



Governo italiano
Dipartimento politiche antidroga
Presidenza del Consiglio dei Ministri



RELAZIONE ANNUALE

AL PARLAMENTO 2017

SULLO STATO DELLE TOSSICODIPENDENZE

IN ITALIA



Governo italiano
Dipartimento politiche antidroga
Presidenza del Consiglio dei Ministri

RELAZIONE ANNUALE
AL PARLAMENTO 2017
SULLO STATO DELLE TOSSICODIPENDENZE
IN ITALIA

RELAZIONE ANNUALE AL PARLAMENTO 2017 SULLO STATO DELLE TOSSICODIPENDENZE IN ITALIA

Presidenza del Consiglio dei Ministri - Dipartimento Politiche Antidroga

La Relazione è stata curata dal Dipartimento Politiche Antidroga che si è avvalso del supporto tecnico dell'Istituto di Fisiologia clinica del CNR

La redazione del documento è frutto di un lavoro collettivo al quale hanno partecipato:

Ministero dell'Interno:

- *Direzione Centrale dei Servizi Antidroga* - Contributo inserito in: Parte I (paragrafi 1.1, 1.2, 2.1), Parte IV (2.3)
- *Dipartimento della Pubblica Sicurezza - Direzione Centrale Anticrimine della Polizia di Stato – Servizio Polizia Scientifica* Contributo inserito in: Parte I (paragrafo 1.4)
- *Dipartimento per le Politiche del Personale dell'amministrazione civile – Direzione Centrale delle Risorse Umane - Centro studi, ricerca e documentazione* - Contributo inserito in: Parte I (paragrafo 2.5), Parte III (1.2, 2.2)

Ministero della Giustizia:

- *Dipartimento per gli Affari di Giustizia – Direzione Generale della Giustizia Penale – Ufficio III - Casellario Giudiziale Centrale* - Contributo inserito in: Parte I (paragrafo 2.2)
- *Dipartimento Amministrazione Penitenziaria* - Contributo inserito in: Parte I (paragrafo 2.3), Parte III (2.3)
- *Dipartimento per la Giustizia Minorile e di Comunità – Direzione Generale del personale, delle risorse e per l'attuazione dei provvedimenti del Giudice Minorile – Ufficio I – Servizio Statistica* - Contributo inserito in: Parte I (paragrafo 2.4)
- *Dipartimento per la Giustizia Minorile e di Comunità - Direzione generale esecuzione penale esterna e di messa alla prova - Ufficio I* - Contributo inserito in: Parte III (paragrafo 2.4)

Ministero della Salute:

- *Direzione generale della prevenzione sanitaria* - Contribuiti inseriti nella Parte III (paragrafi 1.1, 2.1), Parte IV (1.1, 2.1)
- *Direzione generale della digitalizzazione, del sistema informativo sanitario e della statistica* - Contribuiti inseriti nella Parte III (paragrafi 1.1, 2.1), Parte IV (1.1, 2.1)

Ministero della Difesa:

- *Osservatorio Epidemiologico della Difesa* - Contribuiti inseriti nella Parte II (paragrafi 2.2), Parte V (par. 2.3)

Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca – MIUR:

- *Direzione Generale per lo Studente, l'Integrazione e la Partecipazione - Ufficio III* - Contributo inserito nella Parte V (paragrafo 2.2)

Regioni e Province Autonome - Contributi inseriti nella Parte III (paragrafi 1.1, 2.1), Parte IV (1.1), Parte V (1.2, 2.4)

Commissione Salute della Conferenza delle Regioni e delle Province Autonome - sottogruppo Dipendenze Contributi inseriti nella Parte III (paragrafi 1.1, 2.1), Parte V (1.2, 2.4)

Istituto Superiore di Sanità – ISS:

- *Centro Nazionale Dipendenze e Doping* - Contributi inseriti nella Parte I (paragrafi 1.5, 1.6), Parte II (2.1)
- *Centro Nazionale per la prevenzione delle malattie e la promozione della salute* - Contributo inserito nella Parte II (paragrafo 2.1)
- *Dipartimento di Malattie Infettive, Parassitarie e Immunomediate - Centro Operativo AIDS* - Contributo inserito nella Parte IV (paragrafo 1.3)
- *Reparto di Epidemiologia del Dipartimento Malattie Infettive* - Contributo inserito nella Parte IV (paragrafo 1.3)
- *Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute - Sistema Epidemiologico Integrato delle Epatiti Virali Acute* - Contributo inserito nella Parte IV (paragrafo 1.2)

Istituto Nazionale di Statistica - ISTAT:

Dipartimento per la Produzione Statistica – Direzione Centrale per la contabilità nazionale - Servizio Domanda finale, input di lavoro e capitale, conti ambientali – Contributi inseriti nella Parte I (paragrafo 1.3), Parte IV (2.1, 2.3)

- *Direzione Centrale per le statistiche sociali e il censimento della popolazione - Servizio Sistema integrato salute, assistenza, previdenza e giustizia* - Contributi inseriti nella Parte IV (paragrafi 2.2, 2.4)

Consiglio Nazionale delle Ricerche:

- *Istituto di Fisiologia Clinica (CNR-IFC) – Sezione di Epidemiologia e Ricerca sui Servizi Sanitari* - Contributi inseriti nella Parte II (paragrafi 1.1, 1.2, 3.1), Parte V (2.2), Appendice

Esperti nazionali del PUNTO FOCALE NAZIONALE – REITOX - Contributo inserito nella Parte II (paragrafo 3.2)

Per il download della Relazione e per approfondimenti: <http://www.politicheantidroga.gov.it/>

Finito di stampare nel mese di giugno 2017 - Roma

INDICE

V | **Acronimi**

VI | **Sintesi introduttiva**

PARTE I

OFFERTA E MERCATO DI SOSTANZE

3 | **Capitolo 1**
Offerta di sostanze e dimensione del mercato

15 | **Capitolo 2**
Riduzione dell'offerta

PARTE II

DIFFUSIONE E TENDENZE DEI CONSUMI

31 | **Capitolo 1**
Consumi nella popolazione

45 | **Capitolo 2**
Consumi in gruppi specifici

51 | **Capitolo 3**
Consumo ad alto rischio

PARTE III

OFFERTA E DOMANDA DI TRATTAMENTO

59 | **Capitolo 1**
Organizzazione dei servizi

63 | **Capitolo 2**
Domanda di trattamento

PARTE IV

DANNI CORRELATI AL CONSUMO DI DROGHE

- 79 | **Capitolo 1**
Malattie infettive
- 91 | **Capitolo 2**
Ricoveri ospedalieri, incidenti stradali e mortalità

PARTE V

CONTESTO NORMATIVO E ATTIVITÀ DI PREVENZIONE

- 103 | **Capitolo 1**
Contesto normativo
- 109 | **Capitolo 2**
Attività di prevenzione

APPENDICE

- 122 | Donne e dipendenze

Acronimi

AIDS	Acquired Immunodeficiency Syndrome
CNR	Consiglio Nazionale delle Ricerche
COA	Centro Operativo AIDS
CP	Codice Penale
CVD	Commissione vigilanza e controllo doping e tutela della salute nelle attività sportive
DCSA	Direzione Centrale dei Servizi Antidroga
DM	Decreto Ministeriale
DPA	Dipartimento Politiche Antidroga
DPCM	Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri
DPR	Decreto del Presidente della Repubblica
EMCDDA	European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction
ESPAD	European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs
FA	Forze Armate
FF.OO	Forze dell'Ordine
FUS	Frequency of Use Score
HAV	Epatite virale di tipo A
HBV	Epatite virale di tipo B
HCV	Epatite virale di tipo C
HIV	Human Immunodeficiency Virus
IDU	Injecting Drug Users
IP SAD	Italian Population Survey on Alcohol and other Drugs
ISS	Istituto Superiore di Sanità
IST	Infezioni Sessualmente Trasmissibili
ISTAT	Istituto nazionale di statistica
MIUR	Ministero dell'Istruzione, dell'Università e Ricerca
NPS	New Psychoactive Substances
NSIS	Nuovo Sistema Informativo Sanitario
PA	Province Autonome
PAN	Piano di Azione Nazionale sulle Droghe
PAN-NSP	Piano di Azione Nazionale sulle Droghe - Nuove Sostanze Psicoattive
PCM	Presidenza del Consiglio dei Ministri
PDS	Poly-Drug Score
PIL	Prodotto Interno Lordo
RGM	Registro Generale della Mortalità
RNAIDS	Registro Nazionale AIDS
RSM	Registro Speciale di Mortalità
SDO	Scheda di Dimissione Ospedaliera
SEIEVA	Sistema Epidemiologico Integrato dell'Epatite Virale Acuta
SerD	Servizi per le Dipendenze
SIND	Sistema Informativo Nazionale per le Dipendenze
SSN	Servizio Sanitario Regionale
UTG	Uffici Territoriali del Governo

Sintesi introduttiva

La presente relazione è stata redatta con l'obiettivo di offrire un'istantanea della situazione delle droghe in Italia a partire dalle informazioni istituzionali più recenti. La compongono i contributi dei vari Ministeri e altri Enti competenti in materia.

Il fenomeno viene descritto attraverso la lettura tanto del mercato quanto delle varie dimensioni della domanda di sostanze stupefacenti, nonché delle risposte a livello nazionale in termini di prevenzione, cura e contrasto.

LO SCENARIO NAZIONALE IN MATERIA DI STUPEFACENTI

Negli ultimi anni le principali caratteristiche dello scenario nazionale in materia di stupefacenti hanno subito mutamenti radicali, che ci spingono a rileggere anche i fenomeni noti alla luce delle nuove informazioni disponibili. Da una parte si sono stabilizzati, e in taluni casi sono diminuiti, i consumi di alcune sostanze che avevamo visto diffondersi nello scorso decennio e grazie ai livelli di prevenzione e trattamento erogati si è riusciti a ridurre il contagio di

CONSUMI DI ALMENO UNA SOSTANZA ILLEGALE NELL'ULTIMO ANNO

POPOLAZIONE STUDENTESCA	2016	POPOLAZIONE GENERALE
25,9%		10,3%
640.000		4.000.000

25,8%	Cannabis	9,8 %
11,1%	SPICE	0,7%
3,5%	NPS Nuove Sostanze Psicoattive	1,4%
2,5%	Cocaina	1,0%
1,1%	Eroina Oppiacei	0,6%

Fonte: CNR

Fonte: CNR

OPERAZIONI ANTIDROGA

23.734

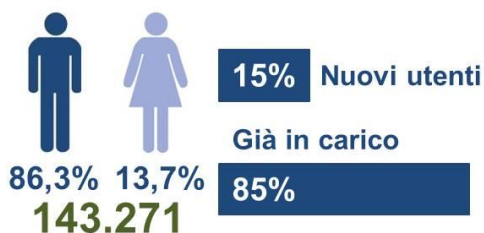
Fonte: Ministero dell'Interno

SEQUESTRI

Cannabis	Hashish	Kg.
58,1%	33,3%	
Altre Droghe		71.672
NPS	1,2%	
Cocaina	6,6%	
Oppiacei	0,7%	

Fonte: Ministero dell'Interno

UTENZA IN TRATTAMENTO



Fonte: Ministero della Salute

Uso primario

Eroina	68,1%
Cocaina	17,3%
Cannabis	11,1%

RICOVERI

Diagnosi principale droga correlata



Fonti: Ministero della Salute, ISTAT

malattie infettive e la mortalità correlata. Dall'altra, stiamo osservando l'ingresso sul mercato di un numero crescente di Nuove Sostanze Psicoattive, che per loro stessa natura hanno una vita sul mercato relativamente breve, sostituite in tempi rapidissimi da nuovi ritrovati. Il dato risulta ancora più interessante se letto insieme al fatto che nell'ultimo anno sono aumentate le azioni di contrasto alla diffusione delle sostanze stupefacenti svolte in Italia dalle Forze di Polizia, come dimostra l'aumento del numero di

operazioni che hanno interessato indistintamente tutte le droghe il cui traffico e commercio è vietato dalla legge. A fronte di un maggior numero di operazioni, sono tuttavia diminuiti i quantitativi totali di sostanze sequestrate, in particolare nelle aree di frontiera. Questo dato potrebbe essere collegato alla diffusione di queste sostanze, molto difficili da individuare con i metodi tradizionali.

DENUNCE **32.992**
70,9% In stato di arresto

Fonte: Ministero dell'Interno

CONDANNE PER REATI DROGA CORRELATI

9.959 artt. 73 - 74

Fonte: Ministero dell'Interno

DETENUTI PER REATI DROGA CORRELATI
34,1%

Della popolazione carceraria

Fonte: Ministero della Giustizia

MISURE ALTERNATIVE AL CARCERE

84,5% 5,5%



Fonte: Ministero della Giustizia

LA CANNABIS E I SUOI DERIVATI: DIFFUSIONE SEMPRE MAGGIORE

L'analisi di tutte le fonti istituzionali evidenzia che, in termini di quantità, la cannabis rappresenta la quota più ampia del mercato nazionale delle sostanze illecite. L'importazione di cannabis da molteplici Paesi di approvvigionamento e l'aumento della produzione interna costituiscono una notevole sfida per l'attività di contrasto. I quantitativi di sostanza sequestrati corrispondono, infatti, ad oltre il 90% del totale dei sequestri. Inoltre, le segnalazioni per detenzione di cannabis per uso personale rappresentano l'80% del totale, dato in aumento rispetto agli anni precedenti. La cannabis è la sostanza psicoattiva più diffusa sia tra la popolazione adulta che tra i giovanissimi. Circa un terzo della popolazione ne ha sperimentato gli effetti almeno una volta nel corso della propria vita, oltre un quarto degli studenti delle scuole superiori ne ha fatto uso nel 2016. Si osserva inoltre un aumento della disponibilità di prodotti derivati della cannabis, con un'alta variabilità di principio attivo. Le foglie di cannabis, possono avere un alto potere stupefacente assumendo un ruolo potenzialmente preoccupante in termini di salute pubblica. Ancora più preoccupante se si pensa che circa 90mila studenti riferiscono un uso pressoché quotidiano della sostanza e che quasi 150mila studenti sembrerebbero farne un uso problematico. Tuttavia l'utenza in carico ai servizi per

cannabis rappresenta l'11% del totale dell'utenza trattata, ed i ricoveri ospedalieri da imputare a questa sostanza rappresentano il 12% di quelli droga correlati

LA SPICE: UNA SOSTANZA DA MONITORARE

I cannabinoidi sintetici, conosciuti genericamente come "Spice", rappresentano il più largo gruppo di sostanze monitorate in Europa dai sistemi di allerta nazionale. Questi prodotti, totalmente chimici, che si presentano come misture di erbe e che pur non contenendo cannabis ne riproducono gli effetti, rappresentano una nuova frontiera per il mercato delle sostanze illecite e sono facilmente reperibili sul web. La grande varietà di cannabinoidi sintetici e le differenti composizioni chimiche rendono queste sostanze molto pericolose e difficilmente identificabili: non appena uno di questi composti sta per essere messo al bando come sostanza illegale già è disponibile per il mercato un prodotto sostitutivo, con una composizione chimica leggermente modificata. Non si sa molto di come queste sostanze funzionino e dei loro effetti a livello di salute, ed il fatto che la SPICE sia diventata in pochissimi anni la seconda sostanza più diffusa fra gli studenti dopo la cannabis (l'11% ne ha fatto uso) rappresenta senza dubbio un dato da tenere in considerazione.

Essenziale in questo senso è il ruolo del sistema di allerta, in grado di coordinare informazioni e segnalare in modo rapido la comparsa sul mercato dei nuovi ritrovati. Il commercio di queste sostanze attraverso circuiti alternativi rispetto a quelli tradizionali, è confermato anche dal fatto che sono pochi i quantitativi che le Forze di Polizia riescono ad intercettare.

LE NPS UN FENOMENO CHE CORRE SUL WEB

Una sfida altrettanto impegnativa per le politiche nazionali consiste nell'individuare il modo di fornire una risposta efficace al mercato dinamico e in costante evoluzione di tutto il mondo delle sostanze psicoattive che imitano gli effetti delle sostanze illegali: le cosiddette NPS - New Psychoactive Substances (che comprendono ad esempio catinoni sintetici, quali il mefredone, ketamine, fenetilamine e oppiacei sintetici). Sono infatti disponibili informazioni molto limitate sui loro consumi. Un dato, seppur preliminare dell'indagine IPSAD®, rilevato per la prima volta nel 2017, descrive la diffusione delle NPS nella

popolazione generale. Dietro alla loro larga diffusione, un ruolo molto importante è giocato dall'uso di internet.

Nel complesso in Europa, così come nel nostro Paese, le NPS risultano più diffuse di altre sostanze più comuni come amfetamine, ecstasy, cocaina o LSD, per le quali si rilevano percentuali di consumo più basse.

La difficoltà di individuare questi tipi di nuove sostanze è confermata dai quantitativi di sostanze sequestrate, che nel 2016 rappresentano lo 0,1% del totale.

Si evidenzia dunque la necessità di approfondire e sviluppare il monitoraggio delle nuove droghe che vengono quotidianamente immesse sul mercato.

IL TRATTAMENTO

L'Italia si è per lungo tempo contraddistinta in Europa per il suo sistema di trattamento delle tossicodipendenze: il consolidato e capillare sistema di SerD e la sinergia con la rete dei servizi del Privato Sociale Accreditato, nonostante significative differenze interregionali, hanno permesso di fare grandi progressi nel trattamento delle dipendenze da eroina e cocaina. Sono infatti diminuiti i decessi droga-correlati, sia per intossicazione acuta che quelli con causa iniziale droga correlata.

Significativi progressi sono stati osservati anche per quanto riguarda i danni correlati al consumo di droghe: negli ultimi anni si è infatti assistito ad una diminuzione del numero di casi di epatite virale acuta soprattutto di epatite B e C, e contestualmente sono diminuiti i nuovi casi di HIV e AIDS tra gli utilizzatori per via iniettiva di sostanze psicotrope.

Questo quadro riguarda tuttavia l'ambito delle cosiddette "droghe tradizionali". Nonostante la diffusione di nuove sostanze e l'incremento nei consumi, osservato anche fra i giovanissimi, la maggior parte dell'utenza presa in carico per trattamento da parte dei Servizi per le Dipendenze è in cura per uso di eroina ed ha un'età media di 39 anni.

Sappiamo tuttavia che, soprattutto tra le fasce di popolazione più giovani, una percentuale crescente di soggetti fa uso di droghe sintetiche e in generale di quelle che vengono definite "nuove droghe". Spesso, i giovani che ne fanno uso sembrano non interessarsi troppo a conoscere ciò che stanno consumando né le relative conseguenze, mettendo in atto quindi comportamenti estremamente rischiosi per la salute.

L'insieme di queste informazioni, se incrociate con quelle riguardanti offerta e domanda, sembra dunque indicarci come il fenomeno droghe stia assumendo

rapidamente nuovi profili, e come l'attuale sistema di interventi riesca solo in parte a farvi fronte. In quest'ottica, sembra dunque rendersi necessario lo sviluppo e l'affiancamento di strumenti di analisi e intervento dinamici, in grado tener conto e adattarsi alla rapida evoluzione dei vari aspetti.

I MINORI E SOSTANZE PSICOATTIVE: UN FENOMENO CHE STA EVOLVENDO

In un mondo fluido come quello della diffusione e consumo di sostanze psicoattive illegali, i minori costituiscono una popolazione che necessita di particolare attenzione, tanto per il fatto che un ingresso precoce nel consumo di sostanze aumenta la probabilità di uso problematico in età adulta, quanto per l'elevata propensione dei giovanissimi alla sperimentazione, anche di tipo esplorativo. Questo trova conferma nei dati disponibili: l'uso sperimentale di sostanze psicoattive sembra infatti coinvolgere circa un terzo degli studenti minorenni frequentanti le scuole superiori. Pur limitando quindi la probabilità di incorrere in seri problemi sanitari, legata maggiormente ad un uso assiduo, questi giovani si espongono ad alti rischi di conseguenze negative.

Questo fenomeno sembra trovare conferma tanto nel numero di minori ricoverati per conseguenze derivanti dall'uso di sostanze, quanto in quelli fermati dalle Forze dell'Ordine e segnalati ai Prefetti per detenzione di sostanze per uso personale, o coinvolti in attività criminali legate a traffico e detenzione.

Negli ultimi anni sono infatti aumentate le denunce e i procedimenti giudiziari aperti a carico di minori, nonché il numero di minori affidati ai Servizi Sociali della Giustizia Minorile per reati droga correlati.

A fronte di questo fenomeno la prevenzione, soprattutto in ambito scolastico, continua ad essere uno degli strumenti più efficaci

UNA PROSPETTIVA DI GENERE

Tra le più interessanti evoluzioni caratterizzanti il mondo delle sostanze psicoattive illegali, un posto di particolare rilievo è occupato dal ruolo crescente delle donne in termini di consumi. Nonostante il genere femminile sia caratterizzato da una percezione dei rischi correlati all'uso di sostanze più alta rispetto al genere maschile, è aumentata sia la percentuale di studentesse delle scuole secondarie superiori che ha sperimentato almeno una sostanza psicoattiva illegale

(30%), sia la percentuale di quelle che hanno sperimentato Nuove Sostanze Psicoattive (3%). A conferma di questa tendenza, si osserva anche un incremento del numero di ragazze che ha un consumo di sostanze definibile "ad alto rischio", come la poli-assunzione o l'uso quotidiano.

