degli anni dal 58% nel 2008 al 50% nel 2011 a circa il 46% nel 2014. La prevalenza di cannabis nell'ultimo anno riferita dagli studenti passa dal 23% nel 2007 al 26,4% nel 2014, mentre l'uso frequente della sostanza si attesta al 2,7% nel 2007, al 3,2% nel 2013 per raggiungere il 3,7% nell'ultima indagine ESPAD®Italia 2014.

Figura 20: Andamento temporale congiunto della prevalenza di consumatori frequenti di cannabis e della percentuale di istituti che organizzano attività dedicate alla prevenzione del consumo di sostanze psicoattive. Anni 2008-2014





1.2 I programmi di prevenzione tra le Forze Armate

Orientamenti generali

Anche nel corso del 2014 le Forze Armate italiane hanno rinnovato il proprio impegno nel contrastare la diffusione e l'uso delle sostanze stupefacenti nel contesto militare. In tale ambito le strutture di vertice degli Stati Maggiori della Difesa, delle Forze Armate e del Comando Generale dell'Arma dei Carabinieri, operando con il necessario rigore metodologico e la dovuta attenzione, hanno svolto opera di sensibilizzazione, prevenzione e controllo in favore di tutte le strutture dipendenti, fino al minore livello organizzativo del Comparto.

La materia in trattazione è disciplinata, nell'ambito Difesa, 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), nonché da Direttive delle singole FA/CC che disciplinano internamente, in relazione alle specificità esistenti, le attività di prevenzione, di accertamento delle tossicodipendenze e dei comportamenti d'abuso.

Nello specifico, 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 nell'individuazione dei segni di assunzione abituale di sostanze stupefacenti e/o psicotrope, dei sintomi fisici o psichici di intossicazione in atto, di sindrome d'astinenza in atto, nonché nel riscontro di cataboliti di sostanze stupefacenti nei liquidi biologici e nei tessuti.

Il personale militare sospetto assuntore di sostanze stupefacenti viene sottoposto ad accurati controlli di laboratorio ed a valutazioni cliniche psicopatologiche a cura dei Servizi sanitari e dei Consultori Psicologici e Servizi di Psicologia. Tali accertamenti sono effettuati da medici e analisti di laboratorio presso i servizi sanitari di FA in condizione di sicurezza clinica, escludendo metodiche invasive e garantendo l'autenticità del campione mediante il sistema dei contenitori a

quattro provette, che consente di effettuare lo screening, l'analisi di secondo livello e la conservazione di un campione di riserva congelato per 12 mesi.

Nel personale a ferma prefissata, l'assunzione occasionale di sostanze stupefacenti e psicotrope comporta il proscioglimento del militare.

Il personale in servizio permanente effettivo, risultato positivo ai test, viene invece avviato ad attività di sostegno e rieducazione sanitaria presso i Consultori Psicologici e, contestualmente, sottoposto ad accurata e approfondita valutazione clinica e psicodiagnostica finalizzata all'accertamento dell'idoneità/inidoneità al servizio, attraverso la verifica della struttura personologica/o psicopatologica di fondo e/o di eventuali patologie organiche concomitanti che sottendono all'abuso. Il personale che acconsente al trattamento socio sanitario riabilitativo potrà beneficiare del periodo massimo di aspettativa.

La complessità delle problematiche connesse all'uso di sostanze stupefacenti e psicotrope e all'abuso di alcol coinvolge l'individuo non solo in forma personale ma influenza fortemente le relazioni sociali e lavorative che, nell'organizzazione militare, si identificano con il servizio. In tal senso l'orientamento delle Forze Armate italiane è sempre rivolto a non consentire né l'uso di sostanze stupefacenti e psicotrope né l'abuso di alcol da parte del personale militare, in quanto l'esigenza di poter contare in ogni momento su personale integro sul piano psico-fisico ed idoneo ad assolvere agli obblighi di servizio in piena sicurezza è irrinunciabile ai fini dell'assolvimento dei compiti istituzionali della Difesa.

In ragione di quanto precede al militare è richiesto un elevato senso di responsabilità e di osservanza delle regole che è incompatibile con le condotte che minacciano l'integrità psico-fisica dell'individuo. Inoltre, la peculiarità dell'organizzazione militare fa sì che le deroghe concesse all'Amministrazione della Difesa riguardo ai limiti consentiti nella normativa "civile" si esprimano in senso restrittivo per tutelare la sicurezza individuale e quella di terzi.

Le iniziative per la prevenzione del disagio giovanile e dei comportamenti a rischio ed il precoce riconoscimento della sofferenza psicologica, sentinella dello sviluppo di comportamenti a rischio favorenti dapprima la richiesta poi il consumo delle sostanze stupefacenti e psicotrope, rappresentano l'obiettivo primario da conseguire per la Difesa.

I Dirigenti del Servizio Sanitario (DSS) hanno il compito di informare i militari, nell'ambito dei programmi di educazione sanitaria, sulle condotte a rischio per la salute, nonché di avviare le procedure sanitarie previste per l'accertamento dell'uso di sostanze stupefacenti. 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 tipologie di sostanze stupefacenti spesso assai diverse rispetto a quanto era osservabile in una popolazione generale di coscritti, continua a rappresentare sempre e comunque motivo di grande allerta. Su tali basi sono proseguite, con il dovuto rigore e con le risorse disponibili, le attività preventive e dissuasive sulla tossicodipendenza e sulle condotte tossicofile.

La selezione per l'arruolamento viene svolta effettuando la ricerca urinaria dei cataboliti delle principali sostanze stupefacenti e psicotrope a scopo non terapeutico, la cui assenza rappresenta il prerequisito indispensabile per conseguire l'idoneità sanitaria al servizio militare. Successivamente l'accertamento della tossicofilia e della tossicodipendenza si basa anche sul riconoscimento dei segni e sintomi di intossicazione psico-fisica da assunzione delle sostanze stupefacenti e psicotrope.

Vengono inoltre effettuati accertamenti pre-affidamento delle mansioni e/o attività a rischio, periodici e di follow-up, accertamenti randomici su tutto il personale in servizio, nonchè specifiche attività di prevenzione per contrastare la manifestazione di disagi psicologi che possano indurre all'uso delle sostanze stupefacenti e psicotrope.

Tale sforzo preventivo continua ad attuarsi attraverso linee d'intervento già consolidate e ben sperimentate.

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, cui si aggiungono i programmi formativi per il personale medico non specialistico e psicologo. Alle predette attività fanno seguito quelle di prevenzione secondaria, svolte dai Consultori Psicologici e dai Servizi di Psicologia delle FA/CC attraverso il supporto psicologico dei disturbi di adattamento e della condotta e delle relative implicazioni familiari e sociali.

Presentazione (organizzazione e consuntivo sintetico delle principali attività)

L'attività di prevenzione delle tossicodipendenze in ambito Difesa è proseguita nel corso del 2014 con lo scopo comune di incrementare la sorveglianza sul fenomeno droga e di incentivare quelle iniziative formative ed informative che hanno fornito 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

L'Esercito negli ultimi anni ha messo in atto una serie di azioni volte ad una maggiore sensibilizzazione, da parte di tutto il personale, sull'abuso di sostanze.

A partire dal 2012, con la pubblicazione a cura del I Reparto di SME "Compendio sull'uso delle sostanze stupefacenti e psicotrope nel personale militare", le attività di prevenzione, controllo e gestione delle problematiche connesse all'uso ed abuso di alcol e sostanze psicotrope hanno visto il coinvolgimento diretto non solo del personale sanitario ma anche dei Comandanti a tutti i livelli organizzativi. Tale compendio raccoglie le disposizioni specifiche di Forza Armata che disciplinano, ai vari livelli, le attività di prevenzione e di controllo, gli aspetti medico legali ed i relativi provvedimenti, nonché le conseguenze sul piano giuridico e disciplinare connesse all'uso o abuso delle sostanze psicotrope da parte del personale militare.

Nello specifico, è previsto che i Comandanti si adoperino per:

- rendere più incisiva l'attività di dissuasione e di contrasto di tutte le droghe, comprese quelle cosiddette leggere, in particolare nei Teatri Operativi (T.O.), in linea con il principio "tolleranza zero";

- effettuare i controlli a campione drug test (5% mensile in Patria e 3% settimanale in T.O.;

- COMLOG SANITA' 2000), vigilando sulla corretta effettuazione e con l'effetto sorpresa;

- sviluppare una capillare informazione del personale, in particolare sui rischi per la salute, ma anche sulle possibilità di recupero, a cura degli Ufficiali medici;

- organizzare conferenze dibattito di educazione alla salute e di prevenzione delle dipendenze in senso lato (anche sul fumo, farmacodipendenza, gioco d'azzardo), con la partecipazione ove possibile di operatori di comunità di recupero;

- mantenere una costante attenzione e osservazione dei comportamenti del singolo al fine di cogliere eventuali indicatori (es. assenze ripetute, nervosismo e aggressività, isolamento, bisogno di denaro crescente, diminuzione efficienza sul lavoro);

- pianificare il controllo delle caserme con unità cinofile delle F. di Polizia;

- prevedere un ascolto attivo del personale, creando empatia e comprensione delle problematiche e rafforzando sani modi di pensare e agire improntati alla chiarezza, lealtà, correttezza e rispetto;

- attuare campagne di sensibilizzazione del personale, con lo scopo di informare circa i rischi sulla salute ma anche sulle possibili ripercussioni negative sul servizio, comprensive del rilascio/conferma del NOS, della patente di guida (sia militare che civile), di abilitazioni e brevetti, dell'idoneità a particolari mansioni, etc.

Inoltre, vi è una disposizione di F.A. che prevede l'inserimento delle attività di sensibilizzazione sul fenomeno nei programmi didattici degli Istituti di formazione e nei programmi addestrativi degli Enti/Distaccamenti/Reparti (EDR), con periodicità trimestrale ed annotazione delle attività svolte su apposito registro. Ogni abuso riscontrato viene comunicato tempestivamente (72 ore dall'evento) al vertice competente - III RIF/COE tramite una relazione riportante anche le attività preventive svolte nello specifico EDR, con eventuali precedenti relativi al personale coinvolto.

Per quanto attiene invece alle specifiche attività di prevenzione in materia di tossicodipendenze e di supporto psicologico di F.A., si rappresenta che tali attività sono affidate, nell'ambito delle strutture sanitarie dipendenti dal Comando Logistico dell'Esercito, agli operatori militari e civili dell'A.D. e al personale civile convenzionato dei Consultori Psicologici delle strutture stesse. Nell'ambito degli EDR tali attività sono a cura dei Dirigenti il Servizio Sanitario militare, degli Ufficiali medici e, ove presenti, degli Ufficiali psicologi, Ufficiali Consiglieri e dei Cappellani militari.

Nel periodo in esame i Consultori Psicologici operanti presso i Dipartimenti Militari di Medicina Legale (DMML) di Milano, Padova, Roma, Messina e Cagliari e presso il Policlinico Militare di Roma, hanno svolto attività di consulenza psicodiagnostica ai fini medico-legali in supporto alle Commissioni Mediche Ospedaliere e psico-educazionali, di informazione e consulenza a supporto dei DSS dei rispettivi bacini d'utenza. In alcune sedi sono stati realizzati programmi autonomi di prevenzione e organizzati incontri informativo-divulgativi anche a favore delle famiglie del personale militare, in base alle domande di intervento pervenute.

Inoltre sono stati effettuati controlli tramite drug test su campione di urina, in ottemperanza alla normativa vigente, riguardo al personale con incarico di conduttore, al personale addetto alle mansioni a rischio, a mente del Regolamento di DIFESAN del 2010, a quello in servizio in Patria, nella misura del campione mensile del 5% della forza effettiva dell'Ente di appartenenza. A livello di EDR è in atto da tempo un programma di informazione/educazione sanitaria a favore del personale militare dipendente, attuato dai DSS /Ufficiali medici e focalizzato sugli aspetti sanitari e le relative implicazioni medico-legali e disciplinari derivanti dall'uso di stupefacenti e abuso di alcol e tabacco.

Marina Militare

L'Ispettorato di Sanità della Marina Militare ha intrapreso da anni iniziative di prevenzione primaria che si sono concretizzate nel programma Drug Testing Program, configurantesi come uno strumento specifico di prevenzione articolato in varie fasi, da quella informativa e di sensibilizzazione a quella identificativa e di diagnosi precoce.

Il controllo obbligatorio random di tutto il personale (fino al 10% della Forza a trimestre), tramite la contestuale raccolta e analisi di un campione di urina, l'imprevedibilità di tale verifica, le implicite ricadute disciplinari e medico-legali connesse alla positività, richiamano continuamente l'attenzione di tutto il personale, ed in particolare degli allievi e dei giovani militari, sulla necessità di non ignorare o banalizzare il rischio di comportamenti tossicofili, esercitando così un incisivo effetto dissuasivo nei confronti del contatto con le sostanze stupefacenti. Nonostante non espressamente parte del programma, il monitoraggio dell'assunzione di droghe viene costantemente effettuato durante tutti i concorsi della FA, in occasione delle visite psico fisiche, mediante la ricerca obbligatoria dei cataboliti urinari delle principali sostanze stupefacenti e psicotrope, quale prerequisito indispensabile per la definizione dell'idoneità al servizio. Inoltre, sono state effettuate periodiche conferenze informative a cura degli Ufficiali medici e /o psicologi orientate a sensibilizzare tutto il personale militare alle tematiche dell'educazione alla salute, con particolare riguardo ai rischi connessi all'abuso di alcool e tabacco, uso di sostanze stupefacenti e ai rischi infettivi ad essi connessi.

Presso l'Accademia navale di Livorno, gli Ufficiali medici e psicologi frequentano, durante il corso applicativo, corsi di insegnamento di psicologia e di medicina legale, con riferimenti agli aspetti legislativi e medico-legali più aggiornati relativi alle tossicodipendenza; tale ciclo di lezioni è finalizzato a sviluppare negli Ufficiali del Corpo sanitario una maggiore sensibilità per le problematiche legate al disagio psicologico e alle tossicodipendenze, affinando la capacità di riconoscimento e gestione dei casi pervenuti alla diretta osservazione.

Nell'ambito della prevenzione secondaria, i Servizi di Psicologia e Consultori Psicologici pongono in essere attività di diagnosi precoce e di supporto psicologico del personale; tale organizzazione ha il compito di evidenziare situazioni personologiche, socio-culturali e ambientali a "rischio" per lo
sviluppo di disturbi psichici o per la tossicofilia/tossicodipendenza ed ha contribuito a limitare il fenomeno.

Presso l'Ispettorato di Sanità della Marina è custodita una banca dati sui casi di uso di sostanze stupefacenti finalizzata a monitorare alcuni aspetti del fenomeno ed indirizzare adeguatamente le strategie preventive.

Aeronautica Militare

La Forza Armata (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, in considerazione dell'alta valenza operativa di tutto il personale della cosiddetta "linea volo". Le iniziative del caso, promosse dallo SMA e dagli articolati Alti Comandi, sono indirizzate a sensibilizzare tutto il personale alla limitazione del propagarsi di un fenomeno diffuso nella società moderna, attraverso il modello organizzativo di prevenzione, controllo random, sorveglianza e recupero del personale.

L'obiettivo dei controlli random è quello di verificare il 5% della forza indicata dai Comandanti con
particolare attenzione al personale di vigilanza e conduttori. Tale programma impegna la componente sanitaria come una delle parti coinvolte nella gestione del fenomeno insieme alla linea Comando ed agli organi di sicurezza, al fine di individuare eventuali situazioni di disagio o di devianza comportamentale, sintomo di possibili situazioni a rischio. Le azioni poste in essere sono, quindi, costanti nel tempo ed hanno riguardato interventi di prevenzione e sorveglianza e monitoraggio dei casi accertati oltre che il controllo specifico delle categorie particolari d'impiego. In tal senso i vari Comandi hanno incentivato la pratica delle attività sportive e ricreative al fine di favorire la socializzazione e l'integrazione nei gruppi del personale attraverso il libero accesso agli impianti sportivi militari per l'organizzazione di tornei e gare. Inoltre sono stati resi disponibili gli accessi gratuiti a teatri cinema e manifestazioni culturali e sportive e concesse facilitazioni per l'utilizzo di biblioteche e media.

Massima cura è stata rivolta alle attività informative sulla tossicodipendenza da parte degli operatori sanitari, al fine di favorire il colloquio personale per l'instaurazione di un rapporto diretto tra il militare e la componente medica. In tal senso sono state organizzate conferenze, dibattiti con l'ausilio dei mezzi audiovisivi, pubblicazioni e opuscoli sulla tematica in questione; particolare attenzione è stata data alle procedure per la segnalazione e la notifica dei casi d'abuso garantendo la tutela della privacy degli interessati.

L'attività viene svolta dagli psicologi convenzionati che operano presso i Consultori ed i Servizi aperti presso i vari EDR della FA. L'attività di assistenza che in precedenza era rivolta prevalentemente ai coscritti è continuata a favore del personale volontario ed in servizio permanente. Sono stati tenuti infatti incontri e corsi individuali e di gruppo per soddisfare le esigenze di supporto che rappresentano l'obiettivo primario dei Consultori. Sono stati eseguiti periodici controlli dei cataboliti urinari delle sostanze stupefacenti sul personale. Analoghi controlli sono stati effettuati durante le selezioni mediche per gli arruolamenti.

Il personale di volo (piloti ed equipaggi di volo) dell'AM, delle altre FA/CC, dei Corpi armati dello
Stato e dei Vigili del Fuoco sono stati sottoposti a drug test durante la visita di controllo ordinaria/straordinaria presso gli Istituti di Medicina Aerospaziale mentre il personale che effettua la visita per l'idoneità all'impiego alle operazioni fuori i confini nazionali è stato sottoposto a drug test presso le Infermerie principali-polifunzionali e gli Istituti di Medicina Aerospaziale.

Inoltre esami occasionali vengono eseguiti sul personale che abbia dichiarato spontaneamente l'assunzione di droghe o che sia stato oggetto di specifica segnalazione da parte dei Servizi sanitari del Reparto per comportamenti presumibilmente attribuibili all'uso di sostanze stupefacenti. Il riscontro di positività urinaria nel corso degli accertamenti effettuati presso le Infermerie di Corpo
assume soltanto connotazione d'orientamento diagnostico e comporta, a garanzia dell'interessato, l'invio presso gli Organi medico Legali di FA e/o Dipartimenti Militari di Medicina Legale per una
valutazione definitiva del caso, con l'ausilio di qualificati ed approfonditi interventi diagnostici.

Arma dei Carabinieri

In ottemperanza alla normativa vigente sono stati effettuati i controlli tramite drug test, sia durante la fase concorsuale sia sul personale già in servizio.

Sono state inoltre tenute conferenze in tema di prevenzione delle tossicodipendenze, nel corso delle quali sono stati trattati gli argomenti relativi alle norme comportamentali durante l'espletamento del servizio, la normativa in materia di stupefacenti ed i relativi effetti psico-fisiologici sull'organismo, il supporto psicologico da parte di un "operatore tecnico", i comportamenti a rischio, i problemi sociali legati all'uso degli stupefacenti, le malattie infettive ed i rischi per la salute legati alla tossicodipendenza, nonché cenni sull'alcolismo.

Principali prospettive emerse nello svolgimento delle attività nel 2014 e possibili soluzioni auspicate

L'anno 2014 ha visto proseguire l'applicazione delle norme, vigenti dal 2010, che regolano la materia nell'ambito del Comparto Difesa (Codice dell'Ordinamento Militare di cui al D.lgs. 66/2010 e successive modifiche), comprensive del Regolamento per l'applicazione delle procedure per gli accertamenti sanitari di assenza della tossicodipendenza o di assunzione di sostanze stupefacenti o psicotrope in militari addetti a mansioni che comportano particolari rischi per la sicurezza, l'incolumità e la salute di terzi presso il Ministero della Difesa 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 del fatto che l'assunzione di sostanze stupefacenti e psicotrope, sia saltuaria sia abitudinaria, determina alterazioni dell'equilibrio psicofisico e comporta rischio per la salute e la sicurezza sia del militare sia di soggetti terzi, le procedure per gli accertamenti sanitari atte ad evidenziare l'assenza di tossicodipendenza e di assunzione di sostanze stupefacenti e/o psicotrope nei militari risultano finalizzate primariamente alla prevenzione di incidenti collegati allo svolgimento di mansioni e/o attività lavorative a rischio. Conseguentemente, dovrà prevalere, da parte dell'AD, un indirizzo di cautela che determini sempre la sospensione dello svolgimento di mansioni e/o attività a rischio, senza operare distinzioni tra uso occasionale, uso regolare o presenza

di dipendenza. Sebbene i riscontri statistici successivi alle campagne informative e di prevenzione effettuate dalle diverse articolazione delle Forze Armate siano confortanti, pare comunque opportuno potenziare gli strumenti e le attività preventive, avvalendosi anche di nuove tecnologie multimediali e dedicando maggiori risorse alla formazione del personale sanitario, il quale potrà quindi conseguire tutte le abilità necessarie per riconoscere e gestire comportamenti a rischio e condotte tossicofile nel personale assistito.

In tal senso il Vertice sanitario della Difesa, attraverso il Comitato tecnico scientifico (Board) per lo studio dei disturbi mentali nel personale militare, ha dato corso alle azioni di coordinamento volte a delineare delle linee di indirizzo comuni tra le diverse componenti sanitarie delle FA/CC preposte alla prevenzione delle tossicodipendenze.

Parimenti si evidenzia l'utilità dissuasiva degli accertamenti randomici nei confronti delle condotte tossicofile su tutto il personale.

Infine, le attività di sensibilizzazione e di sostegno al benessere del personale potranno essere potenziate attraverso un'azione sinergica della componente sanitaria con la linea di comando atta a

favorire un positivo clima organizzativo, anche attraverso la creazione di momenti di aggregazione e socializzazione che facilitino i rapporti interpersonali, fondamentali per evitare l'isolamento individuale che spesso rappresenta un indice di disagio psicologico, di comportamenti a rischio e di condotte tossicofile.

1.3 Efficacia dei trattamenti di prevenzione. Buone pratiche

In generale, si può affermare che gli interventi di prevenzione più efficaci sono quelli effettuati nelle scuole, mirati ad aumentare le capacità di relazioni interpersonali, che utilizzano tecniche interattive e sono effettuati dagli insegnanti o dai pari.

Introduzione

L'uso sperimentale di sostanze psicoattive è comune tra i giovani che spesso assumono sostanze semplicemente perché provocano sensazioni piacevoli o, ancor più spesso, per sentirsi accettati dal gruppo dei pari (Leshner, 1999).

L'assunzione di sostanze può di per se stessa non essere considerata un problema medico, ma rappresenta sicuramente un fattore di rischio per gli effetti deleteri sulla salute fisica e mentale e sul funzionamento sociale che tale abitudine può provocare. Non tutti coloro che assumono sostanze diventano dipendenti, ma il passaggio dall'assunzione sporadica all'abuso e poi alla dipendenza, con tutti i problemi a quest'ultima correlati, può instaurarsi per un ampio numero di sostanze.

La probabilità che si instauri una dipendenza o che si verifichino dei danni fisici, mentali o legati alla sfera sociale, può dipendere dal tipo di sostanza assunta, dalle condizioni anche ambientali in cui essa è utilizzata e dalle caratteristiche di chi l'assume (Zinberg, 1984).

Tra i giovani vi è un ulteriore rischio che nasce da una sottovalutazione della pericolosità delle sostanze assunte e che spesso porta ad una escalation sia del tipo di sostanze provate sia delle modalità di assunzione delle stesse (Kandel et al., 1986), per cui si può gradualmente passare dall'assunzione di sostanze più comunemente ritenute innocue (ad esempio, la birra) a quella di droghe cosiddette pesanti (ad esempio la cocaina), passando attraverso l'uso intermedio di bevande ad alta gradazione alcolica, tabacco e cannabis (Leshner, 1999).

Tra gli adolescenti e i giovani adulti l'uso di alcol e di droghe è in costante aumento (Petrie et al., 2007). Ad esempio, lo studio multicentrico EU-Dap che includeva 6.359 studenti di sette differenti Paesi europei, di età compresa tra i 12 e i 14 anni, riporta che, nei trenta giorni precedenti l'inizio dello studio, il 6% dei maschi arruolati aveva assunto alcol, il 4% cannabinoidi e il 6% altre droghe, mentre per le femmine queste percentuali erano rispettivamente del 5%, 2% e 4% (Faggiano et al., 2008; Faggiano et al., 2010; Vigna-Taglianti et al., 2009).

Secondo i dati di studi di popolazione, in Europa, in media il 31,6 % dei giovani adulti (15-34 anni) ha utilizzato la cannabis almeno una volta nella vita, mentre il 12,6 % ne ha fatto uso nell'ultimo anno e il 6,9 % nell'ultimo mese (EMCDDA, 2010). Nella stessa fascia di popolazione, la prevalenza d'uso una tantum di amfetamine, ecstasy e allucinogeni è in media del 5,2%, mentre quella di cocaina è del 5,9% (EMCDDA, 2010). La conoscenza dell'entità del fenomeno ha fatto sì che, a livello internazionale, nascesse una consapevolezza sempre maggiore della necessità di sviluppare interventi di prevenzione mirati alla popolazione giovanile con l'obiettivo di ridurre il primo uso e di prevenire la transizione dall'uso sporadico alla dipendenza. Tuttavia, nonostante

l'ampio utilizzo di questi interventi (ad esempio nelle scuole inglesi, sono addirittura obbligatori), gli studi sulla loro efficacia sono pochi e si sono sviluppati soprattutto negli USA.

Questo fatto rappresenta un problema per chi a livello politico e organizzativo deve decidere se stanziare o no fondi e risorse per interventi la cui efficacia scientifica non è stata dimostrata. Infatti, l'efficacia di un intervento di prevenzione non può essere solo basata su presupposti teorici, ma deve essere verificata nell'ambito di studi sperimentali di qualità. Alcuni di questi studi hanno dimostrato addirittura effetti negativi degli interventi stessi. La fonte più attendibile sull'efficacia degli interventi sociosanitari è rappresentata dalle revisioni sistematiche della letteratura scientifica che, attraverso una ricerca accurata ed esaustiva di tutti gli studi pubblicati e una valutazione di qualità degli stessi, consentono di stabilire se esistono prove sufficienti sull'efficacia dell'intervento o se sono necessari altri studi.

La Cochrane Library è la principale fonte di revisioni sistematiche. La Cochrane Collaboration, ha pubblicato 14 revisioni relative ad interventi di prevenzione dell'uso di sostanze stupefacenti, fumo e alcol tra i giovani. Dettagli relativi ai metodi ed ai risultati delle revisioni sono disponibili sulla Cochrane Library.

Metodi

Questo articolo sintetizza i risultati principali delle 14 revisioni Cochrane che valutano l'efficacia degli interventi rivolti ai giovani per prevenire l'abuso di tabacco, alcol e sostanze stupefacenti illegali:

- 3 revisioni valutano programmi di prevenzione per l'uso di sostanze in generale, valutando l'efficacia di:

  -interventi che vengono effettuati in setting scolastici (Faggiano et al., 2005)

  -interventi offerti in altri tipi di setting (Gates et al., 2006)

  -attività di mentoring per bambini e adolescenti (Thomas et al., 2011)

- 4 revisioni si focalizzano sulla valutazione dei programmi di prevenzione per l'uso di alcol, va-lutando l'efficacia di: -interventi che utilizzano le "norme sociali" tra i giovani nelle Università o nei College (Moreira et al., 2009)

  -interventi di prevenzione svolti nelle scuole (Foxcroft & Tsertvadze, 2011a)

  -interventi di prevenzione con più componenti (Foxcroft & Tsertvadze, 2011b) - interventi familiari di prevenzione (Foxcroft & Tsertvadze, 2011c)

- 7 revisioni valutano interventi di prevenzione per l'uso di tabacco, valutando l'efficacia di:

  -interventi di comunità (Carson et al., 2011)

  -interventi familiari e sui luoghi di lavoro per ridurre l'esposizione dei bambini al fumo passivo (Priest et al., 2008)

  -interventi familiari (Thomas et al., 2007)

  -interventi effettuati in setting scolastici (Thomas & Perera, 2006)

  -interventi che utilizzano i mass media (Brinn et al., 2010)

  -interventi per prevenire la vendita di prodotti contenenti tabacco ai giovani (Stead & Lancaster, 2005) -impatto delle campagne pubblicitarie (Lovato et al., 2011).

Data la complessità dei temi affrontati nelle revisioni e l'estrema variabilità degli interventi valutati i risultati sono presentati per singola revisione, illustrando le implicazioni utili per la pratica clinica. Dettagli relativi ai metodi e ai risultati delle revisioni sono disponibili sulla Cochrane Library.

Interventi tesi a prevenire l'uso di sostanze in generale tra i giovani e interventi nelle scuole per la prevenzione dell'uso di sostanze illegali (Faggiano et al., 2005)

La revisione include 32 studi, tutti condotti in Nord America, con un totale di 50.224 studenti. In questa revisione gli interventi considerati sono classificati secondo la definizione di Tobler (Tobler & Stratton, 1997; Tobler et al., 2000) come:

a) interventi mirati all'acquisizione di conoscenze specifiche;

b) interventi sulla sfera emotiva;

c) interventi mirati all'acquisizione di capacità di relazione sociale.

I risultati hanno evidenziato che gli interventi di prevenzione in ambito scolastico tesi a sviluppare capacità sociali specifiche sono quelli più efficaci per prevenire l'uso precoce di sostanze. Non è stata invece dimostrata l'efficacia di interventi che offrono solo informazioni o che sono focalizzati soltanto sull'affettività, pertanto questi interventi dovrebbero essere svolti solo in contesti sperimentali per consentirne ulteriori valutazioni.

Interventi per la prevenzione dell'uso di droghe svolti in setting non scolastici (Gates et al., 2006)

La revisione include 17 studi con un totale di 24.482 adolescenti; 16 studi sono stati condotti in Nord America ed 1 in Asia. Nella revisione erano valutati quattro differenti tipi di intervento:

a) intervista motivazionale o intervento breve;

b) training educativi o mirati all'acquisizione di capacità sociali;

c) interventi familiari;

d) interventi di comunità che utilizzavano multicomponenti.

Risultati

In generale non è dimostrata l'efficacia degli interventi considerati in questo specifico contesto. L'intervista motivazionale e alcuni interventi familiari possono offrire qualche beneficio. Una valutazione costi-efficacia non è stata considerata in nessuno degli studi inclusi; future ricerche sono necessarie per valutare se questo tipo di interventi debbano essere raccomandati.

Mentoring di bambini e adolescenti per prevenire l'uso di alcol e droghe (Thomas et al., 2011)

La revisione include 4 studi, tutti condotti in Nord America, con un totale di 1994 adolescenti provenienti da minoranze etniche e "deprivati", che non usavano né alcol né droghe al momento dell'arruolamento in studio. La figura del mentore è quella di una guida, di un consigliere saggio, di un precettore: deve il suo nome a Mente o Mentore, re dei Tafi a cui Odisseo affidò Telemaco prima di partire per la guerra. Il mentore è una figura di riferimento, più anziana e dotata di esperienza, che guida e consiglia la persona più giovane. In questa revisione, tutti gli studi valutavano programmi di mentoring strutturati e non informali.

Risultati

Durante il periodo osservato, solo un RCT ha riportato una diminuzione significativa dell'uso di alcol e un altro una diminuzione dell'uso di droghe e quindi i benefici, rispetto agli sforzi per effettuare questi programmi, sono modesti.

Interventi tesi a prevenire l'uso di alcol tra i giovani e interventi che utilizzano le "norme sociali" per ridurre l'abuso di alcol tra i giovani nelle Università e nei College (Moreira et al., 2009)

La revisione include 22 studi con un totale di 9610 studenti; 19 studi sono stati condotti in Nord America e 3 in Australia. Le norme sono principi che regolano i rapporti tra le persone della società e permettono o vietano certi comportamenti. Le norme sociali sono quelle che ci dicono quale comportamento avere riguardo all'educazione, al bene e al male, alla religione, etc. In questa revisione le norme sociali relative ai comportamenti di uso di alcol venivano utilizzate allo scopo di ridurne l'uso tra i giovani. Gli interventi valutati consideravano feedback sulle norme sociali a) via web; b) postale; c) con incontri faccia a faccia.

Risultati

Il feedback via web e quello con incontri faccia a faccia sono probabilmente efficaci nel ridurre il consumo di alcol. Gli effetti migliori si notano nei periodi di follow-up più brevi (3 mesi). Per il feedback per posta, per quello che utilizza incontri in gruppo e per le campagne di marketing sulle norme sociali, i risultati degli studi non sono nel complesso favorevoli in modo significativo e per tale motivo queste modalità non dovrebbero essere raccomandate. Pertanto, coloro che si occupano di interventi di prevenzione e i decisori politici ed amministrativi dovrebbero considerare l'opportunità di utilizzare il feedback via web per la prevenzione dell'abuso di alcol.

Interventi nelle scuole per prevenire l'abuso di alcol tra i giovani (Foxcroft & Tsertvadze, 2011a)

La revisione include 53 studi con un totale di 122.107 studenti; 41 studi sono stati condotti in Nord America, 6 in Australia 5 in Europa ed 1 in Asia. I componenti degli interventi valutati nella maggioranza degli studi inclusi miravano a promuovere una maggiore consapevolezza rispetto ai comportamenti di uso (ad esempio benefici, conseguenze e rischi di un determinato comportamento), una maggiore autostima, a favorire lo sviluppo di capacità di risolvere i problemi (problem solving), di resistere alle pressioni del gruppo e di imparare a dire di no e infine a favorire cambiamenti rispetto alle norme sociali e alle proprie convinzioni/ attitudini.

Risultati

Gli interventi dimostratisi efficaci sono stati: Life Skills Training Program in Nord America, Unplugged in Europa e Good Behaviour Game sia in Nord America che in Europa. A causa della variabilità dei risultati, sia fra gli studi che fra i sottogruppi dei singoli studi, si raccomanda, comunque, una particolare attenzione rispetto ai contenuti del programma da adottare e al contesto in cui viene proposto. Per implementare questi programmi in contesti diversi da quelli in cui sono stati studiati, sarebbero necessari studi valutativi specifici per i singoli contesti. Il Life Skills Training Program è un programma che piuttosto che fornire informazioni circa il pericolo di

assumere droghe è disegnato per: insegnare agli studenti come resistere alle pressioni del gruppo dei pari, aiutarli a sviluppare l'autostima, consentirgli di affrontare efficacemente l'ansia, aumentare le conoscenze relative alle conseguenze immediate dell'abuso di sostanze, migliorare le competenze cognitive e comportamentali per ridurre e prevenire una serie di comportamenti a rischio per la salute. Unplugged è un programma interattivo basato sul modello dell'influenza sociale e delle life skills. Tale modello include nozioni teoriche, sviluppo di abilità sociali generali e correzione delle percezioni sbagliate rispetto alle sostanze psicotrope. Il progetto si sviluppa con e attraverso gli insegnanti. Per questo è previsto per gli insegnanti un corso di formazione sui concetti teorici, la struttura, le tecniche e gli strumenti utilizzati. Gli insegnanti sono formati con metodologie interattive volte all'acquisizione delle competenze necessarie per lavorare sulle life skills e sull'influenza sociale. Good Behavior Game è un approccio alla gestione, tramite il gioco, dei comportamenti in classe che premia i bambini che hanno comportamenti adeguati. La classe viene divisa in due squadre e viene assegnato un punto di penalizzazione per ogni comportamento inappropriato manifestato dai singoli appartenenti alla squadra stessa. Vince la squadra che alla fine ha ottenuto meno penalizzazioni.

Interventi di prevenzione con più componenti per l'abuso di alcol nei giovani (Foxcroft & Tsertvadze 2011b)

La revisione include 20 studi con un totale di 53.039 giovani; 17 studi sono stati condotti in Nord America, 1 ciascuno in Australia, in Europa e in Asia. Gli interventi di prevenzione con più componenti sono quelli che garantiscono interventi in diversi contesti, per esempio, sia a scuola che in famiglia, combinando programmi scolastici, con interventi sui genitori, oppure interventi sulla popolazione generale ed anche sui singoli soggetti.

Risultati

Vi è qualche prova disponibile relativa all'efficacia dei programmi con più componenti per la prevenzione dell'abuso di alcol nei giovani. Infatti 12/20 studi hanno dimostrato l'efficacia dell'intervento rispetto al controllo. Tuttavia, le prove disponibili sono troppo poche per poter affermare che i programmi a più componenti siano più efficaci di quelli somministrati in un unico contesto.

Interventi familiari per prevenire l'abuso di alcol nei giovani (Foxcroft & Tsertvadze 2011c)

La revisione include 12 studi con un totale di 11.274 giovani; 11 studi sono stati condotti in Nord America ed 1 in Europa. I programmi di prevenzione basati su interventi familiari differiscono dagli altri perché, piuttosto che agire direttamente sulla popolazione target, provano ad ottenere il risultato prefisso in modo indiretto, attraverso i genitori o i familiari in genere.

Risultati

Le prove relative all'efficacia degli interventi familiari di prevenzione sono poche ma consistenti e inoltre persistono a medio e a lungo termine. 9/12 studi dimostravano una qualche efficacia, rispetto ai controlli, per i programmi familiari con una persistenza dell'effetto sia a medio che a lungo termine. Per implementare questi programmi in contesti diversi da quelli in cui sono stati studiati, sarebbero necessari studi valutativi specifici per i singoli contesti.

Interventi tesi a prevenire l'uso di tabacco tra i giovani e interventi che coinvolgono la comunità per prevenire l'uso di tabacco nei giovani (Carson et al., 2011)

La revisione include 25 studi, con un totale di 104.000 persone; 17 studi sono stati condotti in Nord America, 4 in Europa, 3 in Australia ed 1 in India. Nella revisione si valutava l'efficacia di interventi che coinvolgono la comunità confrontati tra loro o con nessun intervento. Gli interventi di prevenzione del fumo di tabacco comprendono quelli legislativi (divieto di vendita ai minori, divieto di fumo in luoghi pubblici), quelli che utilizzano i mass media, quelli scolastici. Vi è una grande variabilità circa il coinvolgimento della comunità nel disegno e nella implementazione di questi interventi. La revisione vuole studiare quegli interventi che sono stati condotti attraverso un ampio coinvolgimento della comunità enfatizzando il principio di "proprietà" o "partnership" nella promozione della salute. I membri delle comunità coinvolte partecipavano attivamente alle decisioni circa l'implementazione dei programmi di prevenzione e spesso anche alla costruzione delle strutture organizzative necessarie.

Risultati

Rispetto alla prevalenza di fumatori, 9 studi hanno evidenziato l'efficacia dell'intervento a lungo termine ed 1 studio a breve termine (12 mesi o meno), 2 studi riportavano risultati in favore dei controlli e i rimanenti 13 studi non evidenziavano differenze statisticamente significative tra i gruppi. Si sono inoltre osservati effetti positivi rispetto all'intenzione di fumare e all'attitudine al fumo. In sintesi, vi sono prove circa l'efficacia degli interventi di popolazione nel ridurre il numero di giovani che iniziano a fumare giovani ma queste prove sono limitate e provengono da studi con evidenti limiti metodologici.

Interventi familiari e sui luoghi di lavoro per ridurre l'esposizione dei bambini al fumo passivo (Priest et al., 2008)

La revisione include 36 studi; 21 condotti in Nord America, 8 in Europa, 3 in Australia ed 1 in Giappone. Gli studi consideravano interventi svolti in ambulatori pediatrici rivolti a genitori di bambini sani e a genitori di bambini malati; solo 4 studi valutavano interventi di comunità o di popolazione.

Risultati

In 17/36 studi si è evidenziata una diminuzione dell'esposizione al fumo passivo dei bambini ma solo in 11/36 la differenza era statisticamente significativa. Poche differenze tra genitori di bambini sani o malati di malattie respiratorie o di altro tipo. Un intervento efficace era svolto in setting scolastico e rivolto ai padri fumatori. In conclusione, mentre gli interventi di counseling brevi si sono dimostrati efficaci per aiutare gli adulti a smettere di fumare, non sembrano essere altrettanto efficaci se somministrati ai genitori in ambulatori pediatrici.

Interventi familiari per prevenire l'abitudine al fumo tra bambini ed adolescenti (Thomas et al., 2007)

La revisione include 22 studi; 16 studi sono stati condotti in Nord America, 4 in Europa, 1 in Australia ed 1 in India. Gli interventi considerati nella revisione miravano ad aiutare i membri della famiglia a non fumare e a promuovere il non fumo tra i bambini e gli adolescenti della loro famiglia.

