

REPORT NAZIONALE

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

SINTESI

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

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

Dipartimento Politiche Antidroga – Presidenza del Consiglio dei Ministri

IL PIANO D'AZIONE NAZIONALE ANTIDROGA 2010-2013

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

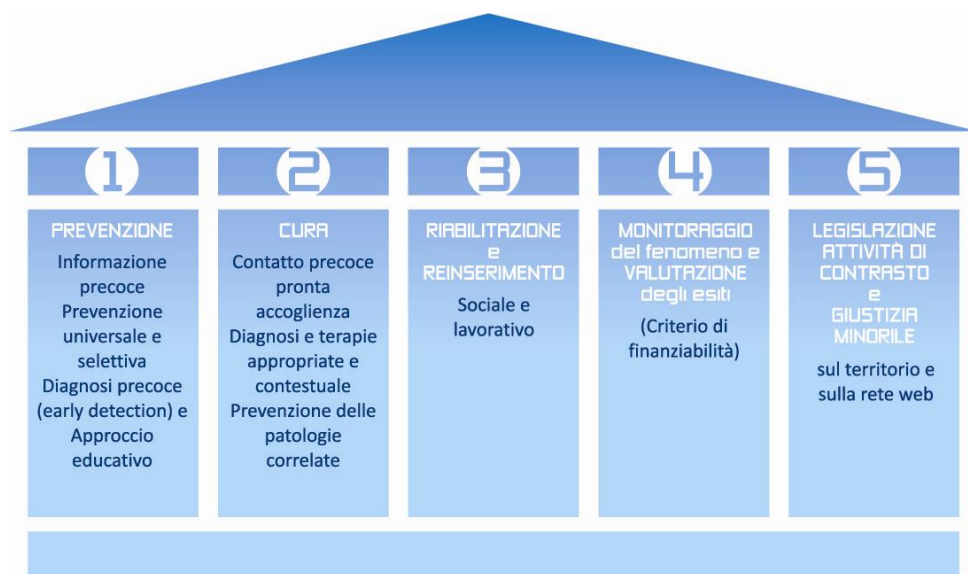
Le principali aree su cui concentrare l'attenzione e gli interventi per gli anni futuri con un approccio bilanciato e integrato sono:

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

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

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

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



Importante piano di
progetti attivato a
sostegno delle
azioni

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

Risultati positivi
ottenuti negli ultimi
5 anni

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

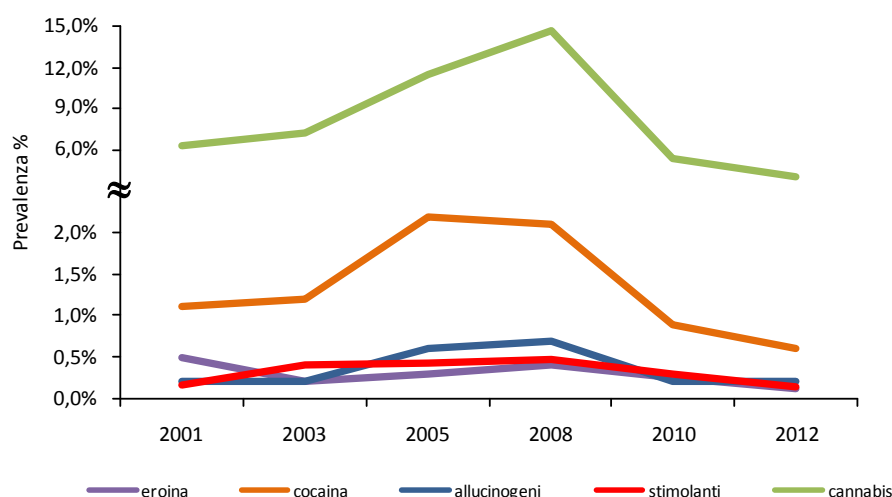
I.1 CONSUMO DI DROGA

Le analisi del consumo di sostanze stupefacenti in Italia sono state eseguite utilizzando diverse ed indipendenti fonti informative al fine di poter stimare il più correttamente possibile il fenomeno da vari punti di vista. Nel 2012, sulla base dell'indagine di popolazione generale (GPS-ITA) condotta su un campione rappresentativo di circa 19.000 italiani (percentuale di adesione del 33,4%) è stato stimato il numero totale dei consumatori (intendendo con questo termine sia quelli occasionali che con dipendenza da sostanze con uso quotidiano) pari a 2.327.335 (da 2.127.000 a 2.548.000, intervallo al livello $1-\alpha=95\%$) persone.

L'analisi generale dell'andamento dei consumatori di sostanze stupefacenti negli ultimi 12 mesi, riferiti alla popolazione nazionale 15-64 anni, conferma la tendenza alla contrazione del numero dei consumatori già osservata nel 2010 per tutte le sostanze considerate, anche se con intensità minore rispetto al decremento riscontrato nel 2010 (Figura 2).

Quadro generale

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



Continua la tendenza alla diminuzione globale dei consumatori nella popolazione generale

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

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

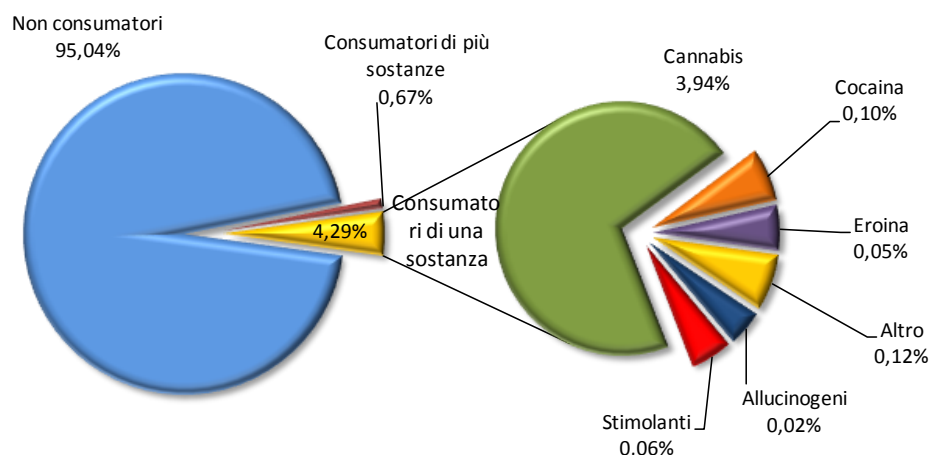
Tabella 1: Consumo di sostanze stupefacenti (prevalenza %) nella popolazione generale 15-64 anni (uso di sostanze almeno una volta negli ultimi 12 mesi). Anni 2010-2012

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

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

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

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



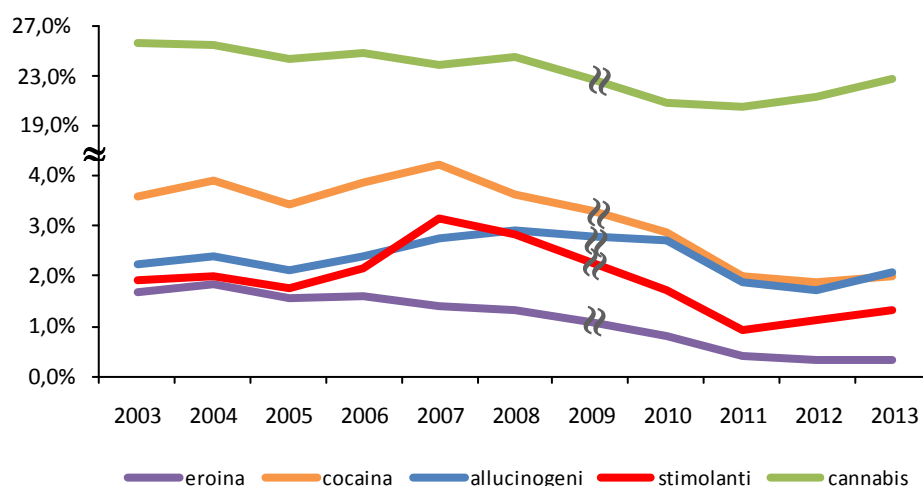
Il 95,04% della popolazione 15-64 anni non ha assunto alcuna sostanza stupefacente negli ultimi 12 mesi

Fonte: Studio GPS-DPA 2012 – Dipartimento Politiche Antidroga

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

La cocaina, dopo un tendenziale aumento che caratterizza il primo periodo fino al 2007, segna una costante e continua contrazione della prevalenza di consumatori fino al 2012, stabilizzandosi nel 2013 a valori di prevalenza osservati nel 2011. In costante e continuo calo il consumo di eroina sin dal 2004, anno in cui è stata osservata la prevalenza di consumo più elevata nel periodo di riferimento, pur rimanendo a livelli inferiori al 2% degli studenti che hanno compilato il questionario. Negli ultimi anni il fenomeno si è stabilizzato.

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

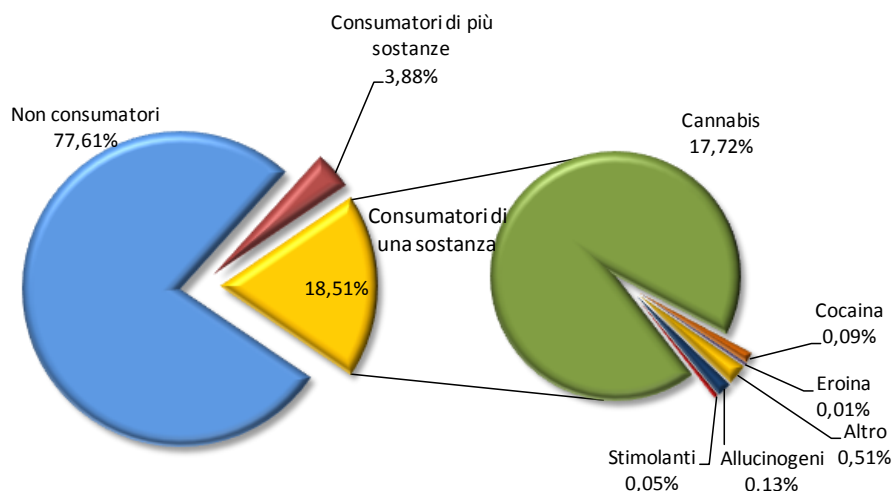


Indagine 2013 su soggetti con età 15-19 anni: lieve aumento dei consumatori (LYP) per-cannabis; variazione non significativa per allucinogeni, stimolanti, cocaina ed eroina

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

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

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



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

Fonte: Studi SPS-DPA 2013 – Dipartimento Politiche Antidroga

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

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

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

Consumatori (una o più volte negli ultimi 12 mesi):

- cannabis: +2,29
- cocaina: +0,15
- eroina: +0,01
- stimolanti: +0,21
- allucinogeni: +0,36

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

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

Il fenomeno cannabis su internet

Su internet, dal 2008 ad oggi, la promozione e i siti a favore sia della legalizzazione della cannabis che della vendita di prodotti per la sua produzione e consumo, si sono particolarmente ampliate e radicate.

Dai siti registrati come singolo dominio, ai blog, passando per gli shop-online e le pagine sui social network, gli utenti di tutto il mondo acquistano semi, si scambiano indicazioni circa la coltivazione e forniscono pareri sugli effetti delle diverse piante.

Da un'ampia analisi effettuata sui database accessibili sia degli enti istituzionali, che delle aziende di settore è stato possibile stimare che il numero dei siti tematici favorevoli alla legalizzazione e liberalizzazione o offrenti sostanze abbia abbondantemente superato nel

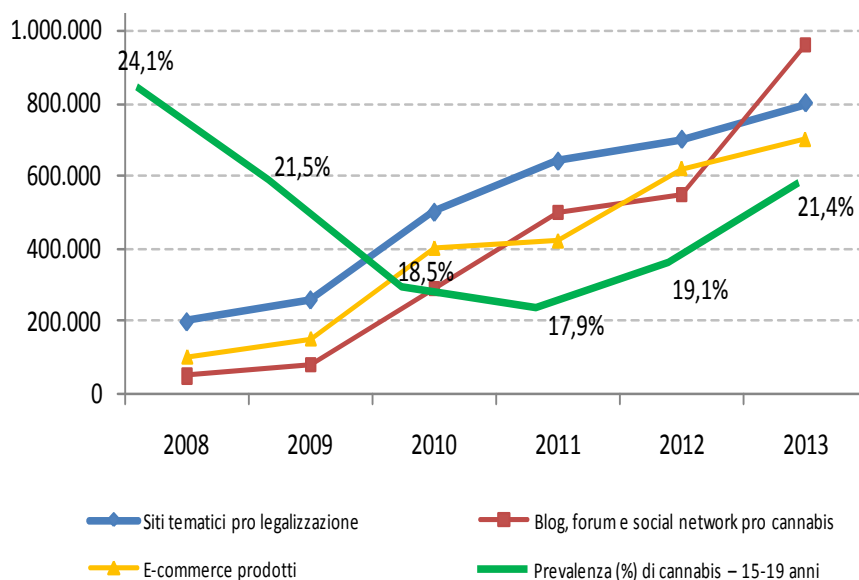
corso di quest'anno le 800.000 unità (dato sotto stimato). Una decisa progressione se si guarda il dato riferito all'anno 2008, in cui si parla di circa 200.000.

Crescita considerevole anche per quelle pagine (a cui si è potuto liberamente accedere) che trattano con motivazioni positive l'argomento cannabis all'interno dei social network, sui forum tematici o nei blog a carattere personale, di cui si stima un livello decisamente alto, favorito dal successo dell'aggregazione, soprattutto giovanile, in ambito virtuale. Il picco di 960.000 toccato a maggio del 2013 ha una proiezione in crescita del 2% entro fine anno.

Il discorso non cambia anche per il comparto e-commerce o meglio la vendita online di semi da collezione ed attrezzature per la germinazione. Sono ancora numerosissimi gli e-shop che mettono in vetrina dalle sementi ai kit d'illuminazione, passando per i fertilizzanti biologici specifici per la cannabis.