In ambito di richiesta di aiuto e trattamento, la gran parte delle utenti risulta essere in carico presso i Servizi per le Dipendenze per uso di oppiacei. E' inoltre da rilevare come sembri emergere una tendenza delle donne a chiedere aiuto in età sempre più avanzata, con le complicazioni cliniche che ne possono derivare. In questo senso, pur a fronte di una positiva diminuzione complessiva dei decessi droga-correlati, è preoccupante notare l'aumento dei nuovi casi di HIV registrato fra le donne.

L'impressione generale è dunque che complessivamente il mondo "donne e droga", pur caratterizzato da livelli di consumi, denunce, arresti e richieste di trattamento molto inferiori rispetto a quello degli uomini, assuma in alcuni ambiti caratteristiche molto preoccupanti.

CONSUMO DI ALMENO UNA SOSTANZA ILLEGALE TRA LE STUDENTESSE



28% nella vita

21% nell'ultimo anno

NPS = 2,8%

Nuove Sostanze Psicoattive

SPICE = 9,2%

Fonte: CNR



IN TRATTAMENTO

19.686

75% Oppiacei

11,9% Cocaina

8,6% Cannabis

Fonte: Ministero della Salute



INFETTIVE

Epatiti 20,8%

HIV 25,9%

AIDS 22,2%

Fonte: ISS

I

OFFERTA E MERCATO DI SOSTANZE

Elementi chiave

Offerta di sostanze e dimensioni del mercato

Le operazioni antidroga sono in crescita rispetto agli anni precedenti e per il 30% sono avvenute in aree frontaliere. A fronte di un maggior numero di operazioni diminuiscono i quantitativi di sostanza sequestrata. La quasi totalità dei sequestri ha riguardato i derivati della cannabis e lo 0,1% le droghe sintetiche (prevalentemente costituiti da ecstasy e analoghi), per le quali si registra un aumento.

Le sostanze sequestrate presentano un'alta variabilità di principio attivo. Il Sistema Nazionale di Allerta Precoce ha inviato all'EMCDDA 10 segnalazioni per sostanze apparse in Italia per la prima volta; 13 sono le Allerte diffuse e 43 le nuove sostanze psicoattive segnalate.

Riduzione dell'offerta

32.992 le persone segnalate all'Autorità Giudiziaria, in aumento rispetto agli anni precedenti. Quasi due terzi dei denunciati è di genere maschile, di età compresa tra i 20 e i 39 anni. La maggior parte delle denunce è associata ai derivati della cannabis, seguono quelle per cocaina ed eroina (tutte in aumento), mentre quelle per droghe sintetiche (1,2%) sono in diminuzione.

9.959 i soggetti condannati per reati di produzione, traffico e detenzione di sostanze stupefacenti e/o associazione finalizzata al traffico di queste (artt.73 e/o 74 DPR 309/90).

Il 34,1% della popolazione carceraria è rappresentato dai detenuti per reati droga-correlati (artt.73 e/o 74 DPR 309/90), che risultano diminuiti rispetto al 2014. Sono diminuiti anche i nuovi ingressi per art.73 DPR 309/90, il 50% dei quali rappresentato da stranieri; sul totale dei detenuti per reati droga correlati, tale percentuale scende al 39%.

I minori in carico ai Servizi Sociali della Giustizia Minorile per reati droga correlati sono stati il 18,1% dei 21.848 soggetti in carico; 63 hanno usufruito delle misure alternative. Rispetto ai 1.141 ingressi in Istituti Penali, quelli per reati droga correlati sono il 13,7%; i minori collocati in Comunità sono stati 87.

L'andamento del numero di soggetti segnalati al Prefetto per detenzione per uso personale di sostanze stupefacenti mostra un leggero incremento rispetto agli anni precedenti, in parte ascrivibile al trend crescente del numero di segnalati minorenni. L'80,4% delle segnalazioni è per possesso di cannabinoidi, seguite da quelle per cocaina (12,7%), oppioidi (5,7%) e altre sostanze illegali (1,3%). Il 71,3% dei segnalati ha meno di 30 anni.

OFFERTA DI SOSTANZE E DIMENSIONI DEL MERCATO

1.1 Operazioni antidroga

1.2 Sequestri

1.3 Dimensione economica del mercato della droga

1.4 Purezza delle sostanze

1.5 Sistema di allerta precoce

1.6 Nuove sostanze sotto controllo nel 2016

Operazioni antidroga

Il presente paragrafo è stato realizzato utilizzando il contributo redatto dal Ministero dell'Interno, Direzione Centrale dei Servizi Antidroga (consultabile nella versione completa al link: <http://www.politicheantidroga.gov.it>).

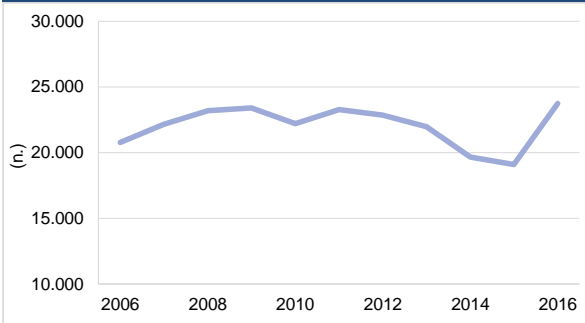
Il contrasto alla diffusione delle sostanze stupefacenti e psicotrope è svolto in Italia dal personale delle Forze di Polizia - talora con il supporto degli Esperti per la Sicurezza della Direzione Centrale per i Servizi Antidroga all'Estero. L'analisi dei dati rilevati dalla D.C.S.A., nell'arco dell'anno preso in esame, e riferiti principalmente alle operazioni antidroga, alle segnalazioni all'Autorità Giudiziaria e ai sequestri di stupefacenti, indicatori tenuti sotto costante monitoraggio, pone in evidenza che pur se la domanda e l'offerta di droga permangono elevate, il traffico illecito è stato incisivamente ed efficacemente contrastato dalle Forze di Polizia con risultati di rilievo.

La regione Lazio, con un totale di 4.030 operazioni, emerge come valore assoluto rispetto alle altre regioni, insieme alla Lombardia (3.608) e alla Campania (2.086). I valori più bassi sono stati registrati in Molise (116) e in Valle d'Aosta (47).

Nel Lazio il maggior numero di operazioni effettuate.

Nel 2016 le operazioni antidroga sono state 23.734, con un aumento rispetto al 2015 del 23%, anno nel quale si era registrato il picco più basso dell'ultimo decennio (Figura 1.1.1).

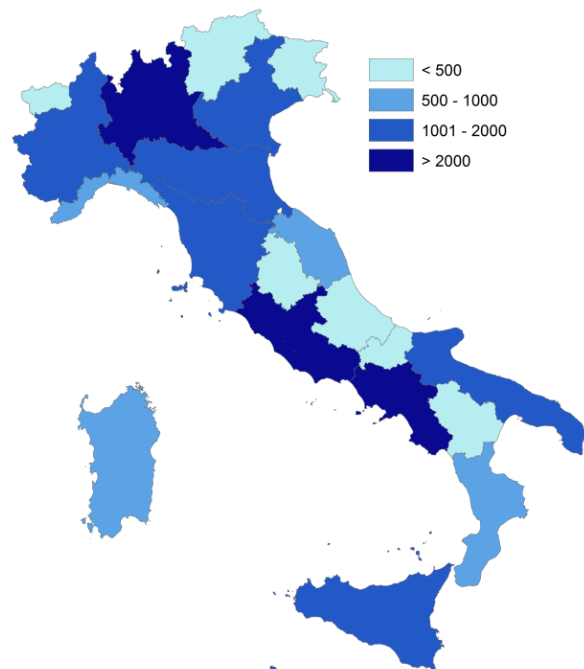
Fig.1.1.1 Operazioni antidroga. Anni 2006-2016.



Fonte: Ministero dell'Interno

Nel 2016 le operazioni antidroga sono aumentate.

Fig.1.1.2 Distribuzione regionale delle operazioni antidroga. Anno 2016.



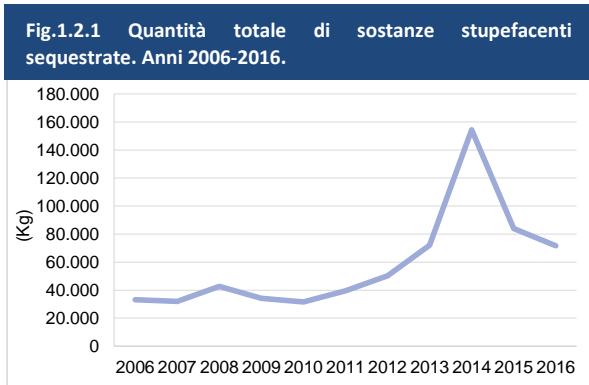
Fonte: Ministero dell'Interno

Rispetto al 2015 gli interventi di polizia sono aumentati principalmente in Toscana (+37,41%), nel Lazio (+36,33%), in Sardegna (+34,08%), in Emilia Romagna (+32,12%), in Sicilia (+32,07%) e in Friuli Venezia Giulia (+31,33%).

Sequestri

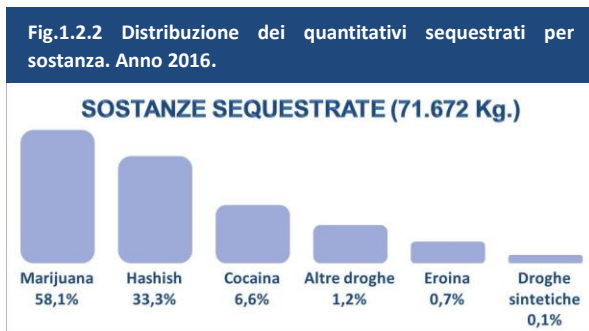
Il presente paragrafo è stato realizzato utilizzando il contributo redatto dal Ministero dell'Interno, Direzione Centrale dei Servizi Antidroga (consultabile nella versione completa al link: <http://www.politicheantidroga.gov.it>).

Negli ultimi anni le quantità totali di sostanze stupefacenti sequestrate sono diminuite (valore massimo nel 2014 con kg 154.503), arrivando ai kg 71.672 sequestrati nel 2016 (Figura 1.2.1).



Fonte: Ministero dell'Interno

Questo quantitativo totale è per la maggior parte attribuibile ai derivati della cannabis che per il 2016 sono circa kg 65.500, pari al 91,4% (Figura 1.2.2).



Fonte: Ministero dell'Interno

Rispetto all'anno precedente, sono aumentati i quantitativi sequestrati di cocaina (+16,1%), di marijuana (+347,2%) e di droghe sintetiche (+25,4%). Sono risultati, invece, in diminuzione i quantitativi sequestrati di eroina (-35,5%) e di hashish (-64,8%).

Il 91,4% delle sostanze sequestrate sono derivati della cannabis.

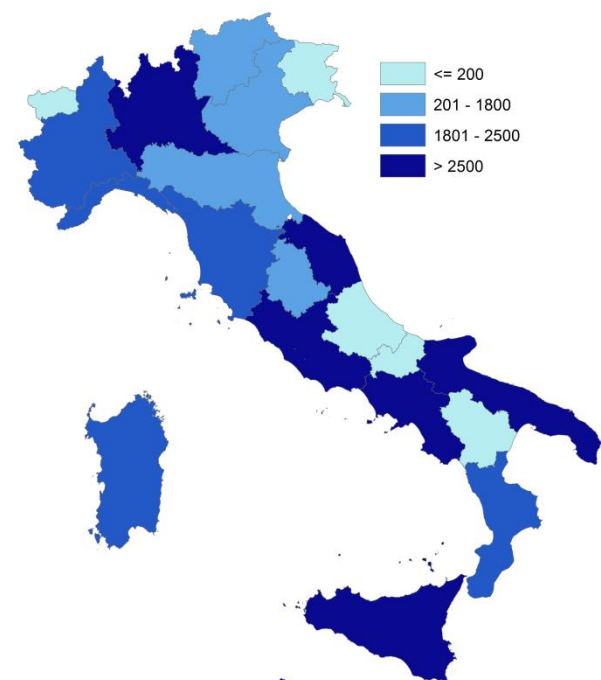
La regione Puglia, con kg 27.928 di sostanze sequestrate, emerge come valore assoluto rispetto alle altre regioni, seguita dal Lazio (kg 11.520), dalla Lombardia (kg 7.639), dalla Sicilia (kg 5.084), dalla Campania (kg 2.720) e dalla Marche (kg 2.545). I valori più bassi si sono registrati in Basilicata (kg 29,99) e in Valle d'Aosta (kg 12,88).

Il 30% dei sequestri avviene nelle aree di frontiera.

Dei kg 71.672 di sostanze stupefacenti sequestrati in Italia nel 2016, il 30,5% è stato intercettato presso le aree di frontiera, percentuale in netto calo rispetto all'anno precedente nel quale si era assestata al 73,1%.

Nel 2016 la marijuana è stata la sostanza maggiormente sequestrata in frontiera, (61,8%), seguita dall'hashish (22,8%), e dalla cocaina (11,1%). I sequestri di eroina (0,7%) e droghe sintetiche (0,2%) rappresentano una quota molto bassa. Il restante 3,4% è riferibile ad altre sostanze.

Fig.1.2.3 Distribuzione regionale dei quantitativi di sostanze sequestrate. Anno 2016.



Fonte: Ministero dell'Interno

Contrasto alle droghe sintetiche

Le operazioni dirette al contrasto delle droghe sintetiche sono state 312 e le denunce 392, di cui 313 in stato di arresto, mentre le dosi sequestrate nel 2016 ammontano a 19.137 unità.

Nel 2016 i sequestri di droghe sintetiche hanno registrato un incremento per quanto concerne le presentazioni "in polvere", tale aumento è del 25,4%, mentre per quelle rinvenute "in dosi" si rileva un decremento pari al 28,5%.

I sequestri più significativi sono avvenuti a Roma (6.304 pastiglie di ecstasy), a Lecco (5.457 dosi di LSD) e a Bologna (17,30 kg di D.M.T. -Dimetilriptamina).

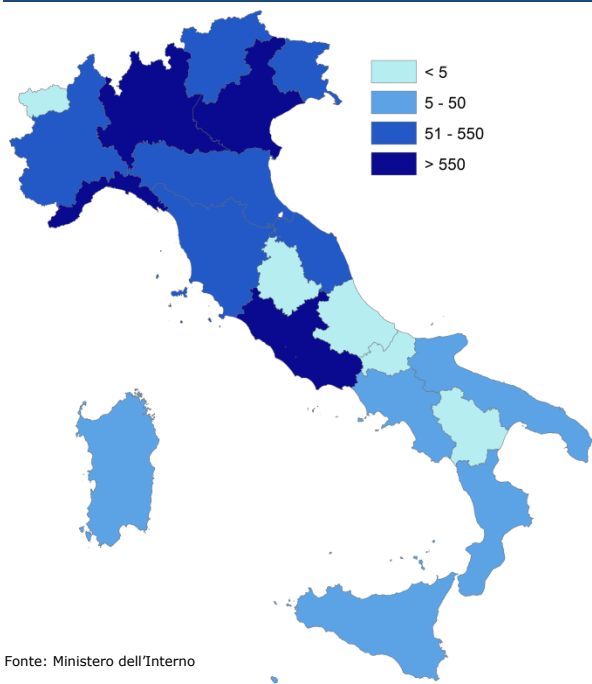
Le droghe sintetiche sequestrate nel corso delle operazioni antidroga sono state rinvenute per lo più occultate all'interno di pacchi o lettere postali, nelle abitazioni, sulla persona e in auto.

Anche nel 2016 il mercato olandese ha rappresentato il punto di approvvigionamento delle piazze di spaccio nazionali. Non a caso le principali direttrici d'ingresso di questo stupefacente provengono da quel Paese, oltretutto dalla Spagna, Polonia e dalla Cina.

Fra le droghe sintetiche sequestrate i quantitativi più significativi sono costituiti dall'ecstasy e dagli analoghi di sintesi che ne mimano gli effetti (ecstasy like).

Prendendo in esame le macroaree, i sequestri di droghe sintetiche (in dosi) nel 2016 risultano distribuiti per il 53,5% al Nord, per il 45,8% al Centro e per lo 0,7% al Sud Italia e isole, mentre i sequestri (in polvere) per l'85,3% al Nord, per l'8,6% al Centro e per il 6,1% al Sud Italia e isole.

Fig.1.2.4 Distribuzione regionale delle dosi (n.) di sostanze sintetiche sequestrate. Anno 2016.



Fonte: Ministero dell'Interno

L'84% dei sequestri di droghe sintetiche avviene all'interno del territorio nazionale.

“Ogni anno in Europa si segnala oltre un milione di sequestri di sostanze illecite. Per la maggior parte si tratta di piccole quantità di droga confiscate ai consumatori, benché le partite di diversi chilogrammi di droga sequestrate a trafficanti e produttori rappresentino un'ampia percentuale della quantità complessiva di stupefacenti sequestrati. La cannabis, oggetto di oltre il 70 % dei sequestri effettuati in Europa è la sostanza confiscata con maggiore frequenza. La cocaina occupa il secondo posto in assoluto (9 %), seguita dalle amfetamine (5 %), dall'eroina (5 %) e dall'MDMA (2 %).” [European Drug Report 2017, EMCDDA].



Dimensione economica del mercato della droga

Il presente paragrafo è stato realizzato utilizzando il contributo redatto dall'Istat, Dipartimento per la Produzione Statistica Direzione Centrale per la Contabilità Nazionale, Servizio Domanda Finale, Input di Lavoro e Capitale, Conti Ambientali - CNB (consultabile nella versione completa al link: <http://www.politicheantidroga.gov.it>).

L'Istat elabora correntemente delle stime sulla componente non osservata dell'economia, ossia quell'area che per motivi diversi sfugge all'osservazione diretta (economia sommersa ed economia illegale). Stimare la dimensione economica di un fenomeno non osservato è un'attività complessa che richiede l'utilizzo di strumenti teorici e tecniche di analisi statistica appropriate per consentirne l'inserimento nei conti nazionali. In generale, poiché le attività illegali sono praticate da soggetti con forti incentivi a occultare il proprio coinvolgimento, sia come produttori sia come consumatori, le relative stime sono affette da consistenti margini di errore.

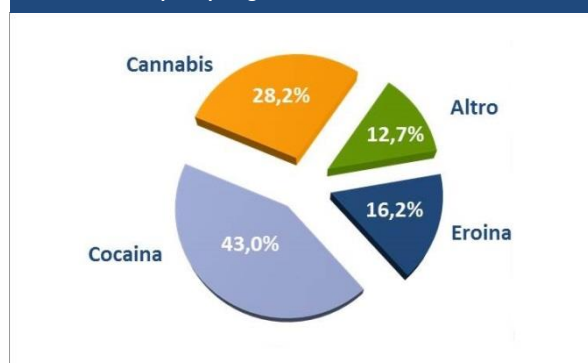
Nota: I dati riportati in questo paragrafo sono riferiti al 2014, annualità più recente resa disponibile dall'ente fornitore del contributo.

Le stime effettuate rilevano che nel 2014 le attività connesse agli stupefacenti rappresentano circa il 75% del complesso delle attività illegali stimate.

In particolare, la spesa per il consumo di sostanze stupefacenti sul territorio nazionale è stimata in 14,2 miliardi di euro, di cui il 43% attribuibile al consumo di cocaina e più di un quarto all'utilizzo di derivati della cannabis.

In un anno si spendono oltre 14 miliardi di euro per l'acquisto di sostanze stupefacenti.

Fig.1.3.1 Distribuzione percentuale della spesa relativa ai consumi finali per tipologia di sostanza. Anno 2014.



Fonte: ISTAT

IL METODO DI STIMA

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

L'approccio che utilizza informazioni dal lato della domanda può essere così formalizzato $HFC_j = N_j * Q_{HFCj} * P_{HFCj}$ dove HFC_j è il valore del consumo finale per la tipologia di sostanza j , N_j è il numero di individui coinvolti nel consumo di droga per sostanza, Q_{HFCj} le quantità consumate e P_{HFCj} sono i prezzi al dettaglio. Il consumo finale HFC è la risultante della somma dei consumi per le diverse sostanze stupefacenti j .

Il numero dei consumatori N si ottiene utilizzando i dati dell'indagine IPSAD®. A partire dai tassi di prevalenza dell'indagine IPSAD®, per il 2014 l'Istat ha stimato un numero di utilizzatori di cannabis pari a 6,2 milioni, mentre 1 milione sono gli utilizzatori di cocaina. I consumatori di eroina risultano circa 280.000 e 595.000 sono gli utilizzatori di altre sostanze chimiche (ecstasy, LSD, anfetamine).

Dopo aver definito il numero degli utilizzatori per tipo di sostanza e per comportamento di consumo (consumatori problematici, regolari e occasionali) è possibile pervenire alla stima della quantità di droga immessa nel mercato interno, inserendo alcune assunzioni sulla frequenza e le quantità d'uso delle diverse tipologie di consumatori.

Le informazioni sui prezzi sono disponibili nelle relazioni annuali della Direzione Centrale dei Servizi Antidroga (DCSA) del Ministero dell'Interno. Ai fini della stima della spesa, si considera un prezzo al consumo intermedio tra le due quotazioni estreme indicate per le vendite al dettaglio. I prezzi risultano coerenti con quelli diffusi dalle Nazioni Unite.