Risultati

Riferiti ai 16 studi di qualità buona o discreta. Intervento familiare verso controllo: 4/9 studi con risultati positivi, 1/9 con risultati negativi. Intervento familiare verso intervento a scuola: 1/5 con effetti positivi. Intervento familiare + intervento a scuola verso intervento a scuola: 0/7 con effetti positivi. Intervento familiare mirato all'uso di tabacco verso intervento familiare non focalizzato sul tabacco: 0/1 con effetti positivi. In conclusione, alcuni studi controllati randomizzati di buona qualità dimostrano che gli interventi familiari possono prevenire l'abitudine al fumo tra gli adolescenti ma i risultati non sono confermati negli studi di qualità più bassa.

Interventi nelle scuole per prevenire l'uso di tabacco tra i giovani (Thomas & Perera, 2006)

La revisione include 94 studi; 72 studi sono stati condotti in Nord America, 18 in Europa, 2 in Australia, 1 in Sud America ed 1 in India. Gli interventi utilizzati negli studi erano riconducibili a due filoni principali: a) quelli tesi ad influenzare le capacità di relazione interpersonale e b) quelli che utilizzavano tecniche per influenzare sia le relazioni interpersonali sia le capacità individuali.

Risultati

Riferiti a 23 studi di qualità buona o discreta. Tra gli studi che consideravano gli interventi tesi ad influenzare la sfera sociale, circa la metà evidenziava effetti positivi dell'intervento. Anche tra i 6 studi che testavano l'efficacia di interventi combinati tesi ad influenzare sia le relazioni che l'influenza sociale, circa la metà dei risultati erano a favore dell'intervento. In entrambi i casi non vi era significatività statistica. Gli studi che consideravano altri interventi, quali tecniche per influenzare le competenze individuali ed altri programmi multimodali, non permettevano una valutazione della loro efficacia a causa delle carenze metodologiche con cui erano stati condotti.

Interventi che utilizzano i mass media per prevenire l'uso di tabacco nei giovani (Brinn et al., 2010)

La revisione include 7 studi; 6 studi sono stati condotti in Nord America ed 1 in Europa.

Risultati

3/7 studi riportavano che le campagne di mass media riducono il fumo tra i giovani. Queste campagne erano basate su solide basi teoriche ed erano disegnate da ricercatori esperti; il messaggio suggerito era di ragionevole intensità e veniva proposto per un lungo periodo di tempo. In conclusione, vi sono prove disponibili circa l'efficacia di questo tipo di intervento, ma queste prove, a causa dei limiti metodologici degli studi inclusi, sono deboli.

Interventi tesi a ridurre le possibilità di vendita legale e non di prodotti contenenti tabacco ai giovani (Stead & Lancaster, 2005)

La revisione include 35 studi; 24 studi sono stati condotti in Nord America, 8 in Australia e 3 in Europa. Solo 14/35 studi avevano un gruppo di controllo. Gli studi inclusi consideravano varie tecniche (multe, controllo della comunità, campagne di persuasione, etc.) tutte.

L. Amato -Efficacia dei trattamenti di prevenzione mirate a migliorare il rispetto delle leggi che limitano l'accesso dei giovani alla vendita al dettaglio di tabacco

Risultati

Fornire informazioni ai venditori risulta meno efficace rispetto a strategie che utilizzano tecniche di rinforzo attivo o strategie educative con multicomponenti. Nessun intervento otteneva una *compliance* alta. In tre RCT si osservava un piccolo effetto dell'intervento sulla percezione dei giovani rispetto alla compera di prodotti contenenti tabacco o alla prevalenza di fumatori giovani. In conclusione, la collaborazione dei tabaccai è potenzialmente molto utile per diminuire il numero di nuovi fumatori tra i giovani, ma pochi degli interventi considerati nella revisione riescono ad ottenere questa collaborazione. Ciò probabilmente spiega i pochi risultati positivi degli studi inclusi in questa revisione.

Impatto delle campagne pubblicitarie relative al tabacco sull'aumento del numero di fumatori tra gli adolescenti (Lovato et al., 2011)

La revisione include 19 studi, con un totale di più di 29.000 non fumatori considerati; 11 studi sono stati condotti in Nord America, 6 in Europa e 2 in Australia. Gli studi valutavano l'impatto delle campagne pubblicitarie sulla modificazione dell'abitudine al fumo tra gli adolescenti.

Risultati

In 18/19 studi longitudinali inclusi i risultati evidenziavano che l'essere esposti a campagne pubblicitarie sul tabacco aumenta il rischio di diventare fumatori tra gli adolescenti.

Conclusioni

La ricerca valutativa in questo campo è molto sviluppata, anche se soprattutto negli USA, dove sono stati condotti molti degli studi inclusi nelle revisioni. Recentemente anche in Europa si stanno conducendo studi di intervento e valutazione. La qualità metodologica degli studi pubblicati è spesso bassa e i programmi valutati sono estremamente eterogenei. Gli interventi studiati nelle 14 revisioni sono molto vari e pertanto è difficile trarre conclusioni sintetiche. In generale, si può comunque affermare che gli interventi di prevenzione più efficaci sono quelli effettuati nelle scuole, mirati ad aumentare le capacità di relazioni interpersonali, che utilizzano tecniche interattive e sono effettuati dagli insegnanti o dai pari. Gli interventi basati sull'acquisizione di conoscenze sono poco efficaci. Altre modalità di intervento andrebbero opportunamente valutate prima di essere utilizzate o raccomandate su larga scala.

Bibliografia

Brinn MP, Carson KV, Esterman AJ, Chang AB, Smith BJ. Mass media interventions for preventing smoking in young people. Cochrane Database Syst Rev. 10(11): CD001006, 2010

Carson KV, Brinn MP, Labiszewski NA, Esterman AJ, Chang AB, Smith BJ. Community interventions for preventing smoking in young people. Cochrane Database Syst Rev. 6(7): CD001291, 2011

EMCDDA (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction). Annual report on the state of the drugs problem in Europe. Publications Office of the European Union. EMCDDA, Lisbon, 2010

Faggiano F, Vigna-Taglianti F, Versino E, Zambon A, Borraccino A, Lemma P. School -based prevention for illicit drugs' use. Cochrane Database Syst Rev. 18(2): CD003020, 2005

Faggiano F, Vigna-Taglianti FD, Versino E, Zambon A, Borraccino A, Lemma P. School -based prevention for illicit drugs use: a systematic review. Prev Med. 46: 385-396, 2008

Faggiano F, Vigna-Taglianti F, Burkhart G, Bohrn K, Cuomo L, Gregori D et al. The effectiveness of a school-based substance abuse prevention program: 18-month follow-up of the EU-Dap cluster randomized controlled trial. Drug Alcohol Depend. 108(1-2): 54-64, 2010

Foxcroft DR, Tsertsvadze A. Universal school-based prevention programs for alcohol misuse in young people. Cochrane Database Syst Rev. 11(5): CD009113, 2011a

Foxcroft DR, Tsertsvadze

A. Universal multi-component prevention programs for alcohol misuse in young people. Cochrane Database Syst Rev. 7(9): CD009307, 2011b

Foxcroft DR (c), Tsertsvadze A. Universal family-based prevention programs for alcohol misuse in young people. Cochrane Database Syst Rev. 7(9): CD009308, 2011c

Gates S, McCambridge J, Smith LA, Foxcroft D. Interventions for prevention of drug use by young people delivered in non-school settings. Cochrane Database Syst Rev. 25(1): CD005030, 2006

Kandel DB, Davies M, Karus D, Yamaguchi K. The consequences in young adulthood of adolescent drug involvement. An overview. Arch Gen Psychiatry. 43(8): 74654, 1986

Leshner AI. Science-based views of drug addiction and its treatment. JAMA. 282: 1314-6, 1999

Lovato C, Watts A, Stead LF. Impact of tobacco advertising and promotion on increasing adolescent smoking behaviours. Cochrane Database Syst Rev. 5(10): CD003439, 2011

Moreira MT, Smith LA, Foxcroft D. Social norms interventions to reduce alcohol misuse in University or College students. Cochrane Database Syst Rev. 8(3):CD006748, 2009

Petrie J, Bunn F, Byrne G. Parenting programmes for preventing tobacco, alcohol or drugs misuse in children < 18: a systematic review. Health Educ Res. 22(2): 177-191, 2007

Priest N, Roseby R, Waters E, Polnay A, Campbell R, Spencer N, Webster P, Ferguson-Thorne G. Family and carer smoking control programmes for reducing children's exposure to environmental tobacco smoke. Cochrane Database Syst Rev. 8(4): CD001746, 2008

Stead LF, Lancaster T. Interventions for preventing tobacco sales to minors. Cochrane Database Syst Rev . 25(1): CD001497, 2005

Thomas RE, Perera R. Schoolbased programmes for preventing smoking. Cochrane Database Syst Rev. 19(3): CD001293, 2006

Thomas RE, Baker PRA, Lorenzetti D. Family-based programmes for preventing smoking by children and adolescents. Cochrane Database Syst Rev. 24(1): CD004493, 2007

Thomas RE, Lorenzetti D, Spragins W. Mentoring adolescents to prevent drug and alcohol use. Cochrane Database Syst Rev. 9(11): CD007381, 2011

Tobler NS, Stratton HH. Effectiveness of school-based drug prevention programs: a metaanalysis of the research. J Prim Prev. 18(1): 71-128, 1997

Tobler NS, Roona MR, Ochshorn PM, Diana G, Strike AV, Stackpole KM. School-based adolescent drug prevention programs: 1998 meta-analysis. J Prim Prev. 20(4): 275–336, 2000

Vigna-Taglianti F, Vadrucci S, Faggiano F, Burkhart G, Siliquini R, Galanti MR, EU-Dap Study Group. Is universal prevention against youths' substance misuse really universal? Gender-specific effects in the EU-Dap schoolbased prevention trial. J Epidemiol Community Health. 63(9): 722-728, 2009

Zinberg N. Drug, set and setting: the basis for controlled intoxicant use. Yale University Press, New Haven, 1984

CONTRIBUTI E APPROFONDIMENTI

1. Le indagini sulle comunità terapeutiche e i servizi a bassa soglia

A cura di Esperti

Le indagini sulle comunità terapeutiche e i servizi a bassa soglia

Si tratta di indagini che permettono di conoscere molti aspetti legati alla vita della popolazione di utilizzatori definita a livello europeo High Risk Drug Users, come uno dei cinque indicatori standard. Inoltre, dato che, come si vedrà dalle analisi, questa popolazione consuma circa la metà del totale in Italia, molti fenomeni sono legati ad essa, come gli aspetti sanitari, criminali, sociali, la dimensione del mercato e le nuove tendenze. Si tratta di un"indagine che andrebbe condotta, con dettaglio, almeno ogni 3 anni per monitorare un aspetto importante e delicato del "fenomeno droga" legato con tutti gli altri e che permette anche analisi di coorte, se ben impostata.

Le strutture

Le comunità terapeutiche sono strutture residenziali e/o semiresidenziali con compiti terapeutico-riabilitativi, finalizzati al reinserimento del "paziente" nella società e all"affrancamento dalla dipendenza. La fase di inserimento e il percorso riabilitativo vengono stabiliti dall"Ente che gestisce la comunità, con approcci differenziati.

I servizi di bassa soglia consistono in strutture di accoglienza e in interventi volti alla riduzione del rischio e del danno (come i *drop-in*), caratterizzati dal massimo livello di accessibilità per i tossicodipendenti e utilizzatori di sostanze. Sono un osservatorio privilegiato sulla domanda di droga, dato che il bacino d"utenza è costituito da persone il più delle volte orientate all"interruzione dell"uso, ma ancora saldamente inserite nel circuito della vendita e nel particolare contesto sociale che caratterizza il consumatore problematico.

Gli intervistati

I pazienti delle comunità terapeutiche, che sono la totalità degli intervistati nella prima indagine pilota e la maggioranza nelle successive, possono entrare autonomamente nel circuito; si tratta di individui che hanno maturato la scelta di affrancarsi dalla dipendenza o che sono in misure alternative alla carcerazione. Questi pazienti, che entrano nelle strutture in alternativa al carcere, hanno spesso come motivazione maggiore il desiderio di uscire dalla prigione piuttosto che avviare un reale processo di riabilitazione.

I pazienti dei servizi di bassa soglia in genere sono al limite tra l'uso e la consapevolezza di evitare un aggravamento della loro situazione. Si rivolgono a questi servizi quando percepiscono che le loro condizioni fisiche e/o sociali si sono aggravate.

L'utilità strategica di questi servizi sta nel consentire un primo passo verso una possibile uscita dal ciclo vizioso di dipendenza, come riportato in un interessare report dell'EMCDDA[70] (2010).

Lo strumento di ricerca

Sono state utilizzate tecniche di ricerca proprie dell'approccio quantitativo (il questionario); l'indagine quantitativa si caratterizza con un disegno di ricerca chiuso, strutturato e standardizzato[71]

Inoltre un questionario strutturato, rispetto ad altri strumenti di indagine come ad esempio le interviste in profondità (*face to face*), permette analisi diacroniche per meglio comprendere le dinamiche temporali della popolazione. La standardizzazione fa riferimento alla tecnica dello stimolo-risposta nella somministrazione dello strumento in modo che la formulazione del quesito sia uniforme per tutti i rispondenti[72].

Il questionario utilizzato nella presente indagine è stato in parte validato nel 2009 mediante uno studio pilota[73], condotto presso Comunità Terapeutiche e realizzato dalla Commissione "Il mercato illegale delle sostanze stupefacenti e psicotrope e il suo indotto" del Consiglio italiano per le Scienze Sociali (CSS). Successivamente è stato utilizzato nel 2010[74] per un progetto svolto nell'ambito dei programmi di studio del Dipartimento Politiche Antidroga. Nel 2012, infine, è stato esteso, ampliato ed attuato nei quanttro paesi del progetto europeo "New methodological tools for policy and programme evaluation", coordinato dal Centro Interdipartimentale di Biostatistica e Bioinformatica (CIBB) dell'Università di Roma "Tor Vergata". L'ultima versione del questionario, la più completa, è composta da 38 domande, che riguardano:

- caratteristiche demografico-sociali;
- ricostruzione della carriera di consumatore (età di inizio, motivazioni, sostanze, ecc.);
- contiguità con area "criminale";
- interazione con il mercato;
- finanziamento del consumo;
- misure alternative;

---

70 *Harm reduction: evidence, impacts and challenges* (http://www.emcdda.europa.eu/publications/monographs/harm-reduction).

71 Corbetta P., *Metodologia e tecniche della ricerca sociale*, Il Mulino, Bologna, 1999. Esse trovano impiego quando l'intento è quello di individuare regolarità empiriche tra il possesso di date caratteristiche ed il verificarsi di un evento. Il questionario è un'intervista strutturata basata su domande formalizzate e standardizzate che «normalmente […] scontano la precedenza di determinate ipotesi»Cipolla C., *Epistemologia della tolleranza*, 5 vol., Franco Angeli, Milano, 1997.

72 Bailey K.D., *Metodi della ricerca sociale. Vol. II. L'inchiesta*, Il Mulino, Bologna, 2006.

73IDM (2010), *Act upon the market to fight the drug industry*, Rome, May 2010.

74 I risultati sono ampliamenti riportati in G.M. Rey, C. Rossi; A. Zuliani (a cura di), *Il mercato delle droghe. Dimensione, protagonisti, politiche*, Marsilio Editori, Venezia, 2011.

- valutazione/soddisfazione dei servizi delle strutture;
- carriera di marginalità.

La "Ricostruzione della carriera del consumatore" è presente solo nell"ultimo questionario e, rispetto alle precedenti indagini, sono state ampliate l"indagine sulla "Contiguità con l"area criminale" e quella sulle "Misure alternative".

I risultati delle indagini

Le indagini sono state compiute, ad esclusione di quella pilota che ha visto solo il coinvolgimento delle comunità, su due target distinti, una sui residenti in comunità terapeutiche, l"altra su persone che usufruiscono dei servizi di bassa soglia.

Nelle tre indagini sono stati raccolti rispettivamente 101 questionari dalle comunità (indagine pilota), 1164 questionari dalle comunità e 299 dai servizi di bassa soglia (Indagine DPA). Infine 531 questionari dalle comunità e 189 dai servizi di bassa soglia (indagine europea). Le indagini hanno coinvolto le strutture di diverse regioni italiane riportate nella Tabella 1.

Tabella 1: Regioni che hanno partecipato alle diverse indagini.

Titolo indagine	Anno	Intervistati Comunità	Intervistati servizi bassa soglia	Regioni coinvolte nelle indagini
Indagine pilota	2009	101	-	Piemonte, Lazio, Campania
Indagine DPA	2010	1164	299	Piemonte, Lombardia, Trentino Alto Adige, Veneto, Friuli Venezia Giulia, Liguria, Emilia Romagna, Toscana, Umbria, Lazio, Abruzzo, Campania, Puglia, Calabria, Sicilia
Indagine progetto europeo	2012	531	189	Piemonte, Lombardia, Trentino Alto Adige, Liguria, Emilia Romagna, Toscana, Umbria, Lazio, Abruzzo, Puglia, Calabria, Sicilia

Caratteristiche degli intervistati

Le analisi effettuate, eccetto quella pilota, hanno mantenuto una distinzione tra i residenti in comunità terapeutiche e sui servizi a bassa soglia. Le caratteristiche delle due popolazioni prese in esame sono molto simili sia per sesso sia per età. Ovviamente, data la popolazione in oggetto, non è stato effettuato un vero e proprio campionamento ma si è cercato, attraverso un lavoro d"individuazione delle comunità, di considerare il maggior numero di regioni e contesti territoriali.

Gli intervistati delle indagini sono prevalentemente maschi, come in generale gli utilizzatori di sostanze (Figura 1).

Se per genere c‟è una quasi sovrapposizione nelle due indagini, per l‟età si ha invece una prevalenza di adulti 35-44 anni per gli utenti in bassa soglia. Questo dato è giustificato dal fatto che chi usufruisce maggiormente di questi servizi sono quelle persone che si trovano nella fase più critica del consumo, quando ormai sono erose tutte le altre fonti di sostegno a cui si è fatto riferimento nella fase iniziale della dipendenza (Figura 2). E‟ comunque interessante sottolineare che la prevalenza per genere è leggermente più equilibrata nella bassa soglia che nella comunità, soprattutto nell‟indagine DPA.

Figura 1: Intervistati per genere.

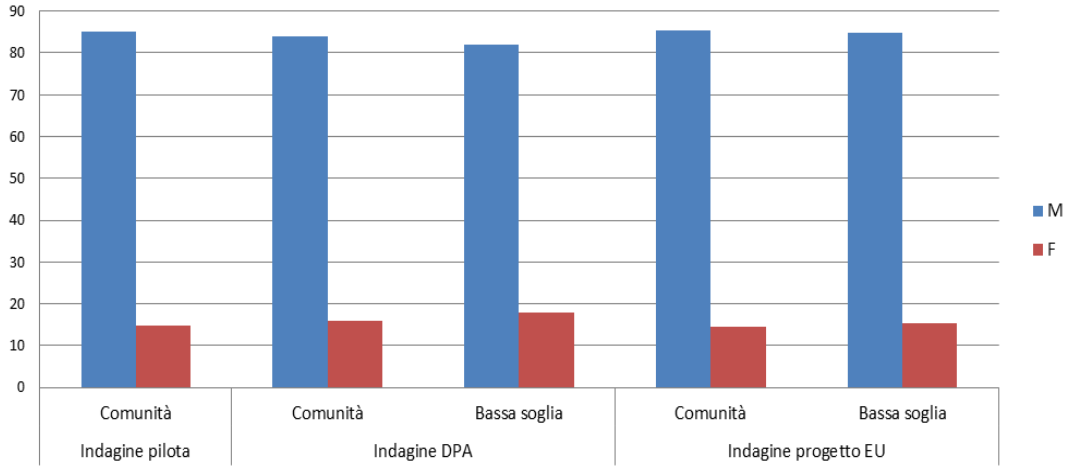
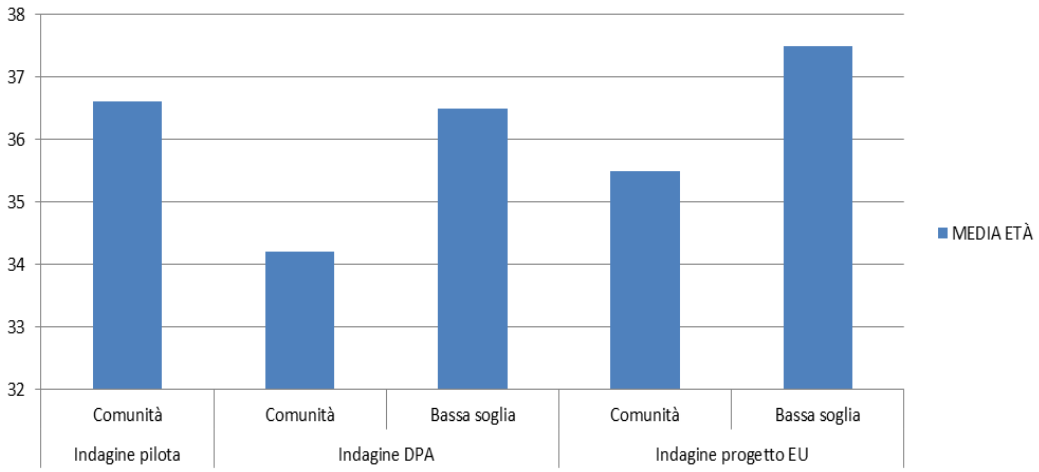


Figura 2: Età media dei soggetti.



La condizione occupazionale rilevata (Figura 3), nella prima indagine è risultata meno stabile (occupati stabili 18%). Nelle successive indagini mediamente un intervistato su 4 dichiara un‟occupazione stabile. Nell‟ultima indagine il lavoro occasionale aumenta per tutte e due i collettivi, infatti in questa modalità di risposta ricadono i disoccupati di lungo e medio periodo che riescono ad avere introiti solo grazie a lavori occasionali. Si può osservare che, in particolare il

lavoro stabile diminuisce tra il 2010 e il 2012 nella popolazione che si rivolge ai servizi a bassa soglia e aumenta moltissimo il lavoro occasionale. Bisogna osservare che qualitativamente si ripete quello che coinvolge la popolazione generale riguardo all'occupazione.

La moda del livello di istruzione, nelle tre indagini, è la licenza media. Nella prima indagine il 61% degli intervistati ha dichiarato il conseguimento di questo titolo di studio. Nelle altre indagini la percentuale varia fra il 44,7% (indagine DPA bassa soglia) e il 53,4% (indagine progetto EU bassa soglia). Rispetto alla prima indagine, nelle indagini successive risultano più alte le percentuali di chi ha un titolo di studio di scuola media superiore (Figura 4). Dal confronto con la distribuzione del titolo di studio a livello italiano, riportato dall'ISTAT, emerge il legame tra uso di sostanze e abbandono dello studio, come messo in luce in Rey et al (2011) nell'indagine SPS 2011, condotta per il DPA dal CIBB.

Figura 3: Intervistati per posizione lavorativa.

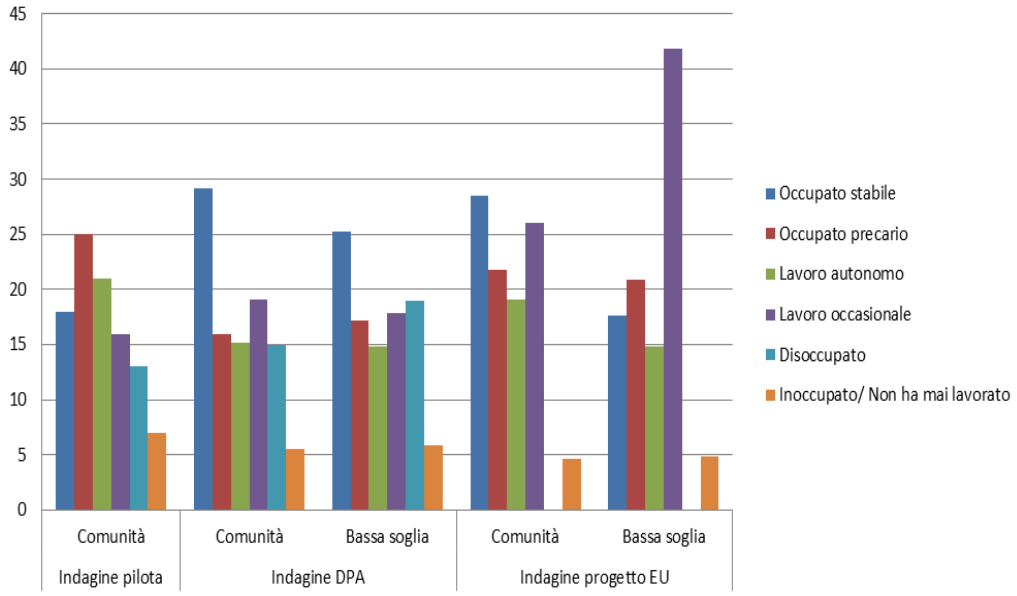
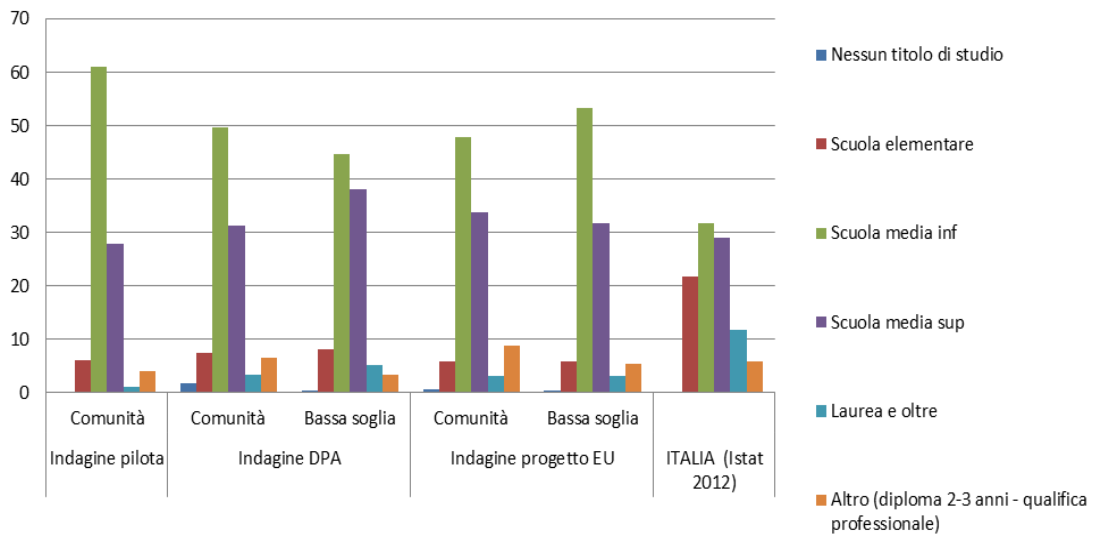


Figura 4: Intervistati per titolo di studio.



Il primo consumo

L"età di primo uso è per oltre la metà degli intervistati fino ad arrivare al 70% al di sotto dei 17 anni. Questo dato mostra un approccio sempre più precoce al mondo delle sostanze, confermato anche dalle indagini SPS ed ESPAD degli ultimi anni.

Circa quattro intervistati su dieci hanno fatto la loro prima esperienza di consumo al di sotto dei 15 anni e due su tre dai 13 ai 16 anni. In sintesi, la prima esperienza, per coloro che maturano un consumo problematico, avviene in prevalenza prima del compimento dei 18 anni.

L"età media al primo uso è di poco inferiore a 16 anni per tutte le indagini (Figura 5). Infatti l"età al primo uso varia nelle tre indagini, fra i 14,9 anni e i 16 anni.

L"età media del primo utilizzo di droghe pesanti è di 18,3 quindi in prossimità della maggiore età, fra i 17 e 19,3 anni. Il tempo medio che intercorre fra il primo uso di droghe leggere e droghe pesanti è di 2,7 anni (Figura 6).

Figura 5: Intervistati per età media di primo uso e di passaggio alle sostanze "pesanti".

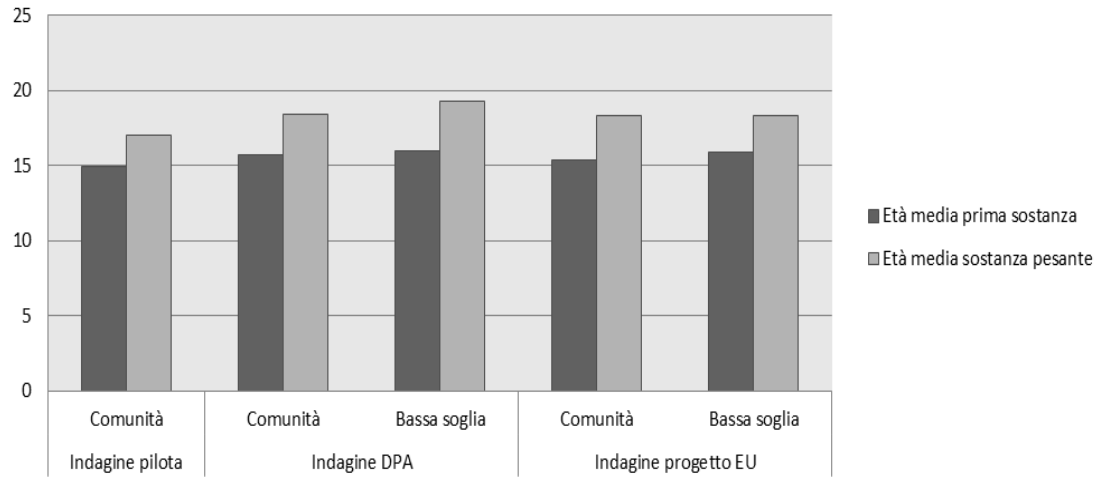
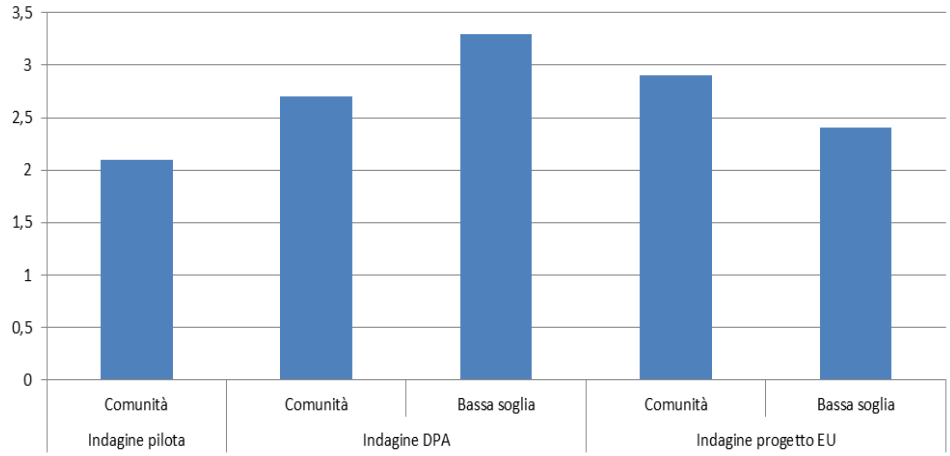


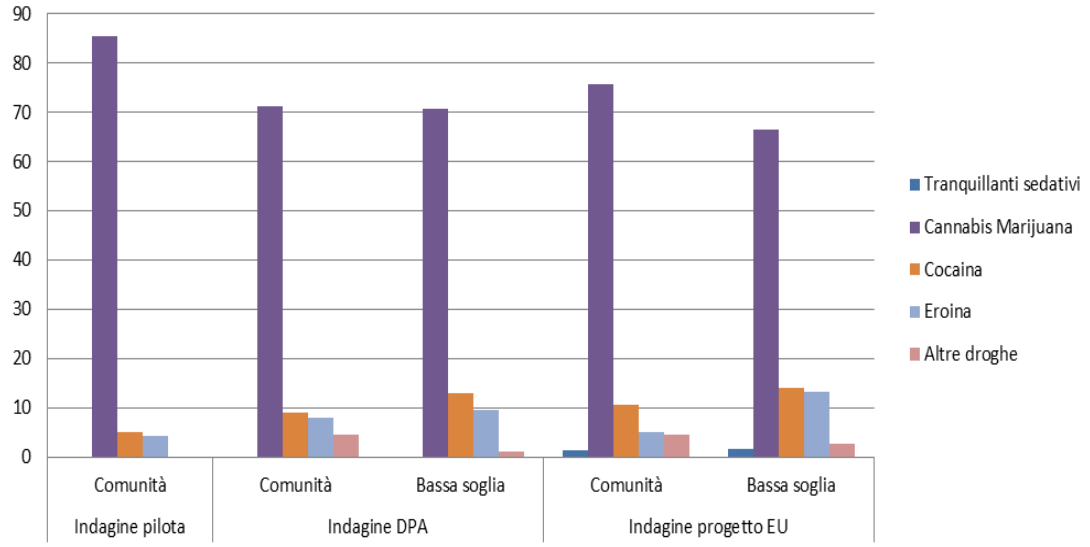
Figura 6: Tempo medio tra primo uso droghe leggere e droghe pesanti.



Quale sostanza hai provato per la prima volta? Perché? Con chi? In quale occasione? Dove?

Le sostanze utilizzate la prima volta sono le stesse per tutti i gruppi di intervistati e il risultato è in linea con tutte le rilevazioni effettuate negli ultimi anni a livello europeo. La sostanza di primo utilizzo per circa il 70% dei casi è la cannabis, per la facilità di reperimento, oltre che per l"estesa accettabilità sociale. Nella prima indagine la percentuale registrata è stata addirittura dell' 85,4%. La seconda sostanza per primo utilizzo è la cocaina, con una percentuale più bassa nella prima indagine (5,2%) e percentuali più alte nelle due indagini successive (fra il 9,1% e il 14%) (Figura 7). Si registrano inoltre, per le due indagini più recenti e che hanno visto una maggiore numerosità di intervistati, percentuali intorno all"1,5% di tranquillanti e sedativi per la prima volta e percentuali intorno al 3% di altre sostanze. Queste "altre sostanze" potrebbero essere identificate con le nuove droghe di origine sintetica immesse sul mercato per brevi periodi e poi sostituite con altre, questo per sfuggire per un certo periodo alla registrazione sulle tabelle delle sostanze illecite.

Figura 7: Intervistati per le principali sostanze di primo uso.



La motivazione prevalente che spinge a provare una sostanza per la prima volta nelle prime due indagini è risultata la curiosità con percentuali fra il 58,6% e il 66,2%. Nell'indagine progetto EU invece la motivazione prevalente è risultata il divertimento (59,3% comunità e 53,4% bassa soglia).

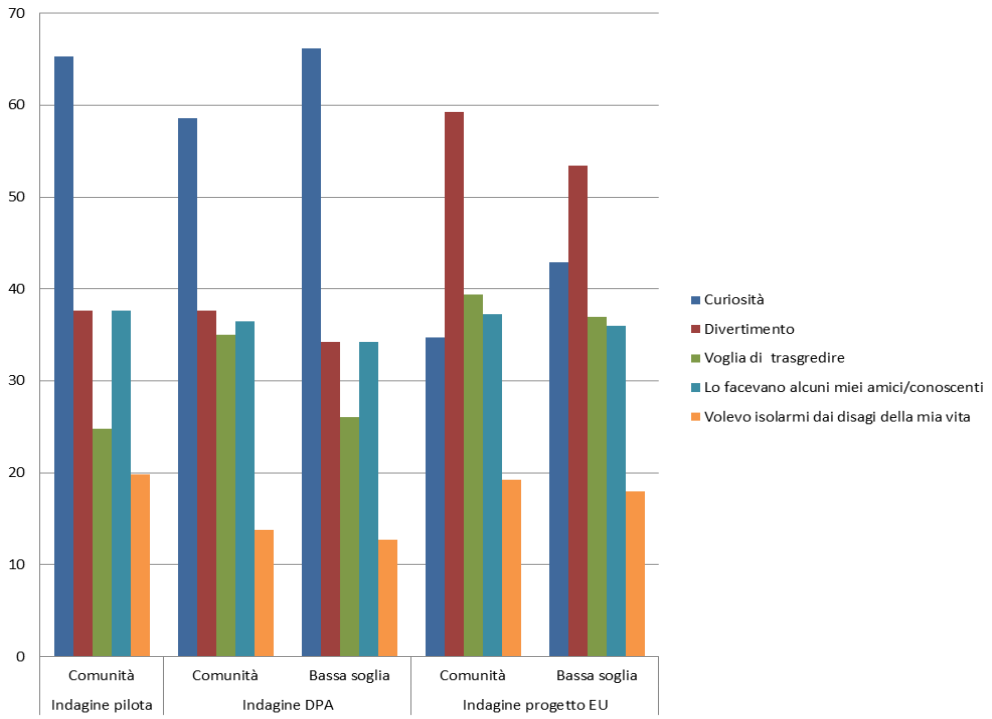
La curiosità, nel progetto EU, ha avuto percentuali solo del 34,7% nelle comunità e del 42,9% nella bassa soglia (Figura 8). Queste risposte sono coerenti con le sostanze di primo uso maggiormente utilizzate: cannabis e cocaina.

Anche le risposte "Voglia di trasgredire" e "Lo facevano amici/conoscenti", nelle tre indagini, hanno raccolto percentuali considerevoli di risposte. La prima è stata indicata con percentuali fra circa il 25% e circa il 40% e la seconda indicata mediamente da circa il 35% dei rispondenti.

Le risposte “positive”, e comunque non colpevolizzanti quali curiosità e divertimento, prevalgono largamente su quelle “negative” come l‘autolesionismo o l‘ansia da prestazione che indicano uno stato di malessere personale o di inserimento nella società (disagi familiari, fare nuove amicizie). Solo per una piccola parte degli intervistati i motivi non sono né indifferenziati né emulativi, ma riguardano condizioni specifiche collegate all‘uso “medicale” di una sostanza: uno stato d‘animo particolare quale la necessità di stare meglio con se stessi, il desiderio di favorire il contatto con gli altri.

Motivazioni che sostengono l‘ipotesi di un primo approccio alle droghe “spensierato” avvenuto senza soppesare i rischi di un uso problematico o comunque di nessun effetto indesiderato è confermata dal dato che oltre 70% ha risposto di non aver valutato nessun rischio la prima volta che ha utilizzato una sostanza.

Figura 8: Intervistati per le principali motivazioni al primo uso di droghe*.



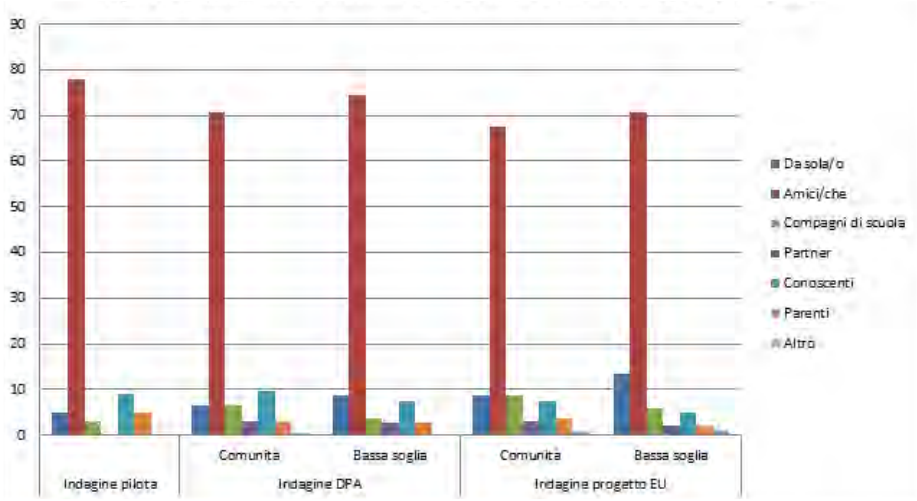
**La somma delle percentuali fa più di 100 perché alla domanda era possibile dare più risposte.*

Il primo uso è avvenuto in contesti di socializzazione, dato che 3 su 4 degli intervistati ha riferito che stava con amici. Una piccola percentuale riferisce di aver iniziato l'uso con parenti, specialmente per l'uso di farmaci senza prescrizione medica.

Rimane il gruppo dei pari (amici che raccolgono più del 70% delle risposte) l'ambito di utilizzo iniziale privilegiato.