E' interessante notare l'andamento di crescita dei siti dal 2008 al 2013 dei siti pubblicizzanti o che pubblicizzano in vario modo l'uso di cannabis e metterlo in relazione con l'andamento dei consumi nella popolazione 15-19 anni. Questa fascia di età, infatti, è quella che più utilizza Internet e frequenta i social network. Come si può notare all'aumento della pressione di marketing è corrisposto, con un tempo di latenza dai 14 ai 24 mesi, un aumento di consumi di cannabis nelle fasce giovanili invertendo una tendenza alla diminuzione che si osservava dal 2008 e creando dal 2011 un incremento di circa 3 punti percentuali. Questo fenomeno deve fare riflettere anche sulla capacità di indurre consumi nei giovani da parte delle numerose offerte di sostanze stupefacenti su internet e della pubblicizzazione dei loro effetti spesso con pubblicità ingannevoli e che addirittura arrivano all'offerta di franchising. Da ricordare infine, che questi siti, spesso offrono contemporaneamente anche altre sostanze stupefacenti quali oppiacei, cocaina ma anche i cannabinoidi sintetici, mefedrone, piperazine ecc. .

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



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

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

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

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

Concentrazioni di sostanze nelle acque reflue:

- cannabis: -6,10
- cocaina: +1,13
- eroina: -0,10
- ecstasy: -0,01
- amfetamine: +0,07
- metamfetamine: +0,01
- ketamina: +0,55

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

Cocaina: consumo più consistente

Cannabis: consumi in contrazione

NUOVE DROGHE

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

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

Bassa prevalenza d'uso nella popolazione italiana

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

POLICONSUMO

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

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

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

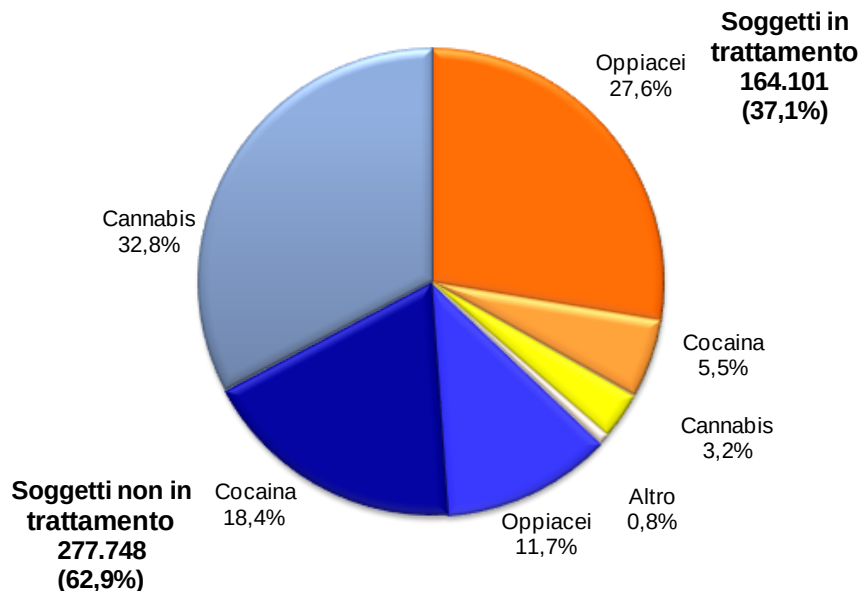
cocaina ed eroina come sostanze primarie, relativa all'alta frequenza (quasi doppia) di sostanze secondarie tra cui la cannabis che, normalmente, è stata usata come droga di iniziazione ("gateway") per poi permanere come droga secondaria di accompagnamento.

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

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

438.500 il numero stimato di soggetti con bisogno di trattamento

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



Fonte: Elaborazione su dati Ministero Salute e Ministero Interno

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

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

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

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

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

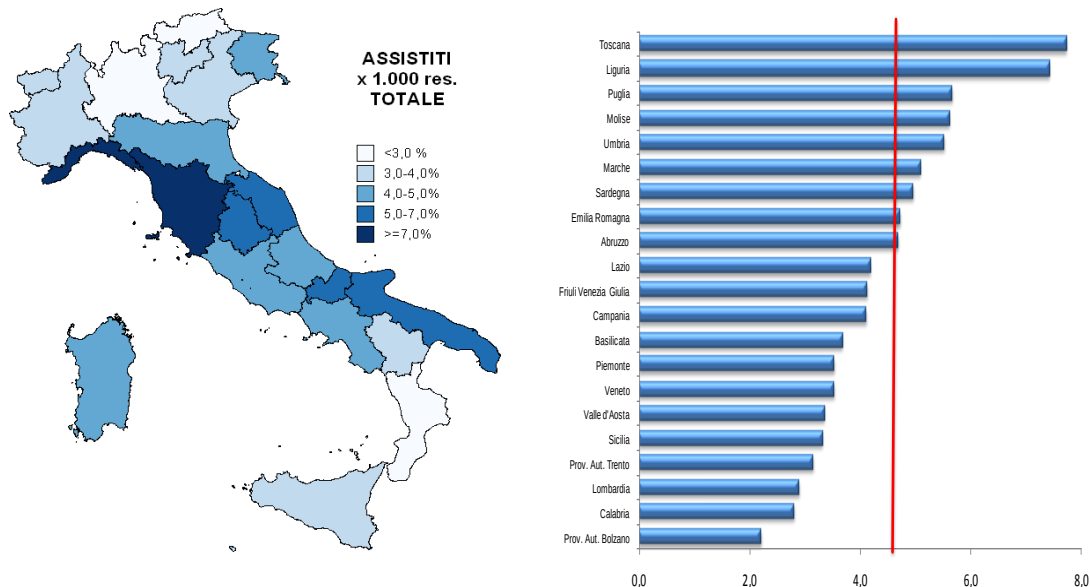
Le sostanze primarie maggiormente utilizzate dagli utenti in trattamento risultano essere il 74,4% oppiacei, il 14,8% cocaina e l'8,7% cannabis.

Sostanza primaria maggiormente

utilizzata: eroina

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

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



Fonte: Flusso SIND e schede ANN

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

164.101 utenti in trattamento nei Ser.T

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

Diminuzione % degli utenti in trattamento per oppiacei e cocaina.

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

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

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

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

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

In diminuzione le strutture riabilitative

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

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

I.4 IMPLICAZIONI E CONSEGUENZE PER LA SALUTE

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

Con l'introduzione del decreto SIND dell'11 Giugno 2010, che ha sostituito il precedente flusso di dati aggregati D.M. del 20/09/1997, l'invio delle informazioni da parte delle Regioni al Ministero della Salute e il successivo trasferimento al DPA sui test per infezione da HIV, epatite virale B ed epatite virale C per l'anno 2012, ha subito una serie di problemi e difficoltà tecniche (tipiche dell'avvio dei nuovi sistemi informativi complessi) che ha comportato una forte riduzione del numero di dati validi per le elaborazioni per la maggior parte delle Regioni e Province Autonome, rendendo di conseguenza inattendibili con i nuovi dati 2012 la rappresentazione aggiornata di un profilo nazionale dei risultati relativi a tale aspetto del fenomeno. Il Dipartimento Politiche Antidroga a tal fine, ritiene pertanto opportuno non pubblicare i risultati delle elaborazioni condotte sui dati 2012 provenienti dal flusso SIND (nel testo della Relazione sono stati comunque riportati anche i dati relativi alle sole 3 Regioni che hanno trasmesso dati elaborabili per il 2012), non essendo ancora consolidato e controllato la qualità; riproponendo pertanto i dati riferiti al periodo precedente 2011. Per comprendere meglio il problema che si è presentato viene riportata in seguito una tabella esemplificatrice in cui si può evincere il grado del problema dei dati mancanti. Nell'80% circa degli utenti in carico ai servizi (164.101 soggetti) mancavano i dati relativi alla condizione sierologica per l'epatite B e C rendendo, quindi impossibile le elaborazioni.

I dati relativi ai test per HIV presentano, inoltre, anche un altro problema relativo alla privacy, in quanto, per mantenere tale condizione, il trasferimento di uno specifico archivio è stato fatto in modo da non contenere alcun riferimento in grado di identificare, anche indirettamente, il singolo assistito, al fine di non perdere l'anonimato. Questo comporta che non è possibile l'individuazione delle persone alle quali il test è stato somministrato più volte nell'anno di riferimento (riportate più volte all'interno dell'archivio come singolo tracciato record non linkabile) andando a generare, in questo modo, conteggi multipli.

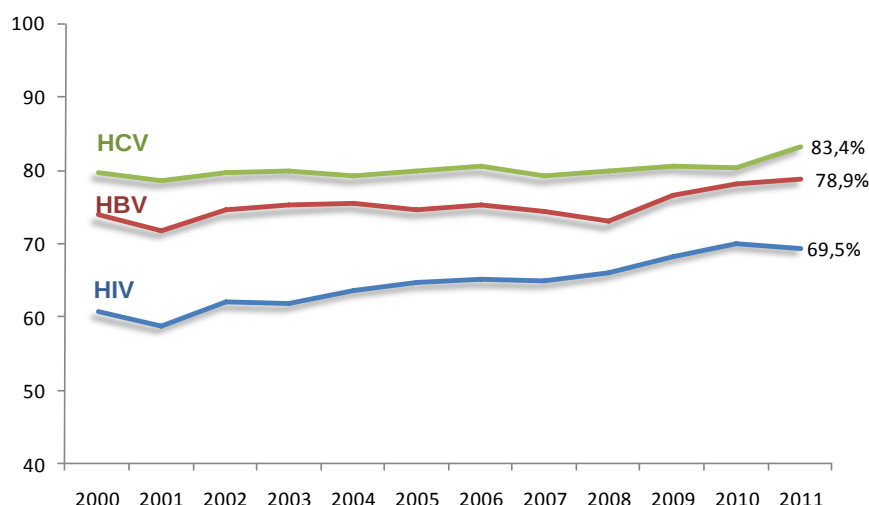
Tale aspetto risulta particolarmente importante nell'ambito delle analisi del numero di soggetti per i quali dispone l'informazione sull'esecuzione del test rispetto al contingente complessivo di persone assistite dai servizi, relativamente all'impossibilità del calcolo dell'indicatore. Infatti, potendo essere erroneamente un soggetto contato più volte, può verificarsi la condizione che il numero di soggetti con informazioni sull'esecuzione del test sia superiore al totale assistiti.

Con riferimento alla situazione osservata nel 2011, si è potuto determinare che vi è una tendenza ormai pluriennale a non testare gli utenti in trattamento presso i Ser.T. per le principali infezioni quali quelle da HIV, HCV e HBV.

La percentuale nazionale media di utenti non sottoposti al test HIV è risultata del 69,5% con grave compromissione dei programmi di diagnosi precoce.

Relativamente all'epatite virale B (HBV) gli utenti non sottoposti a test risultano pari al 78,9%; analogamente rispetto all'epatite virale HCV gli utenti non sottoposti a test raggiungono la percentuale dell'83,4%.

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

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


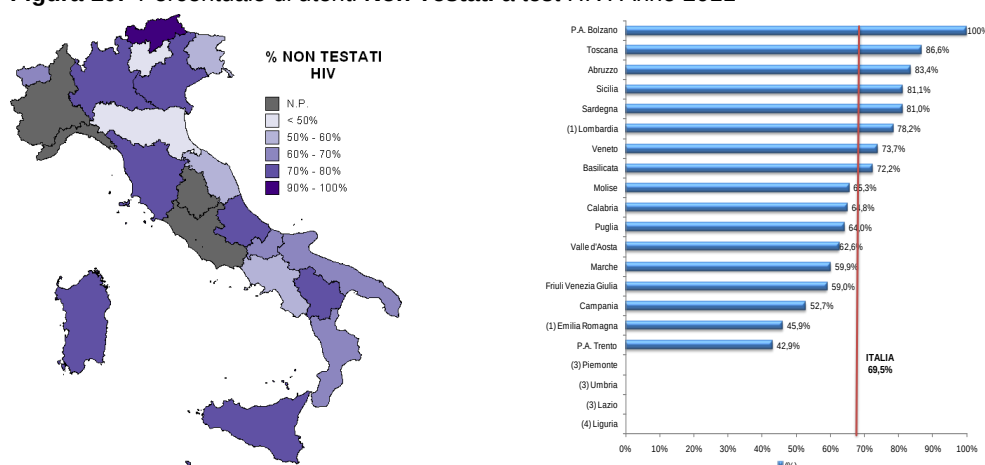
Fonte: Elaborazione su dati Ministero della Salute inviati dalle Regioni e PP.AA.

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

Regioni meno virtuose

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

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

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


NO Testing HIV:
69,5%

(1) Flusso informativo (ANN 04 05 e 06)

(2) Flusso SIND (Monitoraggio HIV)

(3) Fornito un Flusso informativo SIND parziale (indicatore non calcolabile)

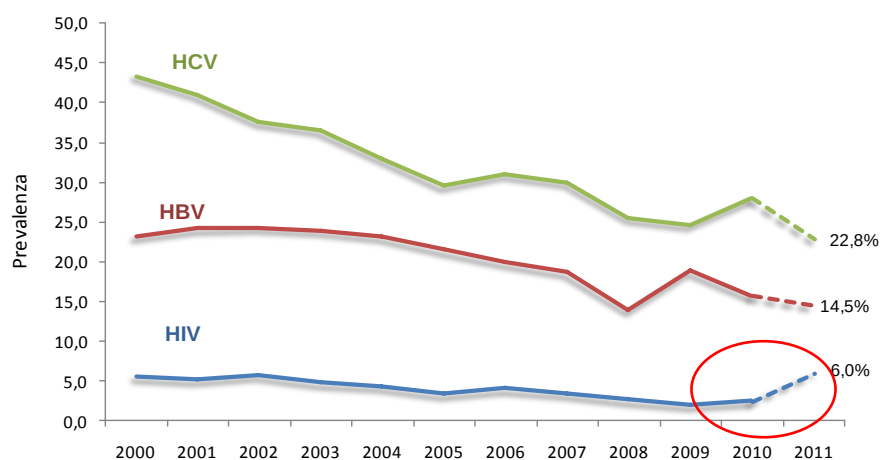
(4) Dato richiesto ma non pervenuto

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

I controlli dei test sulle malattie infettive effettuati sui nuovi utenti in carico ai servizi evidenzia una prevalenza di casi positivi in tendenziale diminuzione per HBV e HCV dal 2010 al 2011, sebbene i dati del 2011 rappresentano delle stime in considerazione dell'elevata variabilità delle informazioni rilevate in seguito dell'introduzione del nuovo sistema informativo dei servizi per le tossicodipendenze che non è ancora perfettamente funzionante nel flusso dati e quindi tali dati sono da considerarsi provvisori ed in alcuni casi stimati.