Purezza delle sostanze

Il presente paragrafo è stato realizzato utilizzando le informazioni rilevate dal Ministero dell'Interno, Dipartimento della Pubblica Sicurezza, Direzione Centrale Anticrimine della Polizia di Stato, Servizio Polizia Scientifica (consultabili in formato tabellare al link: <http://www.politicheantidroga.gov.it>).

I dati relativi alla purezza delle sostanze circolanti sul territorio nazionale e di seguito riportati, sono quelli che derivano dalle analisi eseguite sia dal Servizio di Polizia Scientifica di Roma che dai laboratori chimici periferici dei Gabinetti Regionali e Interregionali di Polizia Scientifica. Tali analisi vengono svolte, sulle sostanze sequestrate, a richiesta dell'Autorità Giudiziaria nell'ambito di procedimenti penali per reati connessi all'art. 73 del DPR 309/90 e s.m.i.

Si conferma una elevata variabilità della purezza delle diverse sostanze vendute in strada.

Nel corso del 2016 si conferma quanto osservato negli anni precedenti rispetto all'elevata variabilità della purezza riscontrata, a livello di strada, nelle diverse sostanze immesse sul mercato. Per ognuna delle tipologie di sostanze si osservano scostamenti importanti tra le percentuali massime e minime di principio attivo presente. Tali scostamenti per la cannabis si attestano intorno a poco meno di 40 punti percentuali e sfiorano anche il 90% per l'eroina e la cocaina, come mostrato in Tabella 1.4.1.

“Il contenuto medio di MDMA nelle compresse è aumentato negli ultimi anni.” [European Drug Report 2017, EMCDDA].

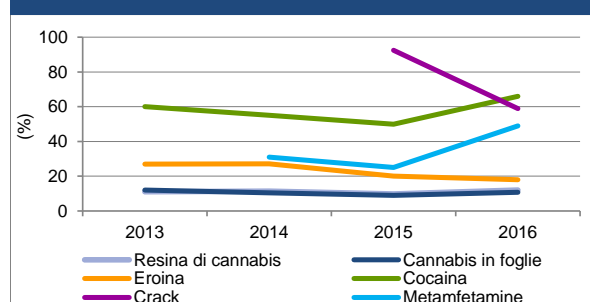
Tab.1.4.1 Numero di campioni esaminati e percentuali di principio attivo rilevate nei campioni di sostanze analizzati. Anno 2016.

	Resina di cannabis	Cannabis in foglie	Eroina	Cocaina	Crack	Metamfetamine
Campioni	1.787	1.701	279	2.072	25	50
Minimo	0,7	0,8	0,5	0,1	26	9
Mediana	12	11	14	72	64	62
Massimo	39	31	63	89	83	82
Media	12	10,8	18	66	59	49

Fonte: Ministero dell'Interno

Per quanto riguarda l'andamento temporale delle percentuali di principio attivo presente, valutando l'andamento congiunto delle percentuali media e mediana, negli ultimi anni si osserva una tendenziale diminuzione per l'eroina e il crack (per quest'ultima sostanza è comunque da tenere in conto la bassa numerosità dei reperti analizzati), a fronte di un aumento della purezza della sostanza circolante, limitatamente all'ultimo anno, relativamente alla cocaina e alle metamfetamine (anche per questo gruppo di sostanze è da tenere in conto la bassa numerosità dei campioni), come mostrato nella figura 1.4.1.

Fig. 1.4.1 Andamento temporale della percentuale media di principio attivo rilevato nei campioni di sostanze analizzati



Fonte: Ministero dell'Interno

Sistema di allerta precoce

Il paragrafo è stato realizzato utilizzando il contributo redatto dal Centro Nazionale Dipendenze e Doping – CNDD - dell'Istituto Superiore di Sanità (consultabile nella versione completa al link: <http://www.politicheantidroga.gov.it>).

Dal 2009 il DPA, nel rispetto delle disposizioni Europee in materia, ha centralizzato e istituzionalizzato nel nostro Paese il Sistema Nazionale di Allerta Precoce e Risposta Rapida per le Droghe – National Early Warning System (N.E.W.S.). Il Sistema è finalizzato, da una parte, ad individuare precocemente i fenomeni potenzialmente pericolosi per la salute pubblica correlati alla comparsa di nuove droghe e di nuove modalità di consumo sul territorio e, dall'altra, ad attivare segnalazioni di allerta che tempestivamente coinvolgano le strutture deputate alla tutela della salute e responsabili dell'eventuale attivazione di adeguate misure in risposta alle emergenze.

Il Sistema Nazionale di Allerta si avvale della collaborazione di strutture di diversa tipologia, sia a livello nazionale che internazionale. Rispetto al 2009 il numero di Centri Collaborativi definiti di II livello (Early Expert Network per la consultazione rapida, costituito da Forze dell'Ordine, tossicologie forensi, centri antiveleni, laboratori universitari ecc.) è passato da 30 a circa 150. Ciò ha contribuito ad aumentare la visibilità e l'operatività del Sistema sul territorio nazionale e ad incrementare il numero di segnalazioni. Il Sistema si avvale inoltre di un network costituito da 227 strutture ospedaliere che collaborano o hanno collaborato con il Centro Antiveleni di Pavia per la raccolta dei casi tra il 2014 e il 2015.

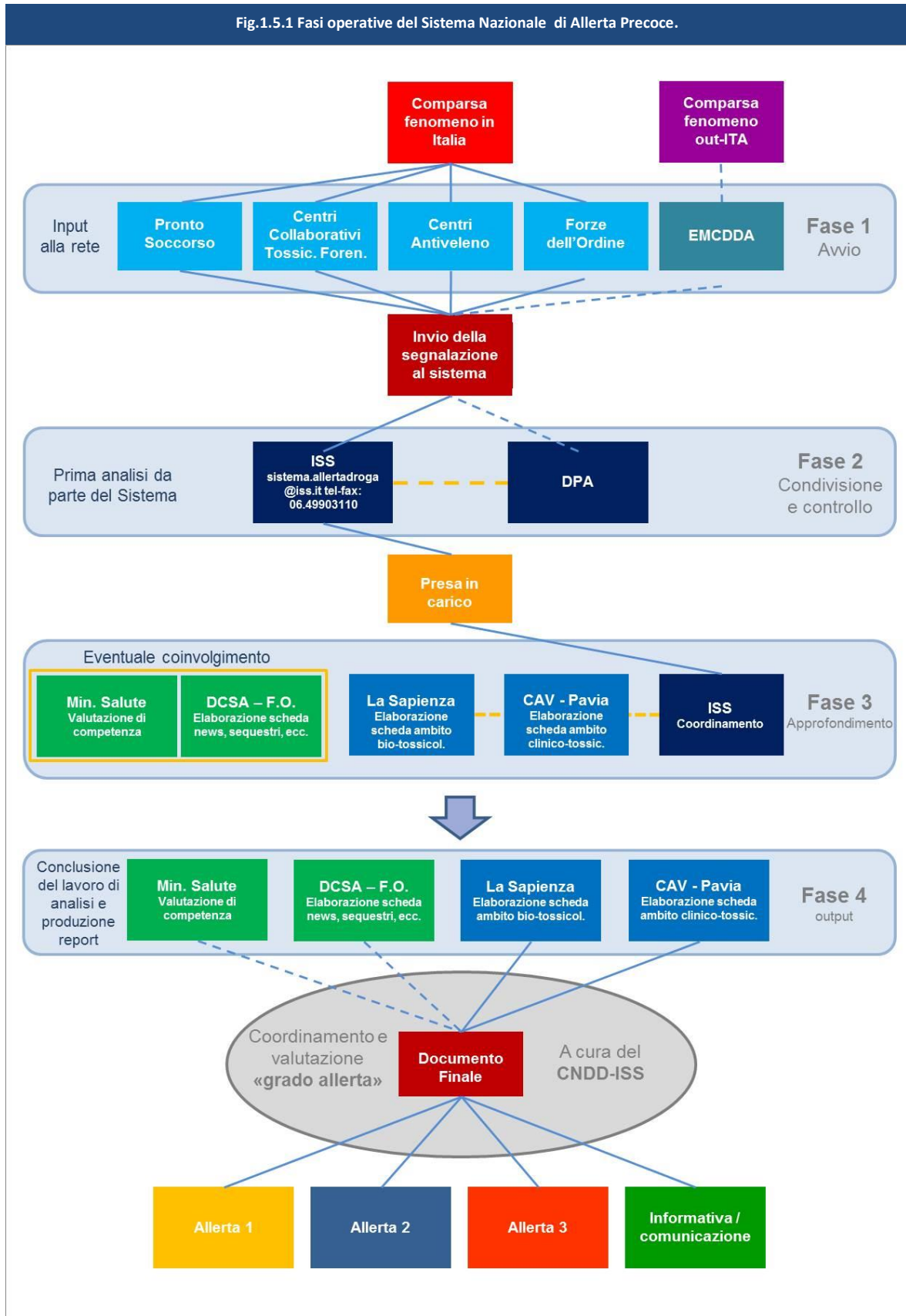
A partire dal secondo semestre del 2015 le attività di scambio e raccolta dati sono rallentate per consentire la rimodulazione del quadro operativo del network che mette l'ISS al centro del coordinamento di tutte le attività nazionali, il quale trasmette i risultati al DPA, dove ha sede il Punto Focale Nazionale deputato a corrispondere con l'EMCDDA di Lisbona.

Le attività svolte dal Sistema Nazionale di Allerta riguardano le segnalazioni ricevute (input), relative all'identificazione di nuove sostanze o di nuovi fenomeni sul territorio italiano e internazionale (Figura 1.5.1 - Fasi 1, 2, 3): le comunicazioni trasmesse (output), differenziate per tipologia di informazione: Informative, Preallerte e Allerte di vario grado (Figura 1.5.1 - Fase 4).

Il sistema Nazionale di Allerta Precoce è coordinato dall'ISS.

Il Sistema di Allerta utilizza strumenti informativi differenziati a seconda delle finalità, dei destinatari e della specificità dei contenuti e attraverso di essi aggiorna costantemente il network dei propri centri collaborativi e di altri partner sia italiani che internazionali, dotandosi delle tecnologie avanzate di un Nuovo Database Istituzionale N.E.W.S., nato dall'esigenza di memorizzare, strutturare e organizzare le informazioni raccolte, per gestirle a livello interno, nazionale e internazionale. Il database istituzionale ha un duplice obiettivo:

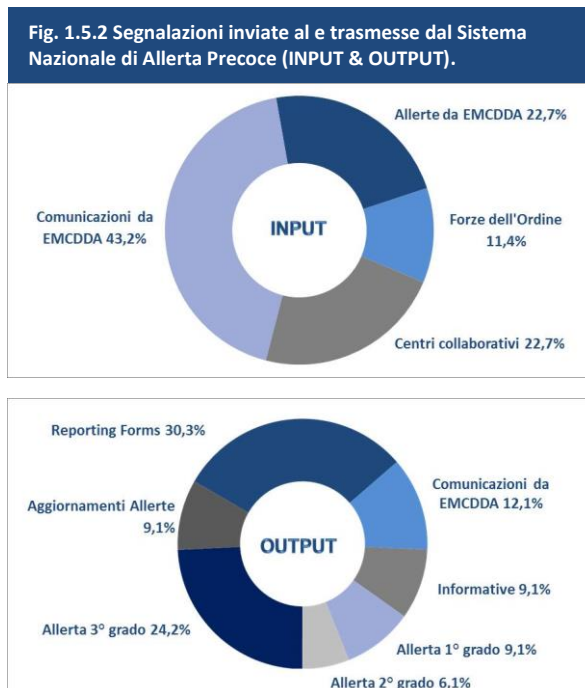
- essere lo strumento attraverso il quale sistematizzare le informazioni raccolte dal Sistema al fine di renderle comprensibili, interrogabili e georeferenziate nel tempo,
- fornire un supporto alla gestione delle proprie attività, per comunicazioni e aggiornamenti rivolti al proprio network dei centri collaborativi e all'EMCDDA.



Fonte: Istituto Superiore di Sanità

Nel corso del 2016, le segnalazioni pervenute al Sistema (input) sono state 15: 5 sono arrivate dalle Forze dell'Ordine e 10 dai centri collaborativi; ci sono inoltre state 19 comunicazioni e 10 allerte pervenute dall'EMCDDA.

Nello stesso anno, le comunicazioni output prodotte dal Sistema sono state: 3 informative, 13 Allerte (2 trasmesse all'EMCDDA), 3 aggiornamenti Allerta, 10 Reporting Forms all'EMCDDA di sostanze individuate per la prima volta su territorio italiano in seguito a sequestri e/o casi di intossicazione acuta e/o decesso e 4 comunicazioni provenienti dall'EMCDDA. Infine, il Sistema ha inviato all'EMCDDA 2 Reporting Forms riassuntivi di tutta l'attività svolta in ambito nazionale.



Fonte: Istituto Superiore di Sanità

Sistema di allerta rapido: criteri e definizioni.

INFORMATIVA: Comunicazione non urgente inviata dal Sistema nazionale di allerta ai centri collaborativi con lo scopo di condividere le informazioni analitiche e cliniche sulle nuove sostanze psicoattive, sui nuovi modelli di consumo, sui nuovi agenti di taglio/adulteranti, al fine di facilitare l'individuazione analitica delle nuove molecole, l'identificazione dei casi clinici e il monitoraggio di fenomeni nuovi nello scenario della droga.

PRE-ALLERTA: comparsa di una nuova sostanza psicoattiva, di una nuova modalità di consumo, un nuovo agente da taglio/adulterante in Europa e/o in Italia. Non ci sono casi clinici registrati in Europa né in Italia. Non ci sono decessi. Informazioni in attesa di conferma. Possibilità di ricevere ulteriori informazioni che potrebbero esitare in un'Allerta

ALLERTA DI GRADO 1: comparsa di una nuova sostanza psicoattiva, di una nuova modalità di consumo, un nuovo agente da taglio/adulterante in Europa o in Italia. Informazioni analiticamente confermate. Non ci sono casi clinici, né in Europa o in Italia. Condizioni di disagio sociale (preoccupazioni, ansie, allarmi sociali)

ALLERTA DI GRADO 2: comparsa di una nuova sostanza psicoattiva, di una nuova modalità di consumo, un nuovo agente da taglio/adulterante in Europa o in Italia. Informazioni analiticamente confermate. Casi clinici verificatisi in Europa o in Italia. Rischio di danni alla salute (disturbi temporanei, non potenzialmente letali) e rischio di diffusione di sostanze tossiche nel mercato illecito e dei consumi. Non ci sono decessi

ALLERTA DI GRADO 3: comparsa di una nuova sostanza psicoattiva, di una nuova modalità di consumo, un nuovo agente da taglio/adulterante in Europa e/o in Italia. Informazioni analiticamente confermate. Casi clinici osservati e documentati in Europa o in Italia. Condizioni di rischio di gravi danni per la salute (malattie invalidanti, decessi). Successivamente all'attivazione, le allerte possono essere oggetto di aggiornamenti che riportano notizie aggiuntive a complemento di quanto inizialmente comunicato.

COMUNICAZIONI E ALLERTE EMCDDA: comunicazioni e/o allerte nelle quali il Sistema di Allerta raggruppa e inoltra al network dei centri collaborativi le segnalazioni e/o allerte relative all'individuazione di nuove molecole sul territorio della UE o a gravi intossicazioni e/o morti che l'EMCDDA ha trasmesso.

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

Gran parte di quello che si sa sulle Nuove Sostanze Psicoattive (NPS) in Europa proviene dal Sistema di allarme rapido dell'UE. Questo sistema è la pietra angolare della risposta europea a nuove sostanze e consente agli Stati membri di riferire direttamente i dati all'EMCDDA e Europol

su intossicazioni, avvelenamenti acuti e morti. Le due agenzie analizzano e valutano i dati per rilevare i segnali di pericolo, consentendo agli Stati membri di reagire tempestivamente per ridurre il danno, con avvisi di salute pubblica, e adottare misure di controllo in tutta l'UE.

Tab. 1.5.1. I Reporting Forms corredati, ove possibile, da dati analitici (foto dei reperti, nei casi di intossicazione, dai dati clinici raccolti) hanno riguardato l'individuazione delle seguenti molecole.

Nome	Tipologia	Tipo di segnalazione	Mese-anno
Kratom (mitraginina)	Alcaloide indolico monoterpeneico (dalla pianta <i>Mitragyna speciosa</i>)	Sequestro	Gennaio-Febbraio 2016
Kratom (mitraginina)	Alcaloide indolico monoterpeneico (dalla pianta <i>Mitragyna speciosa</i>)	Intossicazione	Maggio 2016 Settembre 2016
3-MeO-PCP	Aricloesilamina	Intossicazione	Marzo 2016
DOM	Fenetilamina	Sequestro	Marzo 2015
4-EMC	Catinone sintetico	Sequestro	Marzo 2016
Mesembrina	Altro	Sequestro	Gennaio 2016
25I-NB4Ome	Derivato delle fenetilamine	Sequestro	Maggio 2016
4F-MPH	Derivato delle fenetilamine	Intossicazione	Febbraio 2016
2-MeO-difenidina	Altro	Intossicazione	Aprile 2015
Descloroketamina	Derivato dalla ketamina	Intossicazione	Luglio 2016

Fonte: Istituto Superiore di Sanità

Quando il Sistema individua nuove sostanze psicoattive presenti sul territorio dell'Unione Europea, le comunicazioni vengono trasmesse in forma di relazione tecnico-scientifica al Ministero della Salute per i seguiti di competenza.

Valutazione del rischio di nuove sostanze a livello europeo

Attraverso il comitato scientifico dell'EMCDDA è stata effettuata la valutazione dei rischi di nuove sostanze psicoattive. Tale valutazione prende in considerazione tutti i fattori che hanno costituito le tabelle allegate alle Convenzioni ONU del 1961 e del 1971 sulle sostanze stupefacenti e psicotrope, e ciò garantirà ulteriori immissioni di sostanze sotto controllo internazionale, e poiché sette nuove sostanze (25I-NBOMe, AH-7921, Metosetamina, MDPV, 4,4'-DMAR, MT-45 e A-PVP) sono cresciute notevolmente sul mercato illecito negli ultimi due anni, ne verrà richiesta l'immissione nella lista delle sostanze stupefacenti da parte del Comitato scientifico. (fonte Europol).

“A fine 2016 l'EMCDDA monitorava più di 620 nuove sostanze psicoattive apparse sul mercato europeo delle droghe. Tali sostanze, che non sono sottoposte ai controlli antidroga internazionali, comprendono un vasto assortimento di droghe quali cannabinoidi sintetici, stimolanti, oppiacei e benzodiazepine. Per la maggior parte sono vendute come sostituti «legali» delle droghe illecite, mentre altre sono destinate a piccoli gruppi desiderosi di sperimentarle per conoscerne gli eventuali nuovi effetti.” [European Drug Report 2017, EMCDDA].

Il monitoraggio che l'EMCDDA effettua attraverso il Sistema di Allerta Rapido riguarda una vasta gamma di NPS. Nel 2015 (ultimo dato disponibile) sono state rilevate 100 nuove sostanze per la prima volta, per un totale di 560 nuove sostanze controllate, di cui 380 (70%) rilevate negli ultimi 5 anni e i dati europei dei sequestri di NPS confermano la crescita e l'importanza di questo mercato (fonte Europol).

Nel 2016, i dati provenienti dalle 12 nazioni europee evidenziano una prevalenza delle segnalazioni da

parte della Svezia con 8 sostanze, seguita da Slovenia con 6, Francia con 3, Spagna, Regno Unito, Belgio e Germania con 2, e le restanti nazioni con una sola segnalazione. Per quanto riguarda la tipologia di sostanze segnalate, in larga parte sono presenti gli oppioidi (40% delle comunicazioni), seguiti dalle fenetilamine.

Il mercato delle droghe è in continua evoluzione.

Tab. 1.5.2 Sostanze segnalate per tipologia e Paesi. Anno 2016.

Tipologia	Sostanza segnalata	Paesi
Oppioide	U47,700	Belgio, Svezia, Regno Unito
	Ocfentanil	Belgio, Germania
	Acrilolfentanil	Danimarca, Svezia
	2-Fluorofentanil	Irlanda
	4CI-iBF	Slovenia
	Furanilfentanil	Svezia
	4F-iBF	Svezia, Slovenia
Fenetilamina	25B-NBOH	Finlandia
	25B-NBF	Svezia
	PMMA	Spagna, Olanda
Catinone sintetico	4F-NEBB	Svezia
	N-metil-βk-MMDA-5	Francia
Benzodiazepine	Fonazepam	Svezia
	4-Clorodiazepam	Slovenia
Arietalchilamina	2-MABB	Svezia
	6-IT	Repubblica Ceca
Cannabinoide sintetico	5F-ADB/5F-MDMB-PINACA	Germania
	FUB-NPB-22	Regno Unito
Aricicloesilamina	Tiletamina	Spagna
	Descloro-N-etil-ketamina	Francia
Indolalchilamina	ETH-LAD	Francia
Altro	G-130	Slovenia
	Metilmorfenato	Slovenia
	PRE-084	Slovenia

Fonte: Istituto Superiore di Sanità

Nuove sostanze sotto controllo nel 2016

Il presente paragrafo è stato realizzato utilizzando il contributo Centro Nazionale Dipendenze e Doping – CNDD - dell'Istituto Superiore di Sanità (consultabile nella versione completa al link: <http://www.politicheantidroga.gov.it>).