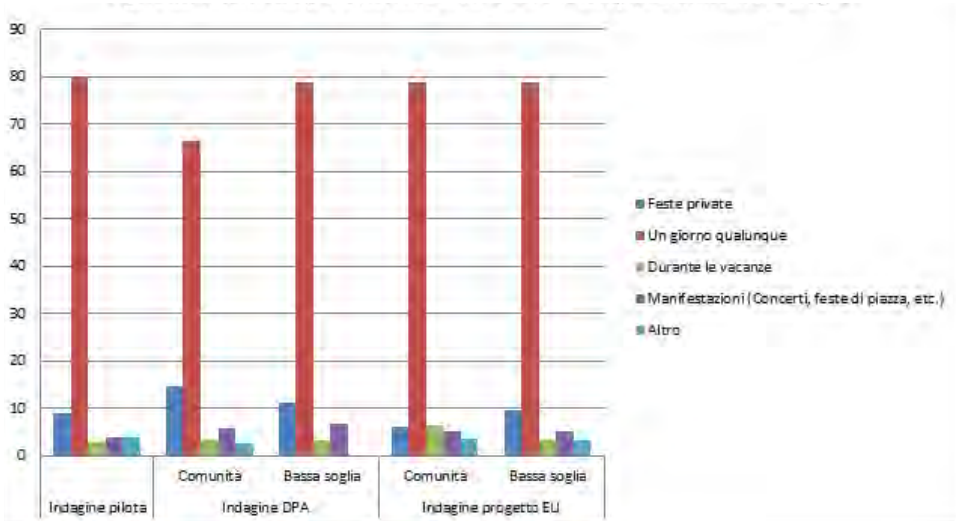
Per quanto sia da approfondire la tendenza che riguarda in media 8,4% degli intervistati che dichiarano di avere utilizzato la prima volta una sostanza da soli. Individui che sono fortemente destinati alla dipendenza proprio per un approccio più "solipsistico" ed individualizzato al consumo. Si potrebbe riportare al centro dell'attenzione un fenomeno ormai evidente quando parliamo delle ultime generazioni, che, prive di spazi pubblici destinati alla socializzazione, ripiegano più di frequente negli spazi privati e personali (la casa, la propria stanza) per vivere la sfera relazionale. Il consumo per la prima volta in casa potrebbe non riguardare solo il singolo adolescente, ma anche in parte il piccolo gruppo di pari (2 o 3 amici) con cui ci si relaziona all'interno del proprio spazio privato vissuto come spazio ludico e socializzante (a partire dall'uso comune di vettori come il web o i videogames).

Figura 9: Intervistati con chi erano quando hanno assunto la droga la prima volta.



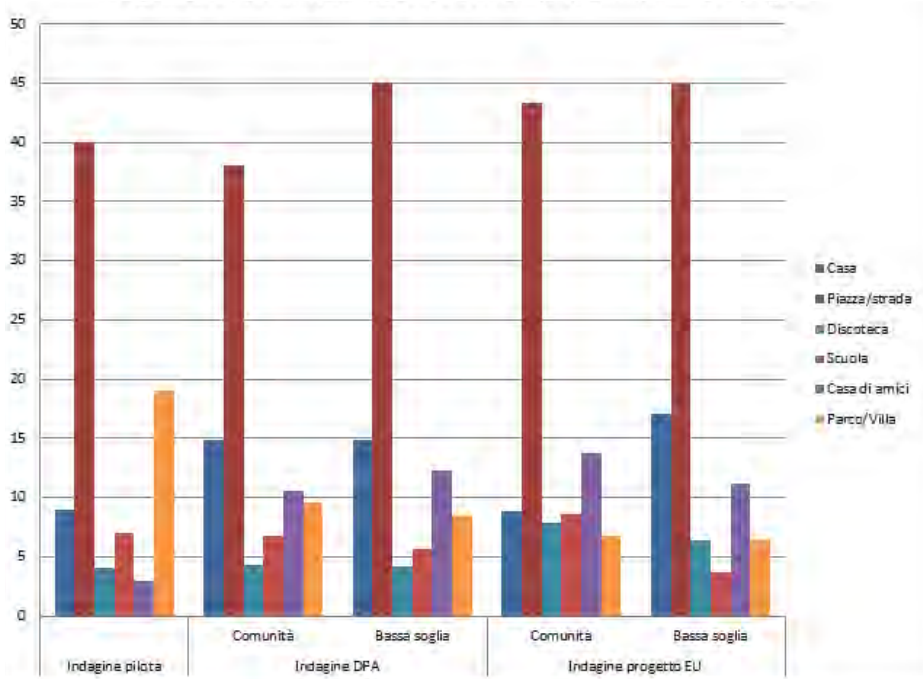
Il primo consumo è avvenuto per lo più all"aperto o in casa propria o di amici, per la maggioranza dei casi in un giorno qualunque (Figura 10) a conferma di un approccio avvenuto per lo più con leggerezza.

Figura 10: Intervistati per occasione in cui è avvenuto il primo consumo di droghe.



Passando al luogo di consumo, collegato alla prima volta in cui è stata utilizzata una sostanza, si notano situazioni diverse tra loro: circa la metà degli intervistati delle indagini dichiara che il primo consumo è avvenuto in contesti outdoor come strada, piazza, parco; circa un intervistato su quattro dichiara di avere consumato la sostanza a casa propria o di amici; il rimanente si distribuisce senza particolari predilezioni sugli altri luoghi (Figura 11); solo una piccola percentuale (in media il 6,4%, comunque non trascurabile) parla della scuola come del primo luogo di consumo.

Figura 11: Intervistati per luogo dove è avvenuto il primo consumo di droghe.



In sintesi il primo consumo è avvenuto per lo più all'aperto o in casa propria o di amici, per la maggioranza dei casi in un giorno qualunque, a conferma di un approccio avvenuto per lo più senza soppesare eventuali reazioni negative.

Influenza della situazione socio-ambientale all'età di primo uso

I dati che emergono dal quadro di riferimento circa le circostanze in cui è assunta per la prima volta una sostanza psicoattiva suggeriscono come le droghe siano sempre più presenti nei contesti della quotidianità, soprattutto delle fasce giovani della popolazione, e rientrino quasi nella "normalità" non essendo più considerate un fatto eccezionale, in particolare la cannabis. Questo determina una crescente probabilità che si entri in contatto con il mondo della droga, direttamente (contatto fisico o sperimentazione-assunzione) o indirettamente (vedere o conoscere qualcuno che la usa, sapere dove e come trovarla) come risulta chiaro anche da altre indagini europee (Commissione europea, 2013[75]) Le probabilità di contatto aumentano, inoltre, anche in presenza di altri fattori di rischio, non ultimi quelli psicologici come il grado di soddisfazione nelle proprie relazioni (amici, famiglia, scuola, lavoro) e la capacità di contenere l'istintività e le pulsioni (ad esempio, il desiderio di provare droghe, la capacità di resistere all'offerta ed alla pressione dei pari) e non ultimo per importanza il contesto sociale e abitativo.

75 European Commission (2013). *Further insights into aspects of the EU illicit drugs market,* Franz Trautmann, Beau Kilmer & Paul Turnbull editori, European Commission- Directorate-General for Justice © European Union, 2013.

Potremmo forse ipotizzare che negli ambienti, dove è diffusa una scarsa legalità e una larga diffusione di sostanze psicotrope, rappresentino un fattore di esposizione più rischioso nel concretizzarne l‟uso rispetto ad altre variabili sociali.

Questa considerazione riporta alla mente quanto spesso ipotizzato e, per certi versi sostenuto con evidenze scientifiche, cioè il legame sempre più stretto tra disponibilità, "influenza sociale" e consumo[76]. È vero che il fenomeno droga ha assunto dimensioni enormi ed è sicuramente "spalmato" in tutta la società ma è anche vero che la maggioranza dei problematici che hanno partecipato alle rilevazioni provengono da contesti all‟apparenza non abbienti né culturalmente stimolanti in quanto si registrano livelli di scolarità molto inferiori alla media nazionale.

Il consumo

Negli ultimi anni gli studi sulla droga sono però significativamente cambiati insieme al cambiamento del loro oggetto di studio. La differenziazione tra e l'allargamento delle modalità di consumo delle diverse sostanze, così come il consumo di più sostanze contemporaneamente, ha fatto sì che cambiassero significativamente i paradigmi di lettura. All‟origine la ricerca dei fattori causali legati al contesto sociale era prevalente, in seguito l‟allargamento della popolazione dei consumatori, la trasversalità della provenienza sociale e l‟importanza dei fattori di costume hanno portato a spiegare il consumo di sostanze in base all‟appartenenza di gruppo piuttosto che all'estrazione sociale. In questa maniera il consumo di sostanze psicoattive diviene parte della costruzione dell‟identità sociale, ed il riferimento è al senso conferito al consumo[77]. La trasversalità delle pratiche di consumo e di policonsumo sono identificate come tratto distintivo di una nuova era nell'utilizzo di sostanze e specialmente delle nuove sostanze. Se da un lato questo elemento estende il discorso sul consumo di sostanze psicoattive oltre la connessione meccanica tra marginalità sociale ed esposizione all'uso di sostanze che creano dipendenza, dall'altro espone figure e settori sociali finora al di fuori dei circuiti di consumo e spaccio al contatto con problemi e conseguenze simili a quella che è stata etichettata come tossicodipendenza. Questo passaggio è molto importante perché implica che sempre di più non tutti i consumatori sono esclusi e – ovviamente - non tutti gli esclusi sono consumatori. Ovviamente, oltre a tenere in considerazione l'ambiente affettivo-psicologico, questa considerazione può portare ad invertire i circuiti causali, se cioè si suppone che non sia meccanicamente l'esclusione sociale a generare la tossicodipendenza sicuramente la tossicodipendenza o l‟uso "pesante" può generare esclusione sociale.

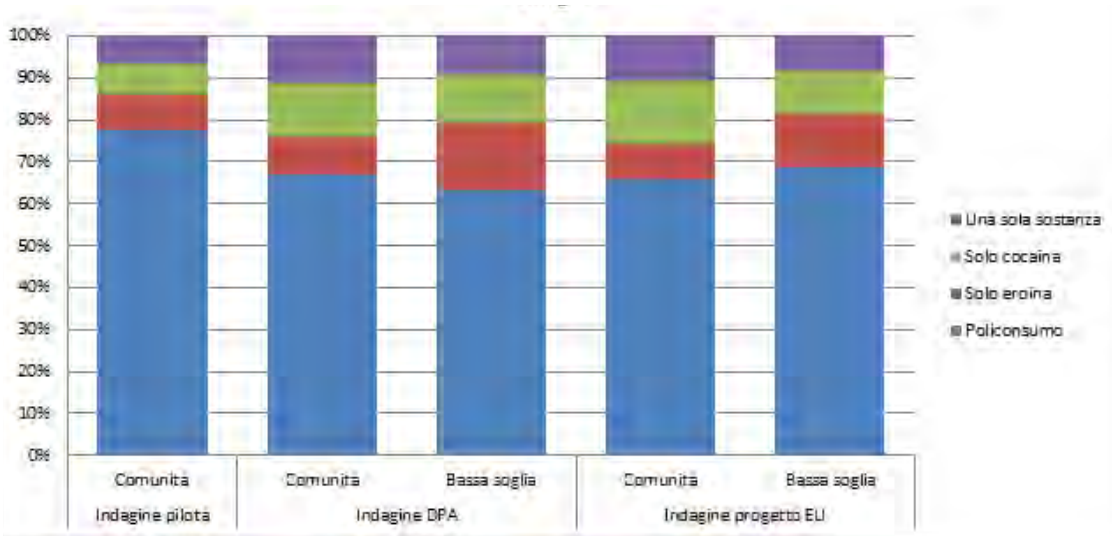
Le interviste confermano le tendenze sopra menzionate, se due decenni fa si sarebbero trovati nei servizi prevalentemente utilizzatori di eroina ad oggi il panorama sui consumi assume una complessità fatta di policonsumo o consumi modulati dall‟esigenza del momento, quale ad esempio sballare come rilassarsi come avere maggiori performance e questo è evidente nella maggioranza di intervistati che hanno dichiarato di assumere più sostanze (Figura 12).

---

76 Botvin, G. J. (2000). *Preventing drug abuse in schools: Social and competence enhancement approaches targeting individual-level etiologic factors*. Addictive Behaviors, 25, 887–897. Macchia, T., Mancinelli, R., Bartolomucci, G., Avico, U. (1990), Cocaine misure in seleceted areas: Rome, *Annali dell'Istituto Superiore di Sanità*, 26, 2, pp. 189-196.

77 Mori L. (2004), Dalla classe al gruppo i contributi della sociologia italiana sulla tossicodipendenza in *Salute e Società Vol. 3.*

Figura 12: Intervistati per tipologia consumo nell"ultimo mese che si sono assunte droghe.



Quanto costa e come si finanzia il consumo

Gli utilizzatori problematici di droghe sono la minoranza dei consumatori, ma il loro peso sul mercato della droga è molto più alto, tutti insieme raggiungono infatti circa la metà del consumo. Sono inoltre utili allo sviluppo del mercato della droga, perché il modo più semplice per loro di guadagnare è quello di vendere droga e così permettono di espandere la rete di vendita e di acquisire nuovi clienti per l"industria della droga.

Gli intervistati per circa la metà dei casi, hanno finanziato, nel caso delle comunità, e finanziano, nel caso della bassa soglia, il loro consumo con attività lecite siano esse il lavoro o soldi provenienti dalla famiglia (Figura 13,

Figura **14** e Figura 15).

Le risorse economiche delle famiglie vengono intaccate non solo per il consumo di droga, ma anche per i costi connessi all"emarginazione sociale. Il consumo problematico comporta una serie di problemi che si estendono anche ai nuclei familiari. Sarebbe quindi opportuno fornire un sostegno alle famiglie per affrontare un problema che diventa anche di origine economica, oltreché sociale e culturale. I ritorni per la collettività riguardano i costi evitati nell"ambito di giustizia, sanità, ordine pubblico e di perdita del capitale umano[78].

78 Si vedano i risultati di una recente ricerca condotta nel Regno Unito: UKDPC (2009), Supporting the Supporters: Families of drug misuses, November, (http://www.ukdpc.org.uk/reports.shtml)

Figura 13: Fonti di finanziamento per il consumo (Comunità – Indagine pilota).

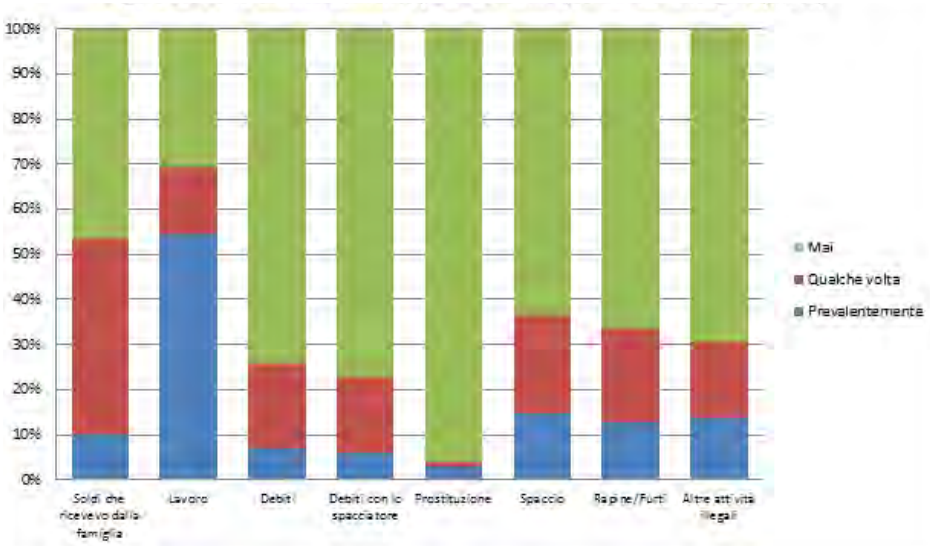
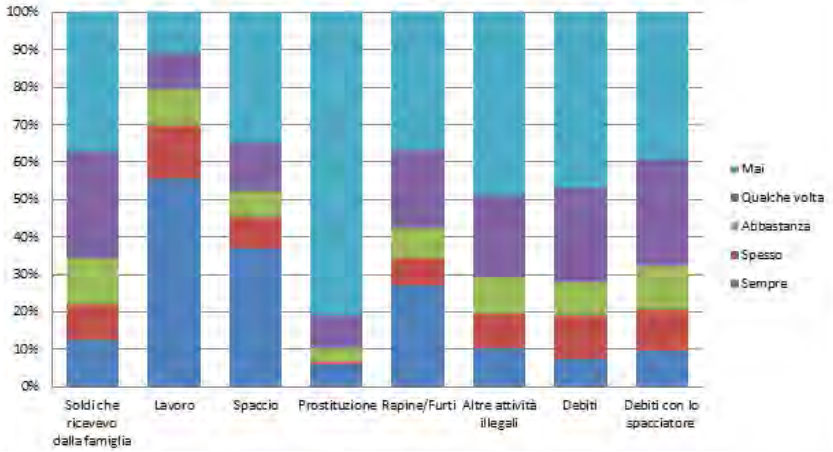


Figura 14: Fonti di finanziamento per il consumo.

a. Bassa soglia – Indagine DPA 2010



b. Comunità – Indagine DPA 2010

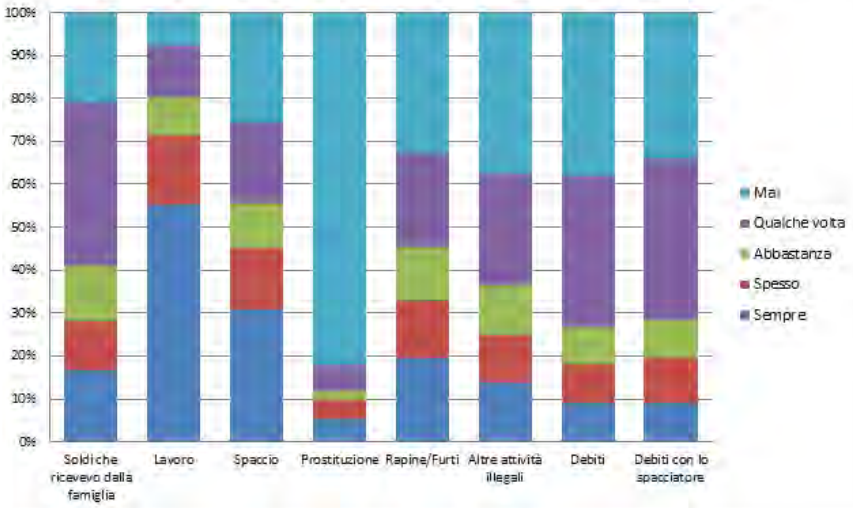
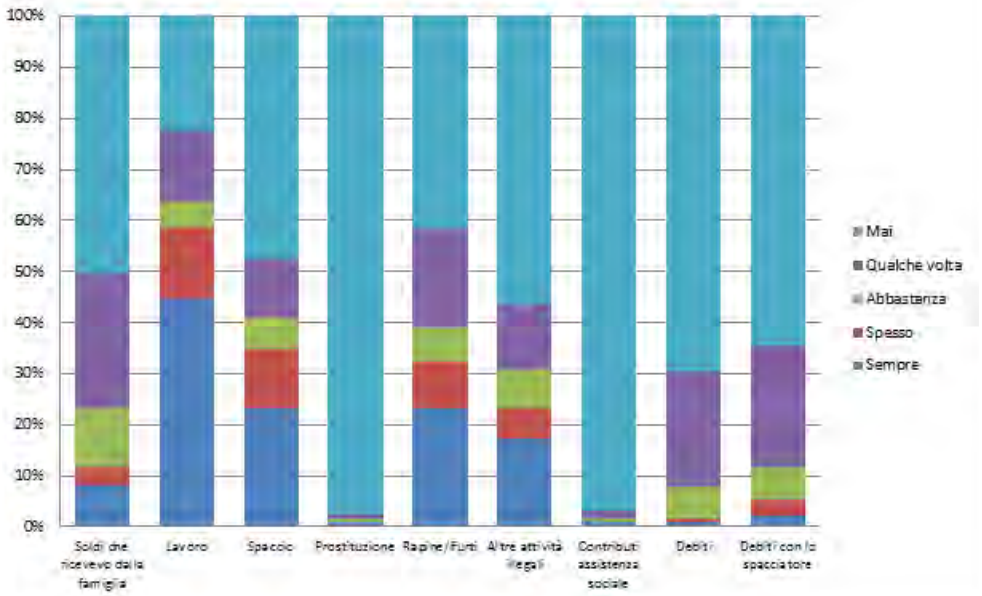
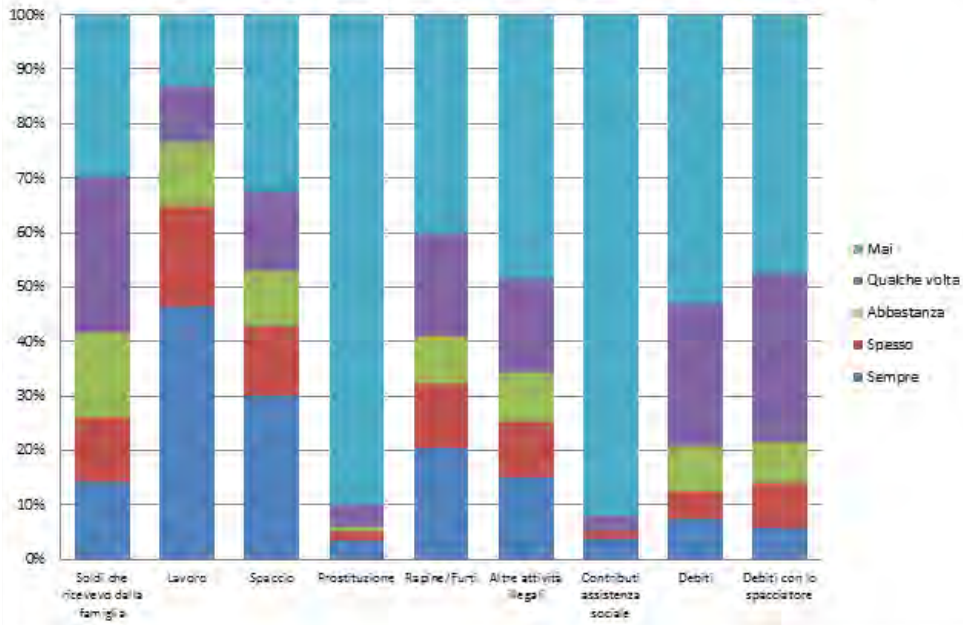


Figura 15: Fonti di finanziamento per il consumo.

a. Bassa soglia – Indagine EU 2012



b. Comunità – Indagine EU 2012



Tra le attività illecite di finanziamento, quella dello spaccio o della compravendita di sostanze, è la più diffusa data la facilità di inserirsi in tale dimensione criminale.

La compravendita di stupefacenti si svolge all'interno dei limiti disegnati dalle condizioni di produzione delle sostanze. Queste condizioni creano la disponibilità stessa delle sostanze e ne modificano pesantemente la quantità e la qualità che arriva sul mercato. Anche i circuiti di distribuzione delle sostanze, sono però importanti. Mentre la produzione delle sostanze dipende da molteplici fattori internazionali di natura economica e geopolitica, la loro distribuzione al minuto dipende dalla costruzione di una rete di spacciatori più o meno attivi sul mercato. È pertanto

importante tentare di costruire un profilo di chi ha avuto esperienze di spaccio, per capire come funziona la rete di spaccio che consente alle sostanze di arrivare in larga parte a destinazione.

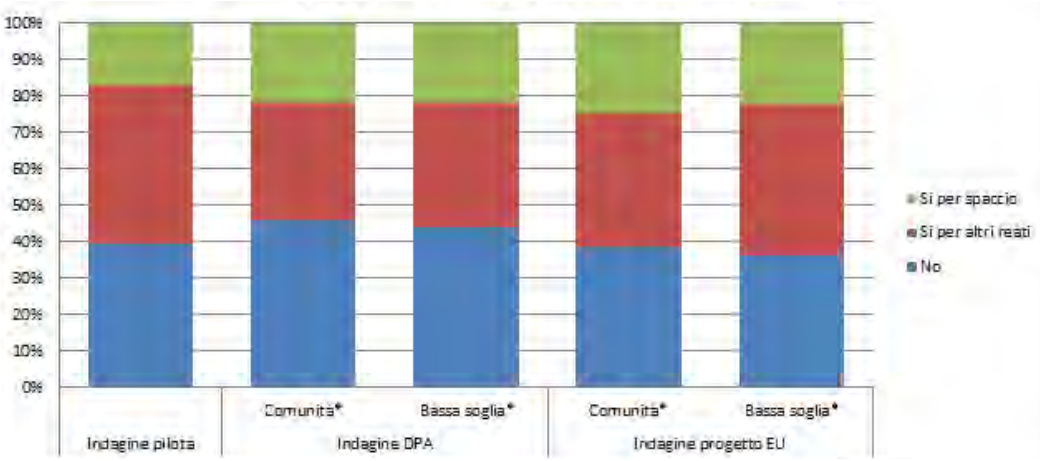
Tra spaccio e repressione

Il circuito dello spaccio non è però ininfluente sulla carriera di marginalità, in particolar modo - come è ovvio - nei sistemi dove il possesso non è depenalizzato la possibilità di subire provvedimenti penali dalla denuncia alla carcerazione è estremamente innalzata dall'attività di spaccio - seppur piccola - accanto a quella di consumo. La possibilità di essere denunziati dipende evidentemente dal livello di criminalizzazione del consumo del livello penale e da quanto questo venga trasformato in spaccio. La differenza nel livello repressivo però non si deduce solo da questo dato quanto dalla differenza sulla classe di reati per cui si viene denunciati. Una denuncia per i reati di vario tipo (presumibilmente droga-connessi) riguarda circa il 38% per spaccio. È come se l'alto livello di stigmatizzazione del consumo di sostanze da parte del sistema penale coinvolgesse quell'area grigia tra consumo, autofinanziamento e vero e proprio spaccio.

Le cifre di chi oltrepassa la soglia del carcere ricalcano quelle di chi è denunziato. L'unica caratteristica sociale rinvenibile presso chi si dichiara spacciatore è soprattutto l'instabilità lavorativa (il che potrebbe aver contribuito ad avvicinare allo spaccio data l'indisponibilità di un reddito fisso). Solo confrontando il tasso di reclusione con il titolo di studio si trovano indubbiamente i segni di una correlazione positiva, in Italia circa il 50% dei reclusi per spaccio e di quelli per altri reati ha un titolo inferiore al diploma di scuola media superiore.

Certo è che chi usa sostanze ha un'alta probabilità di incorrere in una dimensione criminale infatti, circa la metà degli intervistati ha avuto una esperienza detentiva. Bisogna precisare che la Figura 16 riporta la distribuzione delle risposte (data la possibilità di scelta multipla nel rispondere alla domanda in questione) e non di intervistati, quindi c'è una piccola parte di intervistati in entrambe le indagini, e di poco più alta tra coloro che risiedono in comunità, che ha finanziato il proprio consumo sia con attività legali che illegali.

Figura 16: Intervistati per esperienza detentiva.

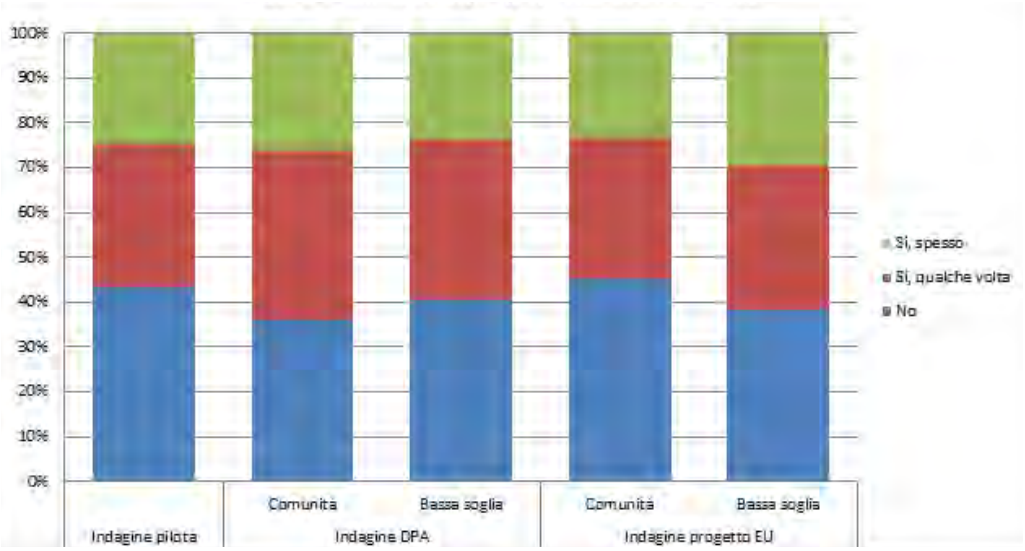


Avendo scarse possibilità di introiti anche le spese legate all'acquisto di stupefacenti finiscono col gravare sulla famiglia.

Il consumatore si finanzia ricorrendo molto spesso, anche se in misura relativamente minore, ad attività illecite e questo fa si che molto spesso venga assorbito dalla "micro-criminalità", che ricerca proventi anche nel commercio delle droghe. A più della metà degli intervistati è stato proposto di vendere droga (Figura 17).

Il comportamento del consumatore sei volte su dieci diventa così "antisociale" e dannoso. Un consumatore che agisce contro la legge, prima di essere problematico dal punto di vista della diagnosi sanitaria, diventa problematico per la società e viene per questo emarginato e criminalizzato. Per uscire da questo circolo vizioso l"ambiente sociale è importantissimo. Quest"ultimo, però, si riduce spesso al solo ambiente familiare, dove il consumatore problematico cerca aiuto prima che all"esterno.

Figura 17: Intervistati per proposta di vendere droga.



Il consumo e le caratteristiche importanti, anche legate agli approcci politici e agli interventi locali, rilevate nei quattro paesi per il progetto europeo hanno messo in evidenza molti aspetti simili ed altri divergenti. Naturalmente non si può inserire nella Reazione al Parlamento 2015 la descrizione completa di ogni singoli aspetto e si rimanda alle diverse pubblicazioni che possono essere acquisite online da chi fosse interessato ad approfondire. Nel seguito si riporta un"aprofondimento che non compare nelle pubblicazioni.

Elenco delle pubblicazioni dalle indagini descritte:

- Roberto Ricci and Carla Rossi editors. *Lifestyles and history of use of drug users in four EU countries: exploratory analysis of survey data*, Universitalia di Onorati s.r.l..ISBN 978-88-6507-403-9, 2013.
- Carla Rossi. Monitoring the size and protagonists of the drug market: combining supply and demand data sources and estimates, *Drug Abuse Rev. 2013 Jun;6(2):122-9.*
- Alessia Mammone, Gianpaolo Scalia Tomba, Carla Rossi, Length of stay in different

drug using states: lifestyles of problem and recreational drug consumers, *Drug Abuse Rev. 2013 Jun;6(2).*

- Francesco Fabi, Alessia Mammone and Carla Rossi**,** New indicators of illegal drug use to compare drug user populations for policy evaluation, *Epidemiology, Biostatistics and Public Health*, 2014, 11-2, 8891-1/8891-7.

Approfondimento per coorti di età e alcuni confronti Europei all'interno del Progetto Europeo "New Methodological Tools for Policy and Programme Evaluation"

Analisi per corti d'età

Nel corso dell"ultima indagine è stato possibile eseguire un"analisi per coorti d"età che ci ha permesso di analizzare lo stile di vita degli intervistati all'inizio e durante il loro percorso di dipendenza che in questo approfondimento proponiamo come un"ulteriore spunto di riflessione, in un quadro europeo.

La letteratura dei decenni scorsi psicologica[79,80] e sociologica[81] si è lungamente occupata della droga tentando di individuare i fattori di rischio alla dipendenza, mettendo in luce sia le difficoltà relazionali e familiari all'origine del consumo di sostanze sia il ruolo svolto dall'ambientazione del contesto sociale.

Negli ultimi anni gli studi sulla droga sono però significativamente cambiati insieme al cambiamento del loro oggetto di studio. La differenziazione tra l'allargamento delle modalità di consumo delle diverse sostanze, così come il consumo di più sostanze contemporaneamente, ha fatto sì che cambiassero i paradigmi di lettura. All'origine la ricerca dei fattori causali legati al contesto sociale era prevalente, in seguito l'allargamento della platea dei consumatori, la trasversalità della provenienza sociale e l'importanza dei fattori di costume hanno portato a spiegare il consumo di sostanze in base all'appartenenza di gruppo piuttosto che all'estrazione sociale. In questa maniera il consumo di sostanze psicoattive diviene parte della costruzione dell'identità sociale, ed il riferimento è al senso conferito al consumo[82]. La trasversalità delle pratiche di consumo e di policonsumo sono identificate come tratto distintivo di una nuova era nell'utilizzo di sostanze e specialmente delle nuove sostanze. Se da un lato questo elemento estende il discorso sul consumo di sostanze psicoattive oltre la connessione meccanica tra marginalità sociale ed esposizione all'uso di sostanze che creano dipendenza, dall'altro espone figure e settori sociali finora al di fuori dei circuiti di consumo e spaccio al contatto con problemi e conseguenze simili a quella che è stata etichettata come tossicodipendenza. Questo passaggio è molto importante perché implica che sempre di più non tutti i consumatori siano esclusi e – ovviamente - non tutti gli esclusi sono consumatori. Ovviamente oltre a tenere in considerazione l'ambiente affettivo-psicologico, questa considerazione ci può portare ad invertire i circuiti causali, se cioè supponiamo che non sia

79 Glantz MD, Pickens R (eds) (1992): *Vulnerability to Drug Abuse*. Washington,DC:American Psychological Association.
80 L. Cancrini et al. (1973): *Esperienze di una ricerca sulle tossicomanie giovanili in Italia*, Mondadori, Milano.
81 Ferrarotti F. (1977), *Giovani e droga*, Liguori, Napoli.
82 Mori L. (2004), Dalla classe al gruppo i contributi della sociologia italiana sulla tossicodipendenza in *Salute e Società Vol. 3.*

meccanicamente l'esclusione sociale a generare la tossicodipendenza sicuramente la tossicodipendenza può generare esclusione sociale. Per verificare come questo aspetto sia cambiato nel tempo seguirà l'analisi attraverso i dati dei questionari di come le diverse coorti d'età abbiano affrontato fasi diverse dei cicli biografici. Innanzi tutto verificheremo come e quando vi è stato il primo contatto con la droga, e se e quanto siano variati i periodi di latenza, successivamente verificheremo la situazione familiare abitativa e lavorativa ai 25 ed ai 35 anni.

Il primo contatto con la droga per coorti d'età

Oggi il consumo è caratterizzato da una drastica anticipazione dell‟età al primo uso e di riduzione del periodo intercorrente fra uso di droghe leggere e pesanti.

Nel nostro campione di intervistati in media il primo contatto con la sostanza scende di circa due anni tra la prima e l‟ultima coorte d‟età. In Italia la coorte di coloro che hanno più di 38 anni ha avuto in media il primo contatto con le sostanze un anno e mezzo dopo la coorte più giovane; invece nella Repubblica Ceca la differenza fra le stesse coorti di età è di tre anni e mezzo. Ovviamente per rendere possibile il confronto tra le varie coorti l‟analisi è stata condizionata solo su coloro che hanno dichiarato di aver consumato per la prima volta entro e non oltre i 28 anni, per avere equivalenza di valori della distribuzione tra le varie coorti e condurre rigorosamente l‟analisi.

In Spagna la coorte "più di 38 anni" ha consumato sostanze per la prima volta un anno e mezzo dopo di quelli di 28 anni; in Portogallo la differenza riscontrata fra le stessi coorti è di quasi 2 anni.

Inoltre mentre la varianza nella coorte più vecchia è dovunque abbastanza ampia, nella coorte più giovane si restringe. Lo scarto medio nell'età del primo consumo è tra i più giovani di 2,1 anni per l'Italia, 2,3 per la Repubblica Ceca , 2,2 per la Spagna, 2 per il Portogallo. Queste cifre inducono a pensare che i percorsi di consumo individuali si stiano progressivamente standardizzando.

Dato che la distribuzione dei tempi di primo uso non è simmetrica, si è preferito utilizzare direttamente il test non parametrico di Kruskal-Wallis sulla differenza dell'età media di primo uso tra le varie coorti con risultati tutti statisticamente significativi.

ITALIA

			A quale età ha provato droghe in generale
Fino a 28 anni	N	Validi	167
		Mancanti	0
	Media		14,53
	Deviazione std.		2,116
Fino a 38 anni	N	Validi	233
		Mancanti	0
	Media		15,28
	Deviazione std.		2,653
Da 38 anni in poi	N	Validi	243
		Mancanti	0
	Media		16,05
	Deviazione std.		3,303

SPAGNA

			A quale età ha provato droghe in generale
Fino a 28 anni	N	Validi	64
		Mancanti	0
	Media		14,05
	Deviazione std.		2,200
Fino a 38 anni	N	Validi	208
		Mancanti	0
	Media		15,18
	Deviazione std.		2,867
Da 38 anni in poi	N	Validi	220
		Mancanti	0
	Media		15,55
	Deviazione std.		3,457

PORTOGALLO

			A quale età ha provato droghe in generale
Fino a 28 anni	N	Validi	23
		Mancanti	0
	Media		13,61
	Deviazione std.		1,971
Fino a 38 anni	N	Validi	114
		Mancanti	0
	Media		15,15
	Deviazione std.		3,072
Da 38 anni in poi	N	Validi	228
		Mancanti	0
	Media		15,40
	Deviazione std.		3,031

REPUBBLICA CECA

			A quale età ha provato droghe in generale
Fino a 28 anni	N	Validi	73
		Mancanti	0
	Media		14,55
	Deviazione std.		2,255
Fino a 38 anni	N	Validi	46
		Mancanti	0
	Media		16,07
	Deviazione std.		2,736
Da 38 anni in poi	N	Validi	11
		Mancanti	0
	Media		18,09
	Deviazione std.		4,763

Figura 18.

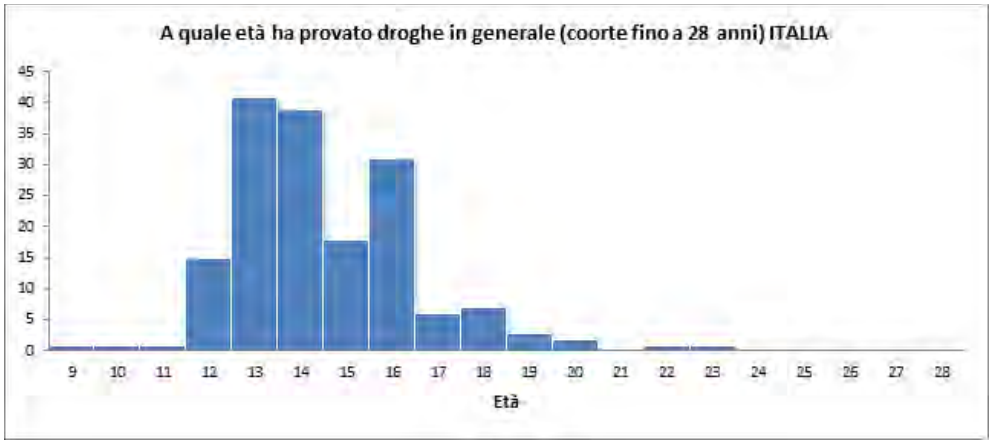


Figura 19.

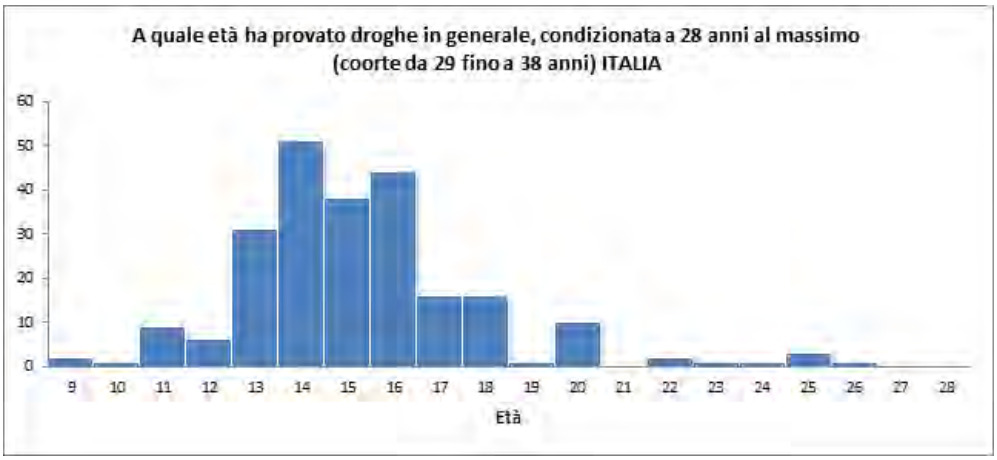


Figura 20.