La presenza dell'infezione da HIV nei nuovi tossicodipendenti (primo accesso ai servizi) sembrerebbe in aumento dal 2009. Questo dato, sicuramente da riconfermare con nuovi studi risulta comunque preoccupante soprattutto se associato al costante incremento della percentuale di utenti che non vengono testati nei servizi e al fatto che il nuovo sistema di rilevamento tenderebbe a sottostimare le prevalenze e quindi ad attenuare questo possibile incremento.

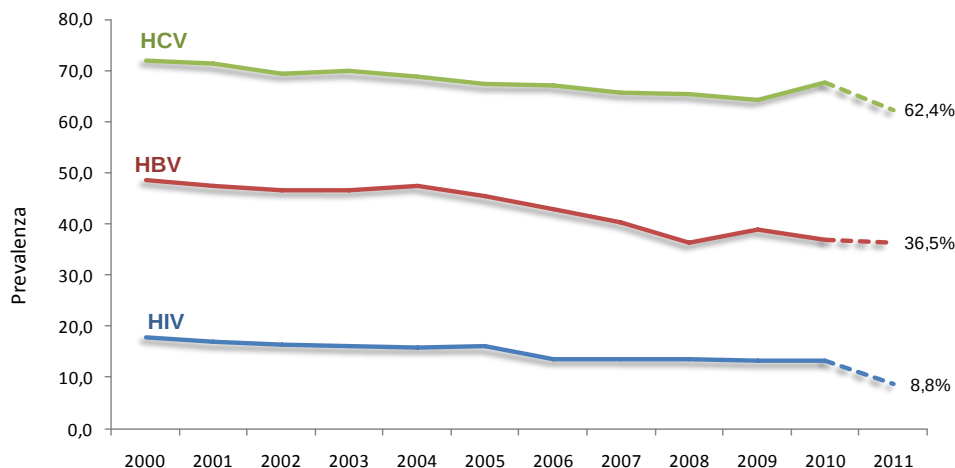
Figura 11: Prevalenza di **Nuovi Utenti** positivi a test HIV, HBV e HCV. Anni 2000 – 2011



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

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

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



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

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

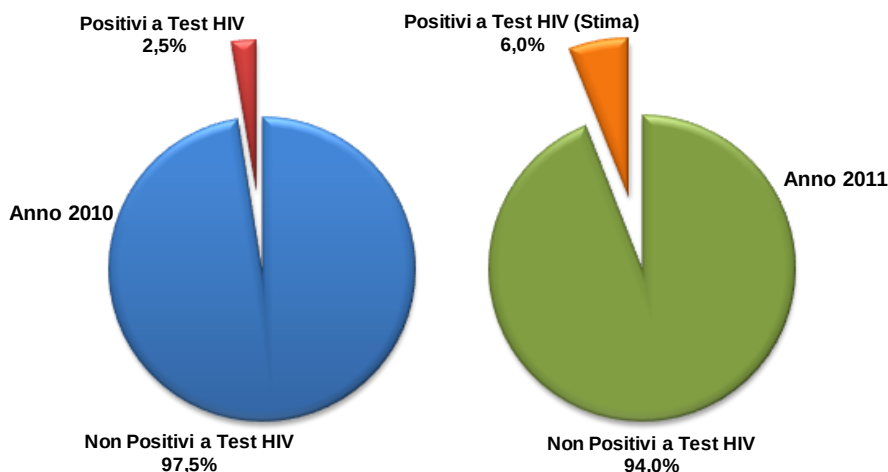
Prevalenza di
utenti in
trattamento presso
i Ser.T: 54,0%
HCV positivi

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

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

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

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

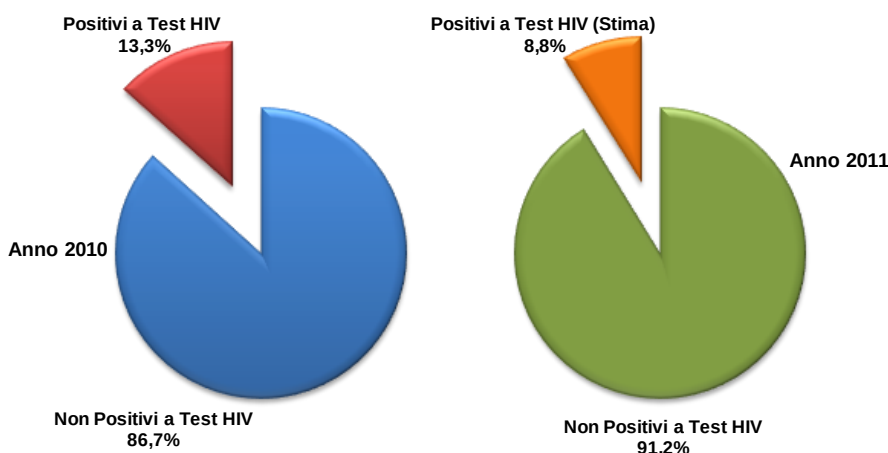


Prevalenza di
Nuovi Utenti:
2010: 2,5%
2011: 6,0%

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

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

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



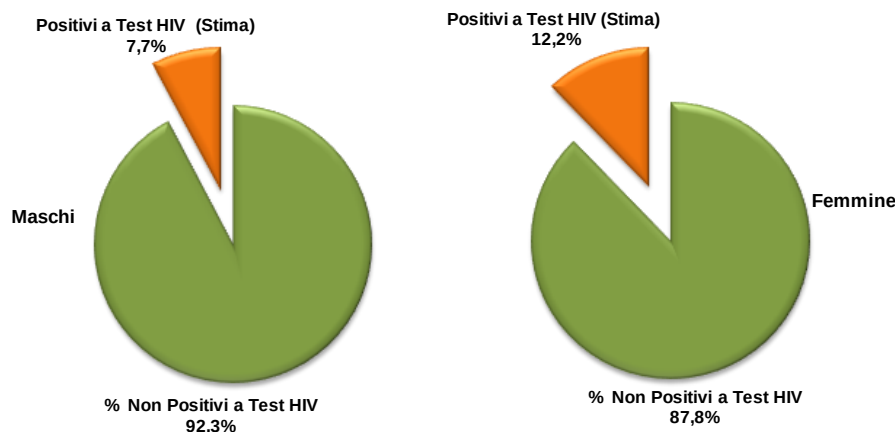
Prevalenza di
Utenti già in
carico:
2010: 13,3%
2011: 8,8%

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

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

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

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



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

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

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

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

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

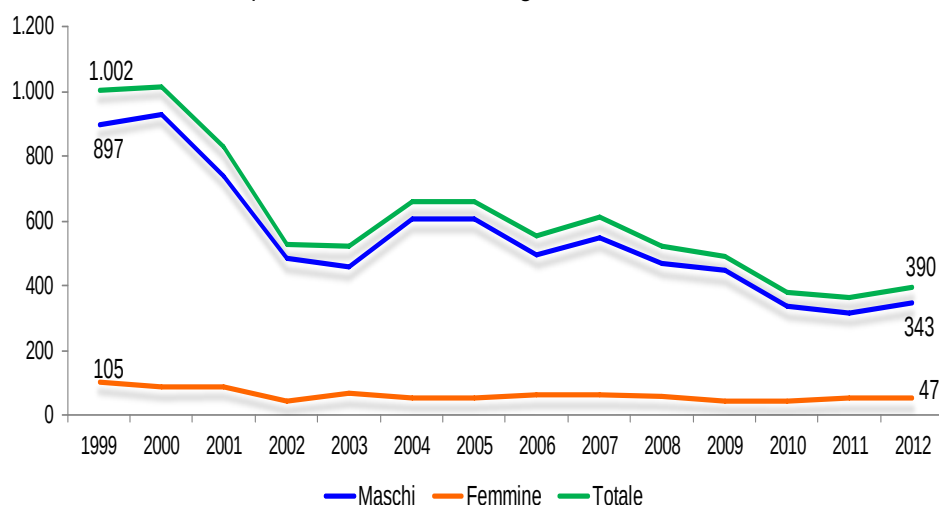
Da segnalare anche nel 2011 i ricoveri per uso di barbiturici particolarmente rilevati in soggetti in età avanzata, oltre i 65 anni. Le classi di età più frequenti nei ricoveri per le diverse sostanze sono state: cannabis 20-25 anni, cocaina 25-39 anni, oppiacei 35-44 anni, psicofarmaci 45-49 anni.

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

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

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

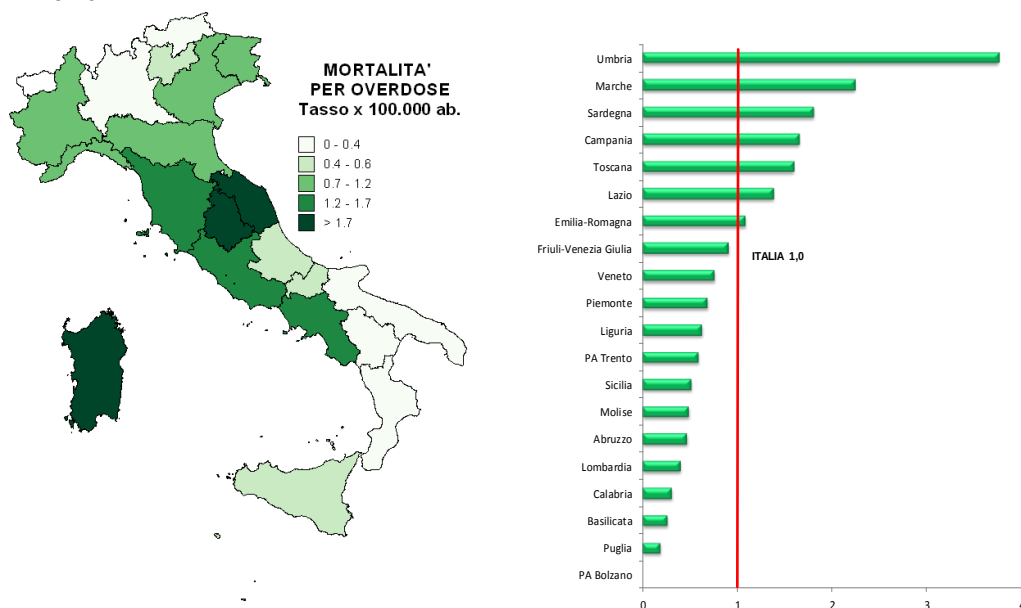
Continua il calo
della mortalità
acuta droga-
correlata, lieve
aumento nel 2012
(overdose, etc)

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


Fonte: Elaborazione su dati Ministero dell'Interno - DCSA

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

Umbria record negativo delle overdose

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


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

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

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

Riduzione dei morti, dei feriti in seguito ad incidenti stradali

I.5 GAMBLING E GIOCO D'AZZARDO E PATOLOGICO

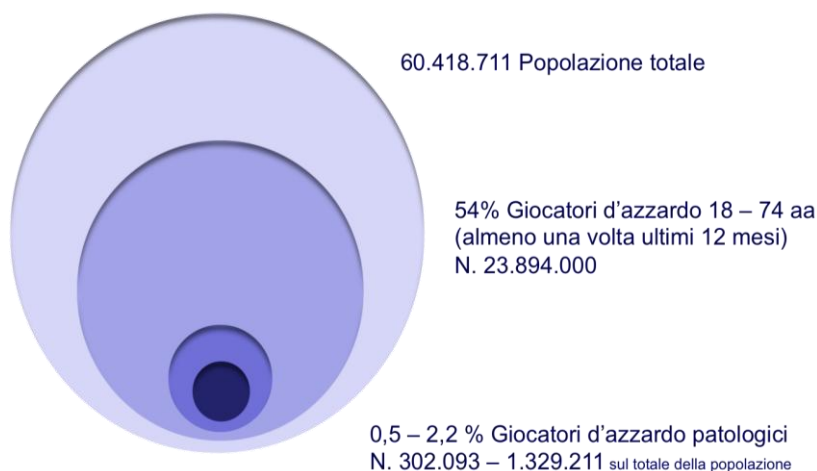
La dimensione del fenomeno in Italia è difficilmente stimabile in quanto, ad oggi, non esistono studi accreditati, esaustivi e validamente rappresentativi del fenomeno. La popolazione italiana totale è stimata in circa 60 milioni di persone, di cui il 54% ha giocato d'azzardo (cioè spendendo denaro)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

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

Un fenomeno in espansione di difficile dimensionamento.