Nel 2016 i Decreti emanati dal Ministero della Salute, sentito il parere dell'ISS e del Consiglio Superiore di Sanità, per "Aggiornamento delle tabelle contenenti l'indicazione delle sostanze stupefacenti e psicotrope, di cui al decreto del Presidente della Repubblica 9 ottobre 1990, n. 309 e s.m.i.", hanno portato all'aumento del numero delle sostanze psicoattive con potenziale d'abuso e dipendenza.

Nel 2016 in Italia sono state segnalate 43 nuove sostanze psicoattive.

I Decreti¹ sono stati:

Decreto 4 febbraio 2016 - Inserimento nella Tabella I delle sostanze 25B-NBOMe (2C-B-NBOMe) 25CNBOMe (2C-C- NBOMe) Metilone (beta-cheto-MDMA) ed esclusione dalle Tabelle dei medicinali delle sostanze Destropropossifene, Fenproporex, Mefenorex, Meprobamato, Tetrazepam (sezione B); Destropropossifene (sezione C); Meprobamato, Destropropossifene, Tetrazepam (sezione E);

Decreto 10 febbraio 2016 - Inserimento nella Tabella I delle sostanze HHMA, HMA e HMMA;

Decreto 1 agosto 2016 - Inserimenti e ricollocazione di sostanze stupefacenti o psicotrope nelle tabelle I e IV, nella tabella dei medicinali sezioni A-B-D e nell'allegato III bis.

La Procedura di aggiornamento delle tabelle delle sostanze sotto controllo

Le tabelle contenenti l'elenco di tutte le sostanze e dei preparati da porre sotto controllo devono essere tempestivamente aggiornate "in base a quanto previsto dalle convenzioni e accordi internazionali ovvero a nuove acquisizioni scientifiche" (art. 2, comma 1, lettera e), numero 2) DPR 309/90 e s.m.i), funzione assegnata all'Ufficio Centrale Stupefacenti del Ministero della Salute. Quest'ultimo, dopo aver acquisito gli aggiornamenti degli elenchi internazionali o l'esistenza di evidenze scientifiche in materia di droghe, procede all'avvio dell'istruttoria per l'aggiornamento delle tabelle che consiste nel raccogliere tutta la documentazione relativa alla nuova sostanza e a richiedere formalmente il parere tecnico di competenza all'Istituto Superiore di Sanità. Se tale parere identifica la sostanza come psicoattiva e avente capacità di indurre dipendenza, l'Ufficio Centrale Stupefacenti trasmette una relazione tecnica al Consiglio Superiore di Sanità, che ne valuta l'eventuale inserimento in una delle 4 tabelle degli stupefacenti. Per le sostanze aventi attività farmacologica e terapeutica, deve essere anche valutato l'inserimento nella tabella dei medicinali stupefacenti. Il decreto di aggiornamento delle tabelle, generalmente ministeriale, viene successivamente pubblicato nella Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana e inserito nella successiva edizione della Farmacopea ufficiale.

"I precursori di droghe sono sostanze chimiche essenziali per la produzione di sostanze illecite. Poiché molti di essi sono destinati a usi legittimi, determinate sostanze chimiche sono classificate a livello di regolamenti UE e il loro commercio è strettamente monitorato e controllato. La disponibilità di precursori ha un ampio impatto sul mercato e sui metodi di produzione utilizzati nei laboratori clandestini. Nel 2015 i produttori hanno continuato a eludere i meccanismi di controllo introducendo sostanze chimiche non classificate per la produzione di precursori di droghe in prossimità dei siti produttivi. Tale prassi, tuttavia, aumenta il rischio di individuazione, in quanto processi di lavorazione più complessi comportano l'utilizzo di una maggiore quantità di sostanze chimiche e la produzione di più rifiuti." [European Drug Report 2017, EMCDDA].

¹http://www.salute.gov.it/portale/documentazione/p6_2_6.jsp?lingua=italiano

RIDUZIONE DELL'OFFERTA

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

2.2 Condanne per reati droga correlati

2.3 Detenuti per reati droga correlati

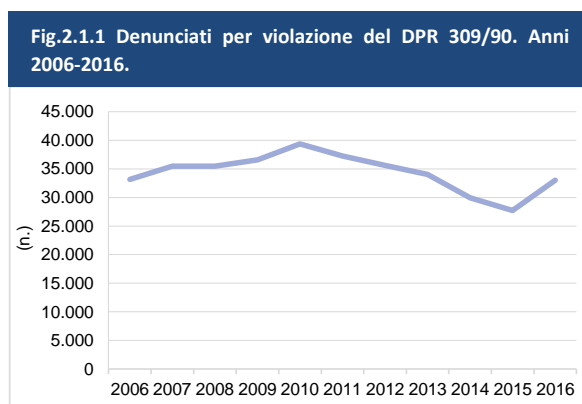
2.4 Minori nel circuito penale per reati droga correlati

2.5 Segnalazioni per art. 75 DPR 309/90

Denunce a piede libero, in stato di irreperibilità e arresti

Il presente paragrafo è stato realizzato utilizzando il contributo redatto dal Ministero dell'Interno, Direzione Centrale dei Servizi Antidroga – (consultabile nella versione completa al link: <http://www.politicheantidroga.gov.it>).

Nel 2016 sono state segnalate all'Autorità Giudiziaria 32.992 persone, con un incremento pari al 17,6% rispetto all'anno precedente nel quale si era registrato il picco più basso dell'ultimo decennio (Figura 2.1.1).



Fonte: Ministero dell'Interno

Le denunce hanno riguardato soggetti prevalentemente di genere maschile (93,3%) e maggiorenni (95,8%). In particolare, quasi due terzi dei denunciati ha tra i 20 e i 39 anni (64,8%), circa un quarto ha più di 40 anni (24,1%) e i restanti 11,1% meno di 20 anni.

I soggetti di genere femminile denunciati sono mediamente più grandi: la percentuale di quelle oltre i 40 anni è infatti il 31,6%.

La figura 2.1.2 mostra la distribuzione regionale dei denunciati.

Il 70,9% dei denunciati nel 2016 è in stato di arresto, il 28,3% in libertà e i pochi restanti (0,8%) sono risultati irreperibili. Sotto questo aspetto si differenziano i soggetti di genere femminile (6,7% del totale dei denunciati): tra queste, infatti, si registra una quota più alta di denunce a piede libero (32,6%).

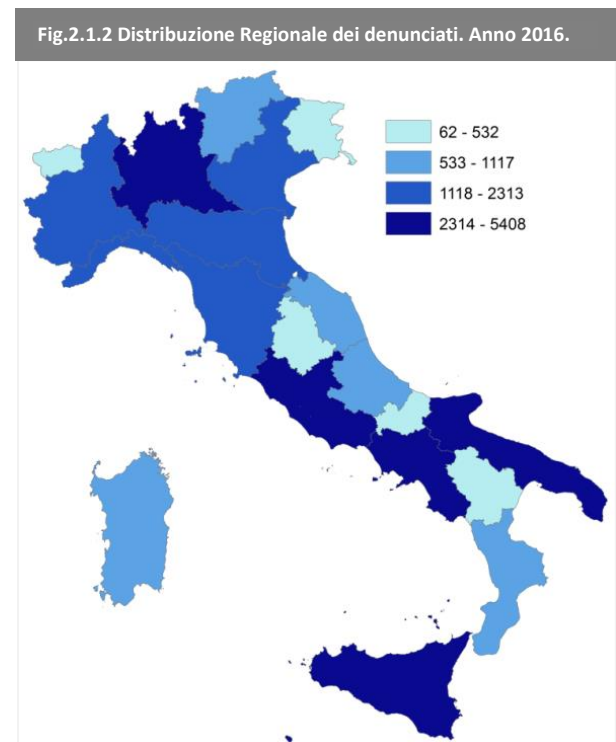
I denunciati di nazionalità straniera sono il 38,3% e sono mediamente più giovani degli italiani. La percentuale di stranieri sotto ai 40 anni è infatti dell'84,6% contro il 75,9% degli italiani).

Sono soprattutto cittadini di origine marocchina (25,5%), albanese (14,3%), tunisina (12,6%), nigeriana (7,5%), gambiana (6,8%) e senegalese (4,5%). Il rimanente 28,8% proviene da altri paesi.

Tra i soggetti di genere femminile si osserva una quota minore di straniere (20,2%).

Art. 73 DPR 309/90

Punisce il reato di "Produzione, traffico e detenzione illeciti di sostanze stupefacenti o psicotrope".



Fonte: Ministero dell'Interno

Quasi i 2/3 dei denunciati ha tra i 20 e i 39 anni.

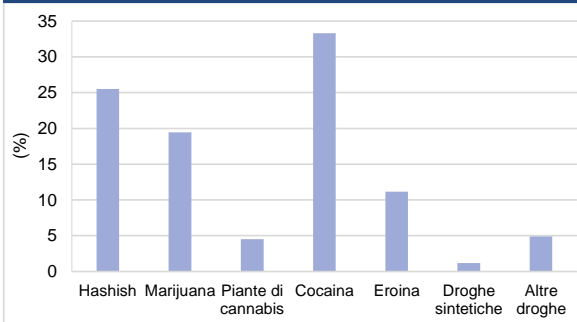
“Secondo le stime, nell’Unione europea nel 2015 i reati segnalati sono stati 1,5 milioni, la maggior parte dei quali (57 %) correlati al consumo o alla detenzione di cannabis, commessi da circa 1 milione di soggetti. I reati denunciati sono aumentati di quasi un terzo (31 %) tra il 2006 e il 2015. Nel complesso, le segnalazioni di reati relativi all’offerta di stupefacenti sono aumentate del 18 % dal 2006, raggiungendo una stima di oltre 214 000 casi nel 2015, di cui la maggior parte imputabile alla cannabis (57 %). Dal 2013 si è assistito a un brusco aumento delle segnalazioni di reati legati all’offerta di MDMA. Si stima che in tutta Europa questi reati abbiano superato nel 2015 il milione di casi legati al consumo o alla detenzione per uso personale, con un incremento del 27 % rispetto al 2006. Circa tre quarti dei reati relativi alla detenzione di sostanze stupefacenti riguardano la cannabis (74 %). Nel 2015 è proseguita la tendenza all’aumento dei reati relativi alla detenzione di amfetamine e MDMA.” [European Drug Report 2017, EMCDDA].

La quasi totalità dei soggetti (93,5%) è stata denunciata per traffico illecito di sostanze (art. 73 DPR 309/90) e il 6,5% per associazione finalizzata al traffico (art. 74 DPR 309/90).

La maggior parte delle denunce è associata alla marijuana, hashish e piante di cannabis (49,5%). La cocaina è coinvolta nel 33,3%, l’eroina nell’11,2% e le droghe sintetiche nell’1,2% dei casi (Figura 2.1.3).

Quasi la metà delle denunce è associata alla marijuana, hashish e piante di cannabis.

Fig.2.1.3 Distribuzione percentuale dei denunciati per sostanza. Anno 2016.



Fonte: Ministero dell’Interno

In particolare, rispetto all’anno precedente, è stata rilevata una diminuzione delle denunce per i reati correlati alle droghe sintetiche (-12,30%) e un aumento per quelle relative alla marijuana (+34,91%), alla cocaina (+17,87%), all’hashish (+16,14%), all’eroina (+11,31%), alle piante di cannabis (+4,99%) e alle altre droghe (+3,93%).

In diminuzione le denunce per reati correlati alle droghe sintetiche

Art. 74 DPR 309/90

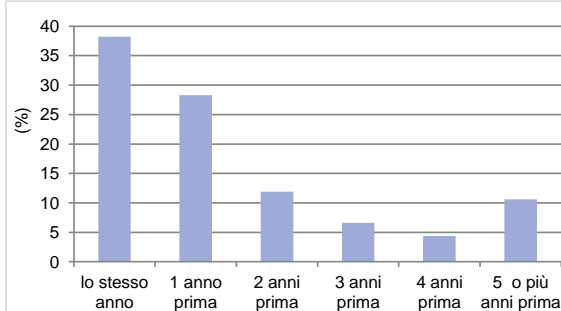
Punisce il reato di “Associazione finalizzata al traffico illecito di sostanze stupefacenti o psicotrope”.

Condanne per reati droga correlati

Il presente paragrafo è stato realizzato utilizzando il contributo redatto dal Ministero della Giustizia, Dipartimento per gli Affari di Giustizia, Direzione Generale della Giustizia Penale, Ufficio III, Casellario Giudiziale Centrale (consultabile nella versione completa al link: <http://www.politicheantidroga.gov.it>).

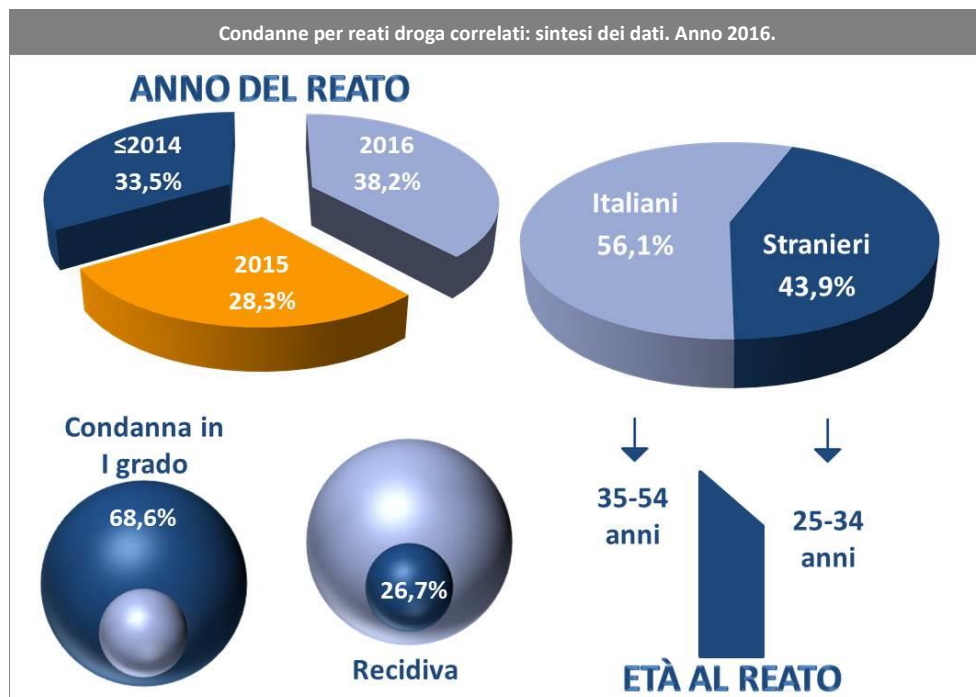
Nel 2016 sono stati condannati 9.959² soggetti per reati di produzione, traffico e detenzione di sostanze stupefacenti (art. 73 DPR 309/90) o associazione finalizzata al traffico di sostanze stupefacenti (Art. 74 DPR 309/90). Il 78,3% di questi ha commesso il reato al massimo 2 anni prima della condanna (Figura 2.2.1) e il reato predominante è sempre quello di produzione, traffico e detenzione di sostanze stupefacenti (98,6%).

Fig.2.2.1 Condannati con sentenza definitiva per i reati di cui agli artt. 73 e/o 74 DPR 309/1990 per anno del commesso reato. Anno 2016



Fonte: Ministero della Giustizia

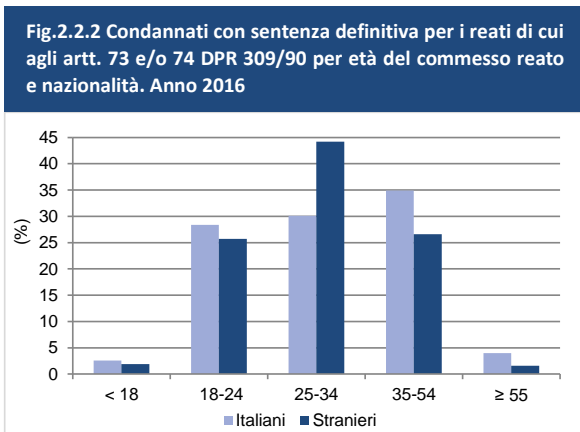
La maggioranza dei condannati è italiana e di genere maschile.



Fonte: Ministero della Giustizia

² Il dato rilevato è suscettibile di aggiornamento continuo.

I soggetti arrivati alla condanna definitiva nel 2016 per crimini legati alla droga sono prevalentemente italiani (56,1%) e di genere maschile (93,8%). Gli stranieri hanno commesso il reato per la maggioranza in età compresa tra 25 e 34 anni, mentre gli italiani tra i 35 e i 54 (Figura 2.2.2).



Fonte: Ministero della Giustizia

La maggior parte dei condannati con sentenza definitiva non è recidiva.

Nel 2016 le regioni dove si commettono più crimini legati alla droga sono la Lombardia, la Sicilia, il Lazio e la Campania. In Lombardia gli stranieri maschi che li commettono sono molti di più degli italiani mentre in Sicilia, Lazio e Campania è vero il contrario.

Art. 73 DPR 309/90

Punisce il reato di "Produzione, traffico e detenzione illeciti di sostanze stupefacenti o psicotrope".

Art. 74 DPR 309/90

Punisce il reato di "Associazione finalizzata al traffico illecito di sostanze stupefacenti o psicotrope".

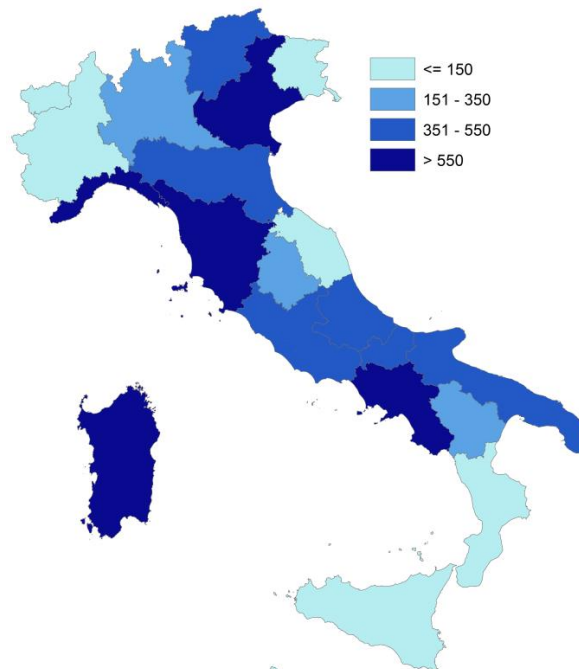
I cittadini stranieri condannati sono prevalentemente provenienti dal Marocco (26,3%), Tunisia (16,1%), Albania (11,1%), Nigeria (7,3%), Gambia (5,3%) e Senegal (3,7%). I restanti provengono da altri Paesi.

È tra i soggetti di genere femminile che si rileva la quota più bassa di stranieri (29,1% vs 44,9% rilevata tra i soggetti di genere maschile).

Nel 2016 quasi 10.000 condannati per reati droga correlati.

La maggior parte dei soggetti condannati, con sentenza definitiva non sono recidivi (73,3%) e la condanna viene emessa per il 68,6% dei casi in primo grado.

Fig.2.2.3 Distribuzione regionale dei condannati con sentenza definitiva per reati artt. 73 e/o 74 DPR 309/90. Anno 2016.



Fonte: Ministero della Giustizia

Detenuti per reati droga correlati

Il presente paragrafo è stato realizzato utilizzando il contributo redatto dal Ministero della Giustizia, Dipartimento Amministrazione Penitenziaria (consultabile nella versione completa al link: <http://www.politicheantidroga.gov.it>).

Nel 2014 è stata emessa la sentenza n. 32/2014 della Corte costituzionale, che ha comportato l'illegittimità costituzionale delle modifiche alla normativa sugli stupefacenti introdotte nel 2006 e sono state riportate in vigore le norme previgenti del DPR n. 309/90, con la distinzione delle sostanze stupefacenti in droghe leggere e droghe pesanti e la diversificazione delle pene previste dall'articolo 73. Il trattamento sanzionatorio è attualmente più mite per le prime (da 2 a 6 anni) e più pesante per le seconde (da 6 a 20 anni) mentre la versione dichiarata incostituzionale prevedeva una pena da 8 a 20 anni per entrambe. Nell'ipotesi della lieve entità del fatto le pene sono state ulteriormente ridimensionate. I detenuti condannati ai sensi dell'art. 73 DPR 309/90 hanno potuto beneficiare, nel caso di droghe leggere, della rideterminazione della pena e della scarcerazione se imputati. La sentenza suddetta ha contribuito ulteriormente alla diminuzione dei nuovi giunti in carcere e dei presenti.

Circa un terzo della popolazione carceraria (34,1%) è rappresentato dai detenuti con reati ascritti all'art. 73 e/o 74 DPR 309/90 il 32% per il solo articolo 73.

Il 95,2% delle violazioni del DPR 309/90 è costituito da reati di cui all'art. 73 DPR 309/90.

I soggetti in carcere per violazione dell'art. 73 DPR 309/90 rappresentano il 32,4% del totale della popolazione detenuta e si è osservato nell'ultimo decennio, in particolare dal 2014 (anno della sentenza n. 32/2014 della Corte Costituzionale), una sensibile diminuzione degli stessi: fino al 2014 rappresentavano infatti una quota superiore al 35% e occasionalmente al 40% (Tabella 2.3.1).