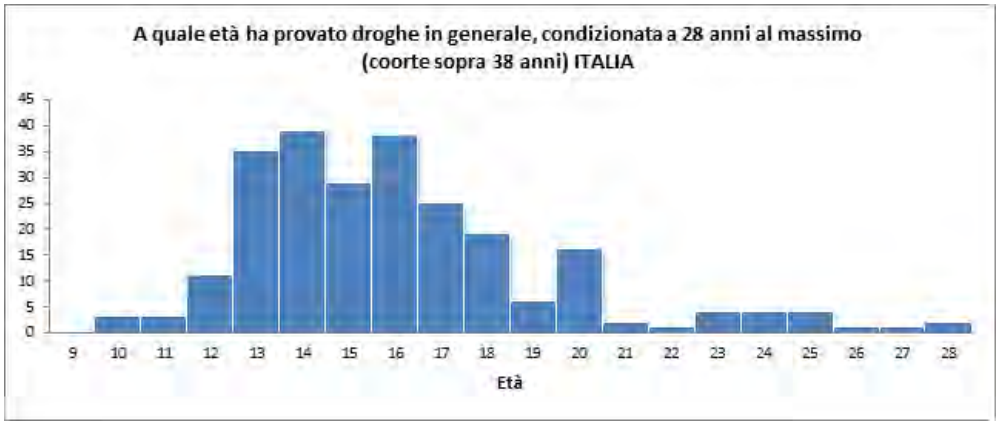
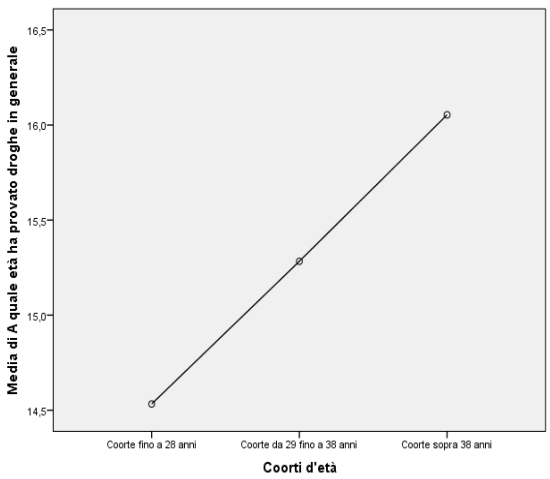
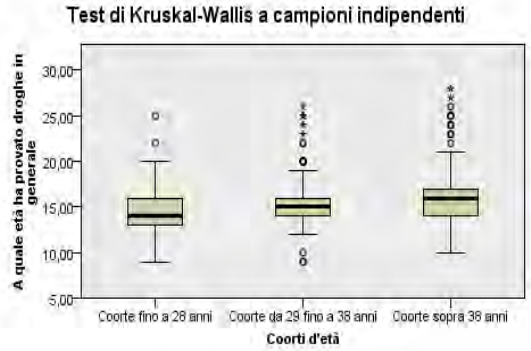


Figura 21: Differenza nell'età media nel primo uso droghe leggere tra le varie coorti d"età in ITALIA.





Numero di casi totale	643
Statistica test	26,322
Gradi di libertà	2
Sign. asintotica (test a 2 vie)	,000

1. La statistica di test viene adeguata per i pari merito.

Figura 22.

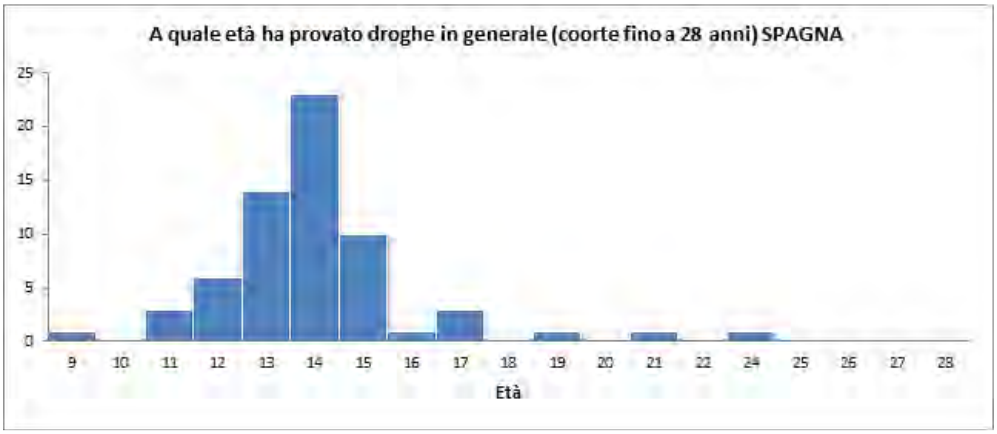


Figura 23.

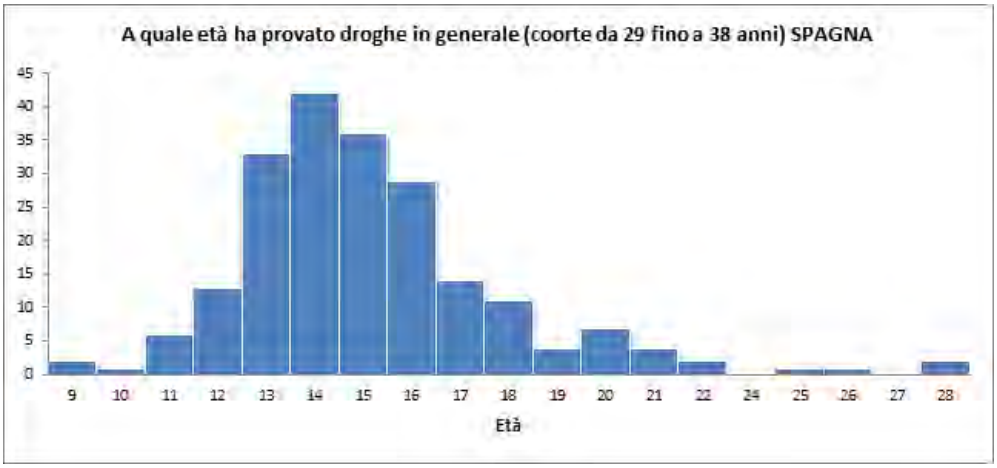


Figura 24.

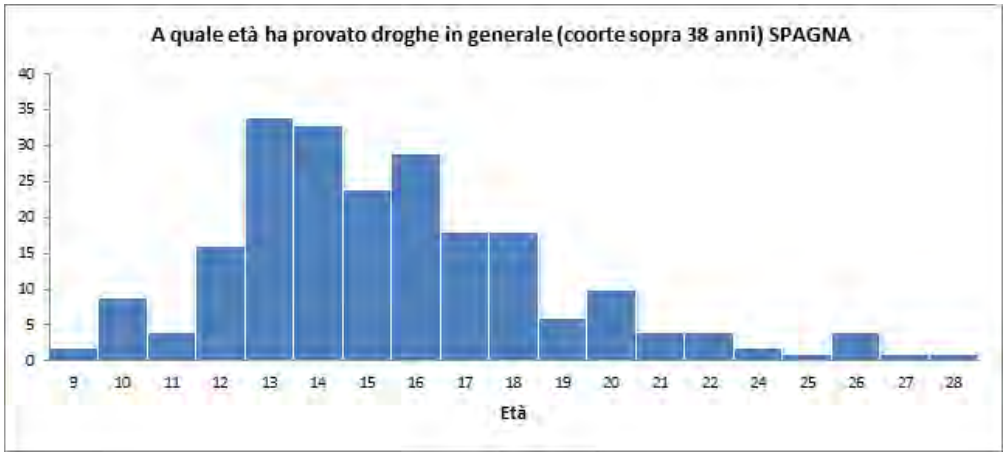
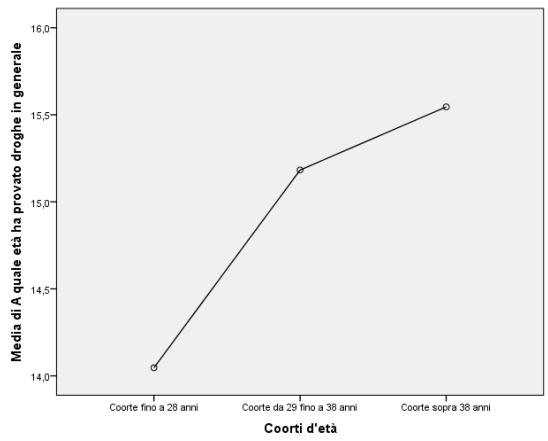
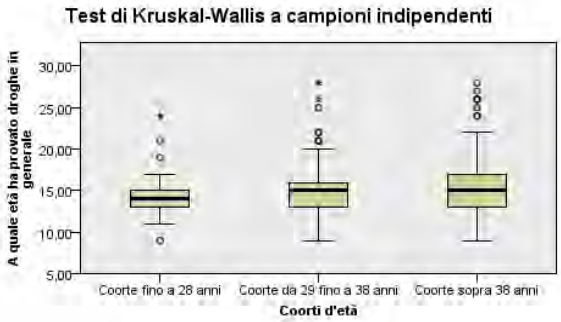


Figura 25: Differenza nell'età media tra le varie coorti d"età nel primo uso droghe leggere e nel primo uso droghe pesanti SPAGNA





Numero di casi totale	492
Statistica test	14,026
Gradi di libertà	2
Sign. asintotica (test a 2 vie)	,001

1. La statistica di test viene adeguata per i pari merito.

Figura 26.

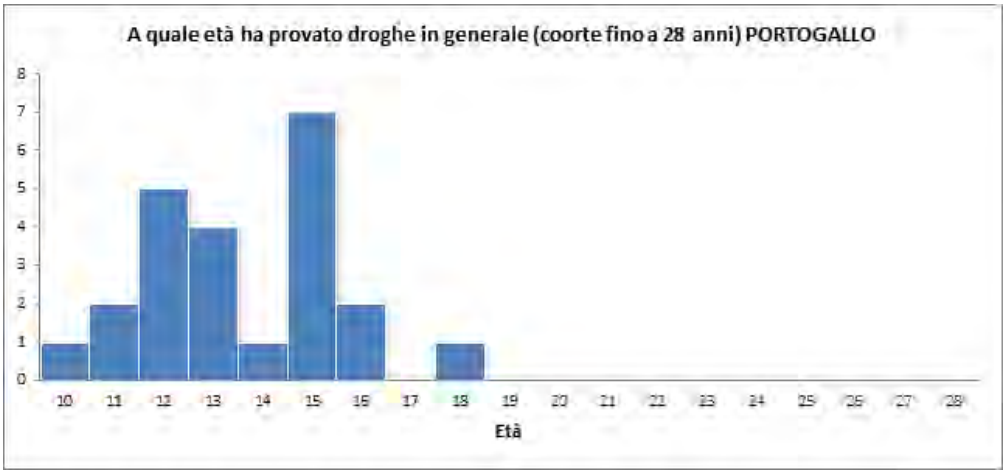


Figura 27.

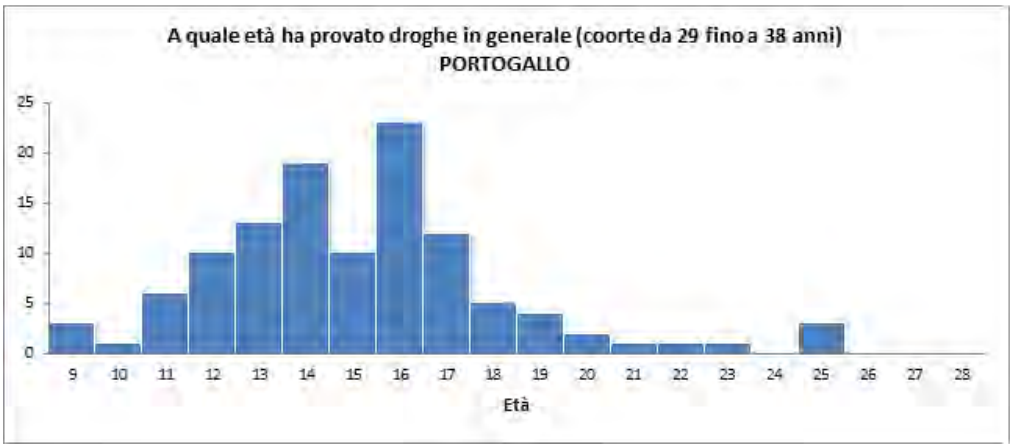


Figura 28.

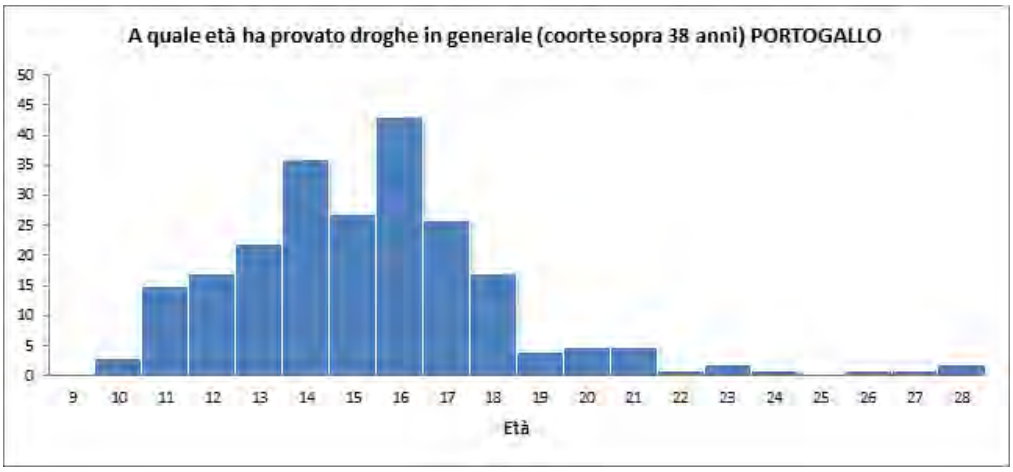
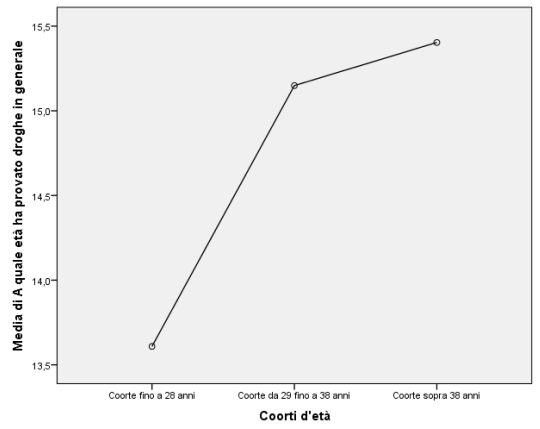
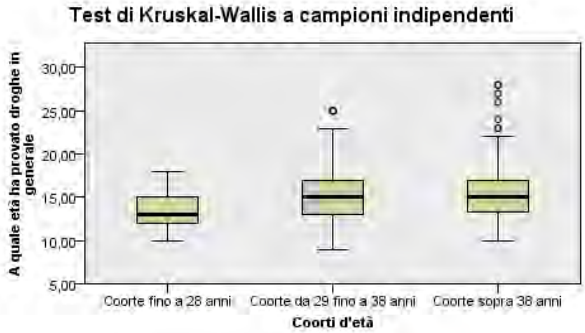


Figura 29: Differenza nell'età media tra le varie coorti d"età nel primo uso droghe leggere e nel primo uso droghe pesanti PORTOGALLO





Numero di casi totale	365
Statistica test	8,929
Gradi di libertà	2
Sign. asintotica (test a 2 vie)	,012

1 La statistica di test viene adeguata per i pari merito.

Figura 30.

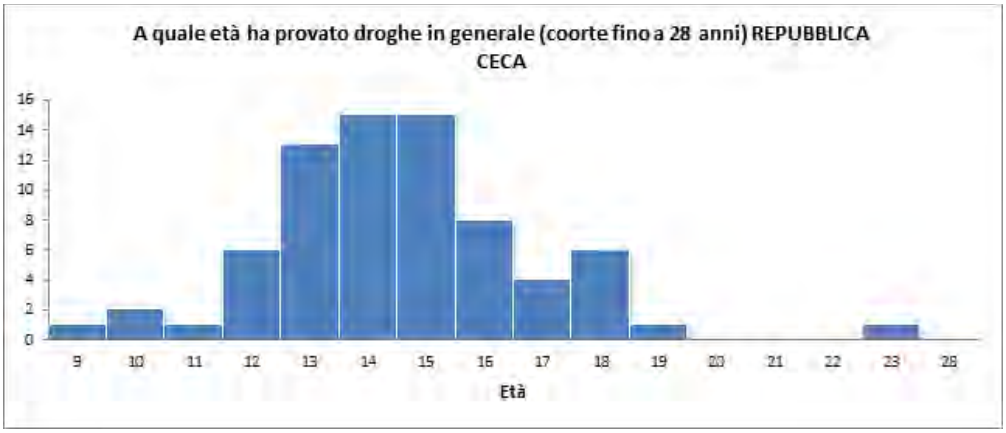


Figura 31.

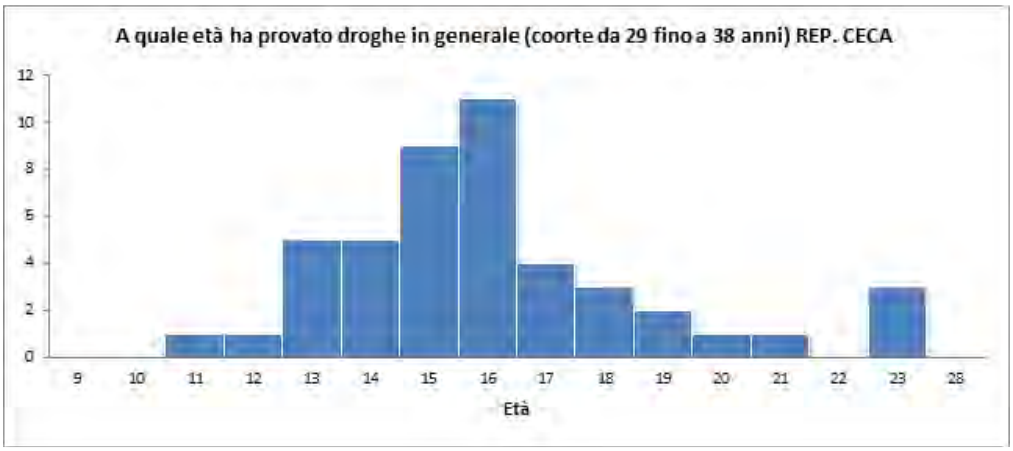


Figura 32.

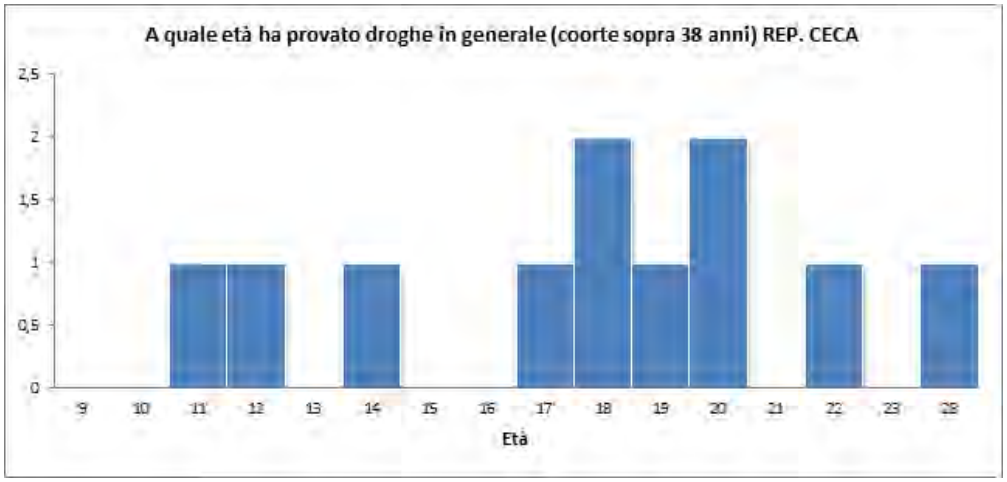
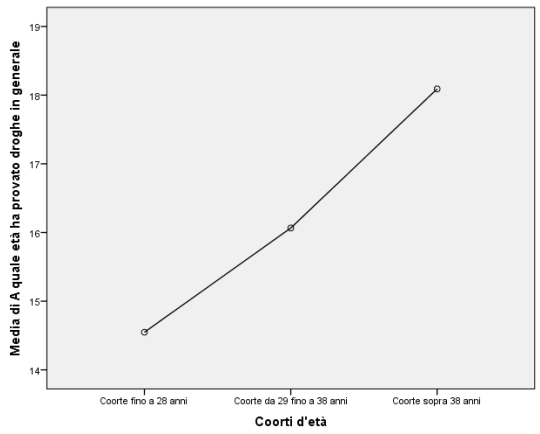
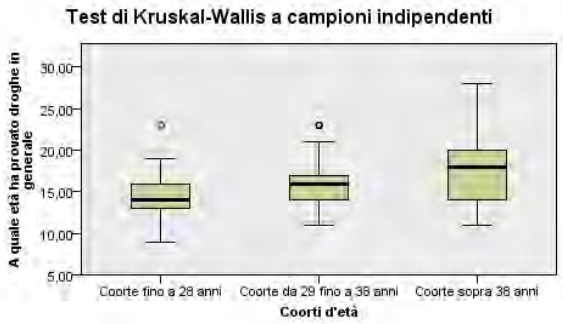


Figura 33: Differenza nell'età media tra le varie coorti d"età nel primo uso droghe leggere e nel primo uso droghe pesanti REPUBBLICA CECA





Numero di casi totale	130
Statistica test	14,421
Gradi di libertà	2
Sign. asintotica (test a 2 vie)	,001

1 La statistica di test viene adeguata per i pari merito.

Fonte: Nostre elaborazioni su R. Ricci, C. Rossi, (editors), Lifestyles and history of use of drug abusers in four EU countries. An exploratory analysis of survey data, UNIVERSITALIA, Roma 2013.

Come mai esiste questo trend comune? A quali cambiamenti nel consumo di sostanze corrisponde?

Per rispondere a questi interrogativi, è opportuno analizzare come sono cambiate le condizioni ambientali di primo consumo. Si abbassa drasticamente un consumo casalingo e solitario, mentre aumenta significativamente un consumo sociale e urbano. Resta minoritario - pur aumentando significativamente - il primo consumo all'interno di occasioni ricreative pubbliche. Nella Repubblica Ceca il 53% dei quarantenni ha consumato per la prima volta a casa, contro solo l'8% dei ventottenni. Il consumo di strada e/o al parco - al contrario è salito dal 6,7% al 27% (ma già tra coloro tra i 28 e i 38 era al 23%). Differente la dimensione del processo in Italia. Anche qui crolla il consumo a casa dal 14% dei 38enni al 5% dei 28enni, ma non ha favore del consumo di strada che era già e resta alto (intorno al 40%). Aumenta piuttosto il consumo a scuola dal 5 al 10%. Cifre identiche per la Spagna, lievemente differenti per il Portogallo dove il primo consumo in strada era e si mantiene più alto (attorno al 50%), e aumenta in misura maggiore quello a scuola (al 16%).

Ovviamente il luogo corrisponde anche ad una ambientazione in qualche maniera sociale/collettiva. Come prima in Repubblica Ceca questo processo è più spiccato e raddoppia o quasi l'incidenza delle persone che hanno consumato con amici (dal 33% dei quarantenni al 62% dei ventottenni) mentre prima si consumava da soli. In Italia il consumo collettivo con amici era già diffuso e aumenta solo di 4 punti percentuali fino ad arrivare al 70%, ma aumenta significativamente il consumo con i compagni di scuola fino ad arrivare al 12%. In Spagna identico processo con un aumento lievemente maggiore del consumo con i compagni di scuola.

Con le nuove generazioni è aumentato quindi un consumo sociale e collettivo. Evidentemente questa situazione tende naturalmente ad incentivare la trasversalità del contatto con le sostanze visto che strade e parchi e tanto più scuole sono luoghi obbligatoriamente frequentati da persone con retroterra anche molto diversi fra loro. Proviamo a scorgere l'ampiezza di queste differenze esaminando la condizione sociale al primo consumo.

Condizione sociale al consumo per coorti d'età

Sullo stato civile all'atto dell'inizio del consumo influisce ovviamente l'età media, ma anche lo stile di vita più "normale" presente nei vari paesi. La coorte più anziana presenta tassi di nuzialità in linea o relativamente più alti rispetto alle rispettive medie nazionali, tenuto conto che l'età media del consumo anche dove è più alta è comunque intorno ai venti anni.

Al di fuori della norma sembra verificarsi una più alta percentuale di separazioni e divorzi significativamente precoci. Nella Repubblica Ceca erano single al primo consumo di droga poco più dei due terzi sul totale, i rimanenti erano prevalentemente già divorziati.

Nella coorte di mezzo (tra i 28 e i 38 anni) il 91% è single, nel rimanente 9% prevalgono i coniugati.

Nella coorte più giovane sono tutti single. In Spagna e in Italia vi è la stessa situazione ma con una più lieve attitudine al matrimonio o al divorzio precoce nelle coorti più anziane. In Italia, tra i quarantenni e oltre all'inizio del consumo i single sono l'85%, in Spagna l'83%; i divorziati in Italia sono il 5,7%, in Spagna il 4,3%. Nella coorte più giovane invece in Italia sono tutti single e in Spagna vi è un numero minimo di sposati (4,3%). Il Portogallo si distingue per dei rapporti invertiti tra le coorti. I più vecchi hanno un basso tasso di nuzialità precoce e nullo di divorzio precoce. I più giovani invece sono sposati per ben l'11%.

La situazione della genitorialità è simile ma la genitorialità precoce tende ad annullarsi solo con l'ultima generazione. In Italia tra i 28 e i 38enni ben il 12% hanno avuto un figlio con l'inizio dell'utilizzo delle droghe (in età quindi molto giovane), e la stessa percentuale si riduce solo con l'ultima coorte.

La condizione abitativa cambia drasticamente tra la coorte più vecchia e le due generazioni più giovani. In Repubblica Ceca ben un terzo dei rispondenti quarantenni viveva già da solo e il 20% viveva ancora con i genitori. Chi vive ancora nel nido genitoriale rappresenta invece una percentuale ben più significativa (più del 60%) per le coorti più giovani. In Italia tra chi ha più di 28 anni il 7/8% dei rispondenti viveva in comunità oppure ospite, ma nessuno ha fatto la stessa esperienza tra chi ha meno di 28 anni. In Spagna sale molto tra i giovani la percentuale di chi vive in casa con i propri genitori all'inizio dell'esperienza di consumo anche perché è pari a zero quella di chi vive con partner/coniuge o per conto proprio. In controtendenza il Portogallo dove invece la proporzione di chi inizia in una situazione di autonomia abitativa sale.

La situazione occupazionale mostra un ulteriore tassello. Nella Repubblica Ceca tra la coorte più anziana la metà era occupato con un contratto regolare a tempo pieno mentre un quarto era disoccupato. Tra i più giovani i disoccupati salgono al 36% mentre i lavoratori precari raddoppiano.

Anche in Italia gli occupati stabili calano drasticamente nelle generazioni più giovani. Erano il 29% tra i quarantenni mentre diventano il 17% tra i ventottenni. Aumentano sia i precari sia i disoccupati, questi indicatori tuttavia non segnalano direttamente un aumento del consumo

marginale tra le generazioni più giovani quanto un cambiamento del mercato del lavoro che sfavorisce tutte le generazioni più giovani.

La situazione dei consumatori a 25 anni

E‟ interessante analizzare come prosegue il percorso biografico di chi continua a drogarsi quando compie i 25 anni. Nella Repubblica Ceca c'è un aumento di persone sposate di circa il 20% rispetto all‟inizio del percorso di dipendenza. Questo aumento della percentuale degli sposati è omogeneo tra tutte le generazioni. In Italia c'è un aumento molto più ridotto (9%) nella coorte più giovane, consistente quanto quello della Repubblica Ceca nella più anziana, e nella coorte di mezzo. Sia la Spagna sia il Portogallo presentano percentuali di divorzi trascurabili.

Il paese in cui vi è un aumento minore della formazione autonoma di una famiglia è quindi sicuramente l'Italia, che ha conseguenze sulla situazione abitativa. Nella Repubblica Ceca praticamente tutti lasciano il nido genitoriale, anche se questo corrisponde ad un aumento significativo di coloro che vanno a vivere con la nuova famiglia creata, nella coorte più giovane si registra anche un 12,5% che finisce a vivere in ostello, mentre la stessa quota nella generazione più vecchia era del 7%.

In Italia la percentuale di chi vive in comunità, o ospite di amici aumenta fino al 15% soprattutto nella coorte giovanile, mentre era un po' più bassa nelle coorti più anziane, che essendo passate in maniera più consistente al matrimonio, vivono nella propria casa.

Infine la condizione occupazionale. È significativo che in Spagna, dove nella coorte più giovane il 70% studiava quando ha iniziato a consumare, solo il 4,8% rimanga studente dieci anni dopo con il crollo percentuale più consistente rispetto alle stesse coorti degli atri paesi.

Per di più solo una minima parte va ad ingrossare le fila del lavoro full time a tempo indeterminato con uno stacco netto rispetto alle generazioni precedenti che per la metà erano impiegate a tempo indeterminato (e per un altro 20% in modo precario o part-time). Anche in Italia non aumenta (e addirittura diminuisce di due punti fino a toccare il 15%) la percentuale di persone impiegate a tempo indeterminato, ma si ingrossano le cifre delle altre forme di lavoro precario, e soprattutto di lavoro autonomo che è quello che relativamente cresce di più. Le due coorti più anziane (fino a 38 anni e oltre i 38 anni) avevano tassi di disoccupazione della metà e soprattutto in diminuzione rispetto all'inizio della loro esperienza di tossicodipendenza. L'impatto negativo sull'inserimento lavorativo è quindi differenziato per coorti ed è amplificato dai cambiamenti del mercato del lavoro.

In Portogallo vi è un inserimento dei più giovani nel lavoro a tempo indeterminato per quanto limitato al 18%, mentre il lavoro part-time aumenta di alcuni punti percentuali, e del ben 10% tra coloro che hanno avuto qualche forma di lavoro occasionale e l'hanno persa.

La situazione dei consumatori a 35 anni

Al compimento dei 35 anni possiamo prendere in considerazione solo due coorti.

Riguardo allo stato civile, nella Repubblica Ceca quelli con più di 38 anni hanno divorziato nel 30% dei casi e quelli con meno di 38 anni nel 23% (il che può far pensare che si arrivi al medesimo tasso di divorzio) e sono rimasti single rispettivamente nel 30% e nel 41% dei casi. Il che vuol dire che poco meno della metà dei matrimoni sono stati interrotti.

In Italia sono rimasti single sotto i 38 ben l'80% dei casi mentre sopra i 38 anni sono solo il 54%. Tra coloro che si sono sposati sotto i 38 anni ha divorziato un terzo, sopra i 38 anni poco meno di un terzo. Praticamente per la coorte italiana tra i 28 e i 38 anni non ci sono stati matrimoni negli ultimi quindici anni di vita, mentre solo un dieci per cento in più della coorte anziana si è sposato.

Il fallimento nei paesi del Mediterraneo sembra essere collegato più al mancato matrimonio che al divorzio. In Spagna vi è una situazione intermedia, circa la metà è ancora single sotto i 38 anni, il 37% sopra i 38 anni ma più di un terzo ha già divorziato. In Portogallo rispettivamente il 60% e il 53% delle nostre due coorti non si è ancora sposato a 35 anni e i tassi di divorzio sono ininfluenti.

Passando alla situazione abitativa. Nella Repubblica Ceca nella generazione più anziana la maggior parte delle persone passa dalla vita da soli o con gli amici a vivere con il/la partner, ma coloro che vivevano in Ostello e altre situazioni simili raddoppiano fino ad arrivare al 15%. In Italia a 35 anni il 20% della generazione più anziana vive in comunità o ospite e la situazione sembra essersi addirittura aggravata con la nuova generazione dove si registra un 30%. In Spagna un 80% della generazione più vecchia vive in casa con la famiglia d'origine (20%), da soli (20%), o con il/la partner (40%). Un altro 20% si divide però tra varie situazioni precarie, dove spicca un 8% di carcerazione. Anche in Portogallo la situazione della generazione sotto i 38 è peggiore perché risiede in comunità per il 3,6% contro l'1% della generazione precedente.

La situazione lavorativa esprime forse più di altre il suo deterioramento. In Italia la situazione è più differenziata perché per quanto la generazione oltre i 38 anni abbia perso nei dieci anni che la separano un altro 5% di occupazione stabile resta pur sempre un terzo di occupazione a tempo indeterminato contro un sedici per cento di disoccupati puri e un 25% di lavoro occasionale. La generazione successiva che ha invece già incontrato la regolazione flessibile del mercato del lavoro ha solo un 23% di occupazione stabile e un 36% di disoccupati. Cifre simili di occupati permanenti si trovano in Spagna, mentre in Portogallo la situazione sembra essere molto più polarizzata tra addirittura un 42% di quarantenni che hanno un lavoro stabile (che comunque è in discesa di fronte ad un ragguardevole 57%) e un 31% di disoccupazione, senza la camera di compensazione del lavoro precario e occasionale.

Nella Repubblica Ceca, non vi è invece nessuna differenza generazionale tra i trentenni e i quarantenni ed entrambi sperimentano tassi di disoccupazione intorno al quaranta per cento, addirittura tripli rispetto a quelli di dieci anni prima.

Situazione dei consumatori allo stato attuale o prima dell'ingresso in comunità terapeutica

Dai risultati delle indagini è evidente che la scena del consumo di sostanze è molto cambiata dagli anni ‟90: sono cambiati gli stili di consumo, la percezione dei rischi da parte dei consumatori, i luoghi di spaccio e consumo, è aumentata l‟offerta delle sostanze (per varietà, entità e qualità), sono diminuiti i prezzi. Da un consumo basato su una sostanza "d‟elezione", si è passati ad un mix di sostanze più adatto a garantire l‟effetto che si vuole raggiungere. Il tratto dominante della scena attuale è il "policonsumo", cioè l‟assunzione contemporanea o sequenziale di più sostanze: farmaci, sostanze legali (in particolare, alcol) e sostanze illegali (in particolare, cocaina ed altri

psicostimolanti) e la ricerca del piacere e del divertimento (in luoghi particolari e con ritualità specifiche) come finalità legata all‟uso di sostanze.

Non esiste più la droga nella sua accezione di monouso legato ad un contesto di sballo mirato, ma ci si trova davanti ad assuntori diversificati, che cercano emozioni e demandano alla sostanza l‟esigenza di provarle, affidando a più sostanze la loro serata chimica[83].

Dopo aver analizzato i percorsi biografici proviamo a dare una fotografia della situazione sociale del nostro campione. Il primo dato generale che salta agli occhi è il basso livello educativo raggiunto in tutti i Paesi. In Spagna solo il 19% ha un titolo di studio secondario superiore (con un‟incidenza di appena il 9% rispetto al padre) in Portogallo è il 25% (con un avanzamento più consistente intorno al 15% rispetto al titolo di studio riscontrato nel padre), in Repubblica Ceca solo il 15% (addirittura con un peggioramento rispetto al titolo di studio detenuto dal padre), in Italia il 33% raggiunge il titolo secondario superiore (con un miglioramento del 14% rispetto alla generazione del padre). Come si vede oltre ad esserci un capitale umano al di sotto della media vi è un miglioramento rispetto alla generazione precedente solo in Portogallo ed in Italia.

Date le competenze acquisite è abbastanza ovvio che la situazione occupazionale presa nel suo complesso sia disastrosa: in Spagna solo il 16% è occupato con un contratto precario o a tempo indeterminato mentre il 55% è disoccupato. Cifre identiche per l‟Italia e addirittura peggiori per il Portogallo dove non c‟è una quota consistente di impiego nel lavoro autonomo e la disoccupazione schizza al 74%.

Tabella 2: Progressione nel percorso di integrazione abitativa*.

		Inizio/25	25/35	35/Current
Italia	Fino a 28	**(-11,9)**		
	Dai 29 ai 38	**(-6,7)**	**(-20,8%)**	
	Oltre i 38	**(-8,6)**	**(-7,2%)**	**(-23%)**
Portogallo	Fino a 28	=		
	Dai 29 ai 38	**(-8,5%)**	**(-11,6%)**	
	Oltre i 38	**(-2,3%)**	**(-3,4%)**	**(-9,6%)**
Spagna	Fino a 28	**(-49,2)**		
	Dai 29 ai 38	**(-9,8)**	**(-40,7)**	
	Oltre i 38	**(-13,7)**	=	**(-12,7)**
Repubblica Ceca	Fino a 28	**(-44,3)**		
	Dai 29 ai 38	**(-4,4)**	**(-8,3)**	

83 A. Caringi, Giovani e droga: un analisi sul fenomeno delle dipendenza da sostanze psicotrope in http://www.agoramagazine.it

	Oltre i 38	**(-22,9)**	**(12,1)**	**(-30,7)**

**Le cifre fra parentesi si riferiscono alla variazione dell'incidenza tra i rispondenti di coloro che vivevano nella propria casa come tipologia abitativa adeguata. La cifra (-11,9) è ottenuta dalla differenza ad esempio fra l'80% degli intervistati che all'inizio del consumo viveva nella propria casa e il 68,1% che ci viveva a 25 anni.*

Fonte: Nostre elaborazioni su R. Ricci, C. Rossi, (editors), Lifestyles and history of use of drug abusers in four EU countries. An exploratory analysis of survey data, UNIVERSITALIA, Roma 2013.

Tabella 3: Progressione nel percorso di integrazione lavorativa.

		Inizio/25	25/35	35/Current
Italia	Fino a 28	**(-14%)**		
	Dai 29 ai 38	**(-74%)**	**(-13%)**	
	Oltre i 38	**(+8,2%)**	**(-5,2%)**	**(-12,68%)**
Portogallo	Fino a 28	**(+18,2%)**		
	Dai 29 ai 38	**(+2,9%)**	**(-17,7%)**	
	Oltre i 38	**(+15,2%)**	**(-15,3%)**	**(-25,4%)**
Spagna	Fino a 28	**(+3,2%)**		
	Dai 29 ai 38	**(+23,8%)**	**(-38,2%)**	
	Oltre i 38	**(+20%)**	**(-12,3%)**	**ND**
Repubblica Ceca	Fino a 28	**(+5,2)**		
	Dai 29 ai 38	**(+2,4%)**	**(-17,1%)**	
	Oltre i 38	=	**(-23,1)**	**(-5,1%)**

**Le cifre fra parentesi si riferiscono alla variazione dell'incidenza tra i rispondenti di coloro che dichiarano di avere un lavoro stabile. La cifra (-14%) è ottenuta dalla differenza ad esempio fra l'30% degli intervista che all'inizio del consumo aveva un lavoro stabile e il 16% che lo aveva a 25 anni.*

Fonte: Nostre elaborazioni su R. Ricci, C. Rossi, (editors), Lifestyles and history of use of drug abusers in four EU countries. An exploratory analysis of survey data, UNIVERSITALIA, Roma 2013.

Ugualmente la situazione familiare vede solo una piccola quota (prevalentemente presente in Portogallo) di persone inserite in un nucleo familiare proprio. In tutti i paesi tra il 70 e l'80% è single in seguito a separazioni o divorzi. L'assenza del doppio asse di integrazione familiare e lavorativo porta evidentemente a quella che i sociologi definiscono *disaffiliazione,* un processo di sostegno reciproco tra l'assenza di un reddito e l'impossibilità di mantenere la famiglia, che viene quindi meno come possibile fonte di ruolo sociale. Questo porta come unica soluzione per il recupero all'ingresso nei circuiti di comunità come approdo consistente soprattutto lì dove sono istituzionalmente diffusi.