Persone vulnerabili e consapevolezza del rischio di malattia

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



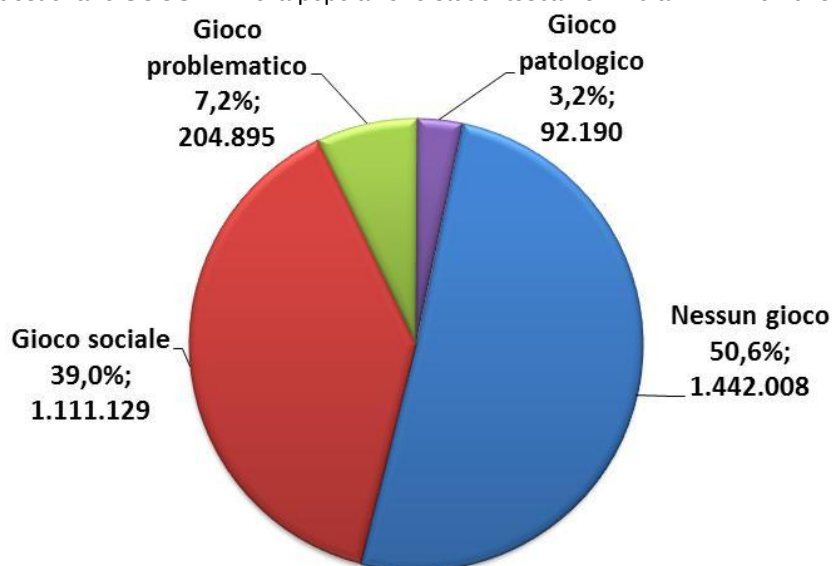
Anche nel 2012 la dimensione del gioco d'azzardo in Italia è in continua crescita, come evidenziato dai dati dell'AAMS sul volume monetario della raccolta totale derivante dai giochi. Mancano comunque dati solidi a supporto di una stima sufficientemente attendibile riferita al numero di soggetti coinvolti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

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

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

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

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



Oltre il 10% ha un gioco problematico o patologico

Fonte: Studio SPS-DPA 2013 – Dipartimento Politiche Antidroga

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

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

Forte associazione tra gioco e consumo di sostanze

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



Fonte: Studio SPS-DPA 2013 – Dipartimento Politiche Antidroga

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

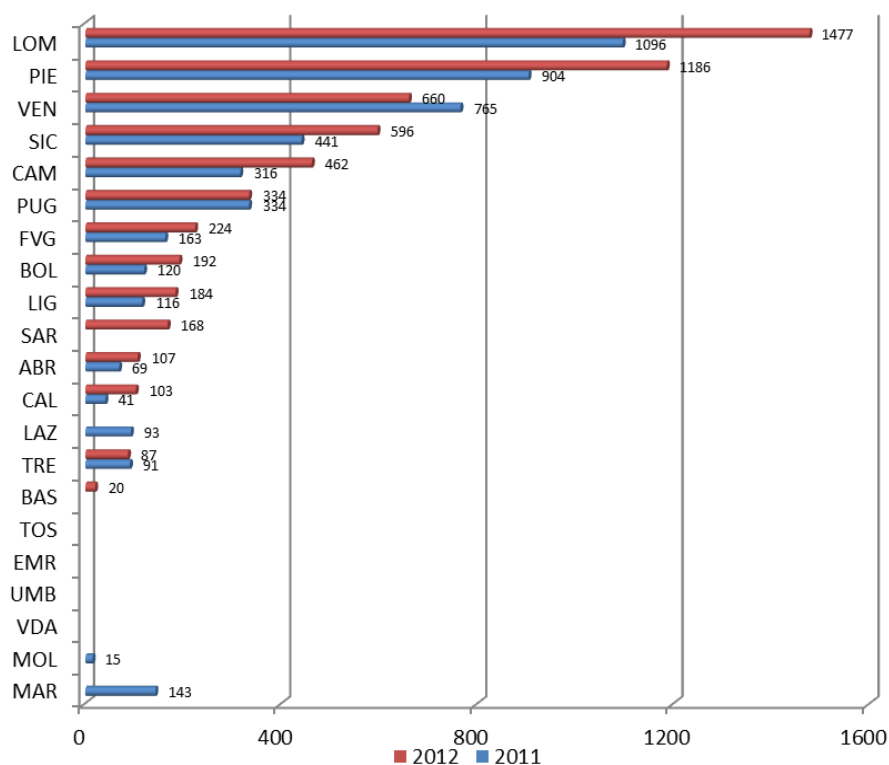
Figura 20: Prevalenza % consumatori di sostanze stupefacenti negli ultimi 12 mesi per gruppo di giocatori nella popolazione generale 18 – 64 anni. Anno 2012



Fonte: GPS – DPA 2012

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

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



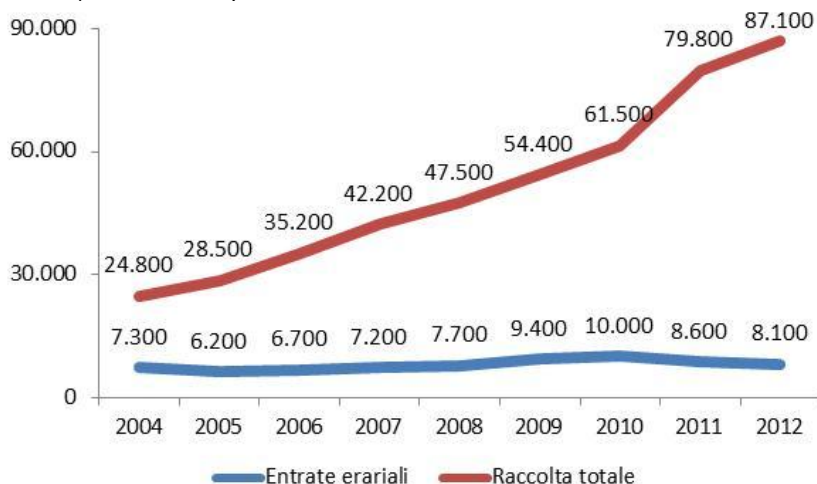
Fonte: flusso GAP-DPA

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

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

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

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

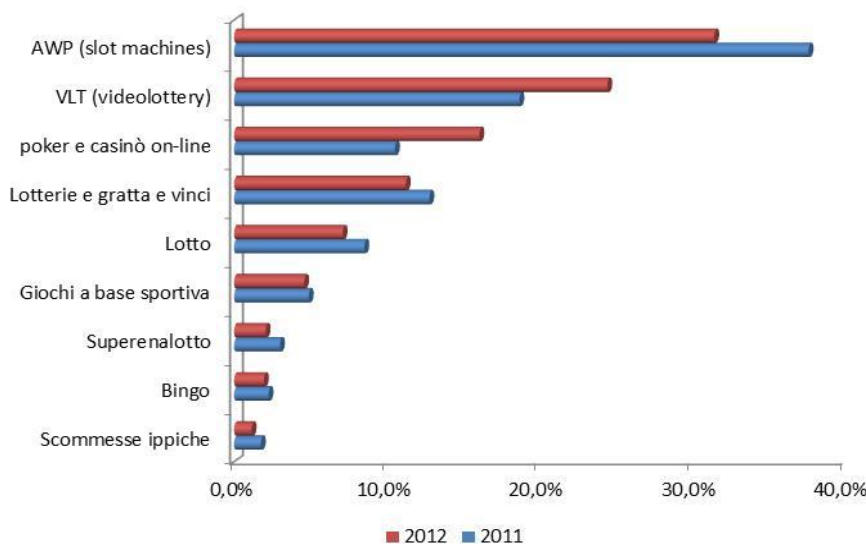


Elaborazioni DPA su fonte AAMS

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

Videolottery,
poker e casinò on-
line in forte
aumento

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



Elaborazioni DPA su fonte AAMS

COSTI SOCIALI

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

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

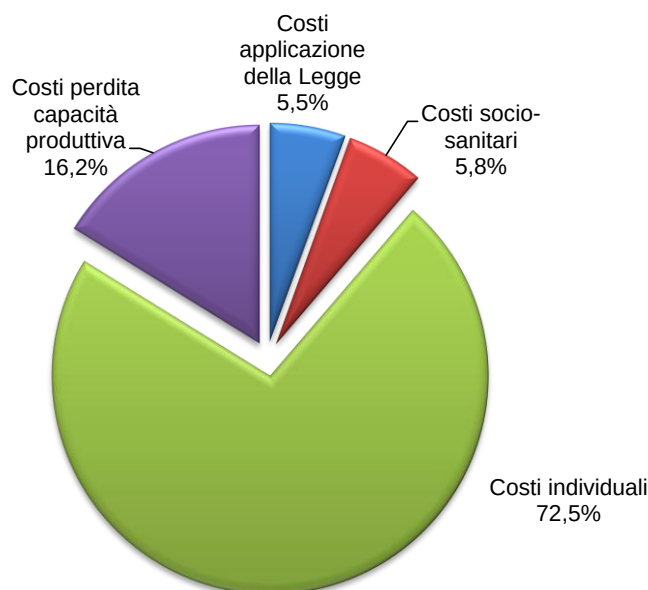
I costi derivanti dalla perdita di produttività costituiscono la seconda voce di costo (16,2%) pari a 4,6 miliardi di euro, di cui il 66,1% per la perdita di produttività in senso stretto, il 12% per la perdita per morte prematura e il 22,2% per incidenti stradali.

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

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

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

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



Fonte: Dipartimento Politiche Antidroga

BENEFICI DIRETTI

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

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

III.1 PREVENZIONE DEI CONSUMI

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

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

Questo dato assume ancora più rilevanza se si correla con l'aumento dei consumi di cannabis e di altre sostanze stimolanti, registrato nel 2012 nei giovani (15-19 anni), dove gli interventi di prevenzione risultano fondamentali.

Oltre a questo vanno segnalati altri fattori e condizioni problematiche in questo settore e, in particolare:

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

L'importo totale investito nel 2012 è stato di circa 12.279.000 euro in prevenzione universale e di altri 13.297.000 in prevenzione selettiva per un totale di 25.576.000 euro.

Il Dipartimento Politiche Antidroga in tutto il 2012 ha finanziato progetti di prevenzione universale e prevenzione selettiva (progetti per genitori, scuole, posti di lavoro, incidenti stradali) per il 33,4 % del proprio budget annuale per un totale di 1.850.990 euro.

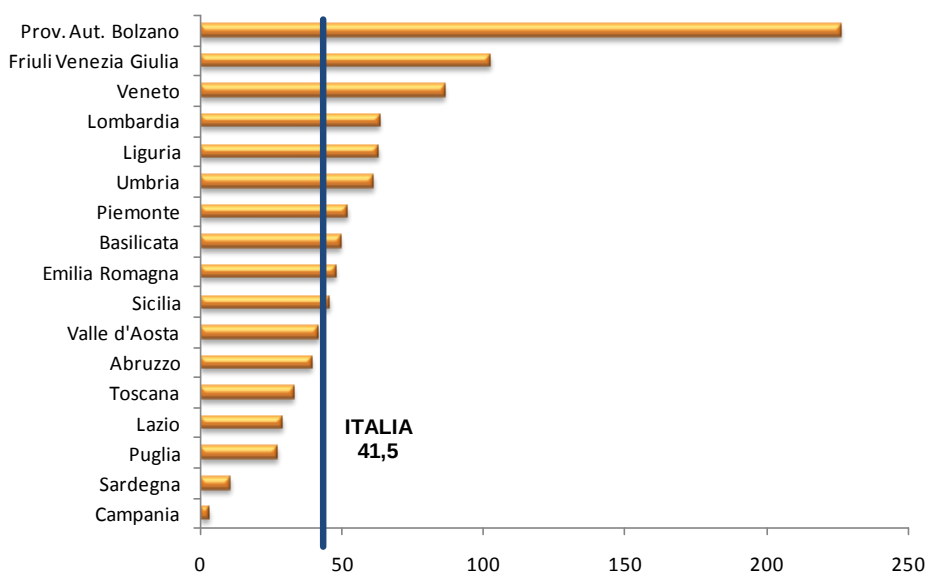
Circa 1,9 milioni di euro investiti dal DPA in prevenzione

III.2 TRATTAMENTI SOCIO-SANITARI

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

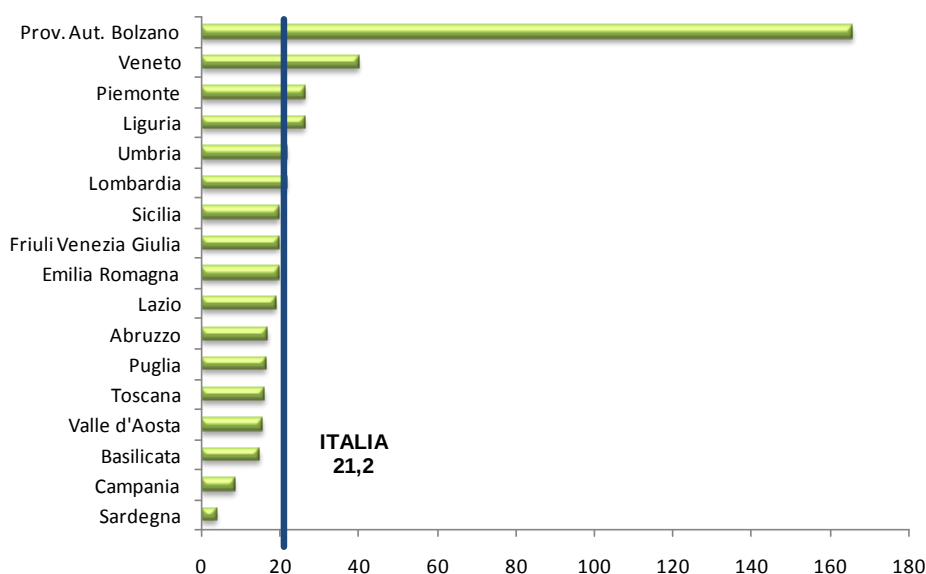
Il 51,3% degli assistiti presso i servizi nel 2012 è in trattamento farmacologico integrato (66,2% nel 2011)

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



Fonte: Elaborazione su dati SIND Ministero della Salute

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



Fonte: Elaborazione su dati SIND Ministero della Salute

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

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

III.3 REINSERIMENTO SOCIALE E MISURE ALTERNATIVE

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

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

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

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

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

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

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

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

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

IV.2 MERCATO DELLA DROGA E INTERVENTI DI CONTRASTO

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

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

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

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

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

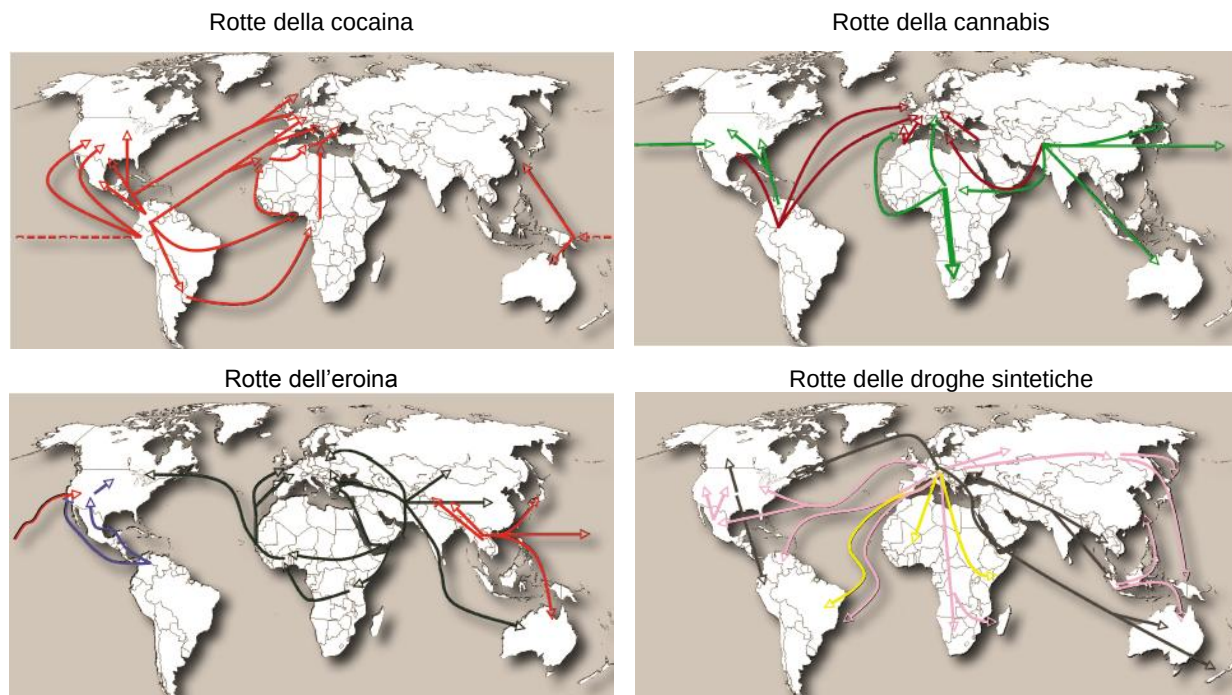
eroina e marijuana, con elevato principio attivo, di produzione albanese è la Puglia. Questa infatti è la 1^a regione per quantitativo complessivo di droghe sequestrate: la 1^a sia per la marijuana sia per il rinvenimento di piante di cannabis (oltre 4 milioni che rappresentano il 97% del totale nazionale)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

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

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

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

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



Fonte: Relazione annuale DCSA 2011.