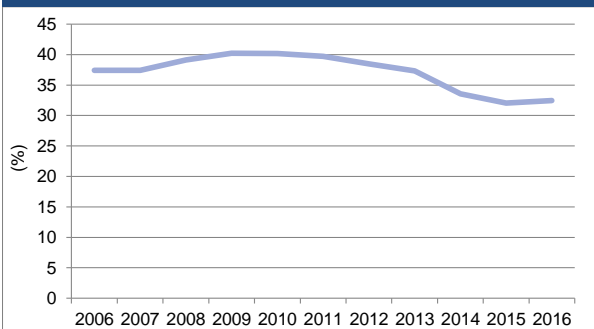
In numeri assoluti al 31/12/2016 si contano 18.622 soggetti, fra i quali il 68,5% è stato condannato per aver violato il solo art. 73 DPR 309/90, il 26,7% l'art. 73 e il 74 DPR 309/90 e il 4,8% il solo art. 74 DPR 309/90 (Tabella 2.3.1).

Tab. 2.3.1 Detenuti presenti totali e con reati in violazione del DPR 309/90 a fine anno. Anni 2006-2016.

Anno	Detenuti presenti	Art. 73 DPR 309/90	Artt. 73 e 74 DPR 309/90	Art. 74 DPR 309/90	Totale DPR 309/90	% sul totale dei presenti
2006	39.005	10.312	4.285	536	15.133	38,8
2007	48.693	14.117	4.101	537	18.755	38,5
2008	58.127	18.197	4.529	588	23.314	40,1
2009	64.791	20.948	5.103	697	26.748	41,3
2010	67.961	21.633	5.661	739	28.033	41,2
2011	66.897	21.094	5.465	742	27.301	40,8
2012	65.701	19.893	5.375	761	26.029	39,6
2013	62.536	17.953	5.393	810	24.156	38,6
2014	53.623	12.717	5.278	849	18.844	35,1
2015	52.164	11.711	5.001	874	17.586	33,7
2016	54.653	12.754	4.979	889	18.622	34,1

Fonte: Ministero della Giustizia

Fig.2.3.1 Trend della percentuale di detenuti per art. 73 DPR 309/90, rispetto al totale dei detenuti. Anni 2006-2016.



Fonte: Ministero della Giustizia

Così come i soggetti presenti, diminuiscono dal 2014 anche i nuovi ingressi. Nell'anno 2016, la quota di ingressi per art. 73 DPR 309/90 risulta pari al 28% del totale e, nell'ultimo decennio, tale percentuale non ha mai superato il 35% (Tabella 2.3.2).

I detenuti per artt. 73 e/o 74 DPR 309/90 sono 18.622.

Tab. 2.3.2 – Ingressi totali e per reati in violazione dell'art. 73 DPR 309/90. Anni 2006-2016

Anno	Ingressi totali	Art. 73 DPR 309/90	% sul totale degli ingressi
2006	90.714	25.399	28,0
2007	90.441	26.985	29,8
2008	92.800	28.865	31,1
2009	88.066	28.369	32,2
2010	84.641	26.141	30,9
2011	76.982	24.452	31,8
2012	63.020	20.465	32,5
2013	59.390	18.151	30,6
2014	50.217	13.972	27,8
2015	45.823	12.284	26,8
2016	47.342	13.356	28,2

Fonte: Ministero della Giustizia

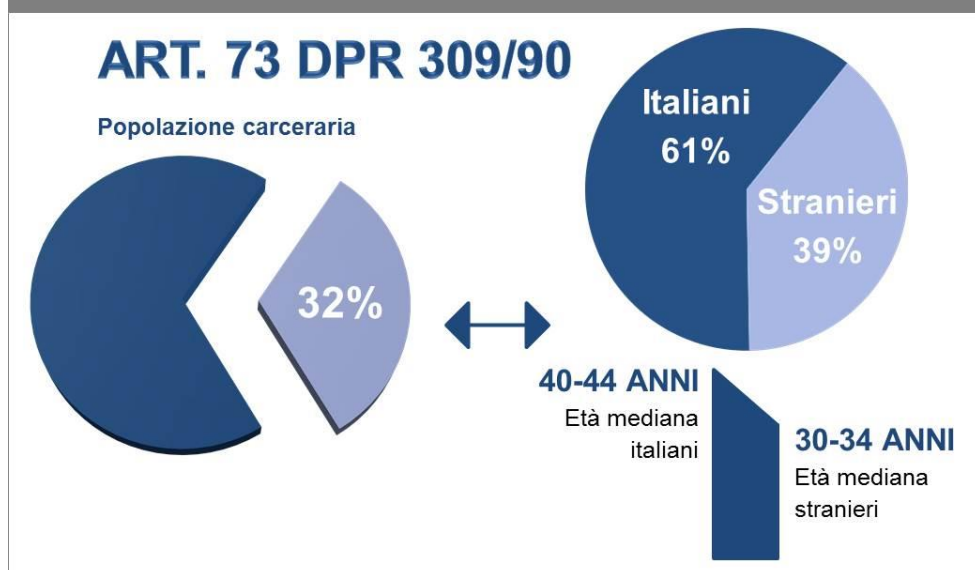
Art. 73 DPR 309/90

Punisce il reato di "Produzione, traffico e detenzione illeciti di sostanze stupefacenti o psicotrope".

Art. 74 DPR 309/90

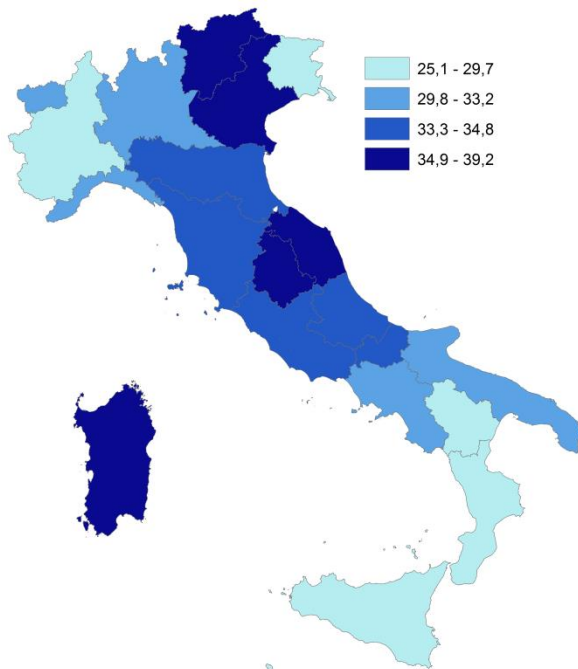
Punisce il reato di "Associazione finalizzata al traffico illecito di sostanze stupefacenti o psicotrope".

Soggetti detenuti per art. 73 DPR 309/90 droga correlati. Anno 2016.



Fonte: Ministero della Giustizia

Fig. 2.3.2 Distribuzione regionale della percentuale di detenuti per art.73 DPR 309/90. Anno 2016.



Fonte: Ministero della Giustizia

Il 38,9% dei detenuti in violazione dell'art. 73 DPR 309/90 presenti al 31/12/2016 è di cittadinanza straniera. La percentuale di soggetti detenuti di cittadinanza straniera è molto più alta se si guarda ai nuovi ingressi (50,8%) (Tabella 2.3.3). L'età mediana dei detenuti presenti in violazione dell'art. 73 DPR 309/90 è compresa fra 35 e 39 anni, con una sensibile differenza quando si osservano i detenuti di cittadinanza straniera che oscillano fra i 30 e i 34 anni e i detenuti con nazionalità italiana che vanno prevalentemente da 40 a 44 anni; dato analogo si riscontra considerando la totalità dei detenuti presenti. La proporzione di donne detenute in violazione dell'art. 73 DPR 309/90 è accomunabile a quella della popolazione femminile detenuta nel suo complesso (4%).

Il 50% dei nuovi ingressi è di nazionalità straniera.

Tab. 2.3.3. Detenuti presenti a fine anno ed entrati dalla libertà. Totali, stranieri e per reati in violazione dell'art. 73 DPR 309/90. Anni 2006-2016.

Anno	Detenuti presenti a fine anno			Detenuti presenti a fine anno per art. 73 DPR 309/90			Entrati dalla libertà nel corso dell'anno			Entrati dalla libertà nel corso dell'anno per art. 73 DPR 309/90		
	Totale	di cui stranieri	% stranieri	Totale	di cui stranieri	% stranieri	Totale	di cui stranieri	% stranieri	Totale	di cui stranieri	% stranieri
2006	39.005	13.152	33,7	14.640	6.214	42,4	90.714	43.288	47,7	25.399	10.325	40,7
2007	48.693	18.252	37,5	18.222	8.693	47,7	90.441	43.860	48,5	26.985	11.593	43,0
2008	58.127	21.562	37,1	22.727	10.993	48,4	92.800	43.099	46,4	28.865	12.301	42,6
2009	64.791	24.067	37,1	26.052	12.523	48,1	88.066	40.073	45,5	28.369	12.460	43,9
2010	67.961	24.954	36,7	27.294	12.523	45,9	84.641	37.298	44,1	26.141	10.446	40,0
2011	66.897	24.174	36,1	26.559	11.966	45,1	76.982	33.305	43,3	24.452	10.226	41,8
2012	65.701	23.492	35,8	25.269	11.063	43,8	63.020	27.006	42,9	20.465	9.088	44,4
2013	62.536	21.854	34,9	23.346	9.688	41,5	59.390	25.818	43,5	18.151	8.109	44,7
2014	53.623	17.462	32,6	17.995	6.715	37,3	50.217	22.747	45,3	13.972	6.747	48,3
2015	52.164	17.340	33,2	16.712	6.230	37,3	45.823	20.521	44,8	12.284	5.900	48,0
2016	54.653	18.621	34,1	17.733	6.899	38,9	47.342	21.102	44,6	13.356	6.785	50,8

Fonte: Ministero della Giustizia

Minori nel circuito penale per reati droga correlati

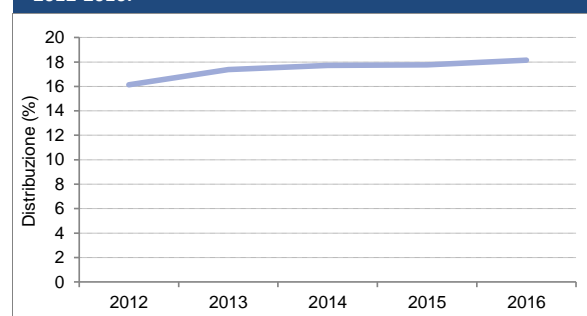
Il presente paragrafo è stato realizzato utilizzando il contributo redatto dal Ministero della Giustizia, Dipartimento per la Giustizia Minorile e di Comunità, Direzione Generale del Personale, delle Risorse e per l'Attuazione dei provvedimenti del giudice minorile, Ufficio I - Servizio Statistica dell' Ufficio I del Capo Dipartimento (consultabile nella versione completa al link: <http://www.politicheantidroga.gov.it>).

I Servizi Minorili della Giustizia assicurano l'esecuzione dei provvedimenti penali disposti dall'Autorità Giudiziaria Minorile e si articolano in: Centri di Prima Accoglienza, Comunità pubbliche e private, Istituti Penali per Minorenni e Uffici di Servizio Sociale per i Minorenni. Quest'ultimi si attivano nel momento in cui, a seguito di denuncia, un minore entra nel circuito penale e costituiscono il servizio che accompagna la persona in tutto il suo percorso penale, dall'inizio alla fine. La normativa processuale, specifica per i minori, prevede una serie di istituti giuridici tendenti ad evitare la detenzione per il minore autore di reato: le misure alternative, le misure sostitutive alla detenzione, i provvedimenti di sospensione del processo e di messa alla prova.

L'utenza dei Servizi della Giustizia Minorile comprende i minori tra i 14 e i 18 anni e i giovani adulti di età compresa tra i 18 e i 25 anni; l'innalzamento dell'età dai 21 ai 25 anni è stato introdotto con la L.117/2014. Questa riforma normativa prevede che in presenza di un reato effettuato quando ancora minorenne, il soggetto possa beneficiare di una presa in carico da parte dei servizi fino al compimento del venticinquesimo anno di età.

Nel 2016 i soggetti in carico ai Servizi Sociali della Giustizia Minorile, con imputazioni di reato per violazione delle disposizioni in materia di sostanze stupefacenti, sono stati 3.963, 18,1% su un totale complessivo di 21.848 soggetti in carico (Tabella 2.4.1). Questo dato, riferito ai soggetti in carico nel 2016, è in crescita (Figura 2.4.1). Fra questi la quota di stranieri resta stabile attorno al 15%. Costante anche la distribuzione per genere che vede i maschi attorno al 95% del totale.

Fig.2.4.1 Percentuale di soggetti in carico agli Uffici di Servizio Sociale della Giustizia Minorile per reati in violazione del DPR 309/90 e s.m.i. rispetto al totale dei presi in carico. Anni 2012-2016.



Fonte: Ministero della Giustizia

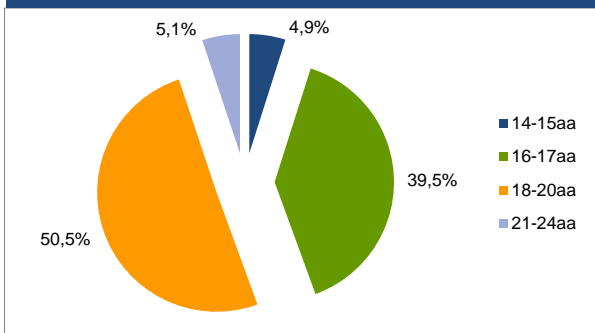
Tab. 2.4.1 Soggetti in carico agli Uffici di Servizio Sociale della Giustizia Minorile – complessivi e per reati in violazione del DPR 309/90 e s.m.i. Anni 2012-2016

Anno	Complessivi	Per reati in violazione del DPR 309/90								
		Totale			Presi in carico per la prima volta			Già in carico da periodi precedenti		
		Totale	Di cui stranieri	Di cui maschi	Totale	Di cui stranieri	Di cui maschi	Totale	Di cui stranieri	Di cui maschi
2012	20.407	3.293	499	3.098	1.108	172	1.036	2.185	327	2.062
2013	20.213	3.512	531	3.319	1.156	164	1.088	2.356	367	2.231
2014	20.195	3.577	541	3.395	1.126	151	1.057	2.451	390	2.338
2015	20.538	3.647	562	3.445	1.198	180	1.129	2.449	382	2.316
2016	21.848	3.963	627	3.759	1.387	190	1.303	2.576	437	2.456

Fonte: Ministero della Giustizia

In crescita i minori in carico ai Servizi Sociali della Giustizia Minorile per reati droga correlati.

Fig.2.4.2 Distribuzione percentuale per fasce d'età dei soggetti che hanno usufruito del provvedimento di sospensione del processo e messa alla prova per reati in violazione del DPR 309/90 e s.m.i. Anno 2016.



Fonte: Ministero della Giustizia

Nel 2016 i soggetti che hanno usufruito delle misure alternative sono stati 63, la quasi totalità di genere maschile (98,4%) e il 12,7% stranieri. Il 93,6% del totale è maggiorenne.

Sui 5.342 soggetti che hanno usufruito del provvedimento di sospensione del processo e messa alla prova, disposti nell'anno e attivi da periodi precedenti, sono stati 1.330 coloro che ne hanno usufruito per reati in violazione del DPR 309/90 e s.m.i. (24,9%), dato in crescita rispetto all'anno precedente (2015: 23,6%). Di questi il 44,4% è minorenne (Figura 2.4.2).

Sono in decremento i minori stranieri entrati in carcere in violazione della normativa sugli stupefacenti.

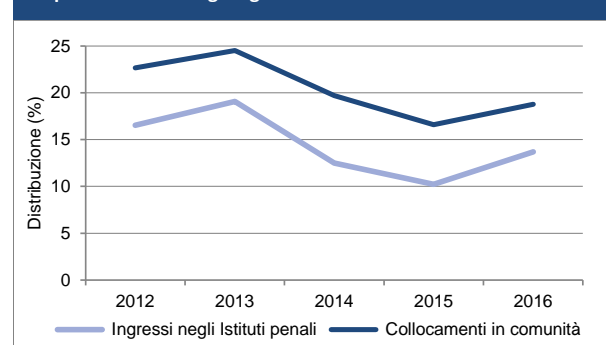
I servizi minorili come immagine del disagio giovanile

La valutazione qualitativa dell'utenza dei Servizi Minorili della Giustizia fornisce un quadro complesso delle problematiche che investono gli universi del disagio minorile, che non sono più riconducibili soltanto alle cosiddette "povertà sociali", ma assumono nel tempo sempre più un carattere di trasversalità.

Si assiste, infatti, ad un trasformazione sempre più rapida del sistema valoriale fra generazioni successive che, sommato ad una caduta dell' "impegno educativo" verso le nuove generazioni e all'aggravarsi delle tensioni interne alla società, producono una crescente destabilizzazione dei percorsi di acquisizione di una identità personale e sociale con il conseguente instaurarsi di situazioni di disagio, disadattamento e devianza.

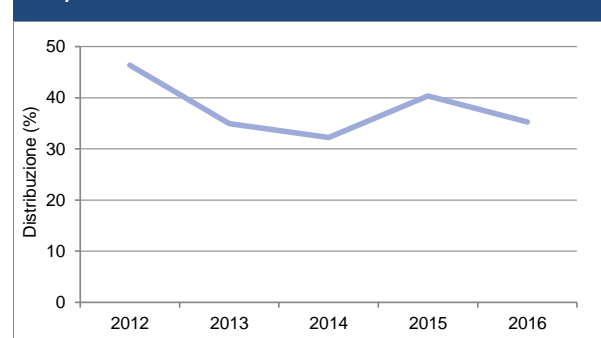
Questa prassi è ancor più evidente per i reati in materia di sostanze stupefacenti, pari al 13,7% del numero complessivo degli ingressi (1.141). Dal 2012 la quota di soggetti inseriti negli Istituti Penali vede il picco massimo nel 2013 (19,1%) e quello minimo nel 2015 (10,2%): il 2016 ha registrato un aumento di 3,5 punti percentuali (Figura 2.4.3).

Fig.2.4.3 Percentuale ingressi in Istituti Penali e in Comunità Terapeutiche per reati in violazione del DPR 309/90 e s.m.i. rispetto al totale degli ingressi. Anni 2012-2016.



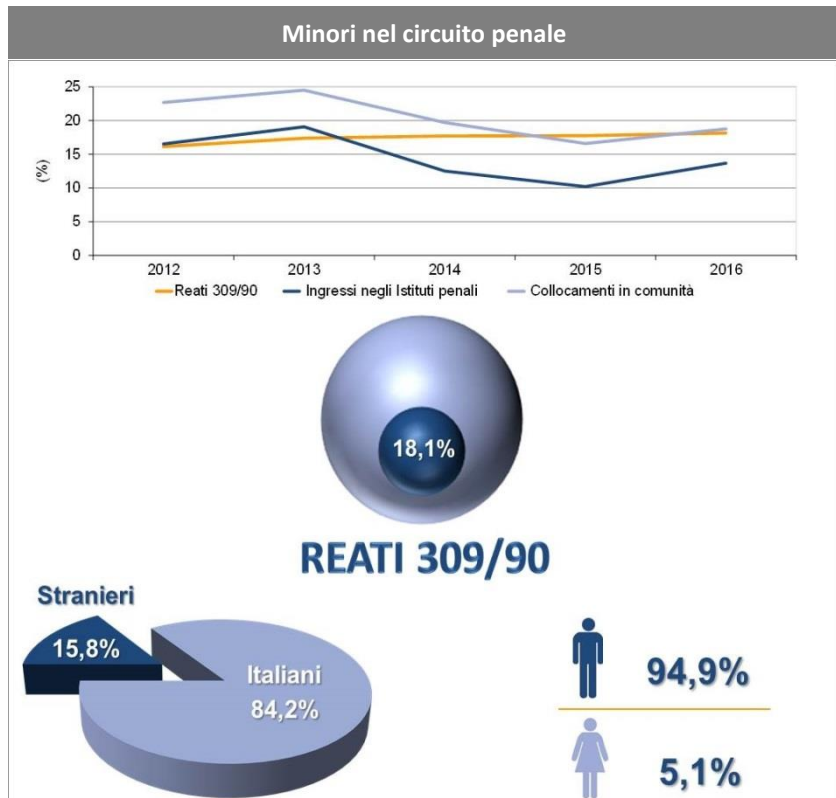
Fonte: Ministero della Giustizia

Fig.2.4.4 Percentuale di ingressi in Istituto Penale di soggetti stranieri rispetto al totale degli ingressi in violazione del DPR 309/90 e s.m.i. Anni 2012-2016.



Fonte: Ministero della Giustizia

Nel procedimento minorile gli ingressi in Istituto Penale rappresentano l'extrema ratio.