Rapporto con le sostanze

I fattori che favoriscono la stabilizzazione del consumo differiscono solo in parte da quelli riscontrabili nell'iniziazione o in una prima fase di consumo. In questa fase ciò che conta è soprattutto il tipo di rapporto che si crea tra il soggetto e la sostanza: dopo le prime esperienze egli può valutare concretamente la qualità e la funzione degli effetti sperimentati ed elaborare quindi credenze che non si fondano più sull'esperienza riportata da altri ma su quella personale. Si continua a far uso di droga quanto più si percepiscono gli effetti rinforzanti della sostanza, sia positivi, sia negativi; quanto più si ottengono gli effetti cognitivi, affettivi e farmacologici che si attendono: quanto più ci si convince che attraverso la droga si può esercitare maggior controllo sugli eventi della vita quotidiana. Il continuare, quindi il passaggio da un uso occasionale ad un uso frequente, è dunque da porre in relazione soprattutto con i bisogni a cui la droga si dimostra in grado di rispondere. Anche il non aver ottenuto gli effetti desiderati può spingere il soggetto a riprovare, così come la sottovalutazione dei rischi e un'estrema fiducia nelle proprie capacità di controllo, possono favorire l'innescarsi della dipendenza[84].
La letteratura indica che il rischio di diventare tossicodipendente è tanto maggiore tanto più precocemente il soggetto ha strutturato stili di consumo regolari. Questa strutturazione della dipendenza problematica si concretizza nella fase successiva all'iniziazione di droghe pesanti, e nei successivi cinque anni si associano comportamenti devianti e un consistente coinvolgimento nell'ambiente del consumo.

In questa fase da un lato si apprendono norme di autoregolazione, dall'altro emergono situazioni di disagio per lo più durature e difficilmente risolvibili disponendo di un repertorio limitato o inadeguato di competenze sociali per affrontare diversamente i problemi.

A questo declino si associano e palesano disturbi della personalità strutturati (depressione, ansia, disforia, ecc.), che si cerca di superare tramite l'uso della droga reputato il mezzo più efficace per diminuire il disagio, sottovalutando i rischi connessi al consumo, e sopravvalutando le proprie capacità di controllo.

È in questa rapida sequenza di fase che l'assunzione delle sostanze acquisisce un maggior peso nella vita dei consumatori, avendo una forte probabilità di ricadute negli ambiti lavorativi e/o di studio e relazionali, dovuto alla difficoltà di concentrazione conseguente a un forte consumo di sostanze che assumono una centralità rilevante nella vita del tossicodipendente.

I nuovi fenomeni di consumo (poli-consumo) pongono l'esigenza di ridisegnare il sistema dei servizi al fine di creare una rete collaborativa e sinergica, in grado di intercettare la complessa articolazione dei bisogni e dei problemi legati al poli-consumo ed agli stili di vita connessi. Tale rete deve consentire di conoscere i comportamenti legati al consumo di sostanze tra i giovani e non, in particolare nei luoghi di divertimento, di condividere e diffondere, attraverso il confronto attivo tra operatori, buone pratiche di prevenzione dei rischi connessi ai fenomeni di consumo/abuso e metodologie di rete che supportino la collaborazione tra servizi e progetti.

A fronte di un fenomeno che va di pari passo con i mutamenti culturali e sociali che coinvolgono tutti, giovani e vecchi consumatori, all'operatore sociale e sanitario sono chiesti l'elasticità

84 Marcella Ravenna, *Psicologia delle tossicodipendenze*, Il Mulino, Bologna, 1997.

mentale, la competenza necessaria e il coraggio di riconoscere l‟inefficacia di alcune categorie interpretative del passato, rinunciando alla lettura ideologica della tossicodipendenza legata, solo e sempre, al disagio individuale.

Non sono nuove le sostanze ma sono nuovi:

- i contesti, non solitari ma ricreazionali;
- le modalità del consumo;
- l‟abbassamento dell‟età dei consumatori;
- la trasversalità dei consumi per cui diventa impossibile tracciarne un identikit;
- la trasversalità maschile e femminile per cui non esiste differenza di genere;
- la trasversalità dei tempi e degli spazi del consumo: si usa il giorno e si usa la notte, si usa a scuola e si usa in discoteca, si usa dentro i locali e anche fuori;
- la facile reperibilità delle sostanze;
- la facilità della loro produzione - nel caso specifico delle sostanze chimiche – e la conseguente mancanza di identificazione.

Risulta da quest‟indagine e da altre condotte a livello europeo sulla popolazione studentesca (ESPAD) che il primo uso di sostanze avviene in età adolescenziale (sotto i 16 anni) con una tendenza, negli ultimi anni, ad anticipare sempre più la prima esperienza.

Al fine di prevenire il primo uso è opportuno, pertanto, attivare programmi di *educazione alla salute* nelle fasce d‟età preadolescenziali attuabili nelle scuole primarie.

Si riscontra, inoltre, dai risultati dei tempi di gateway, che in media il periodo tra primo uso di droghe leggere e primo uso di sostanze maggiormente pericolose è di 2,9 anni (l‟intervallo più lungo è registrato in Portogallo, e quello più breve in Repubblica Ceca), che corrisponde al periodo che va dai 16 ai 19 anni, dove, molto spesso, si registra un alto tasso di abbandono scolastico. Inoltre il passaggio all‟uso di droghe pesanti corrisponde mediamente anche con l‟attività di spaccio, probabilmente per far fronte ai costi del consumo di sostanze pesanti. In questa fase temporale dai 16 ai 19 anni è strategico improntare interventi di *peer education* per prevenire un inconsapevole e sperimentale approccio alle sostanze indotto prevalentemente da un approccio ludico-ricreativo e dalla curiosità, e per attivare azioni di sostegno al supporto tra pari, alla progettazione e messa in opera di strumenti atti ad accompagnare il potenziamento di conoscenze per via orizzontale tra coetanei.

I residenti delle comunità terapeutiche e della bassa soglia hanno livelli di scolarizzazione inferiori alla media della popolazione, se consideriamo i gruppi con istruzione secondaria superiore e diploma universitario. Invece, la loro scolarizzazione, è superiore al livello medio della popolazione se consideriamo i gruppi fermi alla scuola primaria. Questo essere in mezzo suggerisce che, pur appartenendo a gruppi sociali orientati ad un uno stile di vita e di istruzione superiore, hanno perso terreno rispetto al resto della popolazione a partire dalla scuola secondaria superiore. Questo fenomeno deve essere contrastato dando loro una seconda possibilità, appunto di reinserimento e di riqualificazione professionale.

Appendice: tabelle relative alle rilevazioni italiane

Tabella 4.

		GENERE			MEDIA ETÀ
		M	F		
Indagine pilota	Comunità	85,1	14,9	101	36,6
Indagine DPA	Comunità	84,0	16,0	1.137	34,2
	Bassa soglia	82,0	18,0	291	36,5
Indagine progetto EU	Comunità	85,4	14,6	528	35,5
	Bassa soglia	84,7	15,3	189	37,5

Tabella 5.

Titolo indagine		Occupato stabile	Occupato precario	Lavoro autonomo	Lavoro occasionale	Disoccupato	Inoccupato/ Non ha mai lavorato	Totale
Indagine pilota	Comunità	18,0	25,0	21,0	16,0	13,0	7,0	100
Indagine DPA	Comunità	29,2	16,0	15,2	19,1	15,0	5,5	1131
	Bassa soglia	25,2	17,2	14,8	17,9	19,0	5,9	290
Indagine progetto EU	Comunità	28,5	21,8	19,1	26,0	-	4,6	519
	Bassa soglia	17,6	20,9	14,8	41,8	-	4,9	182

Tabella 6.

Titolo indagine		Nessun titolo di studio	Scuola elementare	Scuola media inf	Scuola media sup	Laurea e oltre	Altro	Totale
Indagine pilota	Comunità		6,0	61,0	28,0	1,0	4,0	100
Indagine DPA	Comunità	1,7	7,5	49,6	31,4	3,3	6,6	1128
	Bassa soglia	0,3	8,2	44,7	38,1	5,2	3,4	291
Indagine progetto EU	Comunità	0,6	5,8	47,8	33,7	3,2	8,9	531
	Bassa soglia	0,5	5,8	53,4	31,7	3,2	5,3	189

Tabella 7.

		Età media prima sostanza	Età media sostanza pesante	Tempo medio tra primo uso e droghe pesanti
Indagine pilota	Comunità	14,9	17,0	2,1
Indagine DPA	Comunità	15,7	18,4	2,7
	Bassa soglia	16,0	19,3	3,3
Indagine progetto EU	Comunità	15,4	18,3	2,9
	Bassa soglia	15,9	18,3	2,4

Tabella 8.

	Indagine pilota	Indagine DPA		Indagine progetto EU	
	Comunità	Comunità	Bassa soglia	Comunità	Bassa soglia
Tranquillanti sedativi				1,4	1,7
Amfetamine	1,0	2,0	1,1	0,4	
Ecstasy	1,0	1,7	0,8	1,4	
Cannabis Marijuana	85,4	71,2	70,7	75,6	66,5
Crack	2,1	0,1	0,4	0,4	
Cocaina	5,2	9,1	12,9	10,7	14,0
Eroina	4,2	7,9	9,5	5,1	13,4
Funghi allucinogeni	1,0	0,4		0,2	
Steroidi anabolizzanti		0,3	0,4		
Inalanti		0,8	1,1		
Ketamina		0,3			0,6
Assenzio		0,6			
Salvia Divinorum		0,1	0,4		
Smart Drugs		0,1			
LSA semi hawaiani		0,1			
LSD		0,8	1,5	0,2	1,1
Kobret		0,2		0,2	
Altre droghe		4,5	1,1	4,5	2,8
Totale rispondenti	96	1030	263	513	179

Tabella 9.

	Indagine pilota	Indagine DPA		Indagine progetto EU	
	Comunità	Comunità	Bassa soglia	Comunità	Bassa soglia
Curiosità	65,3	58,6	66,2	34,7	42,9
Divertimento	37,6	37,6	34,2	59,3	53,4
Voglia di trasgredire	24,8	35,0	26,1	39,4	37,0
Autolesionismo	4,0	2,5	4,2	4,1	5,3
Lo facevano alcuni miei amici/conoscenti	37,6	36,5	34,2	37,3	36,0
Lo faceva il mio/a compagno/a	3,0	5,2	4,2	6,2	7,4
Era molto diffusa a scuola	4,0	2,6	3,2	3,8	1,1
Era molto diffusa nel posto di lavoro	1,0	1,2	2,1	,6	1,6
Volevo migliorare le mie prestazioni	4,0	3,4	1,4	4,3	5,8
Volevo rilassarmi/calmarmi	6,9	5,8	3,9	13,9	11,1

Volevo fare nuove amicizie	7,9	6,4	1,8	6,0	2,6
Volevo isolarmi dai disagi della mia vita	19,8	13,8	12,7	19,2	18,0
Altro	9,9	5,3	6,0	5,6	7,9
Totale dei rispondenti	101	1124	284	531	189

Tabella 10.

	Indagine pilota	**Indagine DPA**		**Indagine progetto EU**	
		Comunità	**Bassa soglia**	**Comunità**	**Bassa soglia**
Da sola/o	5,0	6,6	8,6	8,7	13,3
Amici/che	78,0	70,7	74,6	67,5	70,7
Compagni di scuola	3,0	6,4	3,6	8,6	5,9
Partner	-	3,0	2,9	3,2	2,1
Conoscenti	9,0	9,6	7,5	7,6	4,8
Parenti	5,0	3,1	2,9	3,6	2,1
Altro	-	,5	-	,8	1,1
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Totale rispondenti	100	1100	280	526	188

Tabella 11.

	Indagine pilota	**Indagine DPA**		**Indagine progetto EU**	
		Comunità	**Bassa soglia**	**Comunità**	**Bassa soglia**
Feste private	9,1	14,8	11,1	6,1	9,6
Un giorno qualunque	79,8	66,5	78,9	78,7	78,7
Durante le vacanze	3,0	3,4	3,2	6,3	3,2
Manifestazioni (Concerti, feste di piazza, etc.)	4,0	5,8	6,8	5,3	5,3
Altro	4,0	2,7	-	3,6	3,2
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Totale rispondenti	99	1089	279	526	188

Tabella 12.

	Indagine pilota	Indagine DPA		Indagine progetto EU	
		Comunità	Bassa soglia	Comunità	Bassa soglia
Casa	9,0	14,8	14,8	8,8	17,1
Piazza/strada	40,0	38,1	45,1	43,3	44,9
Centri Sociali	-	1,0	-	,6	,5
Carcere	-	-	-	,4	-
Discoteca	4,0	4,3	4,2	7,9	6,4
Rave	1,0	1,8	1,1	,2	,5
Bar/ pub	3,0	4,9	1,1	-	-
Scuola	7,0	6,8	5,6	8,6	3,7
Lavoro	1,0	,9	1,4	1,5	3,2
Casa di amici	3,0	10,5	12,3	13,8	11,2
Palestra	-	,4	-	,2	-
Parco/Villa	19,0	9,6	8,5	6,7	6,4
Parrocchia	3,0	,7		,4	-
Stadio	2,0	1,0	1,4	,8	,5
Cinema/Teatro	-	,1	-	-	-
Altro	8,0	5,2	4,6	6,9	5,3
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Totale rispondenti	100	1081	284	522	189

Tabella 13.

	Indagine pilota	Indagine DPA		Indagine progetto EU	
	Comunità	Comunità	Bassa soglia	Comunità	Bassa soglia
Policonsumo	77,4	67,0	63,2	65,9	68,6
Solo eroina	8,6	9,1	16,2	8,2	12,6
Solo cocaina	7,5	12,7	11,7	14,9	10,9
Una sola sostanza	6,5	11,3	8,9	10,9	8,0
	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Totale V.A.	93	915	247	475	175

Tabella 14.

- **Fonti di finanziamento per il consumo - Indagine pilota 2009**

	Soldi che ricevevo dalla famiglia	Lavoro	Debiti	Debiti con lo spacciatore	Prostituzione	Spaccio	Rapine/Furti	Altre attività illegali
Prevalentemente	9,9	54,5	6,9	5,9	3,0	14,9	12,9	13,9
Qualche volta	43,6	14,9	18,8	16,8	1,0	21,8	20,8	16,8
Mai	46,5	30,7	74,3	77,2	96,0	63,4	66,3	69,3
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Totale rispondenti	101	101	101	101	101	101	101	101

- **Fonti di finanziamento per il consumo - Indagine DPA 2010**

Bassa soglia								
	Soldi che ricevevo dalla famiglia	Lavoro	Spaccio	Prostituzione	Rapine/Furti	Altre attività illegali	Debiti	Debiti con lo spacciatore
Sempre	12,3	55,7	37,1	5,9	27,2	10,4	7,4	9,7
Spesso	9,7	14,2	8,4	,7	7,1	9,0	11,8	11,0
Abbastanza	12,3	9,4	6,7	3,7	8,3	9,7	8,8	11,6
Qualche volta	28,6	9,9	12,9	8,8	20,7	22,2	25,0	28,4
Mai	37,0	10,8	34,8	80,9	36,7	48,6	47,1	39,4
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
	154	212	178	136	169	144	136	155
Comunità								
	Soldi che ricevevo dalla famiglia	Lavoro	Spaccio	Prostituzione	Rapine/Furti	Altre attività illegali	Debiti	Debiti con lo spacciatore
Sempre	16,6	55,3	30,8	5,2	19,5	13,8	9,0	9,1
Spesso	11,5	16,0	14,2	4,6	13,3	11,1	9,0	10,4
Abbastanza	12,9	9,1	10,5	2,1	12,5	11,6	8,8	8,8
Qualche volta	38,1	12,0	18,7	6,0	21,9	26,0	35,1	37,7
Mai	20,9	7,6	25,8	82,2	32,8	37,4	38,2	34,0
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
	688	826	697	522	647	585	580	604

- **Fonti di finanziamento per il consumo - Indagine EU**

Bassa soglia									
	Soldi che ricevevo dalla famiglia	Lavoro	Spaccio	Prostituzione	Rapine/Furti	Altre attività illegali	Contributi assistenza sociale	Debiti	Debiti con lo spacciatore
Sempre	8,0	44,6	23,1	,8	23,4	17,3	,8	,8	2,3
Spesso	3,6	14,0	11,9		9,1	6,0		,8	3,1
Abbastanza	11,7	5,1	6,3	,8	6,5	7,5	,8	6,3	6,2

Qualche volta	26,3	14,0	11,2	,8	19,5	12,8	1,6	22,7	23,8
Mai	50,4	22,3	47,6	97,6	41,6	56,4	96,8	69,5	64,6
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
	137	157	143	127	154	133	126	128	130
Comunità									
	Soldi che ricevevo dalla famiglia	Lavoro	Spaccio	Prostituzione	Rapine/Furti	Altre attività illegali	Contributi assistenza sociale	Debiti	Debiti con lo spacciatore
Sempre	14,1	46,5	30,1	3,5	20,3	15,1	3,8	7,4	5,8
Spesso	11,9	18,3	12,7	1,6	12,1	10,0	1,3	5,1	8,2
Abbastanza	15,7	11,5	10,1	1,0	8,7	9,1		8,3	7,6
Qualche volta	28,6	10,5	14,5	3,8	18,5	17,4	2,9	26,2	30,7
Mai	29,7	13,2	32,5	90,1	40,4	48,3	92,0	53,0	47,7
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
	370	409	385	313	379	350	314	336	342

Tabella 15: Esperienza detentiva

	Indagine pilota	**Indagine DPA**		**Indagine progetto EU**	
		Comunità*	**Bassa soglia***	**Comunità***	**Bassa soglia***
No	39,4	48,0	56,0	41,6	41,3
Si per altri reati	43,4	33,9	42,9	39,9	47,1
Si per spaccio	17,2	23,3	28,0	26,9	25,9
Totale	100,0				
Totale dei rispondenti	99	1132	287	531	189
* percentuale per ogni singola risposta					

Tabella 16.

	Indagine pilota	**Indagine DPA**		**Indagine progetto EU**	
		Comunità	**Bassa soglia**	**Comunità**	**Bassa soglia**
No	43,3	36,0	40,6	45,0	38,3
Si, qualche volta	32,0	37,8	35,5	31,7	32,2
Si, spesso	24,7	26,2	23,8	23,3	29,5

Totale	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
	101	924	256	498	183

2. Incidenti stradali per assunzione di sostanze

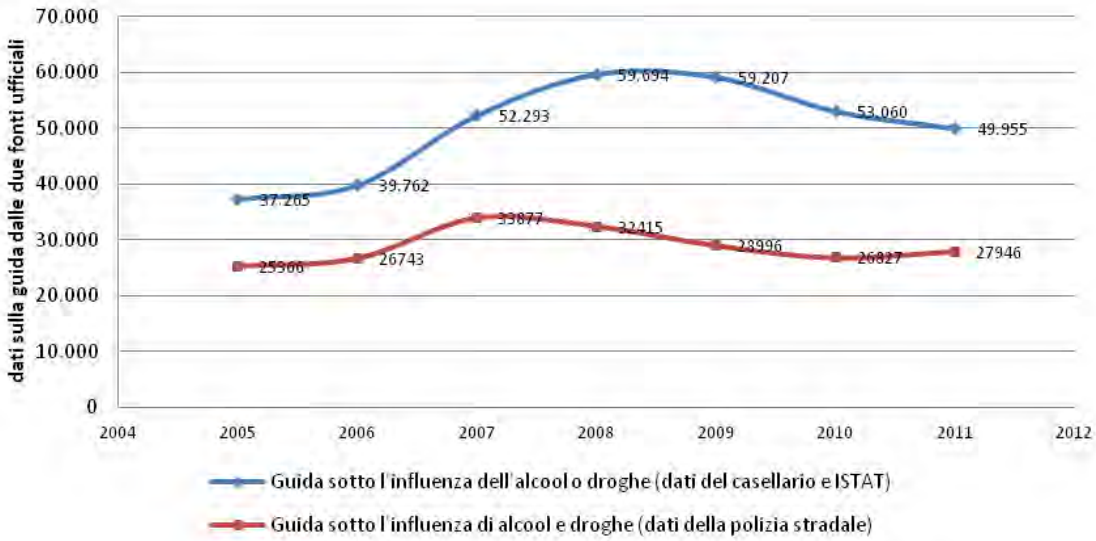
A cura di Esperti

Il Nuovo Codice della Strada in Italia prevede agli articoli 186 e 186 bis la punibilità per il guidatore in stato di ebbrezza e all"articolo 187 la punibilità per stato di alterazione psico-fisica dovuto a sostanze stupefacenti. L"accertamento della positività a tali sostanze può essere effettuato già sul luogo del fermo e, successivamente, presso strutture ospedaliere mediante il prelievo dei liquidi biologici. Vengono ricercati metaboliti di cannabinoidi, cocaina, oppiacei, amfetamine, MDMA e analoghi, nonché etanolo (alcool) e benzodiazepine.

I dati ufficiali a livello nazionale vengono poi forniti sia dalla Polizia Stradale, sia dall"Istat sulla base dei dati del casellario giudiziario.

Purtroppo questi dati forniscono solo la positività all"alcol e alla sostanza, senza specifica sostanza, e sono in contrasto tra loro (Figura 34).

Figura 34: Dati ufficiali discordanti sul numero di incidenti**.**



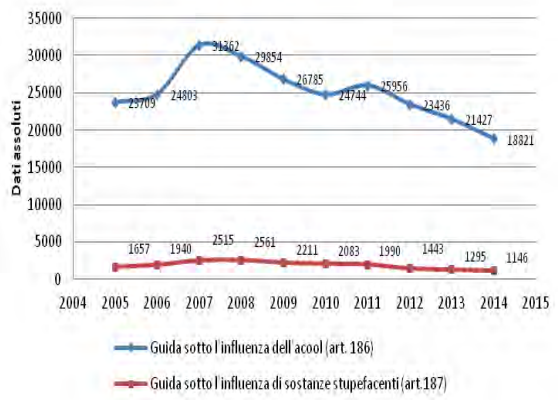
Come si vede la tendenza è simile ma la sottostima dei dati della Polizia Stradale è notevole. Si può però approfondire almeno fino al 2014, utilizzando i dati della Polizia stradale, la percentuale di incidenti per alcool o droghe rispetto al totale degli incidenti secondo questa fonte (Figura 35), da cui emerge che, anche se il numero assoluto degli incidenti diminuisce negli ultimo anni, la percentuale di quelli dovuti ad alcool aumenta notevolmente negli ultimi cinque anni e di quelli dovuti a sostanze stupefacenti rimane costante anziché ridursi.

E" evidente che, per poter programmare interventi di prevenzione, sono necessari dati più specifici, in particolare, sul tipo di incidente e sulle sostanze (compreso poliuso). Anche per poter utilizzare i dati sugli incidenti, come informazione molto importante, per lo studio dei consumatori HRDU, è necessario approfondire le analisi.

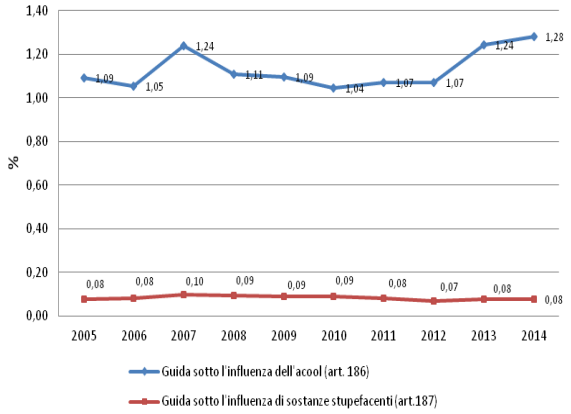
A questo scopo si utilizzano dati di un pronto soccorso per un importante approfondimento metodologico con la speranza che nel prossimo futuro dati analoghi siano disponibili a livello nazionale.

Figura 35: Andamento degli incidenti secondo i dati della Polizia Stradale.

a. Andamento del numero assoluto degli incidenti. Anni 2004-2014



b. Andamento percentuale degli incidenti. Anni 2005-2014



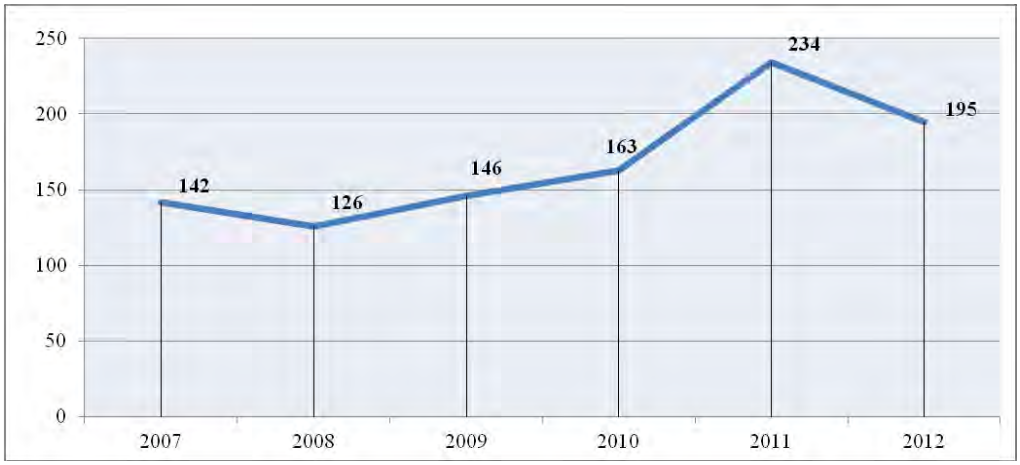
Analisi approfondita sui dati di un pronto soccorso (progetto pilota)

Sulla base dei dati disponibili, si prendono in studio soggetti per i quali era stata avviata la procedura della "catena di custodia" con richieste di esami tossicologici a valenza medico-legale, e per i quali erano scaduti i termini di custodia del campione (12 mesi). Si tratta di 195 pazienti pervenuti al pronto soccorso dell'A.O. San Camillo-Forlanini di Roma nell'anno 2012 in conseguenza ad un incidente stradale. Non è noto, quindi, se tali soggetti abbiano provocato l'incidente o se invece ne siano rimasti coinvolti. Sono anche disponibili dati di anni precedenti.

In genere nell'U.O. Laboratorio Analisi di Biochimica Clinica i metaboliti di cocaina, cannabinoidi, amfetamina, oppiacei e benzodiazepine vengono ricercati nelle urine, mentre l'etanolo viene ricercato nel sangue.

Su tale campione, inoltre, è possibile e interessante anche valutare il poliuso di sostanze, cioè l'assunzione di più sostanze stupefacenti.

Figura 36: Numero di catene di custodia in base agli artt. 186, 186 bis e 187. Anni 2007-2012.

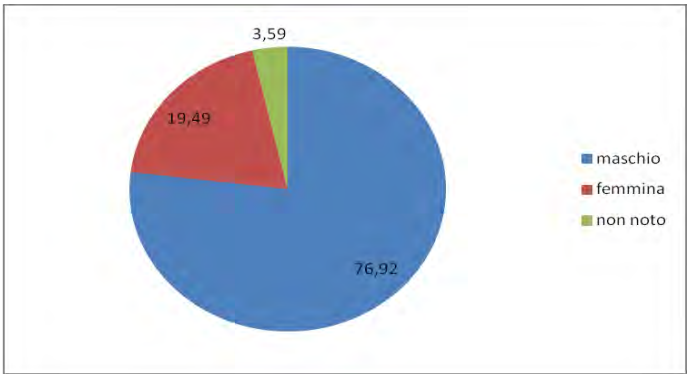


Fonte: Dati Ospedale San Camillo-Forlanini di Roma

Dall"analisi del trend si nota un andamento crescente dal 2008 al 2011, mentre nel 2012 vi è una diminuzione , in particolare la variazione rispetto al 2011 è di -16,6% (195 accessi contro 234), ma nel 2012 è aumentata del 19,6% rispetto al 2010 (195 accessi contro 163).

Nell"anno 2012 il 77% circa dei soggetti soccorsi è di genere maschile ed il 20% circa è di genere femminile. Il rapporto Maschi/Femmine è circa 4.

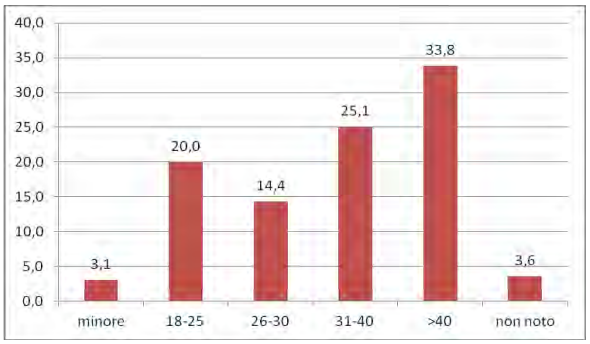
Figura 37: Caratteristiche dei soggetti soccorsi. Anno 2012.



Fonte: Dati Ospedale San Camillo-Forlanini di Roma

Tabella 17: Distribuzione dei soggetti soccorsi per fascia d"età. Anno 2012

Fasce di età	N	%
minore	6	3,1
18-25	39	20,0
26-30	28	14,4
31-40	49	25,1
>40	66	33,8
Non noto	7	3,6
Totale	**195**	**100,0**



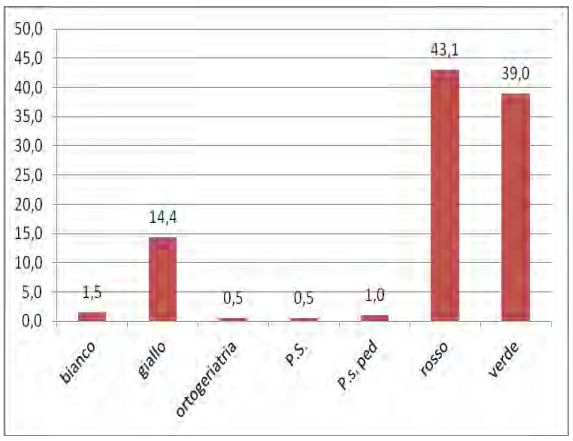
Fonte: Dati Ospedale San Camillo-Forlanini di Roma

La distribuzione dei soccorsi per fascia di età mostra che le classi che presentano una percentuale più alta sono ">40" (34% circa), "31-40" (25%) e la fascia dei giovani adulti "18-25" anni (20%).

In ordine ai codici di urgenza, vale la seguente tabella:

Tabella 18: Distribuzione del codice di urgenza. Anno 2012

Codice di urgenza	N	%
bianco	3	1,5
giallo	28	14,4
ortogeriatria	1	0,5
P.S.	1	0,5
P.s. ped	2	1,0
rosso	84	43,1
verde	76	39,0
Totale	**195**	**100**



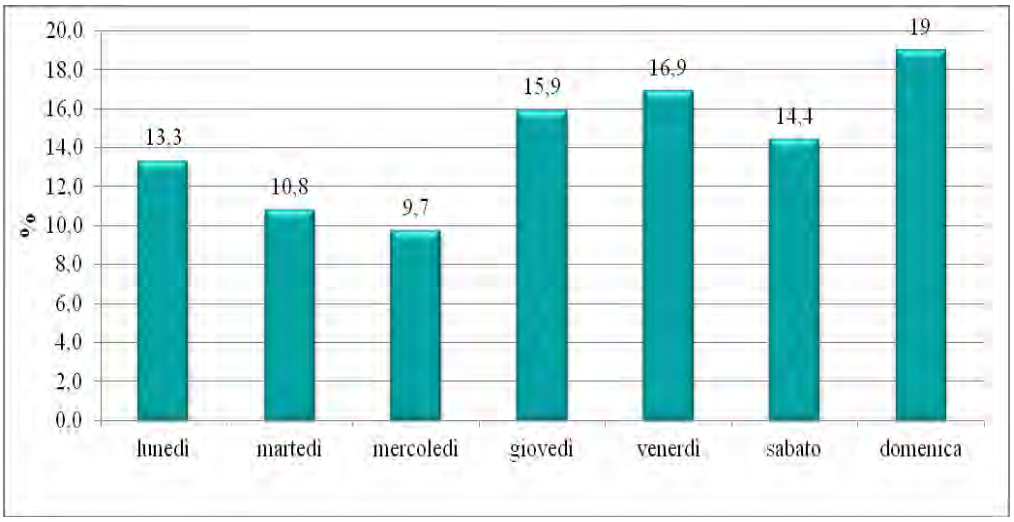
Fonte: Dati Ospedale San Camillo-Forlanini di Roma

Il codice di urgenza è prevalentemente rosso (43%) o verde (39%).

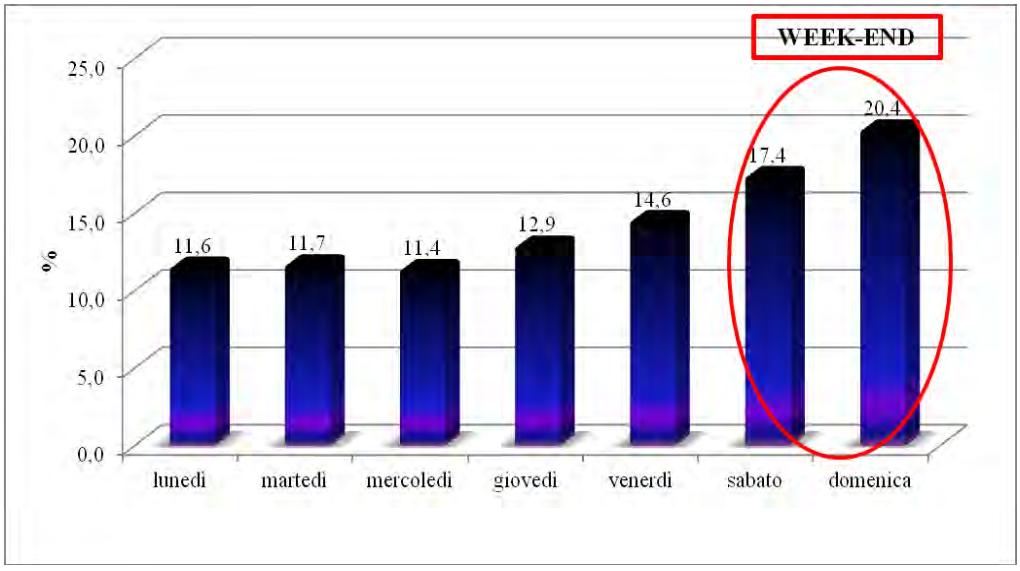
Per quanto invece riguarda la distribuzione nel corso della settimana, valgono i diagrammi seguenti:

Figura 38: Distribuzione percentuale dei soccorsi per giorno della settimana.

Anno 2012



Totale anni 2009-2012



Fonte: Dati Ospedale San Camillo-Forlanini di Roma

Dalla

Figura **38** si nota che il maggior numero di soccorsi nel 2012 avviene dal giovedì alla domenica, mentre prendendo in esame i valori cumulati per gli anni 2009-2012 i giorni cruciali risultano quelli del fine settimana.

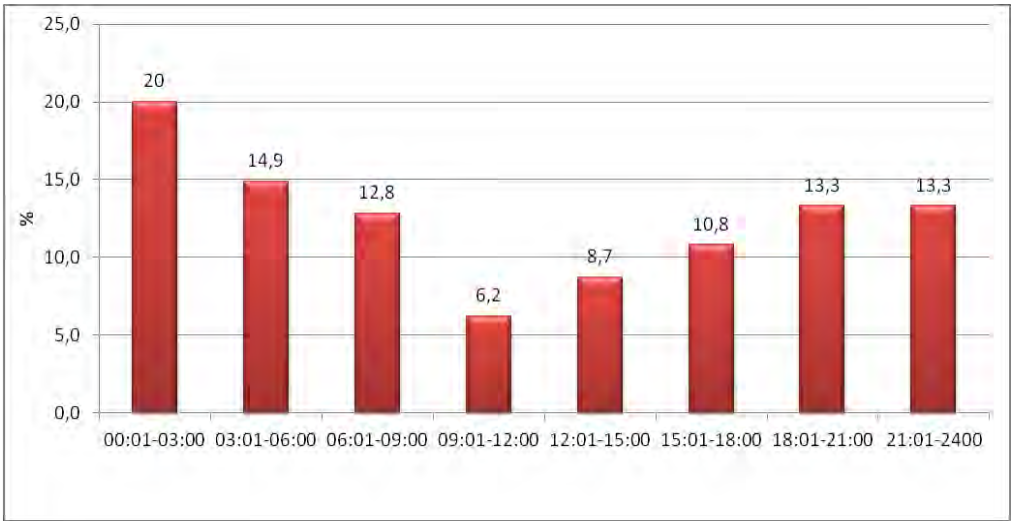
Per l'andamento giornaliero si nota una chiara ciclicità come mostra la Figura 39. La fascia oraria in cui si verificano più soccorsi è quella che va da mezzanotte alle tre del mattino (20% circa); le ore serali e notturne appaiono notevolmente più rischiose di quelle diurne.

La positività ad almeno una sostanza riguarda 97 soggetti (49,7%), ma un'alta percentuale mostra positività a più di una sostanza (in media 1,55 sostanze per soggetto, per un totale di 150 positività rilevate). La distribuzione delle sostanze è riportata nella

Tabella **19** e, in percentuale, nella

Figura **38**.

Figura 39: Distribuzione percentuale dei soccorsi per fascia oraria. Anno 2012



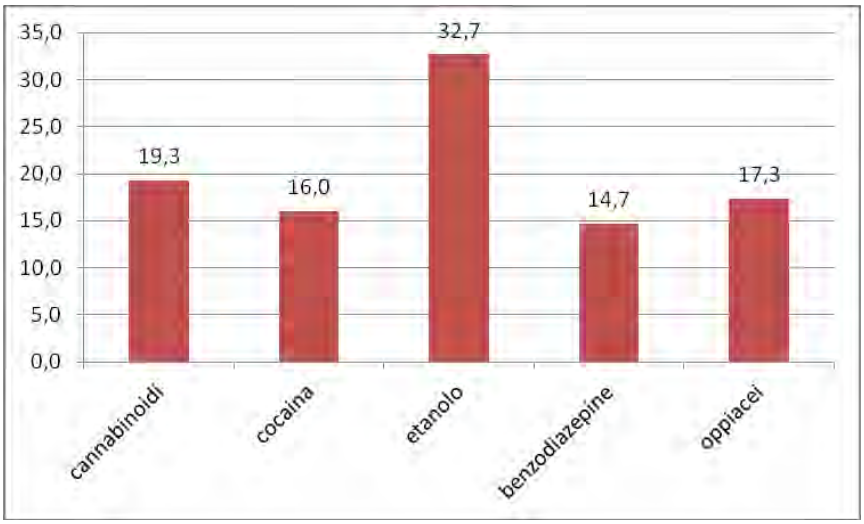
Fonte: Dati Ospedale San Camillo-Forlanini di Roma

Tabella 19: Positività dei soggetti soccorsi per tipo di sostanza. Anno 2012

Positività	N	%
cannabinoidi	29	19,3
cocaina	24	16,0
etanolo	49	32,7
benzodiazepine	22	14,7
oppiacei	26	17,3
Totale	**150**	**100,0**

Fonte: Dati Ospedale San Camillo-Forlanini di Roma

Figura 40: Rappresentazione grafica della positività per sostanza. Anno 2012



Fonte: Dati Ospedale San Camillo-Forlanini di Roma

Per illustrare meglio il fenomeno si può effettuare un"analisi bivariata delle variabili studiate fino ad ora.

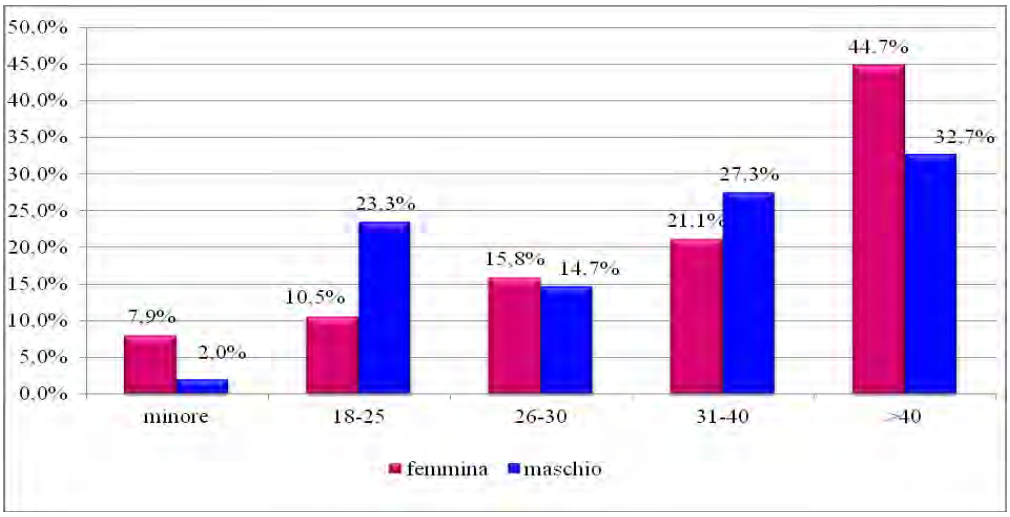
La distribuzione per genere e fascia di età mostra che, sia per le femmine sia per i maschi, la percentuale più alta si rileva in corrispondenza dei soggetti con età maggiore di 40 anni, sebbene per le femmine sia più netta la differenza rispetto alle altre fasce. E" da evidenziare, inoltre, che per il genere femminile un 8% circa è costituito da minorenni, contro solo un 2% per i maschi. Per quanto riguarda il genere maschile, le percentuali della distribuzione sono meno variabili rispetto a quanto visto per le femmine e vi è da segnalare che il 23% è caratterizzato da giovani adulti.