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

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

Lieve diminuzione
del numero delle
operazioni

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

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

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

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

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

Forze dell'ordine e Giustizia

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Aumento delle denunce per traffico di droghe sintetiche

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

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

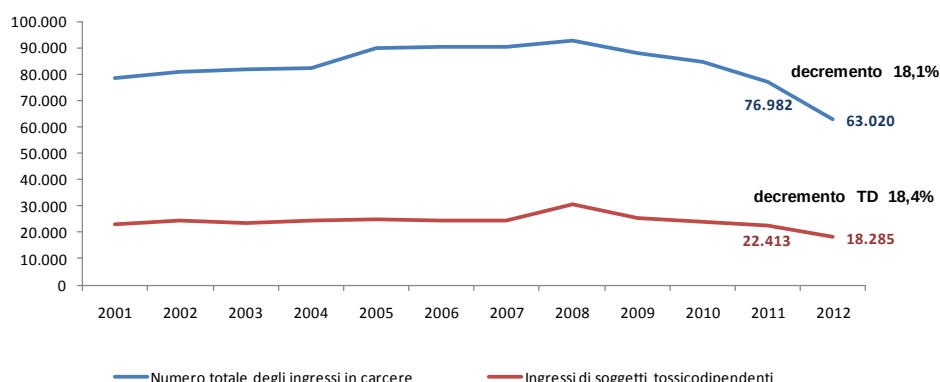
Carcere

Secondo il flusso dati del Ministero della Giustizia – DAP - nel 2012 gli ingressi totali dalla libertà in carcere per vari reati sono stati 63.020 con un decremento dal 2011 del 18,1%. Nel 2012, anche gli ingressi di soggetti con problemi socio-sanitari droga correlati hanno subito una riduzione (-18,4%) passando da 22.413 a 18.285. È importante sottolineare che il 34,5% dei soggetti entrati negli istituti penitenziari nel 2012 per reati in violazione alla normativa per gli stupefacenti sono usciti in libertà nel corso dell'anno.

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

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

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

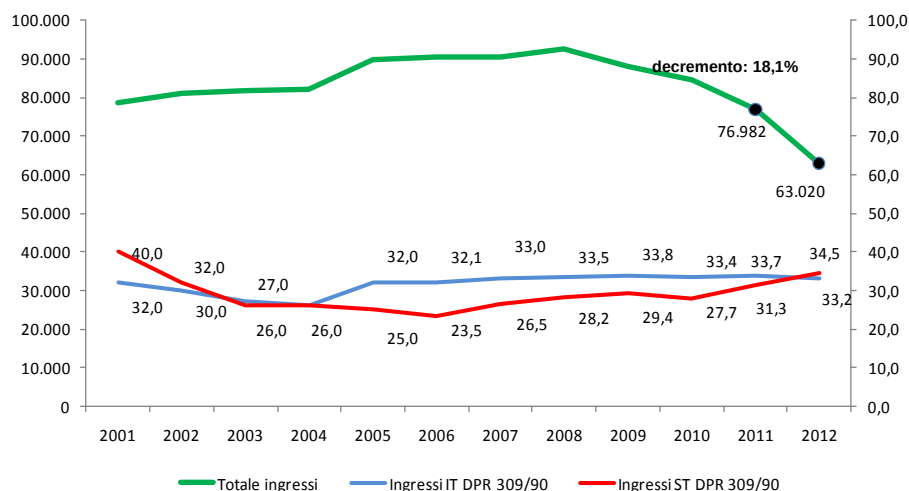


Riduzione degli ingressi in carcere per reati DPR 309/90

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

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

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



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

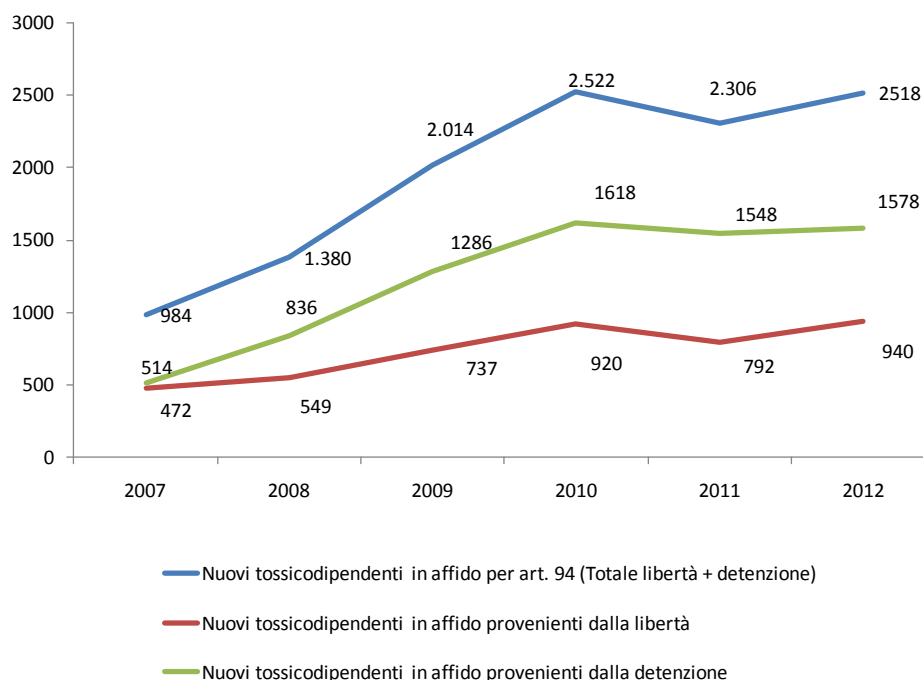
Rispetto al 2011 si registra una riduzione degli ingressi di minori in carcere del 16% per reati DPR 309/90. La reclusione di minori in violazione alla normativa sugli stupefacenti ha riguardato quasi esclusivamente il genere maschile (96,6%), con prevalenza di soggetti stranieri (53,4%), poco più che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

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

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

Aumento del 7,6%
dei nuovi
affidamenti

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



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

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

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

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

56,4% degli
affidamenti
archiviati con esito
favorevole

Dal 2010
aumento del 10%
degli affidi

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

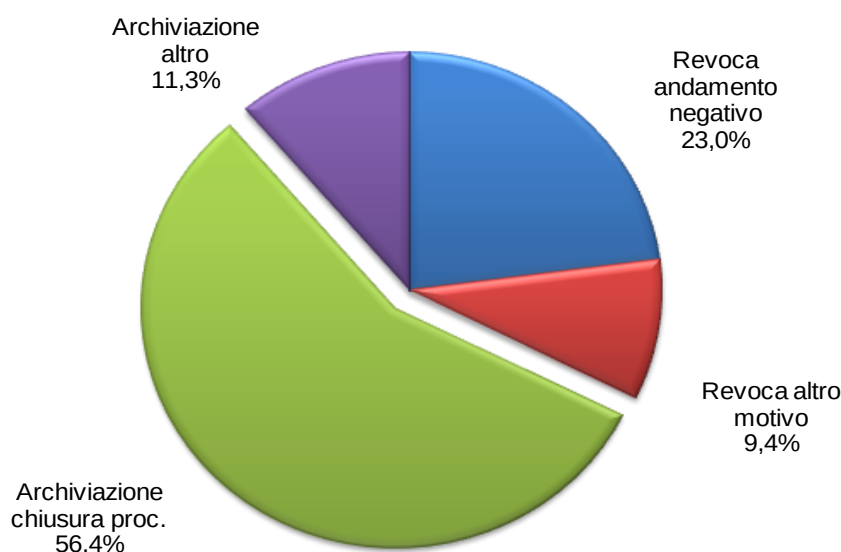
	2011			2012			Δ%
	Già attivi ⁽¹⁾	Nuovi	Totale	Già attivi ⁽²⁾	Nuovi	Totale	
Affidi	2.160	2.340	4.500	1.766	2.518	4.284	-4,8%

⁽¹⁾ presi in carico tra il 2007 e il 2010

⁽²⁾ presi in carico tra il 2007 e il 2011

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

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



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

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

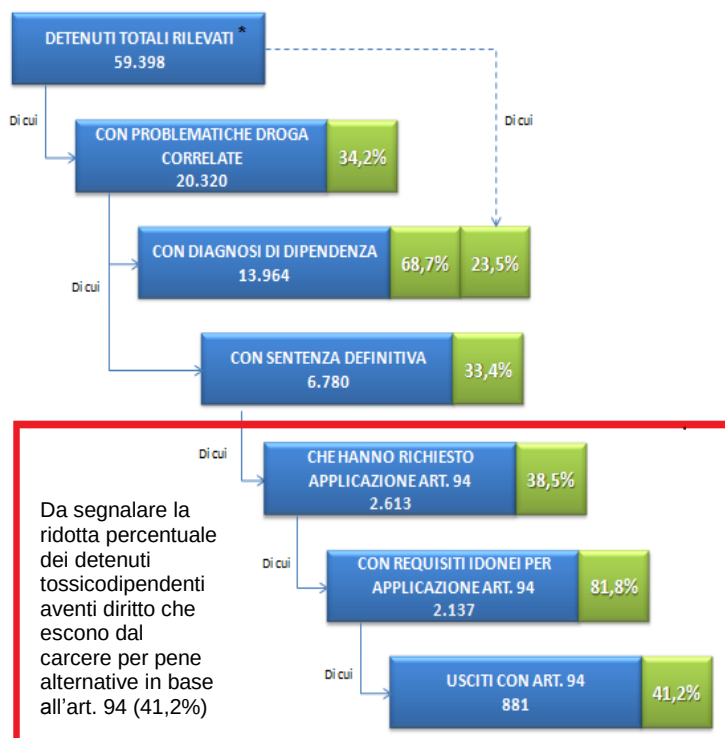
La popolazione detenuta che presentava tossicodipendenza diagnosticata secondo i criteri ICD-IX-CM risultava essere di 13.694 soggetti, pari al 23,5% del totale dei soggetti ristretti in carcere. Solo una parte di questi (2.613 soggetti) risulta aver fatto richiesta di accesso alla pena alternativa ex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

Indagine "Carcere-
DPA" 2012

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

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

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



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

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

RACCOMANDAZIONI E CONCLUSIONI

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

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

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

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

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

globalizzate, condivise e coordinate a tutti i livelli.

Non accettare o non comprendere lo sforzo che anche l'Unione Europea sta facendo in questo senso significa compromettere le potenzialità di successo in una lotta che può sicuramente essere vinta.

Qualsiasi atteggiamento, a qualsiasi livello, che non vada in questo senso di forte cooperazione e coordinamento interistituzionale dovrà essere considerato non virtuoso e quindi da superare.

Nell'analizzare i dati della Relazione al Parlamento sono emerse varie problematiche e aree critiche che portano a sviluppare una serie di riflessioni e considerazioni al fine di costituire una nuova base per una discussione ed una programmazione futura di miglioramento.

Ovviamente, il sistema di rappresentazione dei dati in nostro possesso può e deve essere ulteriormente migliorato ma lo sforzo che questo Dipartimento esegue ogni anno tramite il proprio Osservatorio nazionale e con la fondamentale collaborazione delle Amministrazioni centrali e regionali, porta a creare una base di dati estremamente importante per poter descrivere il fenomeno da più punti di vista e sotto vari aspetti.

L'interpretazione ed il giudizio su questi dati risentono anche delle strategie e delle politiche che le varie autorità, sia governative che regionali, si sono date, soprattutto nel verificare la validità degli obiettivi prefissati e i risultati raggiunti che erano indicati nel Piano di Azione Nazionale e avrebbero dovuti essere declinati nei singoli piani regionali.

Molto si può e si deve ancora fare ed è per questo che è necessario focalizzare, come promemoria di impegno futuro, i principali punti e le aree critiche di miglioramento.

Procedendo con un ordine logico, e non di stretta priorità, possiamo quindi elencare i seguenti punti.

1. Coordinamento nazionale e interregionale

Dall'esperienza vissuta in questi 5 anni, ed in particolare nell'ultimo anno, e dall'analisi dei singoli sistemi regionali, sia da un punto di vista organizzativo che delle azioni messe in atto, si evince la presenza ancora di una particolare frammentazione e disomogeneità che tocca sia gli aspetti strutturali che funzionali dei sistemi regionali di risposta alle tossicodipendenze.

Pur condividendo e rispettando la necessità dell'autonomia regionale ed in particolare del settore socio-sanitario, si evidenzia e si coglie però che questa forte differenziazione comporta risposte estremamente diversificate mantenendo modelli ancora troppo ancorati al passato e non cogliendo, con la necessaria flessibilità che sarebbe opportuna, il cambio dei pattern d'uso delle sostanze stupefacenti, delle modalità di traffico e di accesso a queste sostanze e dei nuovi profili comportamentali che sono venuti in questi anni.