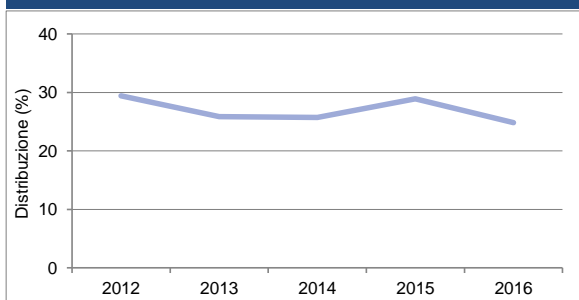
Fonte: Ministero della Giustizia

La quota di minori collocati in comunità a seguito di reati in violazione del DPR 309/90 e s.m.i., è sistematicamente più elevata rispetto agli ingressi in Istituto Penale, pur seguendo il medesimo andamento nell'ultimo quinquennio. Per il 2016 gli ingressi in strutture comunitarie per misura penale rappresentano il 18,8% degli ingressi totali, 342 su 1.823 ingressi totali (Figura 2.4.3). Gli ingressi degli stranieri rappresentano il 24,9% di quelli per reati in violazione della normativa sugli stupefacenti, in lieve flessione rispetto al 2015 (Figura 2.4.5).

Tra le aree di collaborazione di maggiore rilevanza tra il Sistema Sanitario e quello della Giustizia Minorile, si individua certamente l'esecuzione del collocamento in Comunità Terapeutiche.

Nel 2016 i minori/giovani adulti collocati in comunità sono stati 87, di questi il 14,9% hanno fatto ingresso per doppia diagnosi. In tale ambito si riscontra infatti una oggettiva difficoltà nel consentire ai minori l'accesso a idonei percorsi di cura in contesti residenziali. In molte Regioni si registra una carenza di strutture specializzate nell'accoglienza di minori tossicodipendenti.

Fig.2.4.5 Percentuale di ingressi in Comunità di soggetti stranieri rispetto al totale degli ingressi in violazione del DPR 309/90 e s.m.i. Anni 2012-2016.



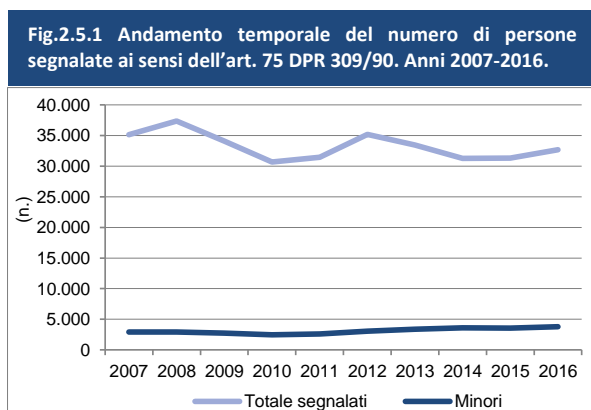
Fonte: Ministero della Giustizia

Il 15% dei minori collocati in Comunità presenta una diagnosi psichiatrica concomitante.

Segnalazioni per art. 75 DPR 309/90

Il paragrafo è stato realizzato utilizzando il contributo redatto e i dati forniti dal Ministero dell'Interno, Centro Studi, Ricerca e Documentazione del Dipartimento per le Politiche del personale (consultabili al link: <http://www.politicheantidroga.gov.it>).

Nel 2016 in Italia, analizzando quanto rilevato dalle Prefetture-Uffici Territoriali del Governo (UTG) e aggiornato al 20/04/2017, sono state 32.687³ le persone segnalate ai Prefetti ai sensi dell'art. 75 DPR 309/90. Di queste il 92,8% è di genere maschile, il 95,4% con una sola segnalazione nell'anno, il 74,5% segnalate per la prima volta e l'11,6% è minorenni. L'andamento temporale del numero di soggetti segnalati mostra, a fronte di valori praticamente costanti rilevati nei due anni precedenti e prossimi alle 31.300 unità, un incremento di poco più di 4 punti percentuali nell'ultimo anno, corrispondenti a 1.370 segnalati in più rispetto a quanto osservato nel 2015. Di particolare rilevanza il trend crescente del numero di segnalati minorenni: dai 2.467 rilevati nel 2010 ai 3.793 del 2016 (Figura 2.5.1).



Fonte: Ministero dell'Interno

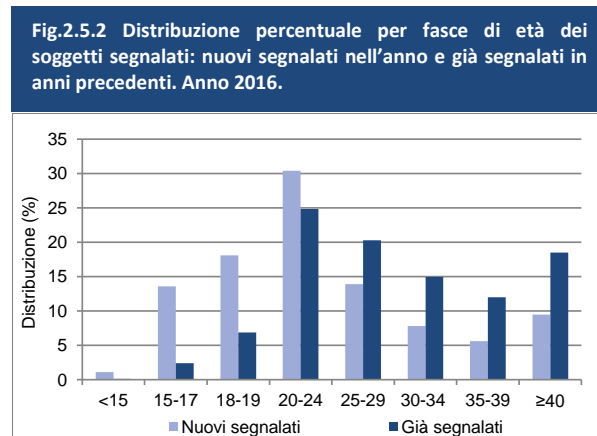
Art. 75 DPR 309/90

“Condotte integranti illeciti amministrativi”, vale a dire la detenzione di sostanze stupefacenti o psicotrope per uso personale, desumibile dalla quantità non superiore ai limiti indicati

Tra i segnalati ai sensi dell'art. 75 DPR 309/90 i soggetti tra 20 e 24 anni rappresentano la percentuale maggiore, senza distinzione per genere e il 71,3% dei segnalati ha meno di 30 anni. Qualche differenza nella distribuzione per età si osserva nel confronto tra le persone segnalate per la prima volta nel 2016 e quelle già segnalate anche in anni precedenti.

La maggioranza dei segnalati per art. 75 DPR 309/90 ha meno di 30 anni.

Nello specifico si osserva una diminuzione dell'età dei nuovi soggetti segnalati nell'anno (Figura 2.5.2): tra questi il 77,1% ha meno di 30 anni, contro il 54,5% di coloro che sono già stati segnalati in precedenza.



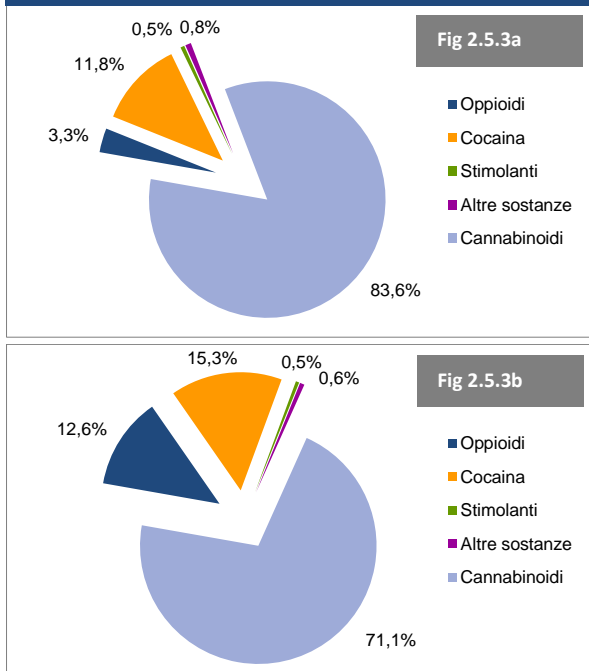
Fonte: Ministero dell'Interno

Nel complesso sono le sostanze illegali su base cannabinoide ad essere più frequentemente rilevate (l'80,4% delle segnalazioni), seguite dalla cocaina (12,7%), dalle sostanze a base oppioide (5,7%) e da un residuale 1,3% frammentato su allucinogeni, altri stimolanti e altre sostanze illegali.

³ Il dato rilevato per l'anno in esame, così come quello rilevato negli anni precedenti, è suscettibile di aggiornamento continuo.

Anche per questo aspetto si rilevano differenze nella distribuzione percentuale tra le persone già segnalate e quelle segnalate per la prima volta nel 2016. Tra questi ultimi si osserva una maggiore percentuale di segnalati per cannabinoidi, a fronte di una minor percentuale di segnalati per cocaina e soprattutto per oppioidi (Figura 2.5.3).

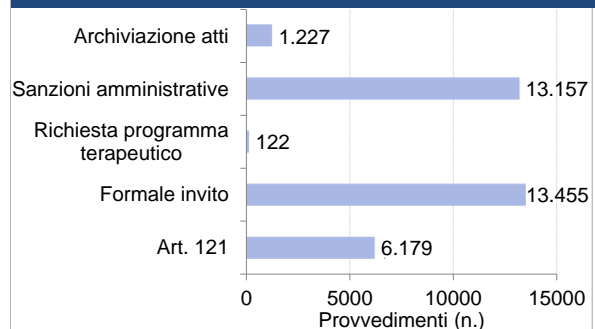
Fig.2.5.3 Distribuzione percentuale per sostanza di segnalazione dei soggetti segnalati: (Fig.2.5.3a: Nuovi segnalati, Fig.2.5.3b: Già segnalati). Anno 2016.



Fonte: Ministero dell'Interno

L'art. 75 DPR 309/90 prevede, per le persone segnalate, un procedimento amministrativo che, a seconda dei casi e a seguito di colloquio con la persona interessata, può essere archiviato e risolversi in un formale invito, proseguire con la proposta di affidamento volontario o esitare in sanzioni di varia tipologia (sospensione della patente, del passaporto, del porto d'armi, del permesso di soggiorno). L'operatività delle Prefetture-UTG nel portare avanti le procedure amministrative previste, non riguarda quindi soltanto le persone segnalate nell'anno, ma anche quelle segnalate precedentemente e il cui iter procedurale prosegue nell'anno in esame. A fronte di 36.795 segnalazioni considerate nel 2016, il 36,6% si è concluso con un formale invito e il 35,8% ha previsto l'erogazione di sanzioni amministrative, il 40,7% di queste erogate senza l'effettuazione del colloquio a causa della mancata presentazione della persona interessata.

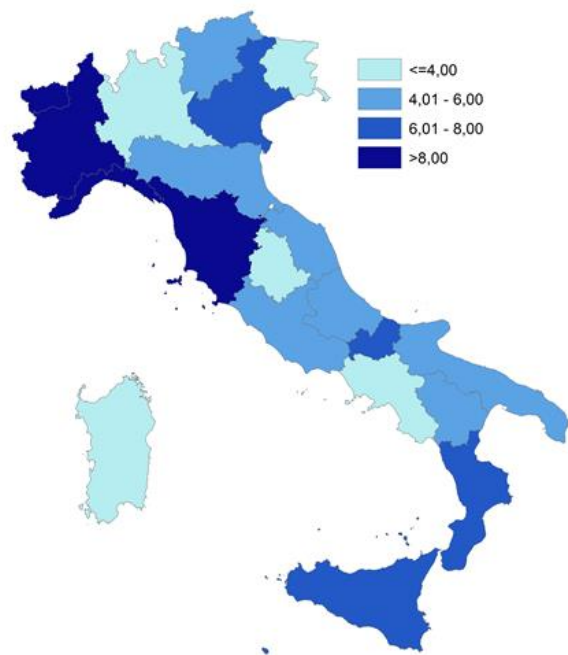
Fig.2.5.4 Provvedimenti adottati dalle Prefetture- UTG a seguito di segnalazione per art. 75 DPR 309/90 per tipologia di provvedimento. Anno 2016.



Fonte: Ministero dell'Interno

La distribuzione territoriale del tasso regionale di segnalati per luogo di segnalazione per 100.000 residenti, evidenzia come tale misura sia più elevata nella fascia nord occidentale del Paese.

Fig.2.5.5 Distribuzione regionale del numero di persone segnalate, per luogo di segnalazione, per 100.000 residenti. Aggiornamento al 20 Aprile 2017. Anno 2016.



Fonte: Ministero dell'Interno

Aumentano le segnalazioni per cannabinoidi e diminuiscono quelle per oppioidi.

II

DIFFUSIONE E TENDENZE DEI CONSUMI

Elementi chiave

Consumi nella popolazione

Il 33% della popolazione fra i 15 e i 64 anni nel corso della propria vita ha provato almeno una sostanza psicoattiva illegale, il dato aumenta fino al 44 % se si osserva la popolazione giovanile fra i 15 e i 34 anni. La Cannabis è la sostanza più utilizzata in assoluto e la diffusione sembra essere aumentata rispetto all'ultima rilevazione effettuata nel 2014.

Il 33% degli studenti italiani (circa 800.000) ha provato almeno una sostanza illegale, la più utilizzata è la Cannabis (32%) seguita dalla SPICE (cannabis sintetica) (11%).

Il 3,5% ha utilizzato almeno una New Psychoactive Substance (NPS), il 2% ha assunto una sostanza senza sapere di cosa si trattasse e il 34% di questi ha ripetuto l'esperienza 10 o più volte.

Negli ultimi anni si osserva una sostanziale stabilizzazione delle percentuali di consumatori di cannabis e cocaina, mentre per stimolanti e allucinogeni si registra una tendenza alla diminuzione.

Il 14% degli studenti consumatori di sostanze illecite durante l'anno è policonsumatore.

Il 23% degli studenti utilizzatori di cannabis ha un consumo definibile come problematico.

Consumi in gruppi specifici

Degli 806 atleti sottoposti a controllo antidoping, il 2,7% è risultato positivo e il 31,8% di questi ultimi è risultato positivo alle sostanze cosiddette in "doppia lista".

Le sostanze "in doppia lista" rilevate sono state cannabis e derivati, cocaina e fentermina: la cannabis e i suoi derivati hanno sempre rappresentato la percentuale più rilevante tra le positività registrate per le sostanze "in doppia lista".

Nel 2016 dei quasi 50.000 militari sottoposti ad esame tossicologico per uso di sostanze stupefacenti, lo 0,2% è risultato positivo: tra questi il 49,3% è stata rilevata la presenza di cannabinoidi, per il 24,6% di oppiacei e per il 20,3% di cocaina.

Il danno associato al consumo di sostanze psicoattive

Gli indicatori Frequency of Use Score (FUS) e Poly-Drug Score (PDS), utili per la stima del danno associato al consumo delle sostanze psicoattive, hanno mostrato un andamento decrescente tra gli studenti di genere maschile negli ultimi anni. Tra le studentesse, invece, nell'ultimo anno sono aumentati gli indici, nonostante una stabilità della diffusione del consumo di sostanze psicotrope. Il danno associato al consumo di sostanze tra gli studenti minorenni è in aumento.

Un focus su alcuni aspetti e comportamenti dei minori riconducibili all'uso ad alto rischio di sostanze ha evidenziato che c'è un ritardo di diversi anni tra l'inizio di uso di sostanze tra i minori e la prima richiesta di terapia.

Le dimissioni relative a ricoveri, correlati all'uso di sostanze, di minori sono aumentate negli ultimi anni, così come le denunce (per 100 operazioni) di minori alle Autorità Giudiziarie per reati droga correlati.

I procedimenti giudiziari aperti ogni anno per art. 73 DPR 309/90 a carico di minori e le percentuali di consumatori frequente nei minori hanno avuto andamenti crescenti negli ultimi anni.

CONSUMI NELLA POPOLAZIONE

1.1 Consumi nella popolazione generale

1.2 Consumi nella popolazione studentesca

Consumi nella popolazione generale

Il paragrafo è stato realizzato utilizzando il contributo redatto dal gruppo di Ricerca di Epidemiologia e ricerca sui servizi sanitari dell'Istituto di Fisiologia Clinica del CNR (consultabile nella versione completa al link <http://www.politicheantidroga.gov.it>)

L'indagine nazionale IPSAD® (Italian Population Survey on Alcohol and other Drugs) ha lo scopo di monitorare i consumi delle sostanze psicoattive nella popolazione generale. Nel 2017 grazie al progetto Monitoring del Dipartimento Politiche Antidroga, l'Istituto di Fisiologia Clinica del Consiglio Nazionale delle Ricerche ha potuto mettere in cantiere una nuova rilevazione a carattere nazionale, fortemente voluta anche dal EMCDDA. Lo studio è realizzato attraverso la somministrazione di un questionario anonimo inviato per posta ad un campione casuale rappresentativo della popolazione italiana di circa 60.000 persone residenti, di età compresa tra i 15 e i 74 anni. Il campione è stato selezionato dalle liste anagrafiche di 125 comuni, a loro volta individuati in maniera casuale al fine di assicurarne la rappresentatività. Nella sua esecuzione lo studio prevede due ondate di invii di questionari: la prima indirizzata al totale delle persone campionate, la seconda indirizzata a quelle che, nel rispetto della procedura prevista per la notifica, non abbiano risposto al primo invio.

Alla data del 15-06-2017 è da poco iniziata la prima ondata di invii e risultano spediti poco più di 30.000 dei 60.000 questionari previsti.

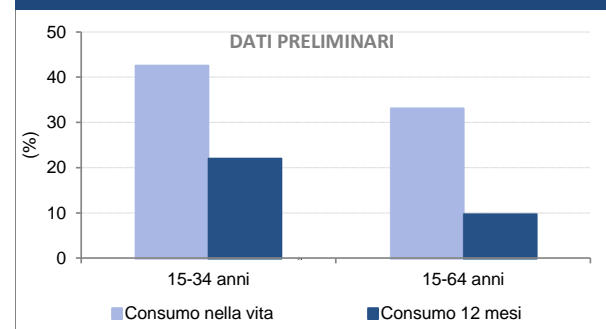
Quanto di seguito descritto si riferisce quindi ai circa 4.000 questionari archiviati nel sistema e ritenuti validi per l'elaborazione.

Si è scelto di presentare queste stime nonostante siano riferite al 2017 per avere elementi aggiuntivi a descrivere i mutamenti del fenomeno. È importante tuttavia considerare che essi illustrano delle evidenze assolutamente preliminari e devono essere considerati solo come indicativi di tendenze.

Il 33% degli italiani di 15-64 anni ha provato almeno una volta nella vita una sostanza psicoattiva illegale.

Secondo quanto evidenziato dalle elaborazioni preliminari dell'indagine IPSAD®2017, si stima che in Italia circa una persona su tre (il 33,5%) di età compresa tra i 15 e i 64 anni abbia utilizzato almeno una sostanza psicoattiva illegale nella vita e circa una persona su 10 (il 10,3%) ne abbia fatto uso nell'ultimo anno. Le percentuali aumentano se si concentra l'analisi sulla popolazione giovane adulta, ovvero quella di età compresa tra i 15 e i 34 anni. In questa popolazione infatti la percentuale di coloro che hanno fatto uso nella vita di una qualsiasi sostanza illegale raggiunge il 43% (il 22,5% relativamente al consumo negli ultimi 12 mesi).

Fig. 1.1.1 – Percentuali di consumatori di almeno una sostanza stupefacente nella popolazione generale e tra i giovani adulti, nella vita e negli ultimi 12 mesi. Anno 2017.



Fonte: CNR

“Secondo le stime, oltre 93 milioni di adulti (ossia poco più di un quarto della popolazione di età compresa fra 15 e 64 anni nell’Unione europea) hanno provato sostanze illecite nel corso della vita. Le esperienze con il consumo di droga sono più frequentemente segnalate dai maschi (56,8 milioni) che dalle loro controparti di sesso femminile (36,8 milioni). La sostanza stupefacente più provata è la cannabis (53,8 milioni di maschi e 34,1 milioni di femmine), mentre le stime sono decisamente inferiori per il consumo nell’arco della vita di cocaina (12,2 milioni di maschi e 5,3 milioni di femmine), MDMA (9,3 milioni di maschi e 4,7 milioni di femmine) e amfetamine (8,4 milioni di maschi e 4,2 milioni di femmine).” [European Drug Report 2017, EMCDDA]

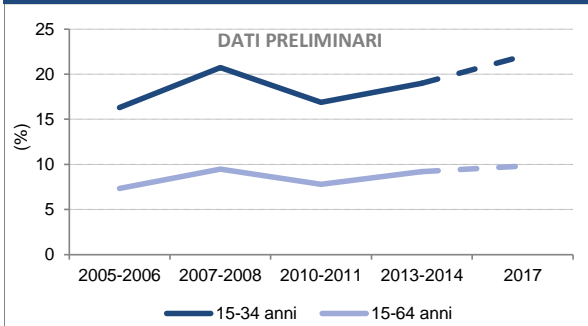
Tra le sostanze psicoattive illecite la cannabis risulta la sostanza maggiormente utilizzata, sia nella popolazione generale (consumo nella vita e negli ultimi 12 mesi rispettivamente 33,1% e 9,8%) che tra i giovani adulti (consumo nella vita 42,5%, nell'ultimo anno 22%).

Il dato si presenta in crescita rispetto alle rilevazioni precedenti.

“Si stima che 87,7 milioni di adulti europei (15-64 anni), pari al 26,3 % di questa fascia d'età, abbiano provato la cannabis in qualche momento della propria vita. Di questi, una cifra stimata di 17,1 milioni di giovani europei (15-34 anni), pari al 13,9 % di questa fascia d'età, avrebbe consumato cannabis nell'ultimo anno.”
[European Drug Report 2017, EMCDDA]

Fonte: CNR

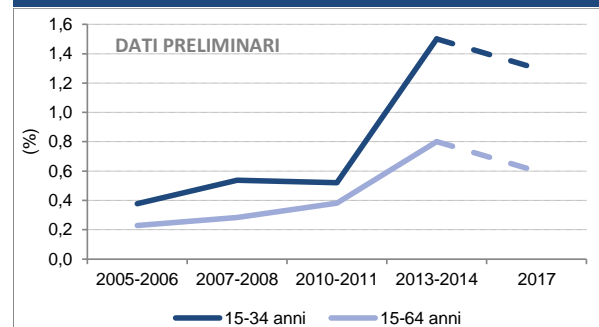
Fig. 1.1.2 –Trend di consumo negli ultimi 12 mesi di cannabis nella popolazione generale e nei giovani adulti. Anno 2017.