Tabella 20: Distribuzione della fascia d"età condizionata al genere. Anno 2012

Fascia di età/Genere	F	M	Non noto	Totale
minore	3	3	-	**6**
18-25	4	35	-	**39**
26-30	6	22	-	**28**
31-40	8	41	-	**49**
>40	17	49	-	**66**
non noto	0	0	7	**7**
Totale	**38**	**150**	**7**	**195**

Fonte: Dati Ospedale San Camillo-Forlanini di Roma

Figura 41: Distribuzione dei maschi e delle femmine per fascia d"età. Anno 2012

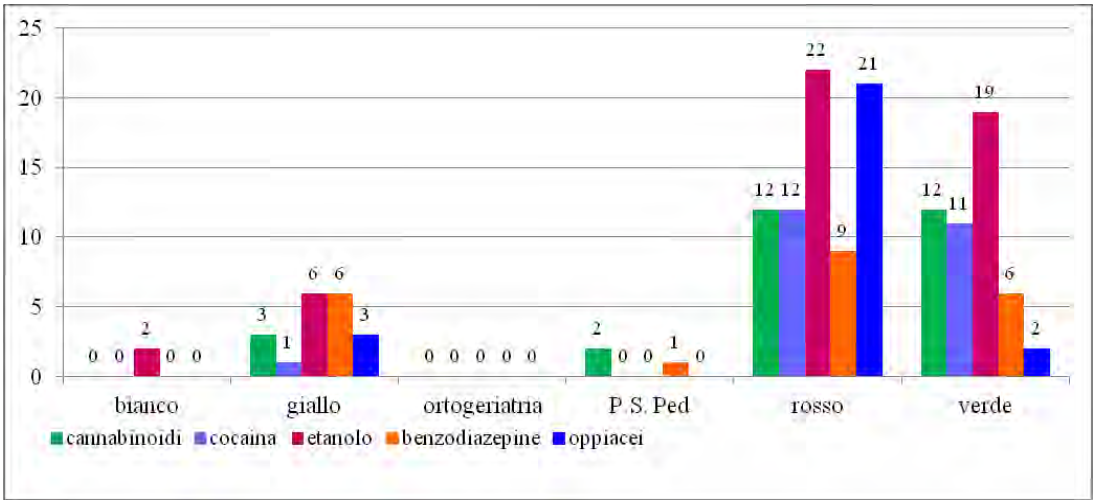


Fonte: Dati Ospedale San Camillo-Forlanini di Roma

Per quanto riguarda le 150 positività alle sostanze si rileva una differenziazione in base al codice di urgenza, come mostrato in Figura 42 per l"anno 2012. L"etanolo presenta la positività più estesa in tutti i codici. Nel codice rosso è anche alta la presenza di oppiacei, che invece è quasi assente nel codice verde. La presenza di cannabinoidi, come anche di cocaina, è circa la metà di quella dell"etanolo.

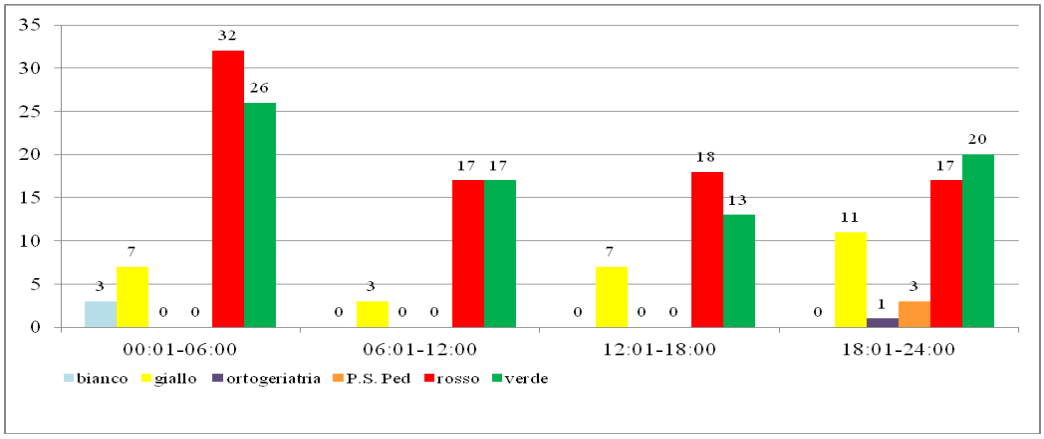
La distribuzione del codice di urgenza in base all"orario di soccorso è riportata in Figura 43; quella in base al giorno di soccorso in Figura 44. Si conferma che il codice rosso è maggiormente presente nell"orario notturno fino alle 6 del mattino e i giorni sono quelli della seconda parte della settimana.

Figura 42: Distribuzione della positività per sostanza secondo il codice di urgenza. Anno 2012



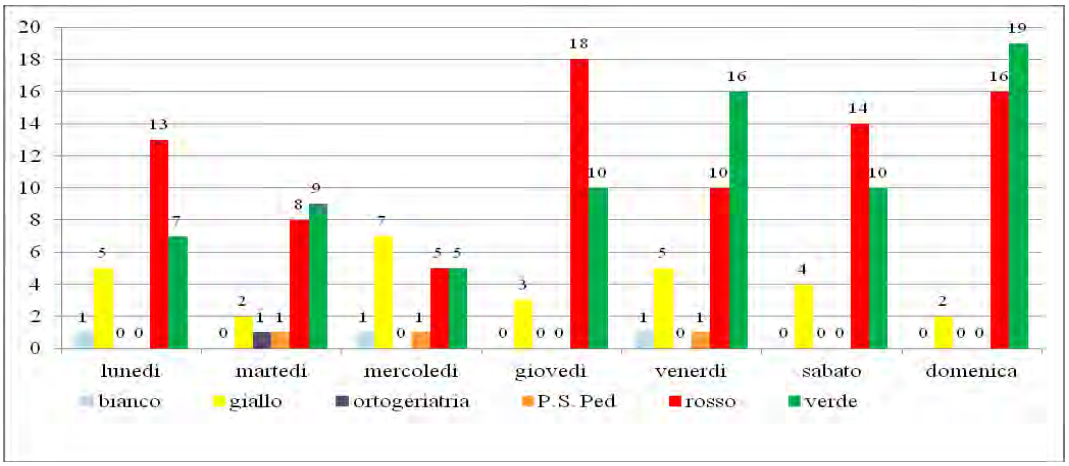
Fonte: Dati Ospedale San Camillo-Forlanini di Roma

Figura 43: Distribuzione del codice di urgenza secondo l'orario di soccorso. Anno 2012



Fonte: Dati Ospedale San Camillo-Forlanini di Roma

Figura 44: Distribuzione del codice di urgenza secondo il giorno di soccorso. Anno 2012

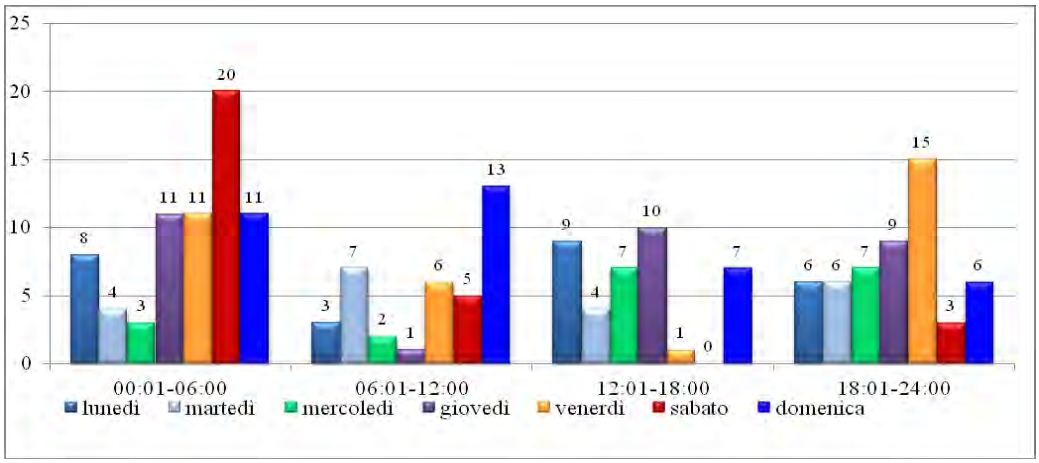


Fonte: Dati Ospedale San Camillo-Forlanini di Roma

Dalla distribuzione del giorno di soccorso secondo l'orario si nota che la frequenza maggiore si rileva il venerdì sera (18:01-24:00), il sabato notte (00:01-06:00) e le prime ore del mattino della domenica (06:01-12:00) come mostrato in Figura 45.

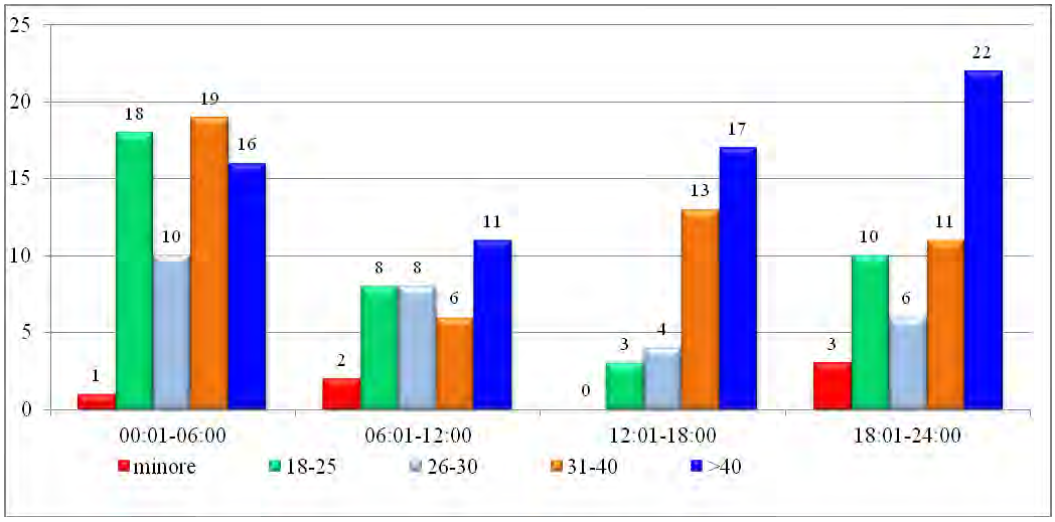
La Figura 46 mette in evidenza che nelle ore notturne (00:01-06:00) i soggetti soccorsi sono principalmente giovani adulti (18-25 anni) e adulti con età 31-40 anni. Persone aventi un'età maggiore dei 40 anni presentano una distribuzione meno concentrata in specifici orari.

Figura 45: Distribuzione del giorno di soccorso secondo l"orario. Anno 2012



Fonte: Dati Ospedale San Camillo-Forlanini di Roma

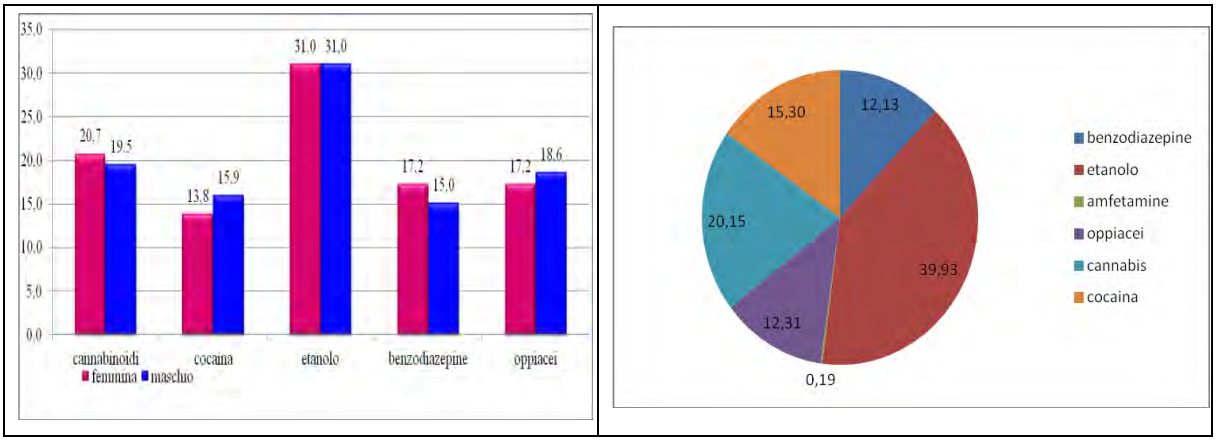
Figura 46: Distribuzione dei soccorsi per fascia di età e orario dei soccorsi. Anno 2012



Fonte: Dati Ospedale San Camillo-Forlanini di Roma

Analizzando la distribuzione per genere e positività per sostanze, si conferma che la gran parte dei soggetti è positiva all"etanolo. Non si nota gran differenza delle sostanze usate fra maschi e femmine. Le femmine mostrano una lieve maggiore concentrazione in corrispondenza dei cannabinoidi e benzodiazepine; i maschi per oppiacei e cocaina. Se si considera la distribuzione delle sostanze nel periodo 2009-2012, si ha, come mostra il diagramma circolare di Figura 47, una percentuale di cannabis piuttosto bassa rispetto a quella della cocaina, oppiacei e benzodiazepine. Nuovi dati sarebbero molto utili per effettuare un"analisi di correlazione tra tipi di sostanze e rischio di incidenti; si potrebbero individuare altri indici di pericolosità per le sostanze da confrontare con i valori relativi alle conseguenze sulla salute proposti in van Amsterdam et al. (2010).

Figura 47: Distribuzione percentuale dei soccorsi secondo il genere e la positività per tipo di sostanza per l"anno 2012 e delle sostanze per il periodo 2009-2012.



Fonte: Dati Ospedale San Camillo-Forlanini di Roma

Per quanto riguarda il poliuso di sostanze, in particolare l"assunzione contemporanea di alcool e/o più sostanze stupefacenti, si riportano di seguito i risultati (

Tabella **21**):

Tabella 21: Distribuzione del numero di soggetti positività per numero di sostanze assunte. Anno 2012

N. positività	N	%
0	98	50,3
1	56	28,7
2	30	15,4
3	10	5,1
4	1	0,5
Totale	**195**	**100,0**

Fonte: Dati Ospedale San Camillo-Forlanini di Roma

Dalla tabella sopra si nota che il 29% circa è risultato positivo ad una sola sostanza, il 15% circa a due sostanze ed il 5% a 3 sostanze. Un soggetto è risultato positivo addirittura a 4 sostanze. La distribuzione del numero di sostanze utilizzate da un singolo soggetto è riportata in

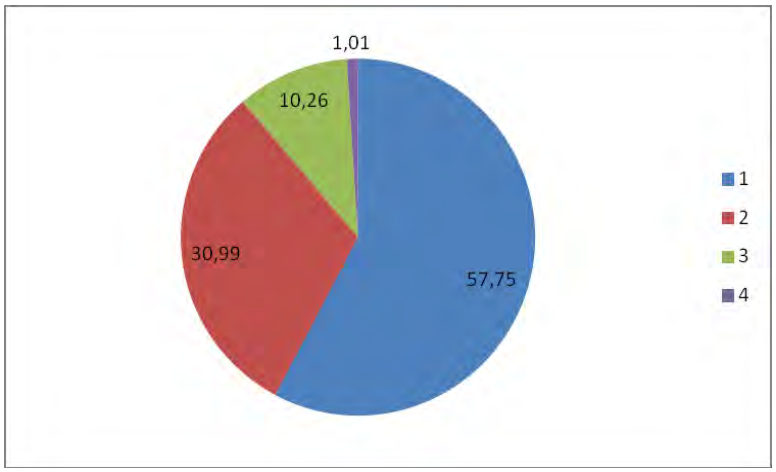
Figura **48**. La distribuzione è simile per maschi e femmine per quanto riguarda una sola sostanza mentre per due sostanze sono di più i maschi e per tre sostanze di più le femmine.

La distribuzione di soggetti con diversa positività per fascia d"età è rappresentata nella

Figura **49** insieme alla distribuzione percentuale per ogni fascia d"età. La percentuale maggiore di soggetti positivi all"uso di almeno una sostanza si rileva in corrispondenza della fascia di età "minori", seguita dalle fasce "18-25", dove è superiore alla percentuale di soggetti negativi alle sostanze, e 26-30 (ovvero quelle più giovanili). Considerando i soggetti positivi all"uso di due o tre

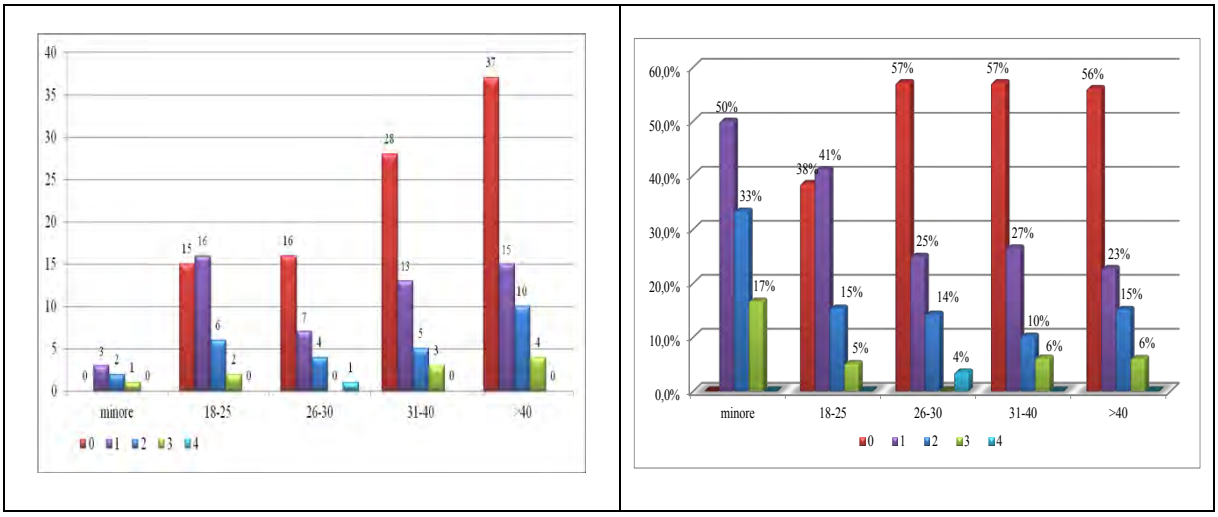
sostanze, la percentuale maggiore è della fascia >40, seguita da “18-25” e “minore. Per confronto, si riporta la stessa distribuzione per tutto il periodo 2009-2012.

Figura 48: Distribuzione percentuale del numero di sostanze per i soggetti positivi. Anno 2012



Fonte: Dati Ospedale San Camillo-Forlanini di Roma

Figura 49: Distribuzione del numero di positivi per fascia d‟età e distribuzioni percentuali del numero di sostanze condizionate alla fascia d‟età. Anno 2012

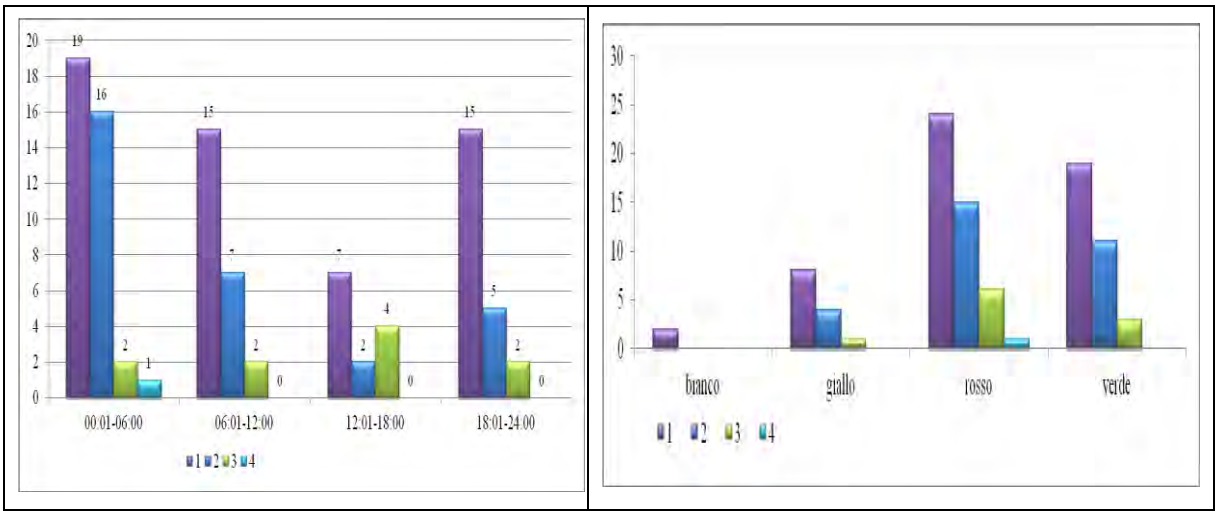


Fonte: Dati Ospedale San Camillo-Forlanini di Roma

L‟orario in cui si rilevano soccorsi di soggetti con maggior uso e poliuso di sostanze è quello che va da mezzanotte alle sei del mattino (Figura 50). Dalla stessa figura si riscontra che il codice d‟urgenza relativo al maggiore uso e poliuso è il codice rosso.

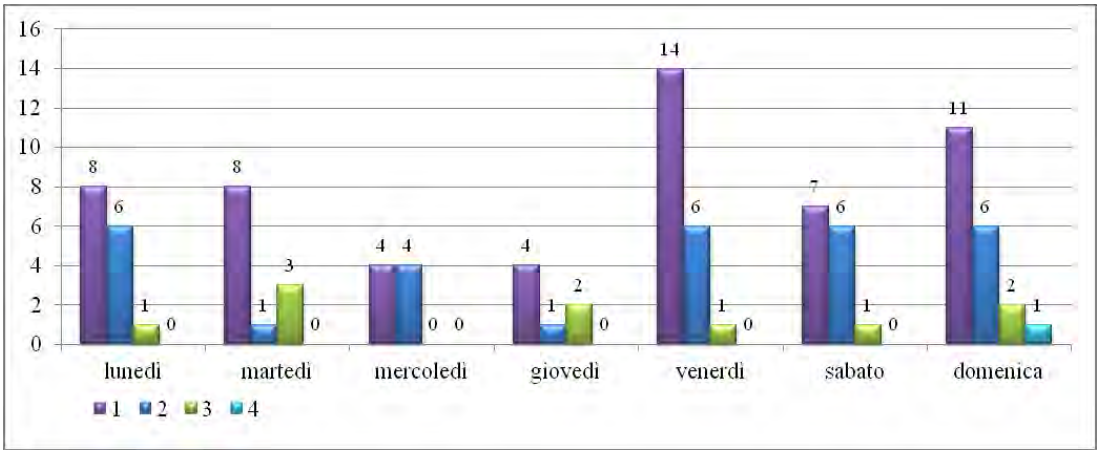
Dalla Figura 51 si nota che i giorni in cui gli accessi per soccorso sono costituiti da soggetti con uso e poliuso di sostanze sono quelli relativi al fine settimana e, molto probabilmente, come conseguenza dello stesso, anche al lunedì.

Figura 50: Distribuzione del numero di positività risultanti secondo l'orario di soccorso. Anno 2012



Fonte: Dati Ospedale San Camillo-Forlanini di Roma

Figura 51: Distribuzione del numero di positività risultanti secondo il giorno di soccorso. Anno 2012



Fonte: Dati Ospedale San Camillo-Forlanini di Roma

Si utilizza in conclusione l'indicatore Poly-Drug Score (PDS), calcolato per ogni soggetto, che rappresenta una misura del danno che l'assunzione di sostanze stupefacenti provoca alla salute (Fabi F. et al. 2014).

Viene utilizzato un punteggio di danno associato a ciascuna sostanza stabilito attraverso un approccio "Delphi" nel 2010 (van Amsterdam et al., 2010). Per ogni individuo, il PDS si ottiene facendo la somma "pesata" delle frequenze d'uso di tutte le sostanze usate, utilizzando come "pesi" i punteggi che caratterizzano il danno. Nel caso in esame la frequenza vale 1, dato che non si

conosce la frequenza d‟uso delle sostanze, per tutti e quindi si sommano i pesi di danno delle sostanze utilizzate.

Tabella 22: Valori dell‟indicatore Poly-Drug Score (PDS) per genere. Anno 2012

Anno 2012	M	F	Media
valore medio PDS	2,84	2,95	2,88
mediana PDS	2,32	2,25	2,32

Fonte: Dati Ospedale San Camillo-Forlanini di Roma

Tabella 23: Valori dell‟indicatore Poly-Drug Score (PDS) secondo la fascia di età. Anno 2012

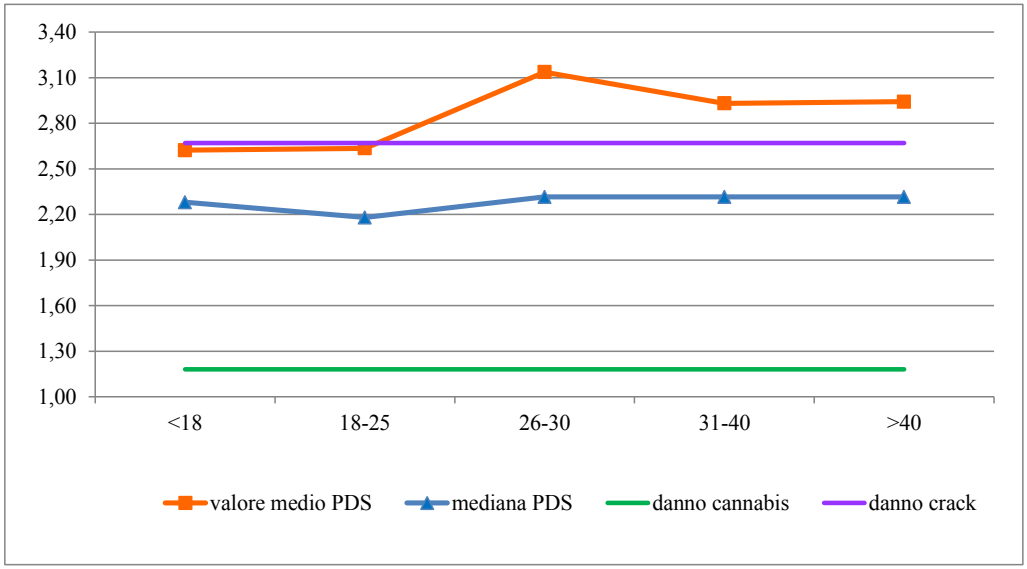
ANNO 2012	valore medio PDS	mediana PDS
<18	2,62	2,28
18-25	2,64	2,18
26-30	3,14	2,32
31-40	2,93	2,32
>40	2,94	2,32

Fonte: Dati Ospedale San Camillo-Forlanini di Roma

Il punteggio medio è leggermente più alto nelle femmine (2,95) che nei maschi (2,84); mentre, per quanto riguarda la fascia di età, il valore medio e mediano più alto del PDS si rileva in corrispondenza dei soggetti con età 26-30 anni.

I valori della mediana, come ci si poteva aspettare, sono meno variabili rispetto ai valori medi (più influenzati dai punteggi estremi). Si concentrano sostanzialmente intorno a 2,20-2,30, quindi al di sotto del punteggio di danno dell‟uso di solo crack, ma molto al di sopra del punteggio di danno dell‟uso di sola cannabis.

Figura 52: Rappresentazione grafica del valore medio e mediano secondo la fascia di età. Anno 2012



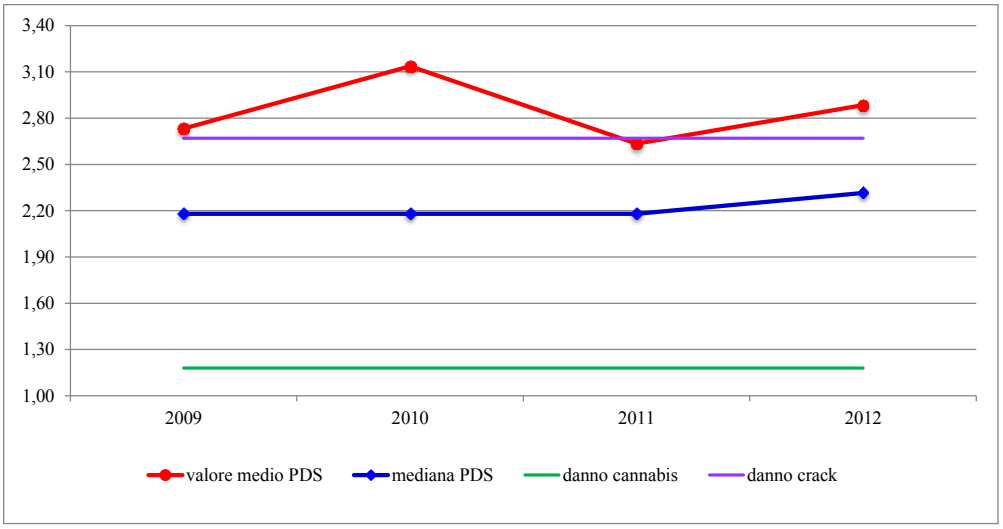
Fonte: Dati Ospedale San Camillo-Forlanini di Roma

La Figura 53 mostra che nel 2012 vi è un aumento del valore del PDS rispetto al 2011 (oltre 2,20 per la mediana e oltre 2,8 per la media), anche se resta al di sotto dei valori raggiunti nel 2010.

Considerando negli anni l"andamento della media e della mediana di PDS per genere si ottiene l"andamento rappresentato in Figura 54.

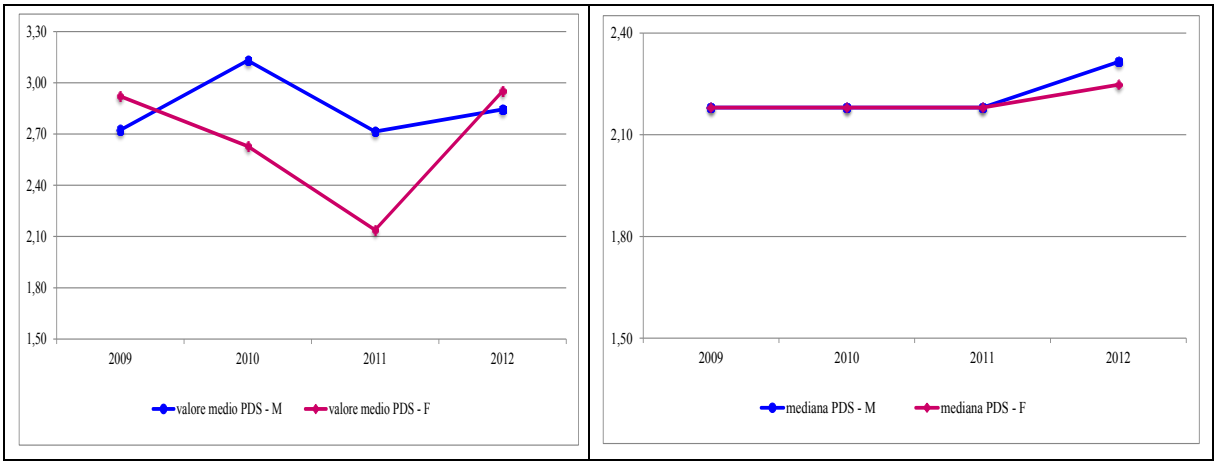
Il valore del Poly-Drug Score risulta essere tendenzialmente maggiore negli uomini rispetto alle donne. Nell"anno 2012, coerentemente con quanto visto in precedenza, si rileva un aumento particolarmente evidente nelle donne (valore medio poco oltre 2,10 nel 2011 e intorno a 3 nel 2012).

Figura 53: Trend del punteggio dell"indicatore PDS. Anni 2009-2012



Fonte: Dati Ospedale San Camillo-Forlanini di Roma

Figura 54: Rappresentazione grafica del punteggio secondo il genere. Anni 2009-2012



Fonte: Dati Ospedale San Camillo-Forlanini di Roma

L"analisi dei dati mostra che i soccorsi per incidente avvengono maggiormente nei giorni del week-end, giorni in cui i giovani adulti (18-25 anni) e gli adulti (31-40 anni) magari escono per qualche serata in cui bevono alcol e/o fanno uso di sostanze stupefacenti. I soggetti più grandi (>40 anni), invece, tendono ad assumere tali tipi di comportamento con pari frequenza sia durante l"arco della giornata sia durante l'intera settimana. Un fatto rilevante, da sottolineare, è che una discreta parte degli individui soccorsi dopo incidente è risultata positiva a più di una sostanza. Tali comportamenti a rischio sono associati a soccorsi con codice prevalentemente rosso e verde (il codice giallo in misura minore).

Ringraziamento.

Si ringrazia il Professor Langravinese per aver consentito la pubblicazione del lavoro (Langravinese et al., 2015) su una rivista internazionale e di utilizzare i dati anche per la Relazione al Parlamento 2015.

Incidenti stradali: fonte ASAPS

L"ASAPS, Associazione Sostenitori ed Amici della Polizia Stradale, tramite il suo impegno a favore della Sicurezza Stradale, è presente in tutti gli uffici ed i comandi della Polizia Stradale ed in molti della Polizia Locale. In particolare l"Osservatorio "Il Centauro" rileva i dati relativi agli incidenti stradali,(incidenti nel fine settimana con relative conseguenze, episodi di pirateria e altri casi di violazione della sicurezza stradale).

Nel complesso, gli incidenti sono passati da 34.199 nel 2013 a 32.123 nel 2014, con un decremento pari al 6,1%. Le vittime coinvolte sono passate da 887 a 869 (-2%) e i feriti da 25.805 sono scesi a 24.279**,** con 1.526 ingressi in meno nei pronti soccorso.

Per le vittime più giovani il dato è in aumento: i ragazzi con meno di 30 anni che hanno perso la vita nel 2014 sono stati 286, contro i 276 del 2013 (+3,6%)[85].

85 Maggiorni informazioni sono disponibili sul sito http://www.asaps.it/

Appendice

Tabella dei punteggi di danno alla salute derivati dal lavoro (van Amsterdam et al. 2010).

Substance	**Overall physical harm score (W)**
Crack Cocaine	2,67
Heroin	2,51
Alcohol	2,18
Methamphetamine	2,18
Methadone	2,12
Cocaine	2,07
Amphetamine	1,88
GHB	1,47
Benzodiazepines	1,31
Buprenorphine	1,30
Cannabis	1,18
Ketamine	1,05
Ecstasy	1,03
Methylphenidate	0,87
Anabolic steroids	0,81
Khat	0,73
LSD	0,61
Magic mushrooms	0,28

Bibliografia

Francesco Fabi, Alessia Mammone and Carla Rossi, (2014). New indicators of illegal drug use to compare drug user populations for policy evaluation, Epidemiology, Biostatistics and Public Health, 11-2, 8891-1/8891-7.

Giovanni Michele Lagravinese, Alessia Mammone, Carla Rossi, Miriam De Vita, Valeria Marino, Alessandro Feola, Luigi Tonino Marsella. (2015). The frequency of polidrug use in a driving population in Rome. Epidemiology, Biostatistics and Public Health, vol. 12-1, suppl.1.

Van Amsterdam J., Opperhuizen A., Koeter M., & van den Brink W. (2010). Ranking the Harm of Alcohol, Tobacco and Illicit Drugs for the Individual and the Population. *European Addiction Research* 2010; 16: 202-207.

3. Altre dipendenze: dati sul tabagismo

A cura dell'Istituto Superiore di Sanità

L'Osservatorio Fumo, Alcol e Droga (OssFAD) è l'organo ufficiale dell' Istituto Superiore di Sanità (ISS) che ha come obiettivo di informare e formare in materia di tabagismo, alcolismo, tossicodipendenze e doping.

L'OssFAD realizza annualmente il Convegno Nazionale Tabagismo e Servizio Sanitario Nazionale nell'ambito del quale viene presentato il Report Nazionale sul Fumo in Italia, indagine che l'Istituto Superiore di Sanità in collaborazione con l'Istituto Mario Negri commissiona alla Doxa sull'abitudine al fumo degli italiani. L'indagine campionaria ha previsto interviste personali, svolte con sistema C.A.P.I. (Computer Assisted Personal Interview) da intervistatori opportunatamente istruiti e controllati, su un campione nazionale rappresentativo della popolazione italiana adulta di 15 anni ed oltre. Le interviste sono state realizzate da marzo ad aprile 2015 in 110 Comuni di tutte le Regioni italiane.

La sintesi del Rapporto 2015 sul fumo

La prevalenza di fumatori - Il Rapporto 2015 sull'abitudine al fumo degli italiani indica che i fumatori in Italia sono il 20,8% della popolazione, pari a 10,9 milioni di persone. I fumatori maschi rappresentano il 25,1% degli italiani, le fumatrici, il 16,9%. Gli ex fumatori sono 6,3 milioni, il 12,1% della popolazione.

Prendendo in considerazione la serie storica relativa alla prevalenza del fumo di sigarette secondo le indagini DOXA condotte tra il 1975 ed il 2015 (Figura 55) è possibile osservare come, a partire dall'entrata in vigore della legge antifumo del 16 gennaio 2003 n. 3 (G.U. n. 15 del 20/01/2003,Suppl.Ord. n. 5), la percentuale dei fumatori sia regolarmente diminuita fino ad attestarsi attorno ad un valore medio pari al 20% della popolazione: tale valore negli ultimi sei anni non sembra più subire significative oscillazioni. (20,8% nel 2015).

La fascia d'età 25-44 anni è quella ove si colloca la percentuale più elevata di fumatori di sesso sia maschile (30,7%), che femminile (22,4%). Per contro, tra gli over 65 si rilevano le percentuali meno elevate di fumatori di entrambi i sessi (14,2% per gli uomini, 6,7% per le donne).

Oltre il 76% dei fumatori dichiarano di consumare più di 10 sigarette al giorno, mentre circa l'83% dei fumatori di età compresa tra 15 e 24 anni dichiara di fumare meno di 15 sigarette al giorno.

L'età media in cui si inizia a fumare è di 17,9 anni, con uno scarto di circa due anni tra maschi e femmine (17,0 nei maschi e 19,1 nelle femmine). Circa il 73% dei fumatori ha iniziato tra i 15 e i 20 anni. Particolare preoccupazione desta il dato relativo al 12,9% dei fumatori che hanno iniziato prima dei 15 anni. Il motivo principale per il quale oltre il 60% dei giovani e non giovani fumatori hanno iniziato a fumare è legato alle situazioni ludiche o ricreazionali in compagnia di amici e compagni di scuola. L'influenza dei "pari" è una costante nell'iniziazione al fumo di tabacco.

Interessante notare che il 43,7% degli Italiani pratica (anche solo occasionalmente) almeno un gioco d'azzardo, ma tra i fumatori il dato dei praticanti anche occasionali sale al 53,4%.

Tipologia di consumo – Il 95,4% dei fumatori consuma prevalentemente sigarette confezionate mentre il 17% dei fumatori utilizza, anche o esclusivamente, sigarette fatte a mano (tabacco trinciato). Questa particolare tipologia di prodotto non risente di differenze di genere ma è particolarmente gradita ai giovanissimi di entrambi i sessi (15-24 anni) che ne sono i principali consumatori (31,5%). Il gradimento di questo prodotto è verosimilmente legato al prezzo inferiore rispetto al pacchetto tradizionale ma anche al ruolo che la "moda" ha nell'orientare la scelta nei giovani consumatori. Comunque, rispetto alla crisi economica solo il 16% dei fumatori dichiara di fumare un numero di sigarette inferiore, mentre il 62,3% dichiara di non aver cambiato abitudini tabagiche e il 19,4% di fumare sigarette meno costose.

Rispetto ai canali di acquisto delle sigarette la grande maggioranza dei fumatori (88,2%) acquista presso i tabaccai, l'8% acquista dai distributori automatici e il 3,3% da altri canali (es. internet).

La sigaretta elettronica – La sigaretta elettronica (e-cig) da alcuni anni rappresenta un vero e proprio fenomeno socio economico. L'indagine DOXA, già dal 2013, ha fotografato per la prima volta quali siano state le risposte dei fumatori italiani all'introduzione sul mercato di un prodotto che si pone come alternativo alla sigaretta tradizionale.