Difficoltoso si è mostrato infatti in alcuni momenti il coordinamento nazionale con varie Regioni e Province Autonome, alcune delle quali non partecipano da anni agli incontri di coordinamento e formazione nazionale. Una conseguenza di questo è un indicatore indiretto di questo fenomeno è l'assenza di importanti base di dati e informazioni regionali che a volte non arrivano all'Osservatorio nazionale del DPA da alcune Regioni, come evidenziato anche all'interno della Relazione al Parlamento 2013.

E' ovvio che per poter attuare scelte e strategie coordinate a livello nazionale, si debba partire da un'ampia base di dati il più rappresentativa possibile delle realtà territoriali e che quindi i cosiddetti "dati mancanti" o "non forniti" oltre ad impedire l'esaustiva lettura del fenomeno, impediscono anche la possibilità di trovare giuste forme di coordinamento ed azione. L'assenza operativa di alcune Regioni comporta anche la difficoltà di trasferire computamente le indicazioni europee su parti importanti del territorio nazionale, compito questo del DPA ma che si può esercitare

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

esclusivamente se da parte delle Amministrazioni territoriali viene assicurata una costante partecipazione attiva ai momenti di coordinamento nazionale.

Sottolineiamo inoltre l'importanza che questi momenti di coordinamento nazionale coinvolgano anche le Amministrazioni comunali o le loro rappresentanze, soprattutto per quanto riguarda gli aspetti della prevenzione e del reinserimento socio-lavorativo.

2. Calo degli investimenti nelle attività di prevenzione

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

E' necessario pertanto che si rivedano profondamente queste riduzioni dei finanziamenti per la prevenzione per non dover pagare un prezzo altissimo tra qualche anno con un aumento del numero di giovani consumatori.

I finanziamenti in questo ambito non dovrebbero essere visti e considerati come "costi" ma, più realisticamente come "investimenti per il futuro". In uno studio condotto insieme all'UNODC durante la preparazione delle linee di indirizzo internazionali sulla prevenzione, si è potuto infatti determinare che ogni euro investito in prevenzione farà risparmiare 10 euro negli anni successivi in cura e riabilitazione. Questo deve far riflettere molto su questi aspetti e sulla necessità di garantire finanziamenti idonei per le attività di prevenzione e, contestualmente, di adottare modelli e metodologie più scientificamente orientate, più precoci e più selettive che si sono dimostrate più sostenibili oltre che efficaci.

Investimenti sulla prevenzione non rinunciabili

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

Più prevenzione selettiva e precoce

3. Bisogno di introdurre modelli innovativi di prevenzione

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

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

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

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

Verso una prevenzione molto più precoce e incisiva

Life skills e stili di vita sani mediante un approccio educativo

Ridurre il ritardo di diagnosi e intervento

Identificazione precoce dei markers di vulnerabilità

aumento dell'aggressività, ecc.) e deficit attentivi.

Avere, quindi, specifici programmi e interventi di diagnosi e intervento precoce risulta strategico e fondamentale.

4. Nuove droghe

Il mercato delle nuove droghe, le offerte e le proposte in Internet potrebbero assumere nei prossimi anni dimensioni ragguardevoli, se non opportunamente monitorati e contrastati. Va mantenuta, e se possibile migliorata ancora, la tempestività di segnalazione e di tabellazione di nuove sostanze stupefacenti che il Sistema Nazionale di Allerta Precoce ha dimostrato in questi anni.

L'azione però non si dovrebbe fermare solo all'ambito della repressione, ma investire contemporaneamente gli ambiti preventivi ed educativi prococi allertando e supportando le famiglie e la scuola relativamente alle problematiche relative all'uso improprio di internet nei giovani. Sulla rete trovano inoltre spazio molte offerte illegali di farmaci contraffatti ed estremamente pericolosi. In Italia, il fenomeno dell'abuso di farmaci non prescritti nei giovani è per fortuna ancora limitato, al contrario di altri Paesi dove è diventato tra i primi problemi d'abuso, come gli Stati Uniti, ma è necessario anche in questo caso adottare programmi specifici di prevenzione che dovranno essere coordinati anche con quanto già fanno a tale proposito l'AIFA e il Ministero della Salute oltre che le singole Regioni.

Un mercato in espansione anche se sotto controllo

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

5. Poliabuso e polidipendenza

Le ricerche hanno mostrato che il poliabuso, e quindi la polidipendenza conseguente, si sta rafforzando soprattutto tra i giovani consumatori. Oltre alle sostanze usate contemporaneamente o sequenzialmente, è stato evidenziato anche che i dipendenti da sostanze stupefacenti hanno anche un rischio molto maggiore di essere dipendenti da gioco d'azzardo e di sviluppare una vera e propria malattia anche in questo settore. L'alcol ed il tabacco, inoltre, vengono utilizzati quasi costantemente insieme alle sostanze stupefacenti. E' necessario, quindi, che i programmi regionali e i Dipartimenti delle Dipendenze si orientino e si organizzino affinché le risposte preventive ed assistenziali siano dedicate a tutte le dipendenze, con un approccio che interpreti e soddisfi maggiormente i reali bisogni socio-sanitari degli utenti.

Questa osservazione ha anche una rilevanza importante nell'ambito della ricerca delle neuroscienze, in quanto si evidenziano sempre comune neuro-fisio-patologiche delle varie dipendenze esistenti, sia quelle da sostanze stupefacenti che da comportamenti.

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

6. Fattori di crisi per gli operatori del settore

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

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

Condizioni preoccupanti e da prendere in seria considerazione

Operatori impegnati ma fortemente in difficoltà

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

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

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

7. I Dipartimenti delle Dipendenze: il futuro possibile

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

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

Valorizzare i Dipartimenti delle Dipendenze

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

8. Prevenzione delle malattie infettive droga-correlate

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

Un'emergenza che continua

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

compromettente per la salute e la sopravvivenza delle persone oltre che per la loro qualità di vita).

Da segnalare inoltre la necessità di riattivare e mantenere costanti gli interventi di prevenzione e di rilanciare le campagne di vaccinazione per l'epatite B in questo target particolarmente a rischio che risulta ancora con una percentuale di non copertura molto elevata.

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

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

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

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

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

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

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

Un fenomeno in
preoccupante
ascesa

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

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

Coordinamento e
interventi precoci

Sostenibilità

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

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

Approccio
bilanciato

Priorità: la salute
pubblica

10. Carcere e droga

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

Necessità di
utilizzare
maggiormente le
misure alternative
al carcere

Violazione dei
diritti esigibili

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

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

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

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

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

11. Orientamento scientifico e neuroscienze

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

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

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

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

Dalla ricerca
scientifica alla
pratica clinica

12. Costi e benefici: investimenti per il futuro

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

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

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

Forte risposta ai
trattamenti
integrati con buon
tasso di
reinserimento
lavorativo

Curare = investire

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

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

13. Contrasto del traffico e dello spaccio

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

Approccio
bilanciato con
costante presenza
del contrasto e
della deterrenza

anche quelle di cura e riabilitazione delle persone tossicodipendenti, sia per la parte territoriale che per quanto riguarda le persone recluse.

Una forte ed efficace collaborazione è stata infine attivata con questo settore per quanto riguarda il Sistema Nazionale di Allerta Precoce per l'identificazione delle nuove sostanze entranti sul territorio nazionale.

14. Diversi approcci

Infine, relativamente alle diverse riflessioni che vengono fatte in merito all'ipotesi di legalizzazione di una o più sostanze stupefacenti anche nel nostro Paese, per tentare di risolvere con questo sistema il problema della diffusione delle droghe e delle organizzazioni criminali, la posizione del DPA è molto chiara ed è stata espressa e ben documentata in un'apposita pubblicazione tecnico-scientifica che è possibile ritrovare sul sito del Dipartimento (a cui si rimanda per approfondimenti). Con un approccio molto oggettivo e scevro da ideologismi, nulla toglie che questo argomento possa essere oggetto di ulteriore discussione e approfondimento scientifico nelle opportune sedi tecniche prima ancora che politiche, relativamente alla sua presunta validità risolutiva del fenomeno droghe e criminalità. Avendo chiaro però che è necessario distinguere molto bene, evitando quindi manipolazioni e strumentalizzazioni comunicative, quelli che possono essere gli scopi e gli usi in ambito medico (per i quali non vi sono pregiudiziali se non quella, al pari di qualsiasi farmaco, di una rigorosa valutazione scientifica in merito all'efficacia e alla sicurezza) di alcune sostanze stupefacenti e la loro reale efficacia (ad esempio, la cannabis) e l'uso voluttuario/ricreativo che nulla ha a che fare con questi aspetti legati alla possibile cura di sintomi disagianti in alcune malattie.

Tutto questo, partendo inoltre dalla consapevolezza oggettiva che la proposta della legalizzazione non è una soluzione inserita nell'agenda né delle Nazioni Unite né dell'Unione Europea, come chiaramente espresso dagli attuali massimi vertici di tali organizzazioni e non attuata dalla stragrande maggioranza degli Stati al mondo.

L'opzione della legalizzazione, come è noto, comporterebbe un aumento dei consumi in seguito all'aumento della disponibilità di sostanze stupefacenti e al calo dei deterrenti, e dei fattori che sono stati dimostrati scientificamente protettivi della percezione del rischio e della disapprovazione sociale. Inoltre, in un'epoca storica dove in tutto il mondo, in Europa e Italia compresa, si assiste ad una diminuzione dell'uso di sostanze stupefacenti, della riduzione della mortalità correlata, delle infezioni e delle carcerazioni, sarebbe anacronistico attivare misure che comportino l'effetto contrario di quanto stia positivamente avvenendo a livello globale.

Oltre a questo e per fornire un ulteriore stimolo di riflessione sulle conseguenze della legalizzazione in termini sanitari, vale solo la pena di ricordare che le sostanze tossiche e in grado di dare una forte dipendenza più utilizzate al mondo e che generano il maggior contributo in termini di mortalità e morbidità sono proprio le due sostanze più legalizzate, cioè l'alcol e il tabacco.

Molti importanti Stati del mondo, dopo aver legalizzato tali sostanze, stanno di fatto introducendo sempre di più politiche e condizioni restrittive e di controllo al loro consumo negli ambienti pubblici, negli ambienti di lavoro e addirittura in strada, per recuperare questo *gap* ormai secolare, causa di milioni di vittime (facilmente valutabili in termini di sanità pubblica) e che dipendono da comportamenti sicuramente evitabili e prevenibili ma anche da una offerta capillare e istituzionalizzata.

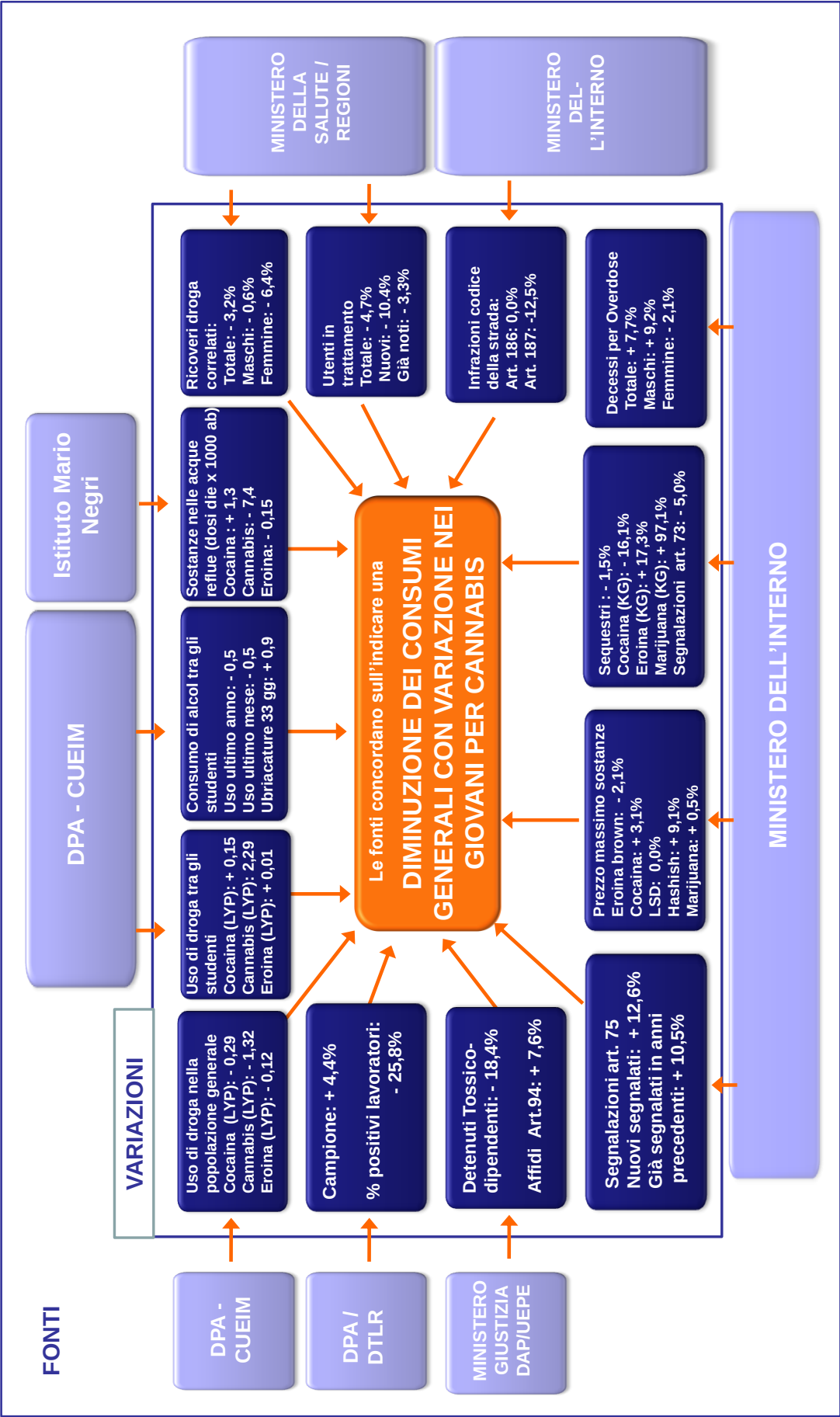
In quanto alla supposta capacità di far crollare gli introiti delle organizzazioni criminali attraverso la legalizzazione delle droghe, modelli e studi eseguiti a tale proposito hanno dimostrato che ciò non è realistico ma soprattutto realizzabile e sostenibile e che non risolverebbe i due principali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