Fonte: CNR

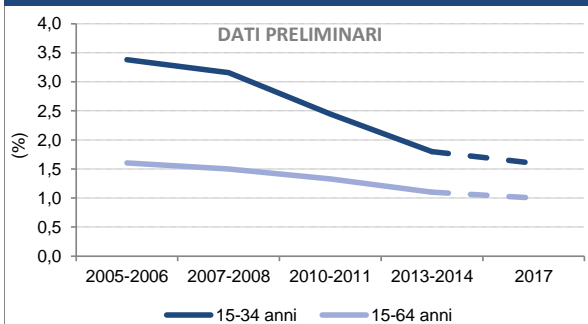
Percentuali molto più basse si osservano per il consumo di cocaina (nella popolazione generale il 6,8% nella vita, l'1,9% nell'ultimo anno). Anche per questa sostanza si confermano valori percentuali maggiori tra i giovani adulti (8,3% nella vita, 1,6% nell'ultimo anno). L'analisi dell'andamento temporale, nelle ultime indagini sia per la popolazione generale che per quella giovane-adulta, mostra una diminuzione delle percentuali di consumatori di cocaina nell'ultimo anno.

Fig. 1.1.4 –Trend di consumo negli ultimi 12 mesi di oppiacei della popolazione generale e nei giovani adulti. Anno 2017.



Fonte: CNR

Fig. 1.1.3 –Trend di consumo negli ultimi 12 mesi di cocaina nella popolazione generale e nei giovani adulti. Anno 2017.



Fonte: CNR

Consumo di NPS

Un dato, seppur preliminare, rilevato per la prima volta nello studio in atto, descrive la diffusione di sostanze psicoattive che imitano gli effetti delle sostanze illegali (le cosiddette NPS).

L'1,4% di popolazione generale ne riferisce un utilizzo nell'ultimo anno. Tale percentuale sale al 2,5% nella popolazione giovane-adulta. Tra queste sostanze la più utilizzata è la cannabis sintetica (SPICE) con una quota, nella popolazione generale nell'ultimo anno, pari allo 0,7% (tale percentuale raddoppia tra i giovani adulti).

Consumi nella popolazione studentesca

Il paragrafo è stato realizzato utilizzando il contributo redatto dal gruppo di Ricerca di Epidemiologia e ricerca sui servizi sanitari dell'Istituto di Fisiologia Clinica del CNR (consultabile nella versione completa al link <http://www.politicheantidroga.gov.it>)

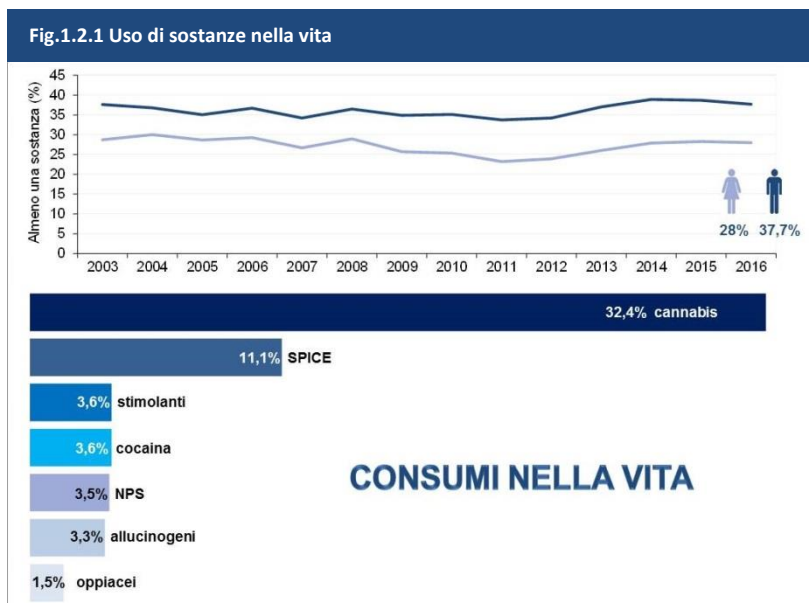
Le informazioni relative ai consumi di sostanze illegali tra gli studenti sono fornite dallo studio ESPAD®Italia, che analizza i comportamenti d'uso di alcol, tabacco e sostanze illegali da parte degli studenti italiani di età compresa tra i 15 e i 19 anni, anche in relazione ad altri fattori di rischio personali o sociali. Questo studio non solo rappresenta un solido standard per il monitoraggio a livello Europeo ma, essendo condotto da circa 20 anni, permette di osservare i cambiamenti nel tempo.

Nel 2016, il 32,9% dei partecipanti allo studio, per una stima di circa 800.000 studenti, ha riferito di aver utilizzato almeno una sostanza psicoattiva illegale nel corso della propria vita (M:37,7%; F:28%), mentre il 25,9% (M:30,9%; F:20,7%) ha riferito di averlo fatto nel corso dell'ultimo anno (circa 650.000 ragazzi).

Circa 650.000 studenti hanno utilizzato almeno una sostanza psicoattiva illegale nel corso del 2016.

Una buona parte di questi ultimi, circa l'86%, ha fatto uso di una sola tipologia di sostanza, mentre il 14% è identificabile come "policonsumatore" avendo usato 2 o più sostanze illegali. Il 16,5% degli studenti ha utilizzato sostanze psicoattive illegali nel mese in cui è stato condotto lo studio (M:20,8%; F:12,1%) e il 4,2% ne ha fatto un uso frequente (M:6,3%; F:2,1%) utilizzando 20 o più volte cannabis e/o 10 o più volte le altre sostanze illegali (cocaina, stimolanti, allucinogeni, eroina). Il 2% degli studenti, quasi 50.000 ragazzi, ha riferito di aver assunto una o più volte sostanze senza conoscerne la tipologia; il 42% ha assunto sostanze sconosciute per non più di 2 volte, il 34% ha ripetuto l'esperienza oltre 10 volte.

Come negli anni precedenti, la sostanza illegale maggiormente utilizzata è la cannabis, a cui seguono la SPICE, la cocaina, stimolanti e allucinogeni, mentre l'eroina è quella meno diffusa. Così come a livello europeo, anche in Italia si riscontrano differenze di genere: sono i ragazzi ad avere percentuali più alte per i consumi di sostanze psicoattive, con consumi doppi rispetto alle coetanee per tutte le sostanze eccetto la cannabis, dove il rapporto è 1,5. Per quanto riguarda invece le differenze a livello nazionale, in generale nel Sud Italia si registrano consumi leggermente inferiori (24% vs 27% delle altre zone) rispetto al resto del Paese.



Il 2% degli studenti ha assunto una sostanza senza sapere cosa fosse.

Fonte: CNR

CANNABIS

Quasi un terzo della popolazione studentesca (32,4%), circa 804.000 15-19enni, ha utilizzato cannabis almeno una volta nella vita, il 25,8% (circa 640.000) ne ha fatto uso nell'ultimo anno (consumo recente) e il 16,1%, 400.000 studenti, ha riferito di averla consumata nel corso del mese in cui ha partecipato allo studio (consumo corrente). Dopo una ripresa dei consumi di cannabis osservata fra il 2011 e il 2014, negli ultimi anni se ne osserva una sostanziale stabilizzazione.

La cannabis si conferma come la sostanza psicoattiva illegale più diffusa.

Gli studenti che riferiscono di aver usato cannabis nel 2016 sono poco più del 30% dei ragazzi e quasi il 21% delle ragazze. Le percentuali aumentano con l'età: per il genere maschile vanno dal 14,4% tra i 15enni al 43,7% tra i 19enni, mentre per il genere femminile dal 10,3% al 28%.

Nel 2016 si sono osservate percentuali leggermente inferiori per quanto riguarda i consumatori occasionali, mentre si mantengono stabili (3,5%) le quote relative ai consumatori frequenti (20 o più volte nell'ultimo mese).

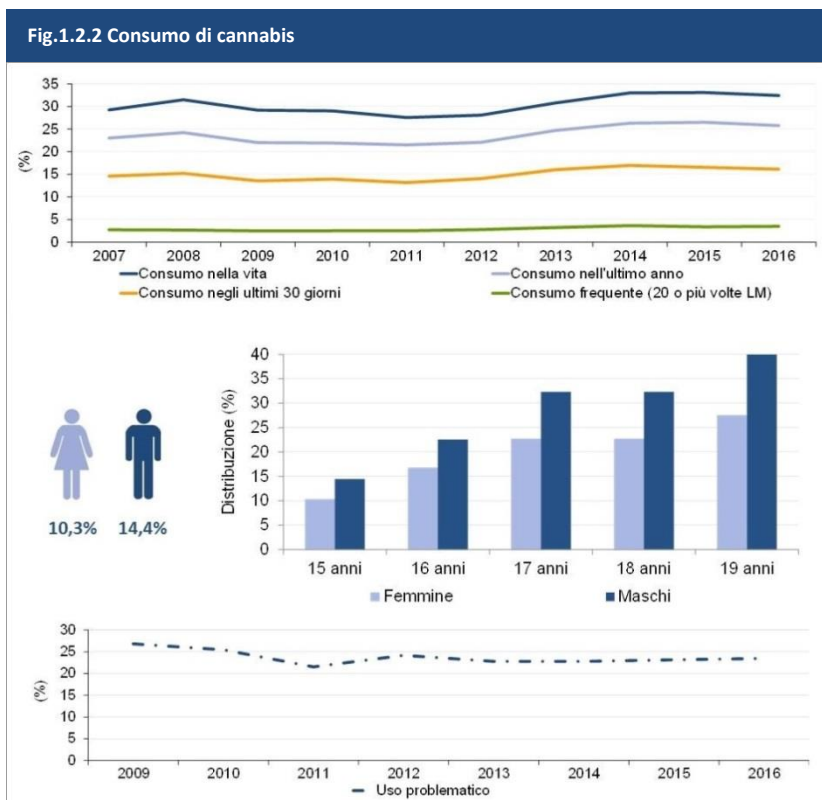
Rispetto al 2015, non si osservano differenze sostanziali nei pattern di consumo per genere e classe di età. Al Sud le percentuali di consumatori sono inferiori rispetto a quelle nazionali (24% vs 27% delle macro-aree).

Modelli di consumo tra gli studenti

Il 58,5% degli studenti che ha fatto uso di cannabis nel 2016, riferisce di averla consumata meno di 10 volte durante l'anno, il 13,9% di averla usata fra 11 e 19 volte, mentre il 27,6% 20 o più volte (M:34%; F:19%).

In merito alla possibilità di reperimento di questa sostanza, oltre il 42% degli studenti riferisce di potersi procurare cannabis facilmente (M:46,9%; F:37,8%). Queste percentuali aumentano al crescere dell'età, e si differenziano per genere, con i ragazzi in vantaggio rispetto alle coetanee.

Per quanto riguarda la percezione del rischio, il 31,1% degli studenti reputa pericoloso fare uso di cannabis anche solo occasionalmente, mentre il 40,4% ritiene pericoloso farne un uso regolare. Sono le studentesse a mostrare una maggiore consapevolezza rispetto ai coetanei indipendentemente dalla frequenza di uso (uso regolare: F:45,3% vs M:35,6%; uso occasionale: F:33,4% vs M:28,8%).



Circa 90.000 studenti fanno uso di cannabis quasi ogni giorno.

Luoghi di reperimento e poliuso

Per quanto riguarda il possibile uso associato di altre sostanze, si registrano percentuali relativamente basse. Tra i consumatori di cannabis l'86% riporta di farne un consumo esclusivo, mentre il 9% vi associa cocaina, il 7% allucinogeni e l'8% stimolanti¹.

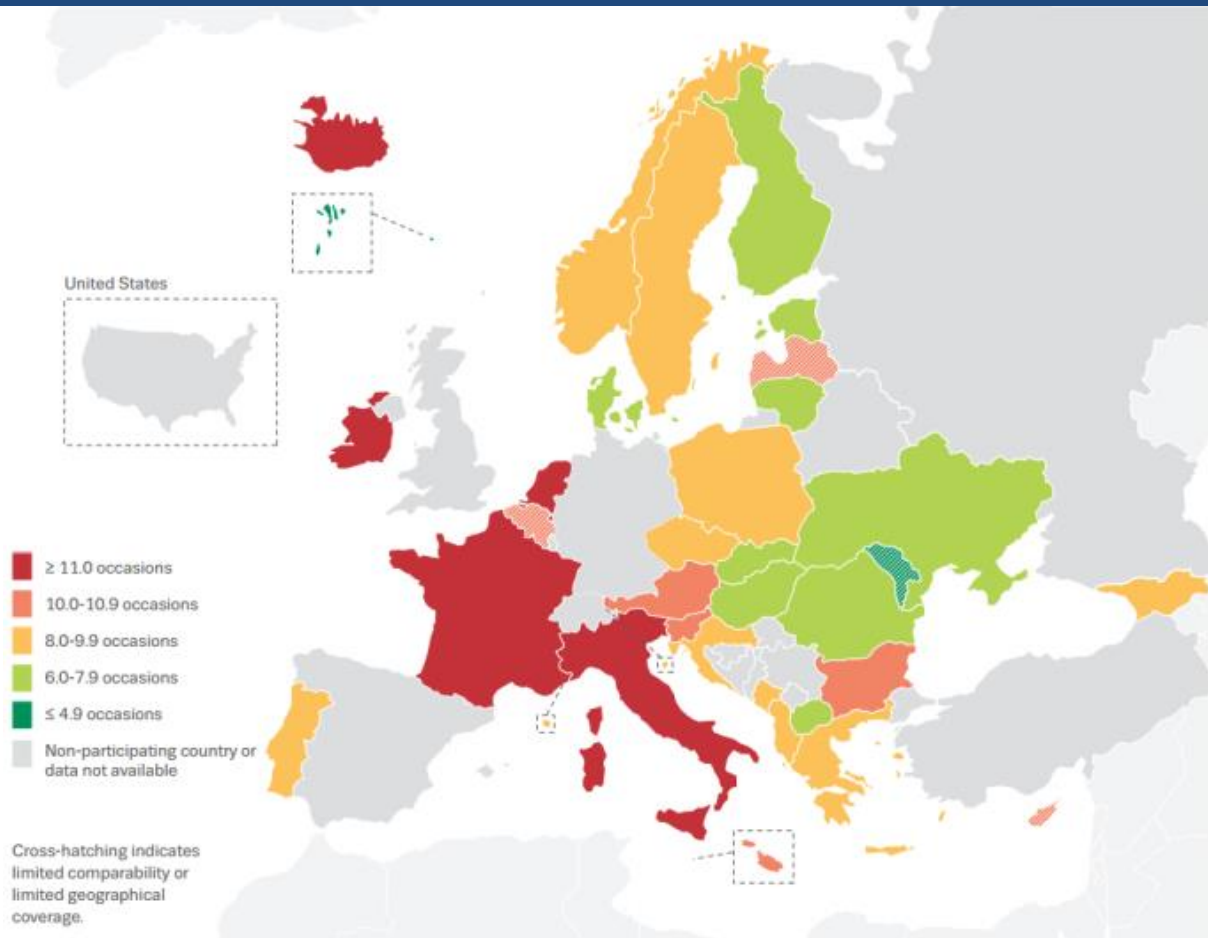
Consumo problematico di cannabis

Il consumo problematico di cannabis, è stato rilevato dal 2009 inserendo fra gli strumenti di ESPAD®Italia il questionario CAST (Cannabis Abuse Screening Test), un test d'autovalutazione rispetto al proprio consumo di cannabis (Legleye et al., 2007), opportunamente validato a livello nazionale (Bastiani et al., 2013).

Il consumo problematico di cannabis

L'ultimo studio campionario (2016) ha rilevato che per il 23,4% di coloro che hanno assunto la sostanza durante l'anno, pari a quasi 150.000 studenti, il consumo di cannabis si connota come "problematico", senza mostrare differenze fra soggetti minorenni e maggiorenni, ma con differenze di genere dovute alla maggiore frequenza rilevata fra i ragazzi (27,3%; F: 17,7%). Fra 2009 e il 2011 la quota di consumatori problematici diminuisce, passando dal 26,8% al 21,5%, per aumentare nel 2012 (24,2%), stabilizzandosi al 23%.

Fig.1.2.3 Frequenza d'uso di cannabis negli ultimi 12 mesi in Europa (numero medio di occasioni fra gli utilizzatori). Anno 2015



Fonte: EMCDDA

¹ La somma supera il 100% dato che alcuni studenti associano più sostanze

NPS-New Psychoactive Substance

Sono circa 86.000 gli studenti hanno utilizzato almeno una volta nella vita NPS (comprendendo catinoni sintetici, ketamina e/o painkillers), pari al 3,5% di tutti gli studenti italiani 15-19enni.

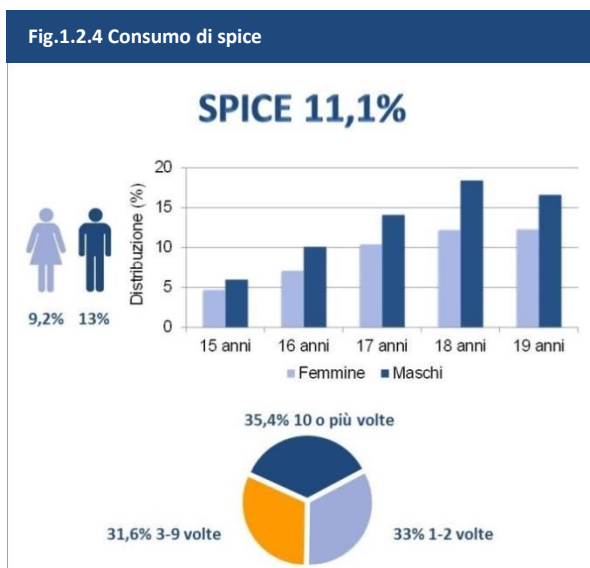
Se a questi si aggiungono gli studenti che hanno fatto uso di cannabinoidi sintetici (SPICE) si raggiunge l'11,9% quasi 300.000 studenti a testimonianza del fatto che queste ultime sostanze rappresentano le più diffuse fra le "nuove sostanze psicoattive".

I maschi consumano una volta e mezzo più delle coetanee.

La SPICE è la sostanza più diffusa fra gli studenti dopo la cannabis.

I consumi di cannabinoidi sintetici (SPICE)

L'11% degli studenti, pari a circa 275.000 15-19enni, ha utilizzato almeno una volta cannabinoidi sintetici, soprattutto tra i maschi (13%; F:9,2%). Un terzo l'ha consumata al massimo 2 volte, il 35,4% lo ha fatto per 10 volte o più e il restante 31,6% tra le 3 e le 9 volte.



Fonte: CNR

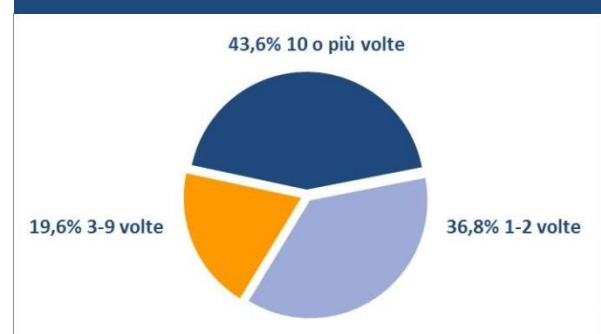
Le New Psychoactive Substance

Le Nuove Sostanze Psicoattive (NSP) sono sostanze che imitano gli effetti delle droghe illecite, come cannabis, ecstasy o allucinogeni, che possono avere aspetti differenti (ad esempio miscele di erbe, polveri, cristalli o pasticche). Dietro alla loro larga diffusione l'utilizzo di internet svolge un ruolo importante: nel 2013 l'EMCDDA ha individuato 651 siti web (spesso nel deep web, ossia quella parte del web che si trova in Internet ma non viene indicizzata dai motori di ricerca) che vendevano "droghe legali". Questi siti offrono spesso anche forum per uno scambio di informazioni per l'assunzione delle NPS.

I consumi di catinoni sintetici

Quasi l'1,2% degli studenti, ossia quasi 30.000 15-19enni, e soprattutto di genere maschile (1,4%; F:0,9%) ha assunto sostanze quali il mefedrone almeno una volta nella vita.

Fig.1.2.5 Consumo di catinoni



Fonte: CNR

I consumi di farmaci antidolorifici usati per sballare (painkillers)

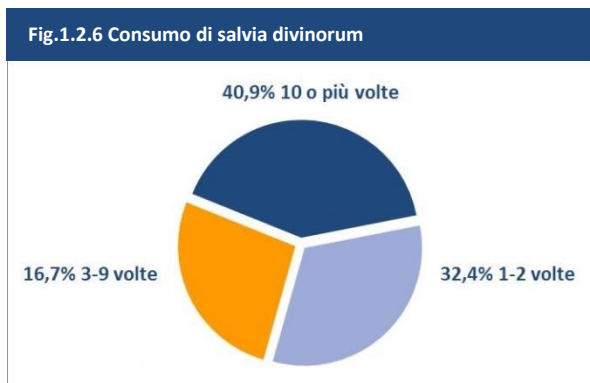
Sono circa 60.000 (pari a 2,5%) gli studenti che hanno utilizzato, almeno una volta nella vita, farmaci antidolorifici (cosiddetti *painkillers*) con la finalità di sballare: tra i maschi la quota si attesta al 2,9%, mentre tra le femmine è del 2,2%.