I risultati dell'indagine mostrano che dal 2013 quando gli utilizzatori erano circa 2 milioni di persone (1,6 milioni consumatori occasionali e 500 mila consumatori abituali) l'uso della sigaretta elettronica si è più che dimezzato. Nel 2015 infatti i consumatori abituali sono circa 350 mila e quelli occasionali 200 mila.

Verosimilmente le maggior parte delle persone utilizzano la e-cig come mezzo per ridurre o smettere di fumare: a proposito di ciò, il 20,1% dichiara di aver smesso di fumare le sigarette tradizionali, mentre il 37,7% ne ha diminuito leggermente o drasticamente il numero. Il 33,5% dichiara di non aver modificato le abitudini tabagiche e quindi di aver aggiunto l'uso della e-cig a quello delle sigarette tradizionali.

Il Telefono Verde contro il Fumo – Il Ministro della Salute con Decreto del 25 ottobre 2012 (Gazzetta Ufficiale n. 274 del 23 novembre 2012) ha inserito tra le avvertenze supplementari sull'etichettatura dei prodotti del tabacco "***Telefono verde contro il fumo: 800554088 – Istituto Superiore di Sanità.*** Conseguentemente il TVF dell'OssFAD ha, durante l'anno 2014, decuplicato il numero di telefonate ricevute da cittadini che principalmente chiedono informazioni per essere aiutati a smettere di fumare (5414 telefonate, 3477 di fumatori e 1937 di fumatrici).

Smettere di fumare – Nel 2015 il 26,3% dei fumatori ha tentato senza successo di smettere di fumare, nel 81,6% dei casi lo hanno fatto senza alcun tipo di supporto. D'altro canto il 53,6% dei fumatori intervistati dichiara di non aver ricevuto, nel corso dell'ultimo anno, dal proprio medico alcun suggerimento di smettere di fumare. L'età media in cui si smette di fumare è di 42,4 anni, essenzialmente per la maggior consapevolezza dei danni provocati dal fumo e/o per motivi di salute.

L'OssFAD come tutti gli anni aggiorna il censimento dei servizi territoriali per la cessazione dal fumo di tabacco (centri antifumo, CA) del SSN dedicati alla cura del tabagismo e dei problemi fumo-correlati. I CA del SSN sono 313 e 55 sono della Lega Italiana per la Lotta contro i Tumori. Il 57,3% dei CA sono collocati nel nord Italia, il 18,5% nel centro e il 24,2% nel sud e isole. Gli utenti trattati dai CA nell'anno 2014 sono stati 17.782.

Figura 55: Prevalenza del fumo di sigaretta (valori %): anni 1975-2013.

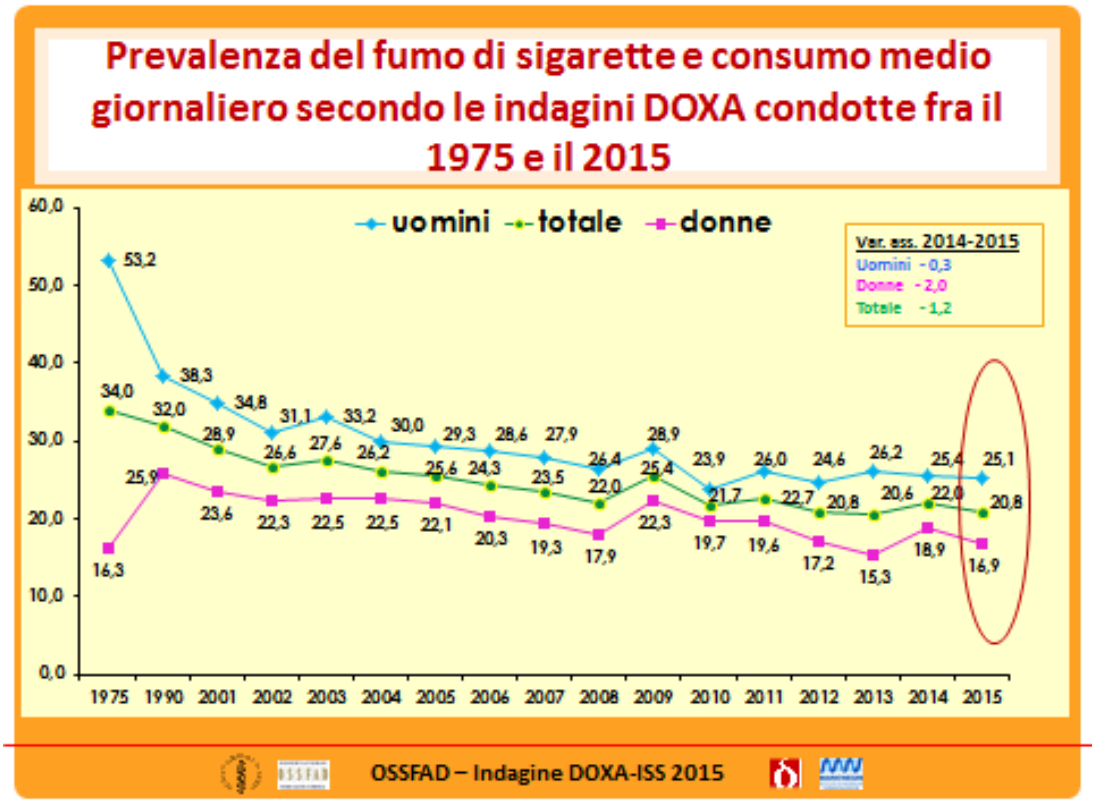
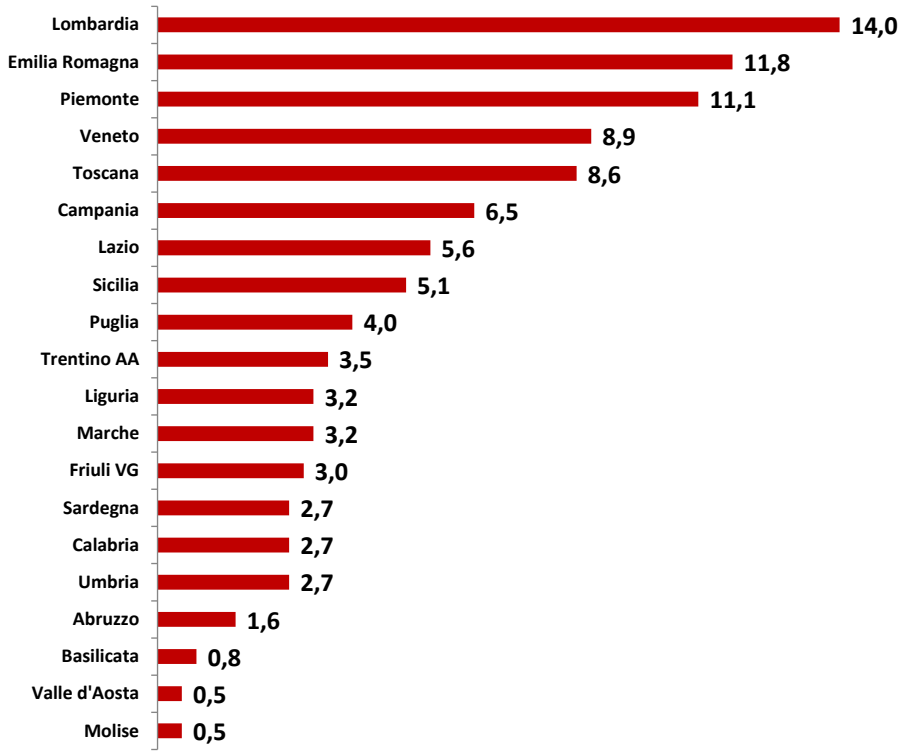


Figura 56: Distribuzione dei Centri Antifumo sul territorio nazionale (valori %).



4. Altre dipendenze: il disturbo da gioco d'azzardo

A cura del Ministero della Salute

Cenni epidemiologici e quadro giuridico di riferimento

Il Gioco d‟azzardo patologico(GAP) veniva classificato nel DSM-IV-TR, il Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali della Associazione Americana di Psichiatria, tra i Disturbi del controllo degli impulsi non classificati altrove, come "un comportamento persistente, ricorrente, e mal adattativo di gioco d‟azzardo, che compromette le attività personali, familiari, o lavorative.

Si configurava perciò come una vera e propria malattia quando l‟impulso a giocare, ripetitivo e non più controllato, diventa l‟interesse primario della propria vita e può essere affiancato da azioni illegali per procurarsi crescenti quantità di denaro.

La versione successiva del manuale diagnostico statistico delle malattie mentali(il DSM V pubblicato dall‟APA nel 2013) inserisce il "gambling disorder", disturbo da gioco d‟azzardo, nel capitolo più ampio dei disturbi correlati all‟uso di sostanze o altre forme di dipendenza, collocandolo nella sottocategoria di "dipendenza sine substantia", non correlata cioè all‟uso e abuso di determinate sostanze, legali o illegali.

Non vi sono dati statistici completi ed esaurienti sulle persone che soffrono di questo disturbo, anche perché il confine tra il comportamento fisiologico, che viene cioè considerato come attività ricreativa e piacevole ed accettata socialmente e quello francamente patologico, non è sempre ben delineato e passa attraverso uno stato intermedio, il cosiddetto gioco d‟azzardo problematico, caratterizzato da un aumento del tempo e delle spese dedicati al gioco con vincite in denaro, con comportamento a rischio per la salute e necessità di diagnosi precoce ed intervento.

La dimensione del fenomeno in Italia è difficilmente stimabile in quanto, come anzidetto, ad oggi, non esistono studi accreditati, esaustivi e validamente rappresentativi del fenomeno.

In ogni caso i dati epidemiologici disponibili in Italia non si discostano molto da quelli internazionali. Secondo i dati del Rapporto Eurispes 2009, in Italia il gioco d‟azzardo coinvolge fino al 70-80% della popolazione adulta (circa 30 milioni di persone).

La popolazione italiana è stimata in circa 60 milioni di persone, di cui il 54% ha giocato d'azzardo con vincite in denaro almeno una volta negli ultimi 12 mesi. La stima però dei giocatori d'azzardo "problematici" (cioè di coloro che giocano frequentemente investendo anche discrete somme di denaro ma che non hanno ancora sviluppato una vera e propria dipendenza patologica pur essendo a forte rischio evolutivo) varia dall'1,3% al 3,8% della popolazione generale(da 767.000 a 2.296.000 italiani adulti) mentre la stima dei giocatori d'azzardo "patologici" (cioè con una vera e propria malattia che si manifesta con una dipendenza patologica incontrollabile) varia dallo 0,5% al 2,2%(da 302.000 a 1.329.00 italiani adulti) . Da alcune osservazioni inoltre emergerebbe che il 60% degli introiti totali da gioco (almeno per quanto riguarda le slot machine) sarebbero alimentati proprio da questa quota minoritaria di giocatori patologici più vulnerabili.

Si tratta di soggetti particolarmente vulnerabili che per una serie di fattori, individuali (di tipo neuro psichico), familiari ed ambientali, se esposti allo stimolo del gioco e/o a pubblicità incentivanti il gioco, possono sviluppare una vera e propria patologia. Questo dato, ormai consolidato dalle

evidenze scientifiche, impone a tutte le amministrazioni di riferimento l"adozione di strategie e misure contenitive del fenomeno.

L"indagine conoscitiva (student population survey) condotta negli anni 2012-2013 dal DPA sulla popolazione studentesca(15-19 anni), ha messo in evidenza la pratica del gioco d"azzardo nel 49,4% degli intervistati.

Questa popolazione è composta da una quota di giocatori sociali (39,0%), da giocatori problematici (7,2%) e da giocatori patologici (3,2%).

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

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

Il problema esiste ed è andato crescendo in questi ultimi anni anche a causa della sempre maggiore diffusione delle opportunità di gioco tramite internet e le nuove applicazioni degli smart-phone.

Sul piano legislativo il Ministero della Salute è intervenuto incisivamente sulla materia, facendosi promotore del decreto legge 13 settembre 2012, recante disposizioni urgenti per promuovere lo sviluppo del Paese mediante un più alto livello di tutela della salute. (GU n. 263 del 10-11-2012 convertito con legge 8 novembre 2012 n.189. (così detto Decreto Balduzzi)

L"articolo 5 del decreto legge sopra menzionato prevede l"aggiorneranno dei LEA per la prevenzione, cura e riabilitazione dei soggetti affetti da ludopatia

L"aggiornamento dei LEA è tutt"ora in fase di approvazione, tuttavia, già da diversi anni le Regioni hanno preso in carico i soggetti affetti da disturbo da gioco d"azzardo, compatibilmente con le risorse esistenti, attraverso i propri Servizi per le Dipendenze, fornendo loro assistenza e trattamenti.

Gli interventi offerti sono soprattutto il sostegno psicologico individuale e/o del nucleo familiare e il counselling.

Tutte le realtà hanno in trattamento pazienti affetti da disturbo da GAP per un totale di 12.376 pazienti.

Nell"articolo 7 comma 3 quater, del decreto Balduzzi, viene vietata la messa a disposizione presso qualsiasi pubblico esercizio di apparecchiature che, attraverso la connessione telematica, consentano ai clienti di giocare sulle piattaforme di gioco messe a disposizione dai concessionari on-line, da soggetti autorizzati all"esercizio dei giochi a distanza, ovvero da soggetti privi di qualsivoglia titolo concessorio o autorizzatorio rilasciato dalle competenti autorità.

I commi successivi, dal 4 al 9 del medesimo articolo prevedono, tra l"altro, una serie di divieti e di disposizioni sui messaggi pubblicitari e sulla pubblicità dei giochi che prevedono vincite in denaro e formule di avvertimento sul rischio di dipendenza dalla pratica di giochi con vincite in denaro sugli apparecchi e nelle sale in cui sono installati i video terminali. Sono inoltre fissate le sanzioni amministrative per l"inosservanza delle norme.

La legge 23 dicembre 2014 n.190, recante disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge di stabilità 2015), pubblicata sulla G.U n. 190 del 29.12.2014, S.O n.99, ha destinato, a partire dal 2015, una quota annua di 50 milioni di euro per la prevenzione, la cura e la riabilitazione delle patologie connesse alla dipendenza da gioco d"azzardo.

Di tale quota, un milione di euro per ciascuno degli anni 2015, 2016 e 2017, è destinato per la sperimentazione di modalità di controllo dei soggetti a rischio di patologia, mediante l‟adozione di software che consentano al giocatore di monitorare il proprio comportamento generando conseguentemente appositi messaggi di allerta.

La medesima legge stabilisce inoltre che il Ministero della Salute adotti linee di azione per garantire le prestazioni di prevenzione, cura e riabilitazione rivolte alle persone affette dalle patologie connesse al gioco d‟azzardo e che venga trasferito al Ministero della Salute l‟Osservatorio istituito dal Decreto Balduzzi presso l‟Agenzia delle Dogane e i Monopoli di Stato, al fine di realizzare il monitoraggio della dipendenza dal gioco d‟azzardo e della efficacia delle azioni di cura e di prevenzione intraprese.

La composizione dell‟Osservatorio verrà rideterminata con Decreto interministeriale del Ministro della Salute e del Ministro dell‟Economia e delle Finanze, assicurando la presenza di esperti in materia, di rappresentanti delle Regioni e degli Enti locali, nonché delle associazioni operanti nel settore, nell‟ambito delle risorse umane, strumentali e finanziarie disponibili a legislazione vigente, e, comunque, senza nuovi o maggiori oneri per la finanza pubblica.

(Il Decreto è stato predisposto dal Ministero della Salute ed è in fase di perfezionamento).

Questa iniziativa intende richiamare l'attenzione sul versante sanitario del disturbo da gioco d‟azzardo, sottolineando l'importanza di intervenire con azioni efficaci di prevenzione e cura del fenomeno

Compito dell'Osservatorio sarà certamente anche quello prioritario di ottenere un quadro più dettagliato ed aderente alla realtà del fenomeno e dati epidemiologici attendibili, in collaborazione con le Regioni e i Servizi regionali per le dipendenze.

Lo strumento dell‟Osservatorio sopra citato potrà consentire al Ministero della Salute, nel confronto con le Regioni, gli esperti della materia, le associazioni dei genitori e dei consumatori, di esaminare e discutere tutti gli aspetti che possono contribuire a limitare il fenomeno, come quelli relativi alla diffusione sul territorio dei punti di gioco, alle condizioni igienico-sanitarie ed ambientali relative, alle modalità di approccio al gioco soprattutto negli adolescenti e nei giovani, all‟organizzazione dei servizi per le dipendenze e così via, orientando nel contempo le scelte dei legislatori.

Si fa presente inoltre che già nel 2013 la Direzione Generale della Prevenzione Sanitaria del Ministero della Salute aveva invitato le Regioni ad effettuare, attraverso i Dipartimenti dio Prevenzione delle ASL, la verifica dei fattori di rischio e della salubrità delle sale da gioco, con riferimento in particolare ai parametri microclimatici ed ambientali generali.

Le verifiche sono ancora in corso ed al momento le risposte sono state molto limitate mettendo comunque in evidenza alcuni casi particolari di gravi inadempienze, anche sul piano autorizzatorio.

Le nuove risorse previste dalla Legge di stabilità, che devono essere dedicate alle attività assistenziali specifiche per il trattamento dei disturbi da gioco d‟azzardo, ai fini dell‟accesso al finanziamento integrativo connesso al rispetto degli adempimenti LEA, ancorchè probabilmente sotto stimate per una completa risposta dei Servizi alla problematica del disturbo da gioco d‟azzardo, contribuiranno sostanzialmente ad elevare il livello delle prestazioni ed il Ministero della Salute sarà chiamato a svolgere, in piena collaborazione con le Regioni, un compito di monitoraggio dell‟assistenza.

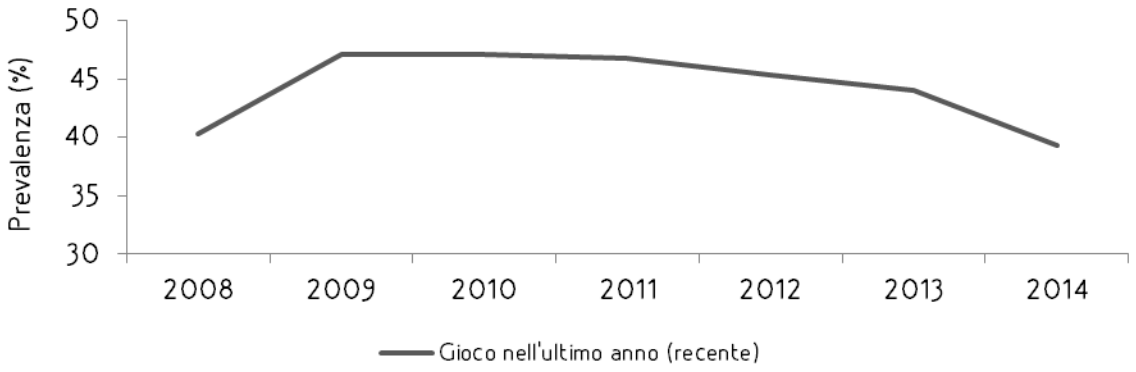
4.1 Il gioco d'azzardo tra gli studenti italiani

Dal 2008 nello studio ESPAD®Italia, oltre alle parti relative al consumo delle sostanze psicoattive, è stata introdotta una sezione specificatamente dedicata alla pratica del gioco d"azzardo e alla sua diffusione, includendovi il test di screening SOGS-Ra - South Oaks Gambling Screen, Revised for Adolescents (Winters et al., 1993; Poulin, 2002), validato a livello nazionale (Colasante et al., 2014), che permette di classificare il comportamento di gioco sulla base del grado potenziale di problematicità.

4.1.1 Gioco e contesti

In Italia poco meno della metà (46,7%) degli studenti di 15-19 anni ha giocato d"azzardo almeno una volta nella vita e sono il 39,3% quelli che l"hanno fatto nell"anno antecedente la rilevazione (giocatori recenti), evidenziando, per questi ultimi, un decremento delle prevalenze che dal 47% del triennio 2009-2011 passano al 45% del 2012 e al 44% del 2013.

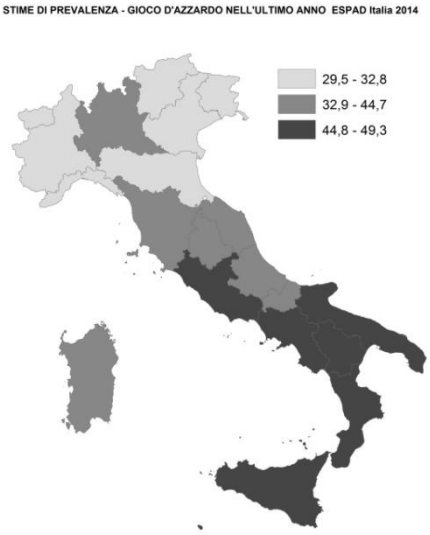
Figura 57: Stime di prevalenza degli studenti italiani che hanno giocato d"azzardo nell"ultimo anno. Trend anni 2008-2014



ESPAD®Italia

Il gioco d"azzardo fa registrare prevalenze annuali superiori alla media nazionale nelle regioni meridionali e nel Lazio (con valori compresi tra 44,8% e 49,3%), mentre in quelle settentrionali, ad eccezione della Lombardia, gli studenti risultano in quota inferiore (con un range di valori compresi tra 29,5% e 32,8%).
Pur registrando valori progressivamente in diminuzione, nel corso degli anni il quadro non subisce rilevanti modificazioni: le prevalenze regionali aumentano gradualmente passando dalle aree settentrionali a quelle meridionali, fatta eccezione per la regione Lazio che riporta valori sempre superiori alla media nazionale annua.

Figura 58: Stime di prevalenza degli studenti italiani che hanno giocato d‟azzardo nell‟ultimo anno. Anno 2014



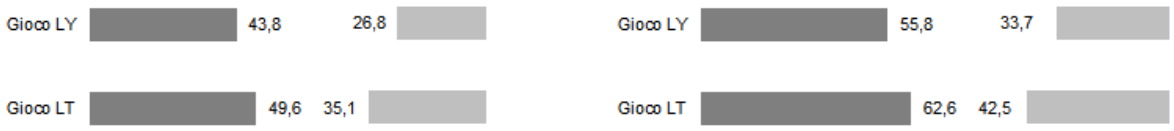
ESPAD®Italia 2014

Il 53% dei maggiorenni ed il 42% dei minorenni ha già provato a giocare d‟azzardo almeno una volta nella vita e sono il 45% e 35% quelli che l‟hanno praticato nell‟anno antecedente lo studio. Sono i maschi, più che le coetanee, di entrambe le classi di età ad esserne maggiormente attratti.

Figura 59: Stime di prevalenza degli studenti italiani che hanno giocato d‟azzardo. Anno 2013-2014

a) 15-17 anni **b) 18-19 anni**

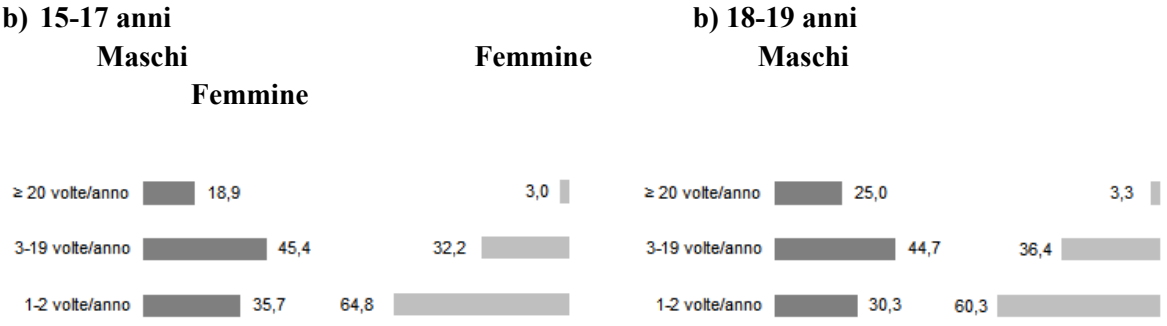
Maschi **Femmine** **Maschi** **Femmine**



LT= LifeTime (almeno una volta nella vita); LY= Last Year (almeno una volta negli ultimi dodici mesi)
ESPAD®Italia 2014

Se la maggior parte (44%) degli studenti ha giocato d‟azzardo poche volte durante l‟anno (33% dei maschi e 63% delle femmine), sono il 15% quelli che lo hanno praticato più assiduamente, 20 o più volte nell‟anno, in particolare i maschi (22% contro il 3% delle femmine) ed i maggiorenni (17% contro il 13% dei minorenni).

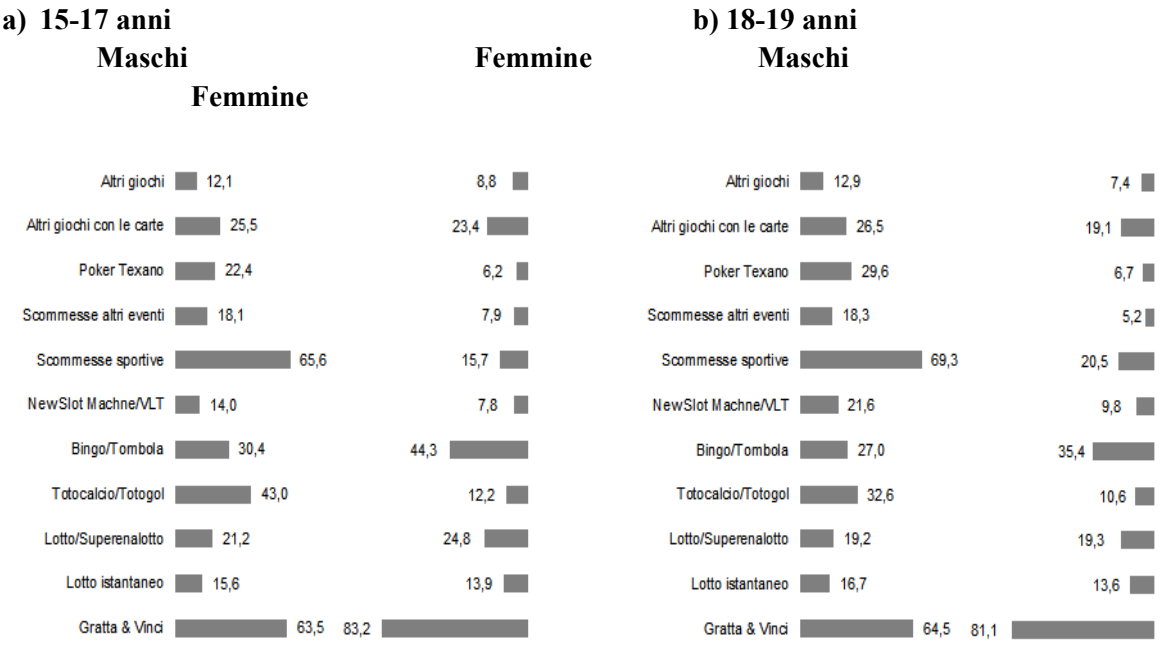
Figura 60: Distribuzione percentuale della frequenza di gioco annua tra gli studenti italiani che hanno giocato d"azzardo nell"anno. Anno 2014



ESPAD®Italia 2014

Sono i Gratta & Vinci ad interessare la maggior parte dei giovani giocatori: tra tutti i giocatori il 71% ci ha giocato durante l"anno. Sono il 49% coloro che hanno puntato soldi su eventi sportivi, un terzo ha giocato a Bingo/Tombola ed il 28% a Totocalcio/Totogol. Gli studenti che hanno scommesso giocando a carte sono stati quasi 1 ogni 4 giocatori (24%), il 21% a Lotto/Superenalotto, il 14% alle New Slot/VLT ed il 19% a Poker Texano. Se le studentesse preferiscono i giochi non strategici, come Gratta & Vinci e Bingo/Tombola, i ragazzi, oltre a questi, scommettono soldi su eventi sportivi, giocano a Totocalcio/Totogol, a Poker texano e ad altri giochi con le carte, non evidenziando differenze rilevanti a livello di età .

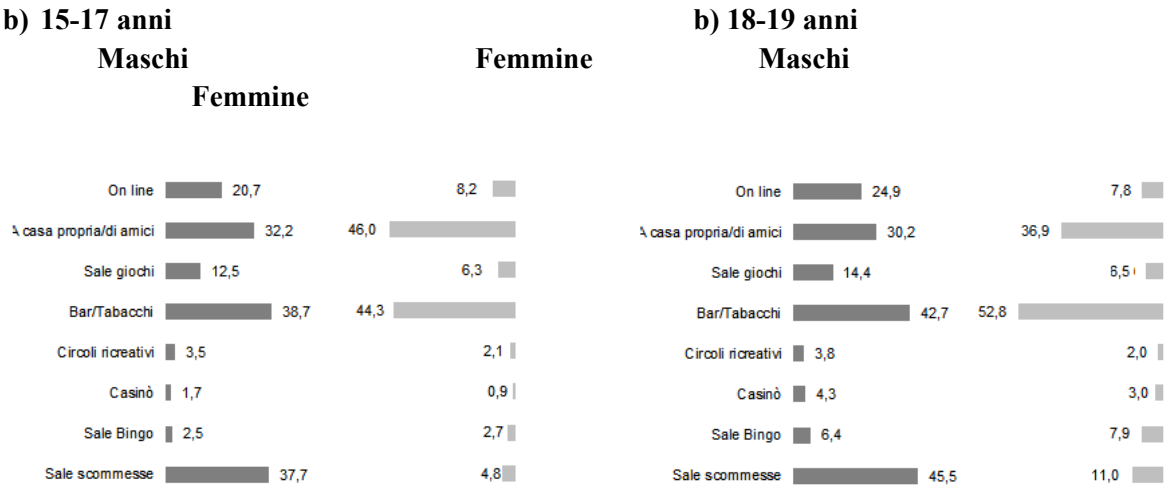
Figura 61: Distribuzione percentuale dei giochi praticati tra gli studenti italiani che hanno giocato d"azzardo nell"anno. Anno 2014



ESPAD®Italia 2014

In linea con le tipologie di gioco praticate, i luoghi maggiormente frequentati dagli studenti che hanno giocato d‟azzardo durante l‟anno sono stati bar/tabaccherie (44%), sale scommesse (29%); il 35% ha giocato a casa propria o di amici ed il 17% l‟ha fatto collegandosi on-line. In entrambe le classi di età, se le ragazze giocano quasi esclusivamente presso bar/tabacchi o nelle abitazioni private (a casa propria o di amici), per i coetanei i contesti di gioco preferiti risultano le sale scommesse, quelle da gioco, le abitazioni private ed il collegamento internet.

Figura 62: Distribuzione percentuale dei contesti di gioco frequentati dagli studenti italiani che hanno giocato d‟azzardo nell‟anno. Anno 2014



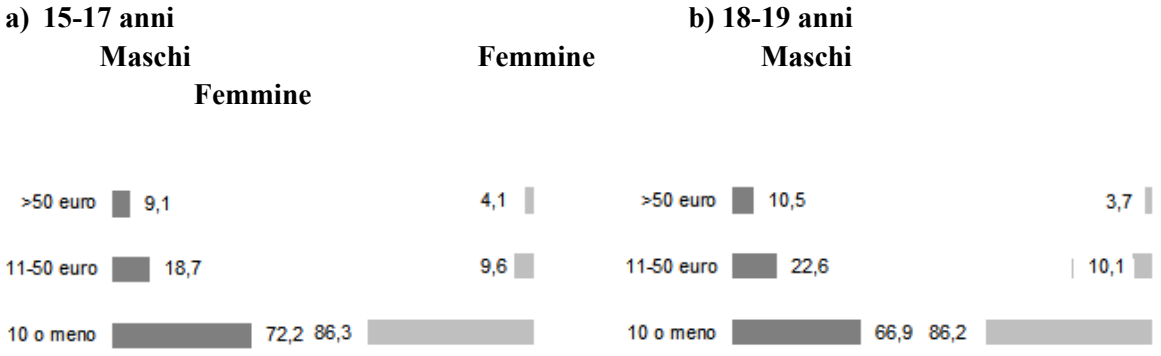
ESPAD®Italia 2014

I giochi d‟azzardo on-line maggiormente praticati sono quelli del Totocalcio e le scommesse sportive (56%), in particolare dai maschi (62% contro il 26% delle femmine), seguiti da Gratta & Vinci e Lotto istantaneo (22%) e poker texano (32%). Se le ragazze preferiscono giocare on-line ai Gratta & Vinci e Lotto istantaneo (34% contro 19% dei maschi), il poker texano è praticato soprattutto dai maschi (34% contro il 24% delle femmine), così come dai maggiorenni (37% contro 27% dei minorenni).

Il computer, di casa o quello portatile è il mezzo più utilizzato per accedere ad internet e giocare d‟azzardo, in particolare dai maschi (57% contro il 40% delle coetanee) e dai maggiorenni (59% contro il 49% dei minorenni); seguono smartphone e tablet (rispettivamente 33% e 16% degli studenti che hanno giocato on-line), senza differenze di genere e di età.

Circa tre quarti degli studenti che hanno giocato d‟azzardo durante l‟anno non ha speso più di 10 euro nel mese antecedente lo svolgimento dello studio, mentre per il 18% la spesa è stata tra gli 11 e i 50 euro e per l‟8% di oltre 50 euro. Se nel complesso la distribuzione della spesa sostenuta dagli studenti minorenni e da quelli maggiorenni risulta del tutto simile, è a livello di genere che si rilevano le differenze: le spese più elevate sono state sostenute dai maschi, tra i quali quasi il 10% ha speso oltre 50€ e il 21% tra gli 11 e i 50€ (contro rispettivamente il 4% e 10% delle ragazze).

Figura 63: Spesa sostenuta nell'ultimo mese dagli studenti italiani che hanno giocato d'azzardo nell'anno. Anno 2014



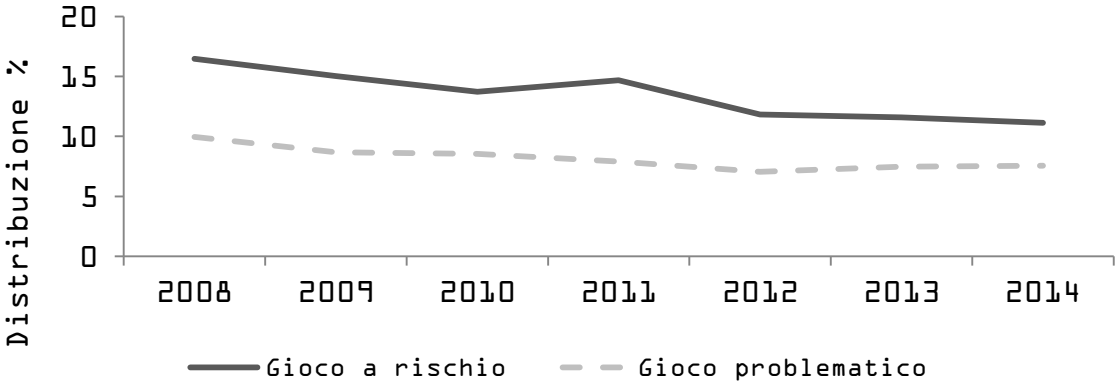
ESPAD®Italia 2014

4.1.2 Il gioco d'azzardo problematico

L'autocompilazione del test di screening SOGS-Ra (si veda box) ha rilevato che tra chi ha giocato d'azzardo nell'ultimo anno l'11% ha un comportamento definibile a rischio e l'8% circa problematico.

Nel corso degli anni di rilevazione si osserva un progressivo decremento delle percentuali di giocatori a rischio (dal 17% del 2008 si passa al 15% nel 2011 a quasi 12% nel 2013), mentre quelle riferite ai giocatori problematici, pur diminuendo fino al 2012 (nel 2008 la percentuale era del 10%), nell'ultimo biennio si mantengono stabili.

Figura 64: Distribuzione percentuale dei profili di gioco a rischio e problematico tra gli studenti italiani che hanno giocato d'azzardo nell'anno. Trend anni 2008-2014



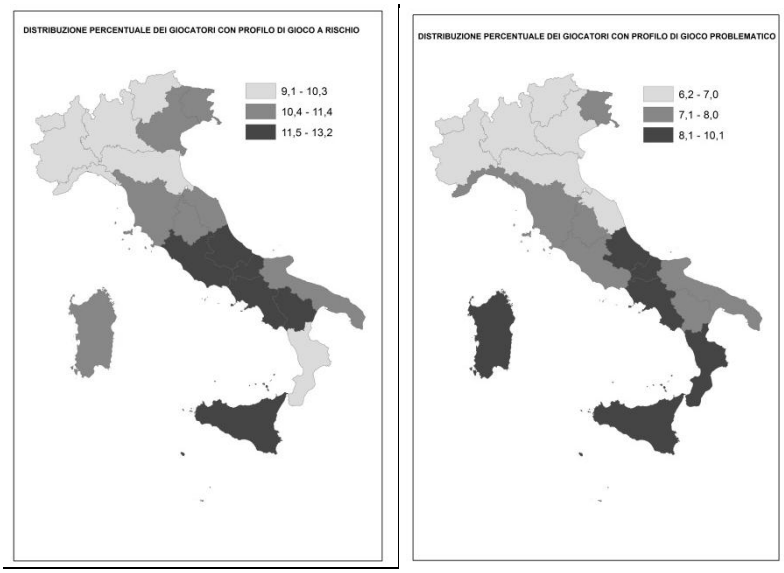
ESPAD®Italia

Come evidenziato per gli studenti che hanno giocato durante l'anno, per quanto riguarda la distribuzione dei giovani giocatori con un profilo di gioco definibile a rischio è nella maggior parte delle regioni centrali e meridionali che si osservano i valori superiori alla media nazionale (11,5-13,2% contro 11% del valore nazionale). Un quadro leggermente diverso si presenta quando si considera la distribuzione percentuale dei giocatori definibili problematici: i valori superiori alla media nazionale si rilevano nelle regioni meridionali Abruzzo, Molise, Campania, Calabria e Isole

maggiori (8,1-10,1% contro 7,6% del valore nazionale). Nelle regioni settentrionali la distribuzione percentuale di entrambi i profili di gioco risultano inferiori o in linea alla media nazionale.

Figura 65: Distribuzione percentuale tra gli studenti italiani che hanno giocato d"azzardo nell"ultimo anno e che hanno un profilo di gioco definito a rischio e problematico. Anno 2014

a) Profilo di gioco a rischio **b) Profilo di gioco problematico**

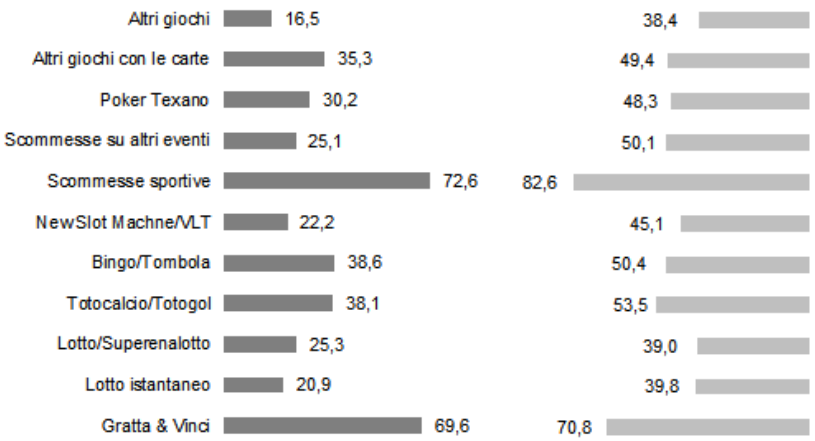


ESPAD®Italia 2014

I giocatori problematici, fatta eccezione per i Gratta & Vinci, oltre a praticare più tipologie di gioco, lo fanno più frequentemente e spendono cifre più consistenti.