Diversi punti di
vista e salute
pubblica

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

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

Giovanni Serpelloni
Capo Dipartimento Politiche Antidroga
Presidenza del Consiglio dei Ministri



ALLEGATO TECNICO

ANALISI DEI CONSUMI NELLA POPOLAZIONE GENERALE E IN QUELLA STUDENTESCA

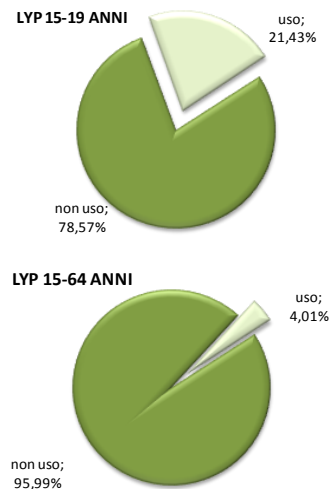
CONSUMO DI CANNABIS

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

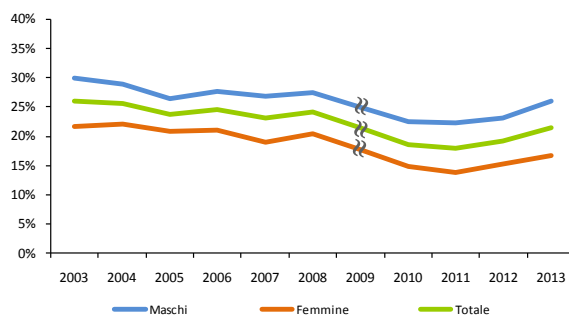
Consumo 15-19 anni (%)	2010	2011	2012	2013	Diff
Nella vita – LTP	22,35	21,77	22,63	24,41	+ 1,78
Negli ultimi 12 mesi – LYP	18,47	17,91	19,14	21,43	+ 2,29
Nella ultimi 30 giorni – LMP	12,27	12,65	12,95	15,08	+ 2,13
Consumo 15-64 anni (%)	2010		2012		Diff
Nella vita – LTP	22,10		21,48		- 0,62
Negli ultimi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

Fonte: Survey – Dipartimento Politiche Antidroga

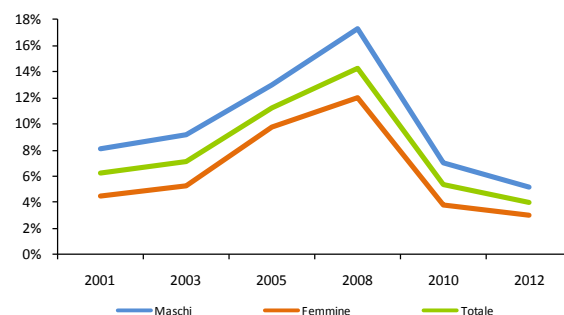
Dati 2010-2011-2012 definitivi – Dati 2013 aggiornati al 03/05/2013



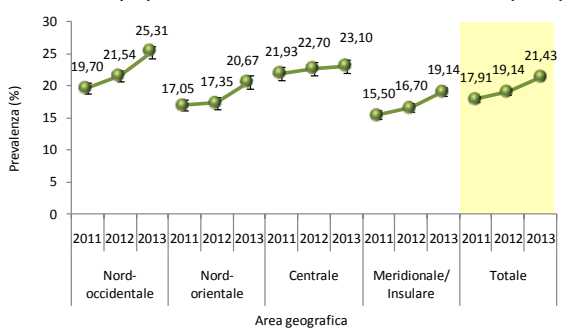
Consumo popolazione scolastica 15 – 19 anni (LYP)



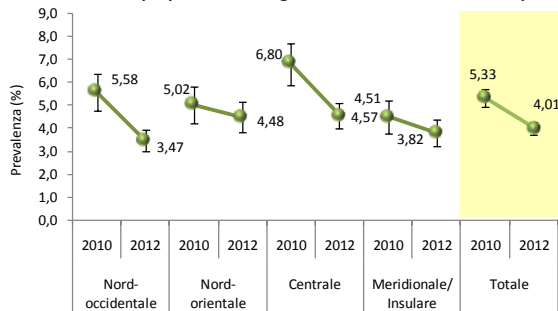
Consumo popolazione generale 15 – 64 anni (LYP)



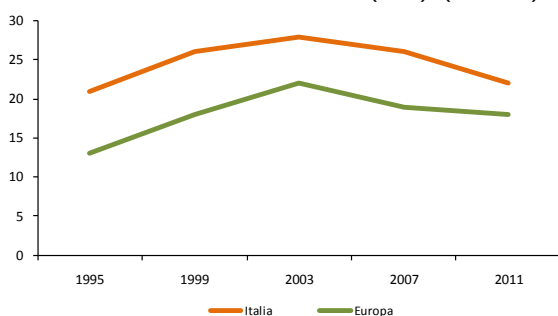
Consumo popolazione scolastica 15 – 19 anni (LYP)



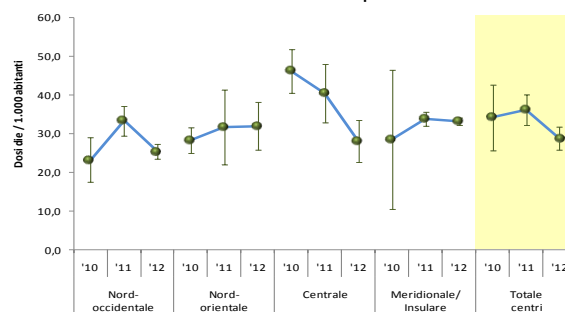
Consumo popolazione generale 15 – 64 anni (LYP)



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



Concentrazioni acque reflue



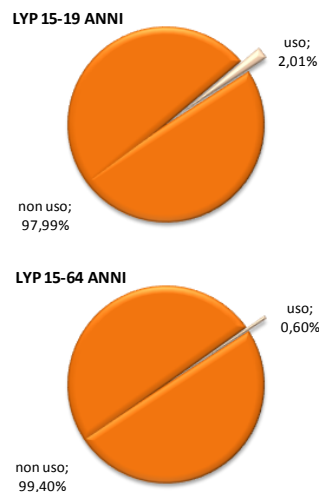
CONSUMO DI COCAINA

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

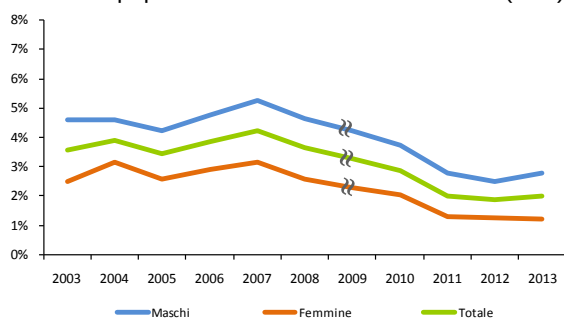
Consumo 15-19 anni (%)	2010	2011	2012	2013	Diff
Nella vita – LTP	4,14	2,95	2,61	2,69	+ 0,08
Negli ultimi 12 mesi – LYP	2,88	2,00	1,86	2,01	+ 0,15
Nella ultimi 30 giorni – LMP	1,57	1,17	1,06	1,01	- 0,05
Consumo 15-64 anni (%)	2010		2012		Diff
Nella vita – LTP	4,62		4,13		- 0,49
Negli ultimi 12 mesi –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

Fonte: Survey – Dipartimento Politiche Antidroga

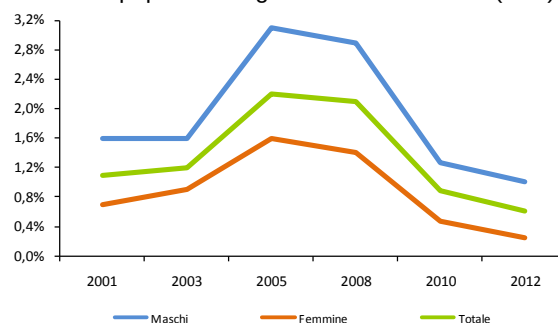
Dati 2010-2011-2012 definitivi – Dati 2013 aggiornati al 03/05/2013



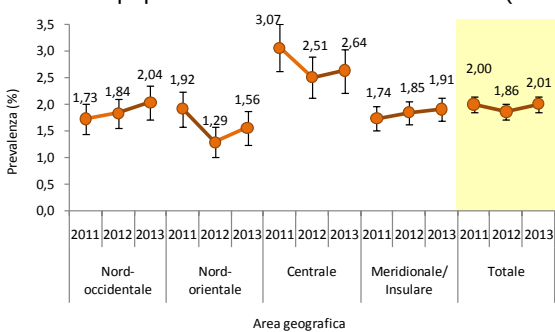
Consumo popolazione scolastica 15 – 19 anni (LYP)



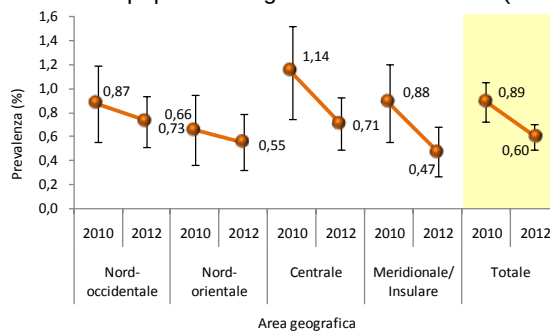
Consumo popolazione generale 15 – 64 anni (LYP)



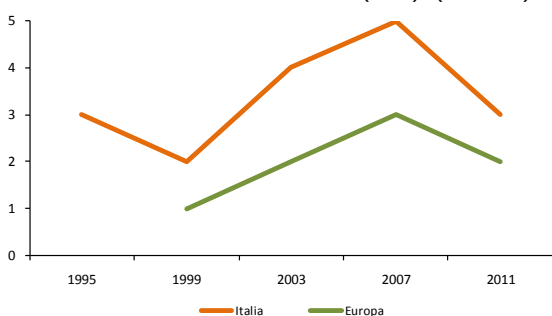
Consumo popolazione scolastica 15 – 19 anni (LYP)



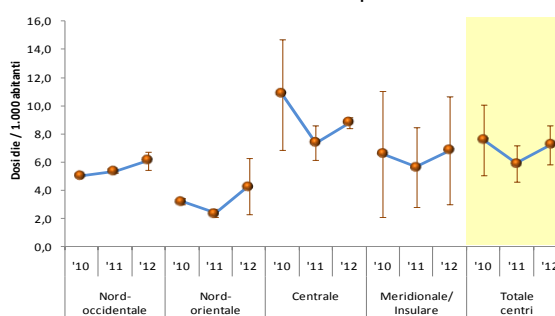
Consumo popolazione generale 15 – 64 anni (LYP)



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



Concentrazioni acque reflue



CONSUMO DI EROINA

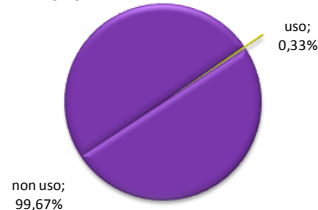
Tabella 3: Consumo di eroina nella popolazione generale (15-64 anni), scolastica (15-19 anni) e nelle acque reflue

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

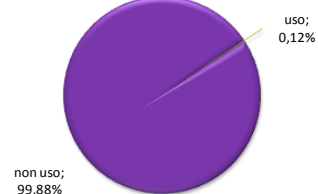
Fonte: Survey – Dipartimento Politiche Antidroga

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

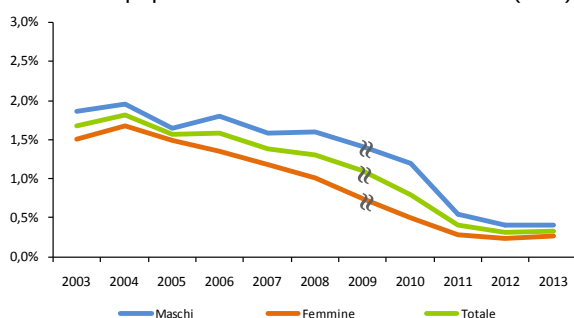
LYP 15-19 ANNI



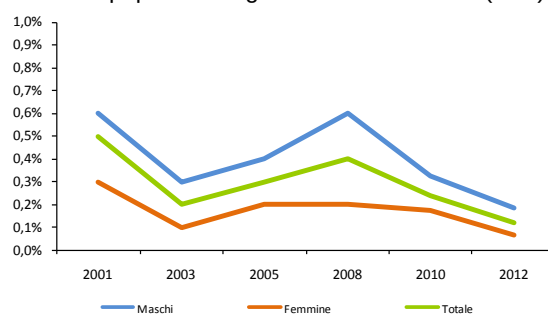
LTP 15-64 ANNI



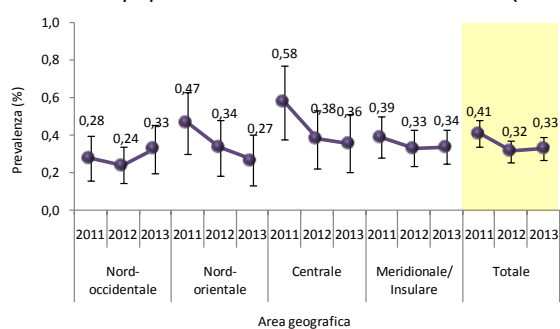
Consumo popolazione scolastica 15 – 19 anni (LYP)



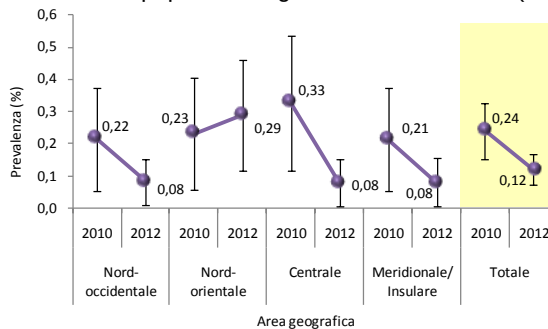
Consumo popolazione generale 15 – 64 anni (LYP)



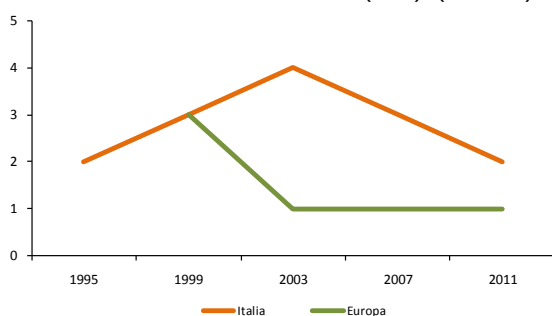
Consumo popolazione scolastica 15 – 19 anni (LYP)



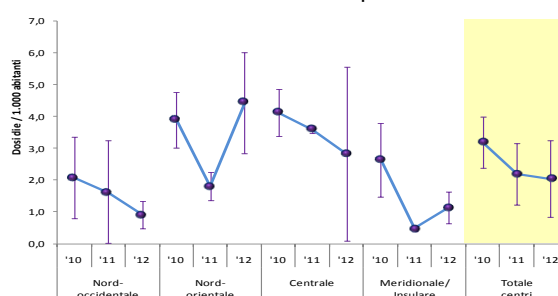
Consumo popolazione generale 15 – 64 anni (LYP)



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



Concentrazioni acque reflue



CONSUMO DI ECSTASY

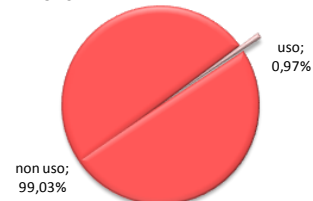
Tabella 4: Consumo di ecstasy nella popolazione generale (15-64 anni), scolastica (15-19 anni) e nelle acque reflue

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

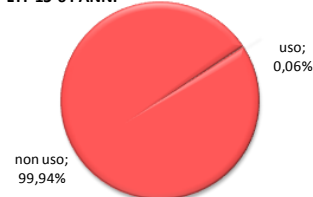
Fonte: Survey – Dipartimento Politiche Antidroga

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

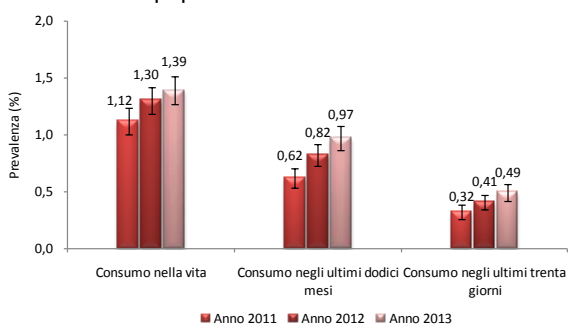
LYP 15-19 ANNI



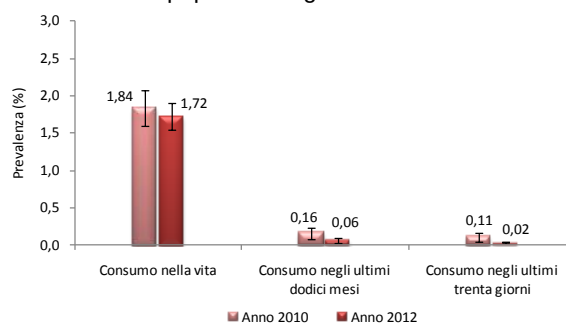
LYP 15-64 ANNI



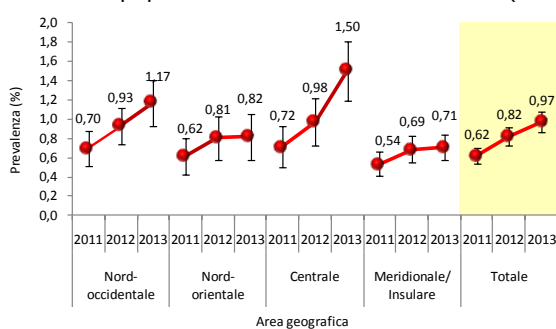
Consumo popolazione scolastica 15 – 19 anni



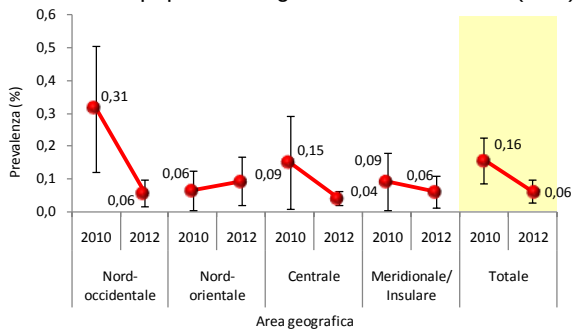
Consumo popolazione generale 15 – 64 anni



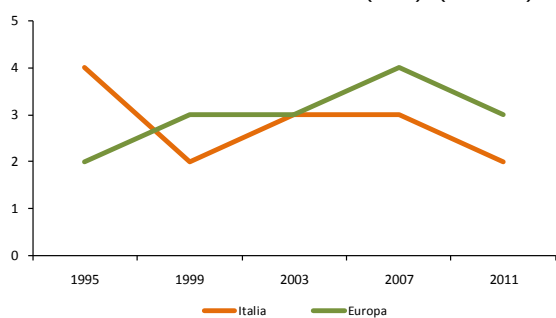
Consumo popolazione scolastica 15 – 19 anni (LYP)



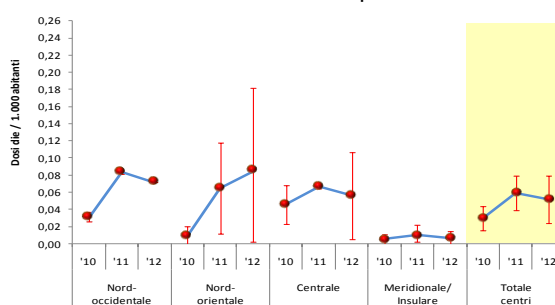
Consumo popolazione generale 15 – 64 anni (LYP)



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



Concentrazioni acque reflue



CONSUMO DI AMFETAMINE

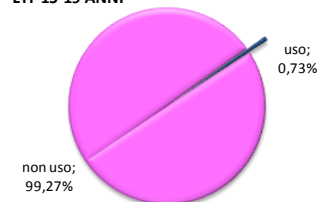
Tabella 5: Consumo di amfetamine nella popolazione generale (15-64 anni), scolastica (15-19 anni) e nelle acque reflue

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

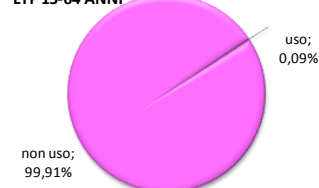
Fonte: Survey – Dipartimento Politiche Antidroga

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

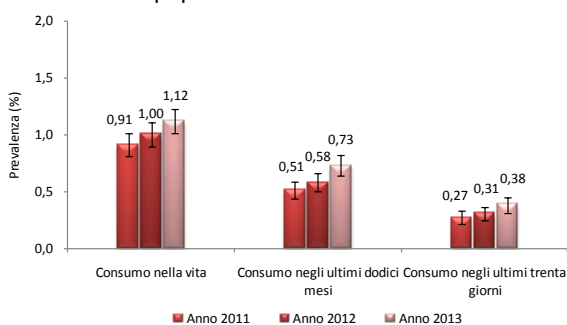
LYP 15-19 ANNI



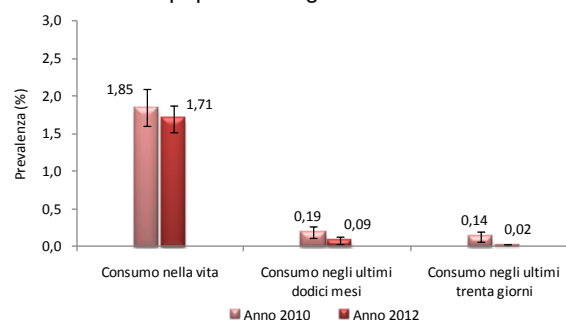
LTP 15-64 ANNI



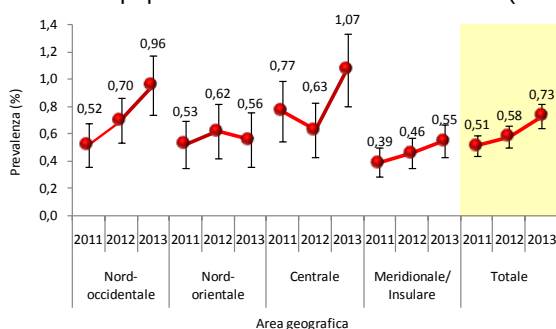
Consumo popolazione scolastica 15 – 19 anni



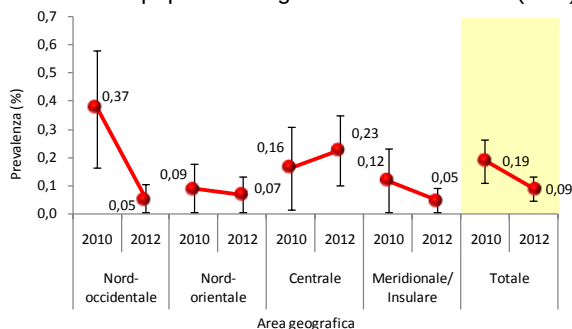
Consumo popolazione generale 15 – 64 anni



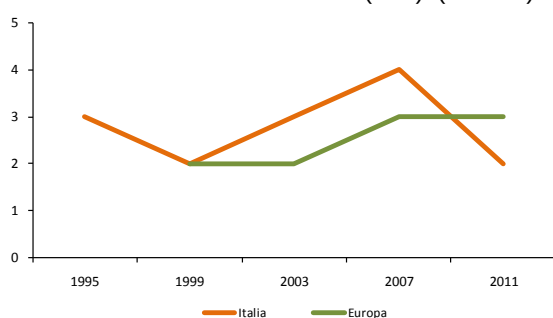
Consumo popolazione scolastica 15 – 19 anni (LTP)



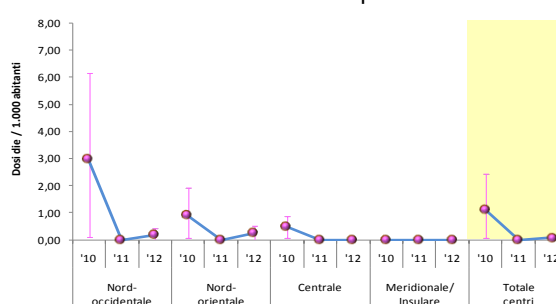
Consumo popolazione generale 15 – 64 anni (LTP)



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



Concentrazioni acque reflue



CONSUMO DI ALLUCINOGENI

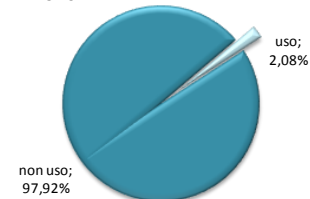
Tabella 6: Consumo di allucinogeni nella popolazione generale (15-64 anni), scolastica (15-19 anni) e nelle acque reflue

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

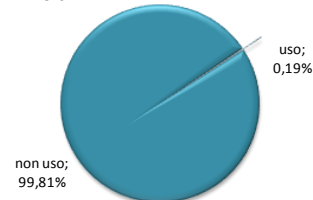
Fonte: Survey – Dipartimento Politiche Antidroga

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

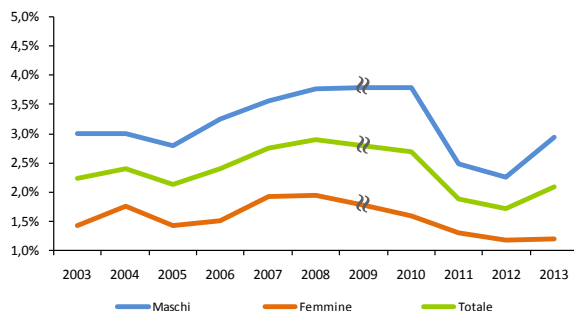
LYP 15-19 ANNI



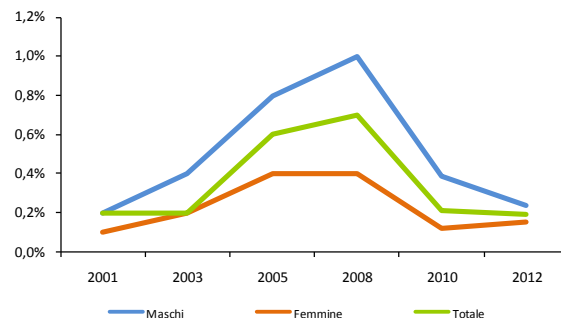
LYP 15-64 ANNI



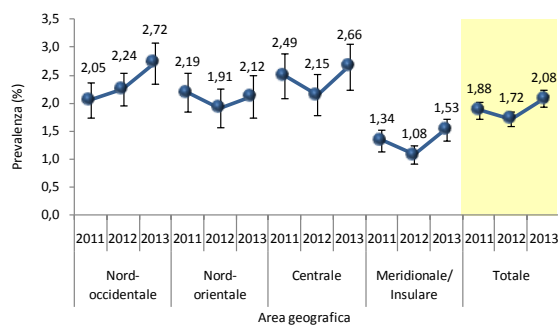
Consumo popolazione scolastica 15 – 19 anni (LYP)



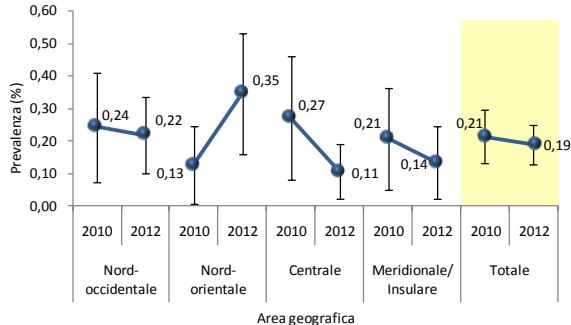
Consumo popolazione generale 15 – 64 anni (LYP)



Consumo popolazione scolastica 15 – 19 anni (LYP)



Consumo popolazione generale 15 – 64 anni (LYP)



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