Figura 66: Distribuzione percentuale dei giochi praticati tra gli studenti italiani che hanno giocato d"azzardo nell"ultimo anno e che hanno un profilo di gioco definito a rischio e problematico. Anno 2014

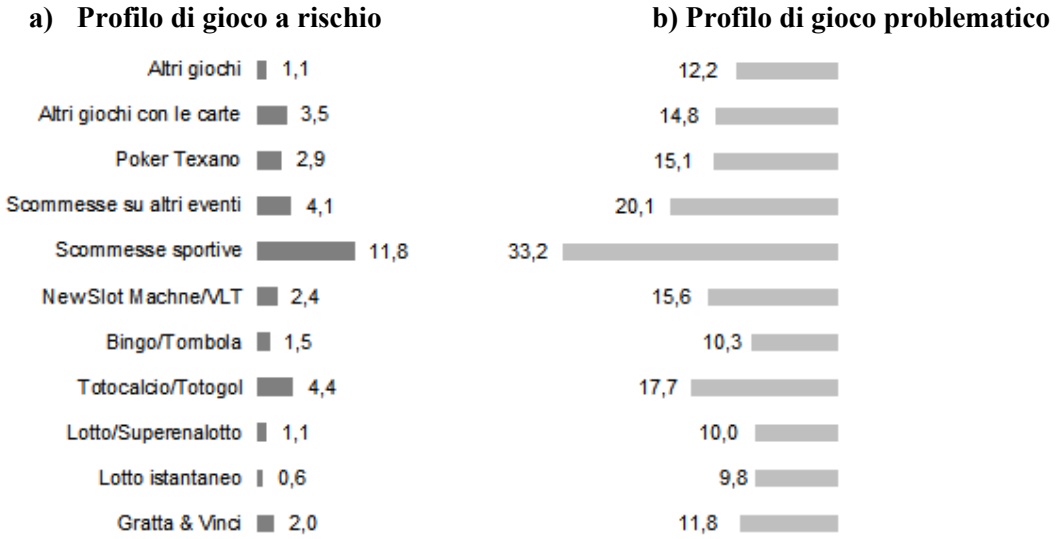
a) Profilo di gioco a rischio **b) Profilo di gioco problematico**



ESPAD®Italia 2014

Tra gli studenti con un profilo di gioco problematico, il 33% fa scommesse sportive tre o più volte alla settimana e il 20% e 16%, con la stessa frequenza settimanale, scommette soldi su altri eventi e/o gioca alle New Slot machine/VLT, così come un altrettanto 15% gioca a Poker Texano.

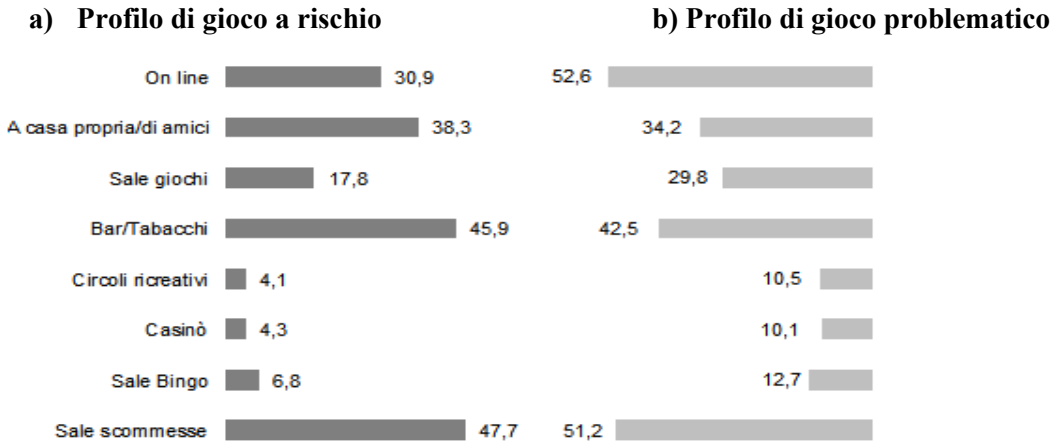
Figura 67: Distribuzione percentuale dei giochi praticati 3 o più volte a settimana tra gli studenti italiani che hanno giocato d"azzardo nell"ultimo anno e che hanno un profilo di gioco definito a rischio e problematico. Anno 2014



ESPAD®Italia 2014

Se bar e tabacchi sono i contesti di gioco frequentati in misura del tutto simile dai diversi profili di giocatori, sono le sale scommesse, quelle Bingo e gioco a distinguere in particolar modo i giovani giocatori problematici, oltre al gioco on-line.

Figura 68: Distribuzione percentuale dei contesti di gioco frequentati dagli studenti italiani che hanno giocato d"azzardo nell"ultimo anno e che hanno un profilo di gioco definito a rischio e problematico. Anno 2014



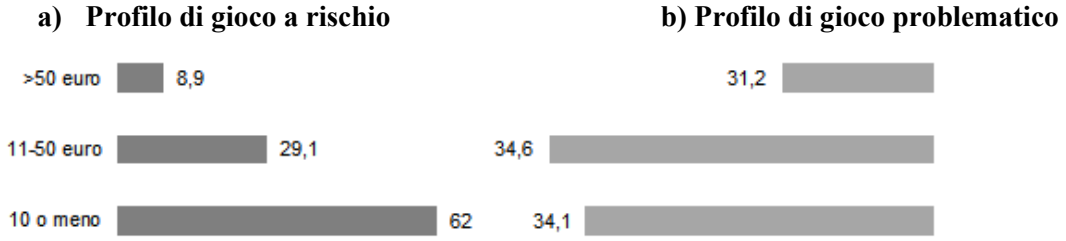
ESPAD®Italia 2014

Anche rispetto al gioco on-line i giocatori problematici evidenziano una tendenza maggiore a praticarlo, così come a giocare ai videogiochi presso bar o altri locali pubblici per 3 o più ore in un

giorno infrasettimanale (rispettivamente 53% e 17% contro 31% e 3% dei giocatori definibili a rischio).

La spesa sostenuta per giocare d‟azzardo è un altro importante aspetto che contraddistingue i giocatori problematici: nel mese precedente lo svolgimento dello studio, quasi uno studente ogni 3 con un profilo di gioco definito problematico ha speso oltre 50 euro, cifra spesa dal 9% dei giocatori a rischio.

Figura 69: Spesa sostenuta nell‟ultimo mese dagli studenti italiani che hanno giocato d‟azzardo nell‟ultimo anno e che hanno un profilo di gioco definito a rischio e problematico. Anno 2014



ESPAD®Italia 2014

4.1.3 Caratteristiche degli studenti giocatori a rischio e problematici

Al fine di individuare le caratteristiche associate ai giocatori sia a rischio sia problematici, sono stati utilizzati dei modelli statistici di regressione logistica che stimano le misure di associazione Odds Ratio-OR (o "Rapporto tra Odds") con alcune variabili presenti nel questionario. Le misure di associazione sono state aggiustate per genere ed età e riportate in tabella come ORadj (IC= intervallo di confidenza 95%). Se l‟OR assume un valore superiore ad 1 è possibile affermare che la variabile in esame risulta associata in maniera positiva con il comportamento di riferimento; se l‟OR risulta negativo la variabile in esame è associata negativamente al fenomeno in studio. Sono stati applicati due modelli per approfondire il profilo dei giocatori problematici e a rischio, in entrambi i casi il comportamento considerato come riferimento è il gioco non problematico. La significatività statistica è stata stabilita per un valore di $p \leq .05$.

Gli studenti che al test di screening SOGS-Ra hanno ottenuto un punteggio tale da definire "a rischio" e "problematico" il comportamento di gioco adottato, rispetto ai giocatori non problematici, evidenziano associazioni positive con aver fatto, nel mese antecedente lo svolgimento dello studio, *binge drinking* (bere 5 o più unità alcoliche in un tempo ristretto), con essere un fumatore quotidiano di sigarette, aver assunto almeno una volta sostanze psicoattive "sconosciute", così come aver consumato nell‟ultimo anno almeno una sostanza illegale e/o essere un "frequent user" di cannabis (20 o più volte nell‟ultimo mese).

Nel complesso per gli studenti con un profilo di gioco problematico l‟associazione con questi comportamenti a rischio risulta decisamente più intensa, così come le associazioni con altri comportamenti come aver rubato oggetti di valore superiore a 10 euro, aver speso oltre 50 euro a settimana senza il controllo dei genitori o, ancora, frequentare amici che giocano d‟azzardo, uscire spesso la sera o aver perso 3 o più giorni di scuola senza motivazione nell‟ultimo mese.

Dall‟altra parte l‟associazione con alcune caratteristiche relative alla famiglia d‟origine, al contesto amicale, alla gestione del tempo libero e all‟andamento scolastico evidenziano una minore probabilità di essere un giocatore a rischio o problematico. Avere, infatti, genitori che controllano

come i figli gestiscono il denaro e/o che controllano le attività svolte dai figli durante il sabato sera, essere soddisfatti del rapporto con i propri genitori e/o con i propri amici, così come avere un buon rendimento scolastico ed essere impegnati a livello sportivo sono aspetti inversamente associati all‟essere un giocatore a rischio e problematico (si veda Gori et al., 2014).

Caratteristiche degli studenti con profilo di gioco a rischio e problematico

	Giocatore a rischio *ORadj (IC 95%)*	**Giocatore problematico** *ORadj (IC 95%)*
Comportamenti a rischio		
Binge drinking	1,37 (1,20-1,57)*	2,48 (2,11-2,93)*
Fumare sigarette quotidianamente	1,34 (1,16-1,55)*	2,30 (1,95-2,7)*
Aver usato droghe sconosciute	1,91 (1,30-2,80)*	9,89 (7,46-13,11)*
Aver usato almeno una sostanza illegale LY (esclusa cannabis)	1,81 (1,40-2,35)*	6,26 (5,04-7,78)*
Aver assunto cannabis 20 o più volte LM	1,54 (1,16-2,03)*	2,83 (2,17-3,69)*
Aver rubato qualcosa del valore di >10 euro	2,19 (1,80-2,65)*	6,11 (5,09-7,35)*
Famiglia		
Spendere più di 50 euro a settimana senza il controllo dei genitori	1,61 (1,29-2,00)*	3,33 (2,66-4,16)*
Essere controllati dai genitori nelle uscite del sabato sera	0,56 (0,47-0,67)*	0,21 (0,18-0,25)*
Soddisfatti del rapporto coi propri genitori	0,79 (0,66-0,94)*	0,55 (0,45-0,66)*
Amici e tempo libero		
Soddisfatti del rapporto coi propri amici	0,76 (0,63-0,92)*	0,57 (0,46-0,71)*
Avere amici che giocano d‟azzardo	1,95 (1,67-2,27)*	2,22 (1,83-2,69)*
Uscire spesso la sera	1,37 (1,17-1,61)*	1,37 (1,13-1,66)*
Andare spesso in giro con gli amici	1,29 (1,03-1,62)*	n.s
Partecipare spesso ad attività sportive	n.s	0,77 (0,64-0,92)*
Scuola		
Avere un rendimento scolastico medio/alto	0,71 (0,54-0,92)*	0,45 (0,35-0,59)*
Aver perso 3 o più giorni di scuola senza motivo	1,70 (1,42-2,03)*	2,45 (2,02-2,97)*

LY=Last Year-Gioco nell‟ultimo anno; LM=Last Month-Gioco nell‟ultimo mese
*=p<.05; n.s=non significativo

South Oaks Gambling Screen: Revised for Adolescents - SOGS-RA

Il test di screening South Oaks Gambling Screen: Revised for Adolescents-SOGS-RA indaga la problematicità del gioco d‟azzardo nella popolazione adolescente. La versione originale del 1993 (Winters et al.) è stata adattata alla popolazione giovanile da Poulin (2002) e quest‟ultima è stata validata a livello italiano (Colasante et al., 2014). La validazione nazionale ha previsto una prima fase di traduzione e adattamento trans-culturale del test di screening mediante il metodo "translation and back translation" (Beaton et al.; 2000). Questa procedura è consistita nella traduzione della scala dalla lingua originale a quella italiana (inglese vs italiano), con lo scopo di mantenere il significato originale apportando idonei

adattamenti culturali e clinici. L‟analisi statistica per la verifica delle caratteristiche psicometriche della scala SOGS-Ra è consistita in:
a) validazione interna per la verifica dell‟omogeneità e della consistenza dello strumento;
b) validazione esterna per la verifica della correlazione con il *gold-standard* identificato con gli items riguardanti la frequenza di gioco.
Lo studio Italiano ha confermato lo scoring del punteggio suggerito nella versione originale.

Il test di screening SOGS-RA è composto dai seguenti 12 items a risposta dicotomica (No =0; Si=1).

1. Quanto spesso sei ritornato a giocare per cercare di rivincere i soldi che avevi perso al gioco?
2. Quando stavi giocando, hai mai detto agli altri di aver vinto soldi quando non era vero?
3. Il gioco ti ha mai causato discussioni in famiglia e con gli amici, oppure problemi a scuola?
4. Hai mai giocato più soldi di quanto ti eri proposto di fare?
5. Ci sono persone che ti hanno criticato perché giochi o ti hanno detto che hai un problema con il gioco, indipendentemente dal fatto che tu pensi sia vero o meno?
6. Ti sei mai sentito in colpa per i soldi che spendi nel gioco o per le conseguenze del tuo giocare?
7. Hai mai avuto voglia di smettere di giocare, pensando però che non ce l‟avresti fatta?
8. Hai mai nascosto alla famiglia o agli amici scontrini di scommesse, biglietti della lotteria, soldi vinti al gioco, o altre prove del tuo giocare?
9. Hai mai avuto litigi con la famiglia o con gli amici, parlando di soldi spesi nel gioco?
10. Hai mai preso in prestito soldi per giocare, senza restituirli?
11. Hai mai fatto assenze a scuola per andare a giocare?
12. Hai mai preso in prestito denaro oppure rubato qualcosa per avere soldi per giocare o per nascondere attività di gioco?

Il punteggio ottenuto, compreso tra 0 e 12, definisce 3 gradi di problematicità:

- lo score da 0 o 1 caratterizza un comportamento di gioco di tipo sociale, “non problematico”;
- da 2 a 3 un comportamento definibile a rischio “at risk”;
- uguale o superiore a 4 indica una condizione problematica rispetto al comportamento di gioco “problem gambling” (Winters et al., 1993).

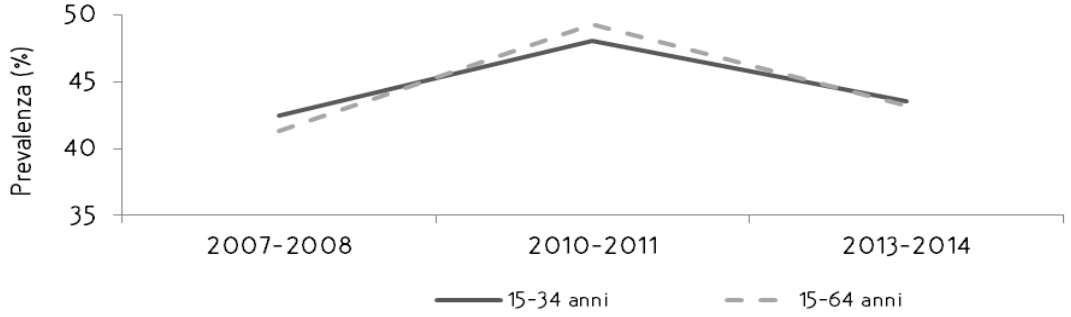
4.2 Il gioco d’azzardo nella popolazione generale

Nello studio IPSAD®, a partire dall‟indagine 2007-2008, è stata introdotta una sezione specifica sul gioco d‟azzardo, includendo lo strumento di screening CPGI - Canadian Problem Gambling Index (Ferris & Wynne, 2001a; b), adattata e validato a livello nazionale (Colasante et al., 2013), con la finalità di rilevare la diffusione del gioco d‟azzardo a rischio e problematico.

4.2.1 Giochi e contesti di gioco

Dall‟ultima indagine IPSAD®2013-2014 risulta che il 42,9% della popolazione di 15-64 anni, che corrisponde a quasi 17 milioni di persone, ha giocato almeno una volta somme di denaro; di questi oltre 5milioni e mezzo sono giovani adulti di 15-34 anni, con una prevalenza equivalente al 42,7%. Rispetto allo studio 2011 i tassi standardizzati (utilizzati per il confronto negli anni) riferiti sia alla popolazione di 15-64 anni sia a quella dei giovani adulti, risultano diminuiti, allineandosi al valore rilevato nello studio 2008.

Figura 70: Andamento temporale del gioco d‟azzardo nella popolazione 15-34 anni e 15-64 anni (tassi standardizzati[86])

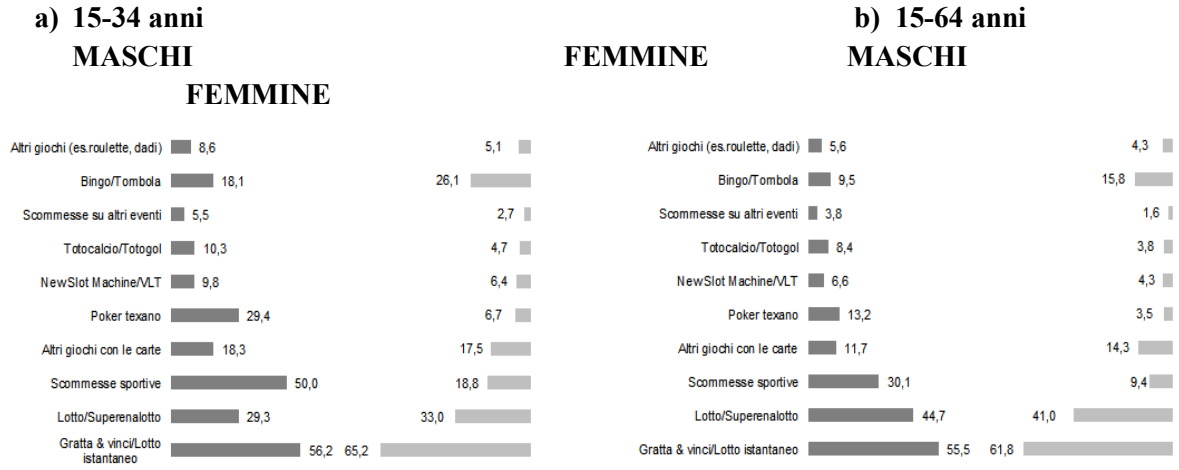


IPSAD®

Il genere maschile mostra una maggiore attrazione per il gioco d‟azzardo: il 55,7% degli uomini di entrambe le classi di età ha giocato somme di denaro, contro il 30,3% delle donne 15-64enni e il 29,3% delle 15-34enni.
I Gratta & Vinci e Lotto istantaneo sono i giochi maggiormente praticati nell‟anno, sia se si considerano tutti i giocatori 15-64enni (58%) sia i giovani adulti (59%); seguono, anche se con percentuali e ordine di preferenza diversi nelle due classi di età, il gioco del Lotto/Superenalotto (15-64enni: 44%; 15-34enni: 31%) e le scommesse sportive (15-64enni: 22%; 15-34enni: 39%). Tra i giovani adulti che hanno giocato d‟azzardo nell‟anno, circa 1 ogni 5 ha puntato soldi giocando a Poker Texano e/o a Bingo/Tombola o ancora facendo altri giochi a carte, rapporto che tra tutti i giocatori 15-64enni risulta inferiore (rispettivamente 9%, 11% e 12%). Tra i giocatori, gli uomini che, nell‟ultimo anno, hanno scommesso soldi su eventi sportivi e/o giocando a Poker Texano oppure a Totocalcio/Totogol risultano in quota superiore a quella delle donne; queste ultime, invece, risultano in quota maggiore per i giochi non strategici quali Gratta & Vinci e/o Bingo/Tombola.

86 I valori riportati nei grafici si riferiscono a tasso standardizzati e quindi risultano differenti dalle prevalenze riportate.

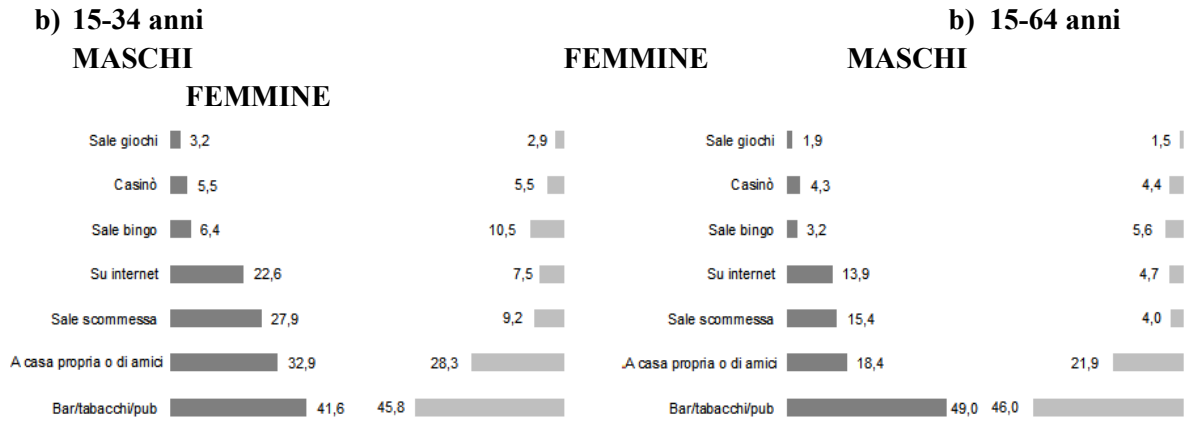
Figura 71: Distribuzione percentuale dei giochi praticati da coloro che hanno giocato d"azzardo nell"anno. Anno 2013-2014



IPSAD®2013-2014

In generale, tra i giocatori, i bar/tabacchi sono i luoghi prescelti per giocare (15-34enni: 44%; 15-64enni: 49%), seguiti dall"abitazione propria o di amici (15-34enni: 30%; 15-64enni: 19%) e dalle sale scommesse (rispettivamente 21% e 11%), queste ultime frequentate in particolar modo dai maschi. I giocatori di 15-34 anni preferiscono, inoltre, giocare on-line (18% vs 11% dei 15-64enni). Se giocare d"azzardo collegandosi in internet è particolarmente presente nei giocatori di genere maschile, le sale Bingo sono invece preferite dalle donne.

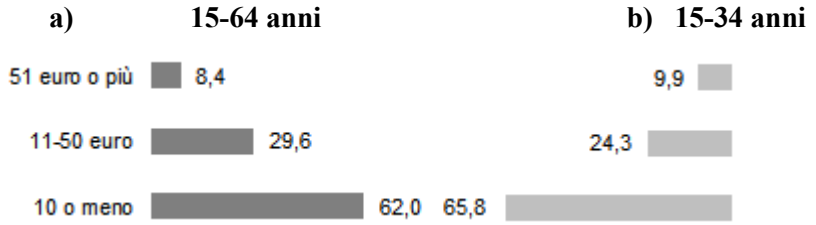
Figura 72: Distribuzione percentuale dei contesti di gioco frequentati da coloro che hanno giocato d"azzardo nell"anno. Anno 2013-2014



IPSAD®2013-2014

La maggior parte di chi ha giocato d"azzardo non ha speso più di 10 euro nei trenta giorni antecedenti lo svolgimento dello studio, per meno di un terzo la spesa è stata tra 11 e 50 euro e meno di un decimo ha speso oltre 50 euro.

Figura 73: Distribuzione percentuale dei soldi spesi nell'ultimo mese tra coloro che hanno giocato d'azzardo nell'anno. Anno 2013-2014



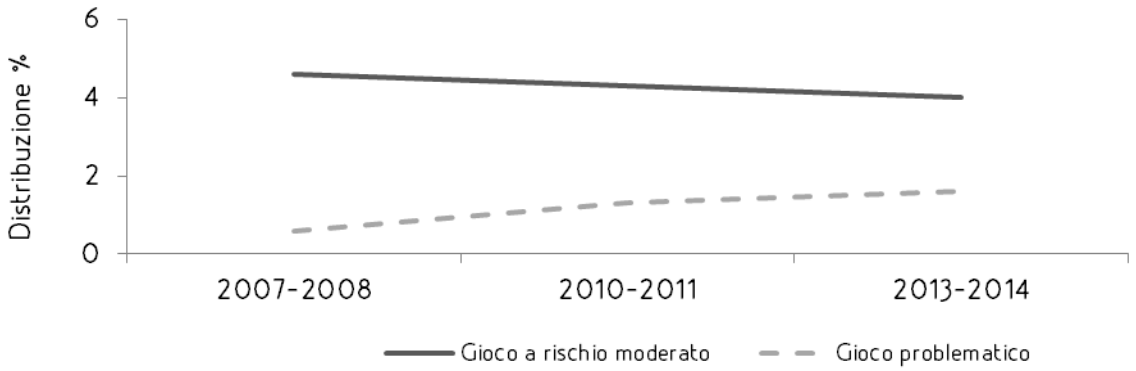
IPSAD®2013-2014

4.2.2 Il gioco d'azzardo problematico

L'autocompilazione del test di screening CPGI (si veda box) nell'ultima rilevazione ha evidenziato che poco meno del 15% dei giocatori ha un comportamento definibile "a basso rischio", il 4% "a rischio moderato" e per l'1,6% è "problematico". Nell'ultima indagine sono gli uomini ad avere una percentuale maggiore di gioco a rischio moderato/problematico (6% contro 4% delle donne).

Il confronto negli anni della percentuale di giocatori fa registrare nell'ultimo studio un lieve incremento dei soggetti con profilo di gioco problematico (Bastiani et al., 2013; Bastiani et al., 2015).

Figura 74: Distribuzione percentuale dei profili di gioco a rischio moderato e problematico tra i giocatori di 15.64 anni

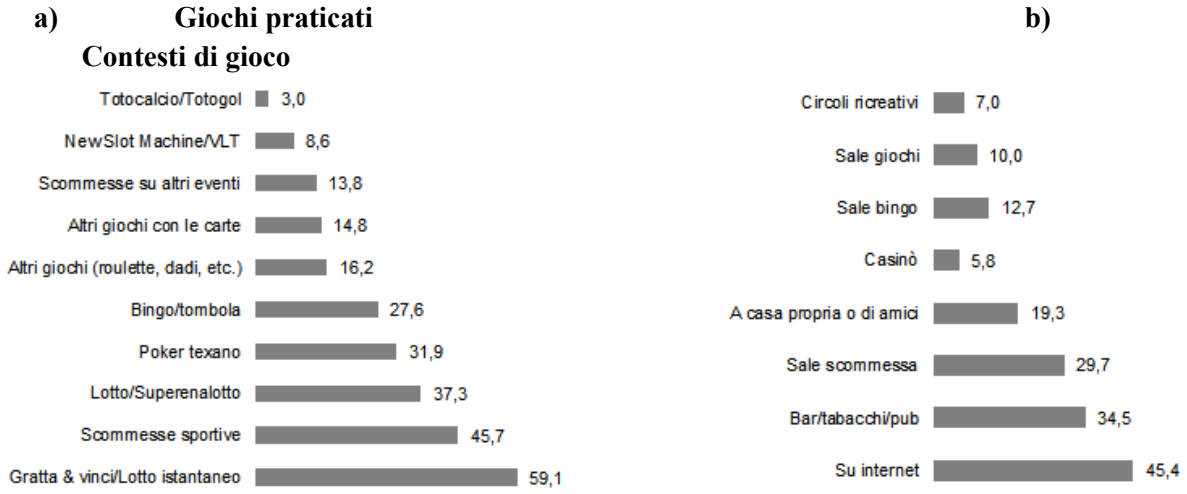


IPSAD®

Il 60% dei giocatori a rischio moderato/problematico ha giocato ai Gratta & vinci e Lotto istantaneo e sono il 46% quelli che hanno scommesso soldi sugli eventi sportivi e un terzo circa ha giocato a Poker texano.

I giocatori definiti a rischio moderato/problematico si distinguono anche rispetto ai contesti e luoghi frequentati per giocare d'azzardo: tra questi, coloro che giocano on-line, senza alcun limite di tempo e di spazio e in solitudine, sono stati quasi la metà, così come elevata è la quota di chi gioca presso le sale scommesse, Bingo e/o giochi.

Figura 75: Distribuzione percentuale dei giochi praticati e dei contesti di giochi frequentati dai soggetti con profilo di gioco a rischio moderato/problematico nella popolazione di 15-64 anni. Anno 2013-2014



IPSAD®2013-2014

Tra i giocatori con profilo di giocatore problematico che hanno riferito di aver scommesso denaro negli ultimi trenta giorni, quasi il 40% ha impegnato oltre 50 euro, il 38% ha speso tra 11 e 50 euro e meno di un quarto non ha superato i 10 euro.

Canadian Problem Gambling Index - CPGI

Lo scala CPGI rileva il grado di problematicità legato al comportamento di gioco d‟azzardo nella popolazione generale. Sviluppata nel 2001 da Ferris & Wynne e stata validata nella sua versione italiana da Colasante et al. (2013) prevedendo, oltre alla traduzione e all‟adattamento trans-culturale mediante il metodo "translation and back translation" (Beaton et al., 2000), l‟analisi statistica per la verifica delle caratteristiche psicometriche, svolta in due fasi:
a) la validazione interna per la verifica dell‟omogeneità e della consistenza dello strumento;
b) la validazione esterna per la verifica della correlazione rispetto al *gold-standard* identificato dal test Lie/Bet (Johnson; 1998). Lo studio Italiano conferma lo scoring del punteggio utilizzato nella versione originale.

Il CPGI è una scala di screening composta da 9 domande riferite al comportamento di gioco:
1. Ripensando agli ultimi 12 mesi, hai giocato più denaro di quanto tu potessi effettivamente permetterti di perdere?
2. Riflettendo ancora sugli ultimi 12 mesi, hai sentito il bisogno di giocare quantitativi sempre più grandi di denaro per sentire la stessa sensazione di eccitamento?
3. Quando hai giocato, sei tornato di nuovo un altro giorno per rifarti del denaro perso?
4. Hai mai preso in prestito denaro o venduto qualcosa per realizzare denaro destinato al gioco?
5. Hai mai avuto la sensazione che potresti avere un problema con il gioco?
6. Il gioco ti ha causato problemi di salute di qualsiasi tipo, incluso lo stress e l‟ansia?
7. Ci sono persone che ti hanno criticato perché giochi o che ti hanno detto che hai un

problema con il gioco, indipendentemente dal fatto che tu pensassi che ciò fosse vero o meno?

8. Il fatto che tu giocassi ha mai causato problemi finanziari a te o alla tua famiglia?
9. Ti sei mai sentito in colpa per il tuo modo di giocare o delle conseguenze del tuo gioco?

La scala è composta da domande a risposta multipla (Mai=0, A volte=1, Spesso=2, Quasi sempre=3), con un range di punteggio compreso tra 0 e 27:
- punteggio inferiore a 1 caratterizza il giocatore sociale "no-risk gambler”
- da 1 a 2 punti viene classificato un basso livello di rischio “low-risk gambling”
- da 3 a 7 il livello di rischio diventa moderato “moderate-risk gambling”,
- uguale o superiore a 8 indica una condizione problematica (Ferris & Wynne, 2001a; 2001b).

Bibliografia

Bastiani, L., Gori, M., Colasante, E., Siciliano, V., Capitanucci, D., Jarre, P., & Molinaro, S. (2013). Complex factors and behaviors in the gambling population of Italy. Journal of Gambling Studies, 29(1):1-13. doi: 10.1007/s10899-011-9283-8.

Bastiani, L., Fea, M., Potente, R., Luppi,C., Lucchini, F., & Molinaro, S. (2015). National Helpline for Problem Gambling: A Profile of Its Users‟ Characteristics. Journal of Addiction, Article ID 659731, 9 pages. doi: 10.1155/2015/659731.

Beaton, D. E., Bombardier, C., Guillemin, F., et al. (2000). Guidelines for the process of cross-cultural adaptation of self-report measures. Spine, 25, 3186–3191.

Colasante, E., Gori, M., Bastiani, L., Siciliano, V., Giordani. P., Grassi, M., & Molinaro, S. (2013). An Assessment of the Psychometric Properties of Italian Version of CPGI. Journal of Gambling Studies, 29(4):765-74. doi: 10.1007/s10899-012-9331-z.

Colasante, E., Gori, M., Bastiani, L., Scalese, M., Siciliano, V., & Molinaro, S. (2014). Italian Adolescent Gambling Behaviour: Psychometric Evaluation of the South Oaks Gambling Screen: Revised for Adolescents (SOGS-RA) Among a Sample of Italian Students. Journal of Gambling Studies, 30(4):789-801. doi: 10.1007/s10899-013-9385-6.

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

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

Gori, M., Potente, R., Pitino, A., Scalese, M., Bastiani, L., & Molinaro, S. (2014). Relationship between gambling Severity and attitudes in adolescents: findings from a population-based Study. Journal of Gambling Studies, Jul 26. doi: 10.1007/s10899-014-9481-2

Johnson, E.E., Hamer, R., & Nora, R.M. (1998). The lie/bet questionnaire for screening pathological gamblers: A follow-up study, Psychological Reports, 83 (3 Pt 2):1219-24.

Winters, K. C., Stinchfield, R. D., & Fulkerson, J. (1993). Toward the development of an adolescent gambling problem severity scale. Journal of Gambling Studies,9:63–84.

Poulin, C. (2002). An assessment of the validity and reliability of the SOGS-RA. Journal of Gambling Studies,18(1): 67–93.

RELAZIONE ANNUALE AL PARLAMENTO SULLO STATO DELLE TOSSICODIPENDENZE IN ITALIA

DIREZIONE E COORDINAMENTO:

Cons. Avv. Patrizia DE ROSE, *Dipartimento per le Politiche Antidroga della Presidenza del Consiglio dei Ministri*

GRUPPO REDAZIONALE:

DIPARTIMENTO POLITICHE ANTIDROGA

- Dott.ssa Elisabetta SIMEONI
- Dott.ssa Marinella MARINO
- Sig.ra M. Rita SASSARA

MINISTERO DELL"INTERNO

- Gen.D. CC Sabino CAVALIERE, *Direzione Centrale per i Servizi Antidroga*
- Dott.ssa Maria Gabriella GALEOTTI , *Centro Studi Ricerca e Documentazione*
- Dott.ssa Rita CECCHETTI, *Centro Studi Ricerca e Documentazione*
- Dott.ssa Marina COLASANTI, *Centro Studi Ricerca e Documentazione*
- Dott.ssa Antonietta SALA, *Centro Studi Ricerca e Documentazione*
- Dott.ssa Anna Maria CAPUTO, *Direzione Centrale Anticrimine della Polizia di Stato - Servizio Polizia Scientifica*

MINISTERO DELLA GIUSTIZIA

- Dott. Roberto Calogero PISCITELLO, *Direttore Generale dei detenuti e del trattamento*
- Dott.ssa Roberta PALMISANO, *Ufficio studi e rapporti internazionali – Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria*
- Dott.ssa Paola MONTESANTI, *Direzione generale dei detenuti e del trattamento – Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria*
- Dott.ssa Flavia TAGLIAFIERRO, *Ufficio sviluppo e gestione sistemi informativi - Dip. dell'Amministr. Penitenziaria*
- Dott.ssa Sonia SPECCHIA, *Direzione generale dell'esecuzione penale esterna – Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria*
- Dott.ssa Barbara CHIARI, *Direzione generale della giustizia penale – Dipartimento per gli Affari di Giustizia*
- Dott.ssa Francesca STILLA, *Direzione generale per l"attuazione provvedimenti giudiziari – Dipartimento Giustizia minorile*
- Dott.ssa Vincenza IARIA, *Direzione generale della giustizia penale – Dipartimento per gli Affari di Giustizia - Casellario Centrale*

MINISTERO DELLA SALUTE

- Dott. Raniero GUERRA, *Direttore Generale della prevenzione sanitaria*
- Dott.ssa Marcella MARLETTA, *Direttore Generale dei dispositivi medici e del servizio farmaceutico*
- Dott. Pietro MALARA, *Direzione Generale della prevenzione sanitaria – Ufficio VII*
- Dott.ssa Natalia MAGLIOCHETTI, *Direzione generale della prevenzione*

- Dott.ssa Germana APUZZO, *Direzione generale dispositivi medici e del servizo farmaceutico - Ufficio centrale stupefacenti*
- Dott. Pietro CANUZZI, *Direzione generale dispositivi medici e del servizo farmaceutico - Ufficio centrale stupefacenti*
- Dott.ssa Lidia DI MINCO, *Direzione Generale della digitalizzazione, del sistema informativo sanitario e della statistica*
- Dott.ssa Miriam DE CESARE, *Direzione Generale della digitalizzazione, del sistema informativo sanitario e della statistica*

MINISTERO DELLA DIFESA

- Col. CSArn Claudio DE ANGELIS, *Direttore Osservatorio Epidemiologico della Difesa*
- Col. SAN me Alessandro CASCIOTTA, *Osservatorio Epidemiologico della Difesa*
- Magg. CC RTL Raffaele VENTO, *Osservatorio Epidemiologico della Difesa*
- Cap. psi Federica MURGIA, *Osservatorio Epidemiologico della Difesa*
- 1° M.llo Oss SAN Angelo DI PIETRO, *Osservatorio Epidemiologico della Difesa*

ISTITUTO SUPERIORE DI SANITÀ (ISS)

- Dott.ssa Roberta PACIFICI, *Dipartimento del farmaco – Reparto di farmacodipendenza, tossicodipendenza e doping*
- Dott.ssa Teodora MACCHIA, *Dipartimento del farmaco – Reparto di farmacodipendenza, tossicodipendenza e doping*
- Dott.ssa Barbara SULIGOI, *Centro operativo AIDS - Dipartimento malattie infettive, parassitarie ed immunomediate*
- Dott.ssa Laura CAMONI, *Centro operativo AIDS - Dipartimento malattie infettive, parassitarie ed immunomediate*
- Dott.ssa Maria Cristina SALFA, *Centro operativo AIDS - Dipartimento malattie infettive, parassitarie ed immunomediate*
- Dott. Stefano BOROS, *Dipartimento malattie infettive, parassitarie ed immunomediate*
- Dott.ssa Maria Elena TOSTI, *Centro Nazionale Epidemiologia*
- Dott.ssa Simona PICHINI, *Dipartimento del farmaco – Reparto di farmacodipendenza, tossicodipendenza e doping*

ISTITUTO NAZIONALE DI STATISTICA (ISTAT)

- Dott.ssa Roberta CRIALESI
- Dott.ssa Gabriella SEBASTIANI
- Dott.ssa Antonella BALDASSARINI
- Dott.ssa Marilena PAPPAGALLO
- Dott.Francesco GRIPPO
- Dott.ssa Alessandra BURGIO
- Dott.ssa Claudia DE VITIIS
- Dott. Claudio CECCARELLI
- Dott.ssa Elena DE PALMA
- Dott.ssa Sara BASSO
- Dott. Federico SALLUSTI

CONSIGLIO NAZIONALE DELLE RICERCHE (CNR)

Istituto di Fisiologia Clinica, Sezione di Epidemiologia e Ricerca sui Servizi Sanitari

- Dott.ssa Sabrina MOLINARO
- Dott. Stefano SALVADORI
- Dott.ssa Valeria SICILIANO
- Dott. Marco SCALESE
- Dott.ssa Roberta POTENTE
- Dott.ssa Emanuela COLASANTE
- Dott. Luca BASTIANI
- Dott.ssa Claudia LUPPI
- Dott.ssa Arianna CUTILLI

ESPERTI SCIENTIFICI

- Prof.ssa Carla ROSSI, *Rappresentante del Parlamento Europeo nel Management Board dell'Osservatorio Europeo delle Droghe e delle Tossicodipendenze (OEDT /EMCDDA)*

GRUPPO TECNICO INTERREGIONALE TOSSICODIPENDENZE DELLA COMMISSIONE SALUTE DELA CONFERENZA DELLE REGIONI E PA

- Dott. Arcangelo ALFANO
- Dott. Roberto DIECIDUE
- Dott.ssa Adele Di STEFANO
- Dott.ssa Claudia MAGHERINI
- Dott. Gaetano MANNA

ASSOCIAZIONI DEI SERVIZI PUBBLICI E PRIVATI

- Dott. Riccardo De Facci, CNCA
- Dott.ssa Antonella Camposeragna, CNCA
- Dott. Pietro Fausto D'Egidio, FEDERSERD
- Dott. Guido Faillace, FEDERSERD
- Dott. Umberto Paioletti, INTERCEAR
- Dott. Grillo, INTERCEAR
- Dott. Sollini, INTERCEAR
- Dott. Luciano Squillaci, FICT
- Dott. Giuseppe Mammana, ACUDIPA

ALTRI ESPERTI

- Dott. Sandro LIBIANCHI, *Responsabile Medico Unità Operativa Complesso Polipenitenziario di Rebibbia*
- Dott.ssa Laura AMATO, *Dipartimento di Epidemiologia Regione Lazio - Gruppo Cochrane Droghe e Alcol*

COLLABORAZIONI

- Dott. Luca Di CENSI
- Dott. Fabrizio Fabi
- Dott. Francesco FABI
- Dott.ssa Maria Alessandra TULLIO

ALTRE ASSOCIAZIONI

- ASAPS, Associazione Sostenitori ed Amici della Polizia Stradale

SUPPORTO ALLA REDAZIONE

United Nations Interregional Crime and Justice Research Institute (UNICRI) - P*rogetto International Information System on Addiction (IISA)*