Tra chi ha sperimentato painkillers nella vita, la maggior parte lo ha fatto 1-2 volte (38,8%), il 35,5% per 10 o più volte, in particolar modo i maschi (39,1%; F:30,9%); il restante 25,8% ne ha fatto uso tra le 3 e le 9 volte.

Le alte percentuali di consumo riscontrate tra i più giovani confermano la recente diffusione delle NPS.

I consumi di *Salvia Divinorum*

Questa sostanza è stata utilizzata almeno una volta nella vita da circa 52.000 studenti, che corrispondono al 2,1% di tutti gli studenti: il consumo risulta più diffuso tra i maschi (sono il 2,6% i maschi che hanno utilizzato *Salvia Divinorum* contro l'1,7% delle coetanee).



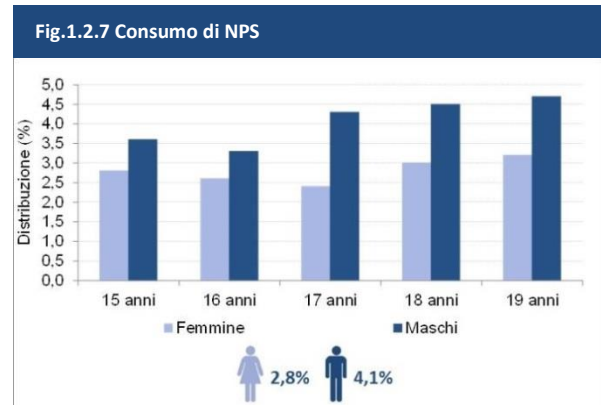
Fonte: CNR

La SPICE

I Cannabinoidi sintetici conosciuti genericamente come "Spice" rappresentano il più largo gruppo di sostanze monitorate in Europa dai Sistemi di Allerta, questi prodotti totalmente chimici si presentano come misture di erbe, non contengono cannabis, ma quando vengono fumati ne producono effetti simili, rappresentano una nuova frontiera per il mercato delle sostanze illecite e sono facilmente reperibili sul WEB. La grande variabilità di cannabinoidi sintetici e le differenti composizioni chimiche rendono queste sostanze potenzialmente molto pericolose, inoltre non appena uno di questi composti sta per essere messo al bando come sostanza illegale c'è già pronto per il Mercato un prodotto sostitutivo con una composizione chimica differente. Poiché non si sa ancora molto di come queste sostanze funzionino e dei loro effetti tossici a livello di salute esse rappresentano un grosso rischio per chi ne fa uso.

I consumi di ketamina

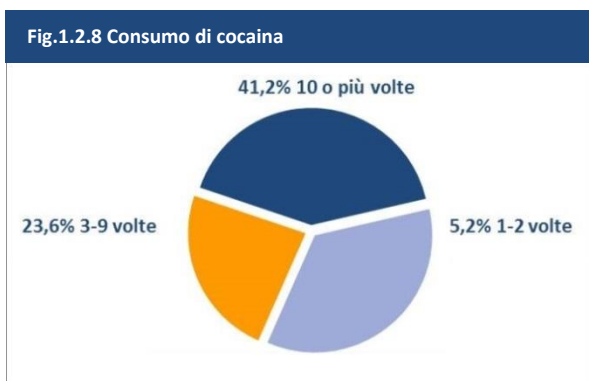
Sono 37.000 gli studenti che hanno utilizzato ketamina almeno una volta nel corso della propria vita (1,5%) soprattutto i maschi (M:2,1%; vs F:1,0%). Per entrambi i generi le quote dei consumatori aumentano al crescere dell'età. Tra i consumatori, il 35,2% ha utilizzato ketamina per non più di 2 volte, il 24,5% tra le 3 e le 9 volte, mentre il 40,3% in 10 o più occasioni.



COCAINA

Per tutti i modelli di consumo, la cocaina ha mantenuto tendenze stabili nell'ultimo quinquennio: sono poco più di 89.000 gli studenti che riportano di averla sperimentata almeno una volta nella vita (3,6%), 61.000 quelli che ne hanno fatto uso nel corso del 2016 (2,5%) e quasi 39.000 quelli che l'hanno usata nel mese antecedente la compilazione del questionario (1,6%). Rimane costante anche il dato relativo al consumo frequente (10 o più volte nell'arco dell'ultimo mese) che se fino al 2006 si è mantenuto attorno allo 0,3%, dal 2009 oscilla tra lo 0,6% e lo 0,8%, facendo registrare una quota percentuale dello 0,7% nell'ultima rilevazione, pari a circa 17.000 ragazzi.

Anche in questo caso sono riscontrabili differenze di genere, con consumi più elevati tra i ragazzi: il rapporto maschi/femmine tra coloro che hanno fatto uso di cocaina nell'ultimo anno è di 2,3.



Fonte: CNR

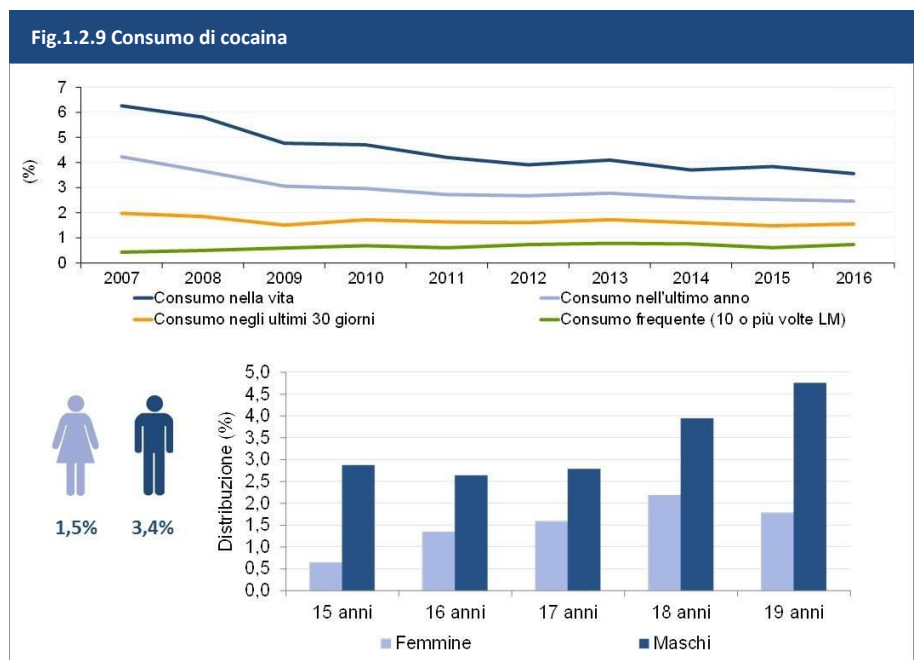
Modelli di consumo tra gli studenti

La maggior parte degli studenti ha fatto un uso occasionale della sostanza, al massimo 5 volte nell'arco dell'anno (47,4%), il restante 52,6% ha invece riferito un consumo più assiduo e di questi, quasi il 29% l'ha consumata almeno 20 volte. Per quanto riguarda la disponibilità della cocaina, il 13,4% degli studenti ritiene di avere facile accesso a questa sostanza e, tale percezione, aumenta al crescere dell'età (il massimo è raggiunto da i maschi 19enni: 22,1%).

Luoghi di reperimento e poliuso

Il 42% di coloro che hanno fatto uso di cocaina nel 2016 si è procurato la sostanza a casa di uno spacciatore e il 38% per strada. Circa un terzo riporta di avervi avuto accesso in discoteca (36%) o durante concerti e rave (32%)².

Oltre il 71% degli studenti ritiene molto rischioso provare la sostanza, percezione che tra le ragazze sale al 74,1%, contro il 68,7% dei maschi. Tra tutti gli studenti che fanno uso di sostanze psicoattive illegali, solo l'1% consuma esclusivamente cocaina e tra i policonsumatori il 95% consuma anche cannabis.



Fonte: CNR

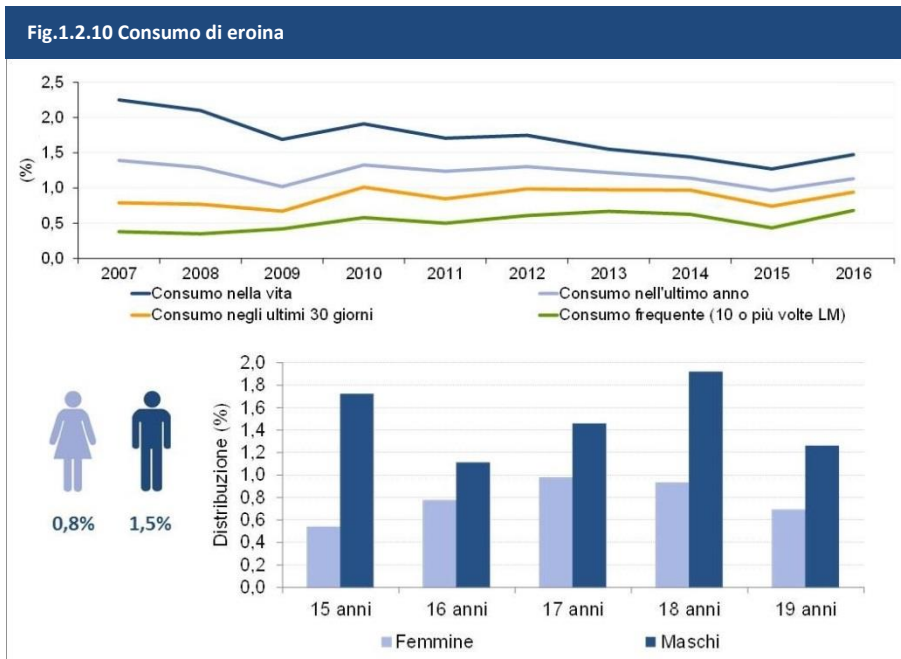
Diminuiscono gli studenti che provano cocaina.

²La somma delle percentuali può superare il 100% in quanto esse si riferiscono a una domanda con opzioni di risposta multipla.

EROINA

Pur rimanendo la sostanza meno utilizzata dagli studenti italiani, l'eroina segna un leggero incremento tra chi riferisce di averla provata almeno una volta nella vita. Tale percentuale, dopo essere diminuita dal 2,5% all'1,3% fra il 2006 e il 2015, torna a risalire nel 2016 (1,5%, pari a quasi 37.000 studenti). Per quanto riguarda il consumo recente, invece, dopo il lieve aumento registrato a partire dal 2010, la tendenza è

rimasta stabile negli ultimi 3 anni, assestandosi all'1,1% dell'ultima indagine (circa 28.000 studenti). Resta stabile anche la quota di coloro che riferiscono l'uso nei trenta giorni precedenti la compilazione del questionario (0,9%, pari a oltre 23.000 ragazzi). Il consumo frequente, invece, dopo la tendenza negativa che ha caratterizzato il periodo 2013-2015 (da 0,7% a 0,4%), nell'ultima rilevazione torna ai livelli del 2013, lo 0,7%.



Quasi 17.000 studenti fanno uso di eroina 10 o più volte al mese.

Per quanto riguarda le differenze di genere, il consumo di eroina negli ultimi dodici mesi ha coinvolto più gli studenti maschi rispetto alle studentesse, in un rapporto quasi doppio tra i generi (1,5% contro 0,8%). La distribuzione per età non sembra seguire alcun trend: tra i maschi 18enni si raggiunge la quota massima di consumatori recenti (1,9%) seguiti dai 15enni (1,7%); tra le femmine sono le 17enni ad avere i consumi più elevati (1%), pari al doppio di quelli rilevati fra le 15enni (0,5%); le altre fasce d'età oscillano tra 0,7% e 0,9%.

Modelli di consumo tra gli studenti

Il 50,1% degli studenti che ha riferito uso di eroina nel 2016 dice di averla assunta 20 o più volte, il 28,1% tra le 6 e le 19 volte, mentre il 21,8% meno di 5 volte. Poco più del 5% degli studenti ritiene di potersi procurare facilmente l'eroina, soprattutto fra i ragazzi (6% in totale; 7,6% tra i 18enni) rispetto alle ragazze (4,3%). Quasi il 72% degli studenti ritiene rischioso utilizzare eroina: questa percezione è più alta tra le studentesse (74,8%), rispetto ai coetanei di genere maschile (68,3%).

Luoghi di reperimento

La maggior parte dei consumatori si rifornisce direttamente dallo spacciatore (29%), per strada (27%), in casa di amici (25%) e a scuola (23%)³.

³ La somma delle percentuali può superare il 100% in quanto esse si riferiscono a una domanda con opzioni di risposta multipla.

STIMOLANTI

La percentuale dei soggetti che riferiscono consumo delle più "classiche" sostanze stimolanti (quali amfetamine, ecstasy, GHB e MDMA) ha subito una costante diminuzione passando dal 4,7% del 2008 al 3,6% dell'ultima rilevazione (pari a 89.000 studenti): il solo valore disomogeneo di questo trend in questi anni è relativo all'anno 2013.

Anche il consumo recente ha subito un trend molto simile passando dal 2,8% del 2008 e del 2013 a un 2,4% nel 2016 (quasi 60.000 studenti). Il consumo corrente ha invece subito una lieve crescita fino al 2013, raggiungendo l'1,7%, per poi stabilizzarsi nelle ultime rilevazioni fino all'1,5% registrato nel 2016, corrispondente a circa 37.000 ragazzi. Per quanto riguarda il consumo frequente di stimolanti, nel 2016 è lo 0,7% degli studenti ad averli assunti 10 o più volte nell'ultimo mese (circa 17.000 ragazzi), quota in linea con le rilevazioni a partire dal 2010.

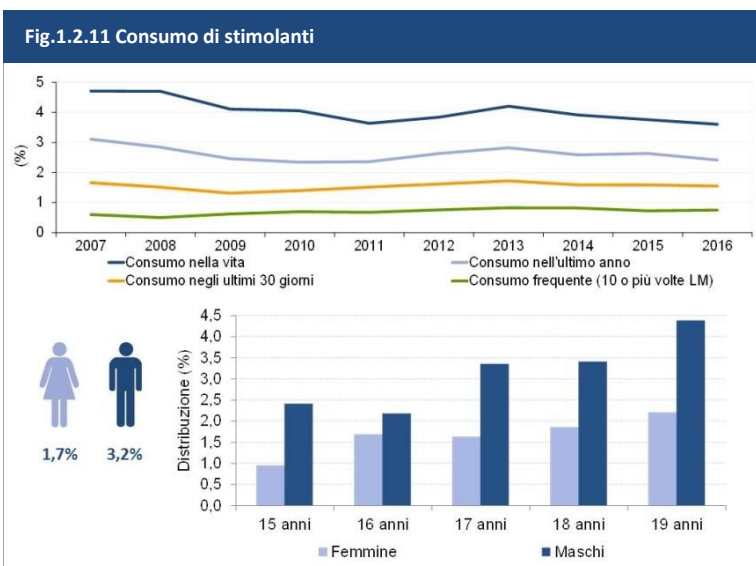
Nel 2016, il consumo di stimolanti nel corso dell'ultimo anno ha riguardato maggiormente il genere maschile che mostra una quota percentuale quasi doppia rispetto alle ragazze, (rispettivamente 3,2% e 1,7%); tendenzialmente il consumo aumenta al crescere dell'età con i maschi che tra i 19enni doppiano le coetanee (4,4% vs 2,2%).

Modelli di consumo tra gli studenti

Oltre il 48% degli utilizzatori del 2016 ha manifestato una frequenza d'uso di almeno 5 occasioni/anno, mentre il 31% ha sperimentato un uso decisamente più frequente (20 o più volte) e il 20,6% un uso intermedio (da 6 a 19 occasioni/anno). Oltre l'11% degli studenti ritiene sia facile potersi procurare stimolanti, con uno scarto di quasi 3 punti tra il genere maschile (12,5%) e quello femminile (9,6%), scarto che aumenta al crescere dell'età raggiungendo il 17,1% tra i ragazzi 19enni e il 12,2% tra le coetanee. Le studentesse attribuiscono all'uso di stimolanti un rischio maggiore rispetto ai maschi (70,4% vs 64,5%), nel complesso li ritengono molto rischiosi quasi il 68% degli studenti italiani.

Luoghi di reperimento

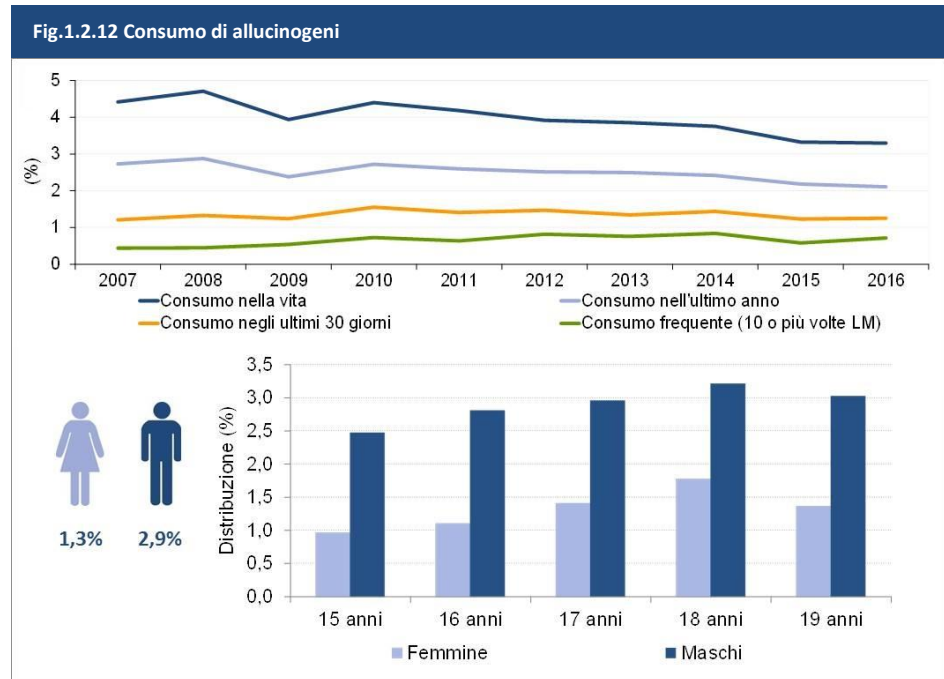
I luoghi di approvvigionamento più frequentemente utilizzati sono la discoteca (39%), i concerti o rave (31%), la strada (30%) e la casa dello spacciatore (30%).



Gli stimolanti "classici" mantengono un trend in diminuzione.

ALLUCINOGENI

Quasi 17.000 studenti fanno un uso frequente di allucinogeni



Fonte: CNR

Per i consumi di allucinogeni, quali ad esempio LSD e funghi allucinogeni, fino al 2008 si è assistito a un aumento delle percentuali di utilizzatori, tanto del consumo almeno una volta nella vita quanto di quello nell'ultimo anno, che hanno raggiunto rispettivamente il 4,7% e il 2,9%. Negli anni successivi sia la percentuale di utilizzatori nella vita, sia i consumatori di più breve periodo (nell'ultimo anno) hanno subito un lieve ma costante decremento fino al 2016 (rispettivamente 3,3%, pari a quasi 82.000 studenti e 2,1%, pari a oltre 52.000 studenti).

Le quote percentuali relative al consumo corrente, dopo aver sperimentato un aumento fino al 2010 (1,6%), si sono stabilizzate negli anni successivi all'1,3% dell'ultima indagine (31.000 15-19enni che riferiscono di aver assunto allucinogeni nel mese antecedente la compilazione del questionario). Anche l'uso frequente (10 o più volte negli ultimi 30 giorni), in aumento sino al 2012 (0,8%), si stabilizza facendo registrare nell'ultima rilevazione uno 0,7%, pari a circa 17.000 studenti.

Il consumo recente di allucinogeni ha coinvolto quasi il 3% degli studenti e poco più dell'1% delle studentesse, con un rapporto maschi/femmine di 2,2; il consumo aumenta al crescere dell'età per raggiungere i livelli massimi tra i 18enni (3,2% tra i ragazzi e 1,8% tra le ragazze), mentre non si riscontrano differenze tra i 19enni e i 17enni. Tra i minorenni sono quasi il 2% ad aver consumato allucinogeni nell'ultimo anno, mentre tra i 18-19enni i consumi arrivano al 2,3%.

Modelli di consumo tra gli studenti

Se è vero che tra consumatori recenti oltre la metà ha assunto allucinogeni al massimo 5 volte, il 33% riferisce di averlo fatto 20 o più volte nell'anno e il 16,3% tra le 6 e le 19 volte. Rispetto alla disponibilità, l'11,3% dei maschi e l'8,6% delle femmine ritengono sia facile procurarsi allucinogeni: tra i maschi la percezione aumenta al crescere dell'età raggiungendo il 15,1% tra i 19enni mentre tra le femmine l'andamento è meno regolare ma raggiunge comunque il valore massimo tra le ragazze più grandi (11,6%).

La maggior parte degli studenti, il 66,3%, attribuisce un elevato rischio all'uso di allucinogeni, soprattutto tra le femmine (70,5%; maschi 61,9%).

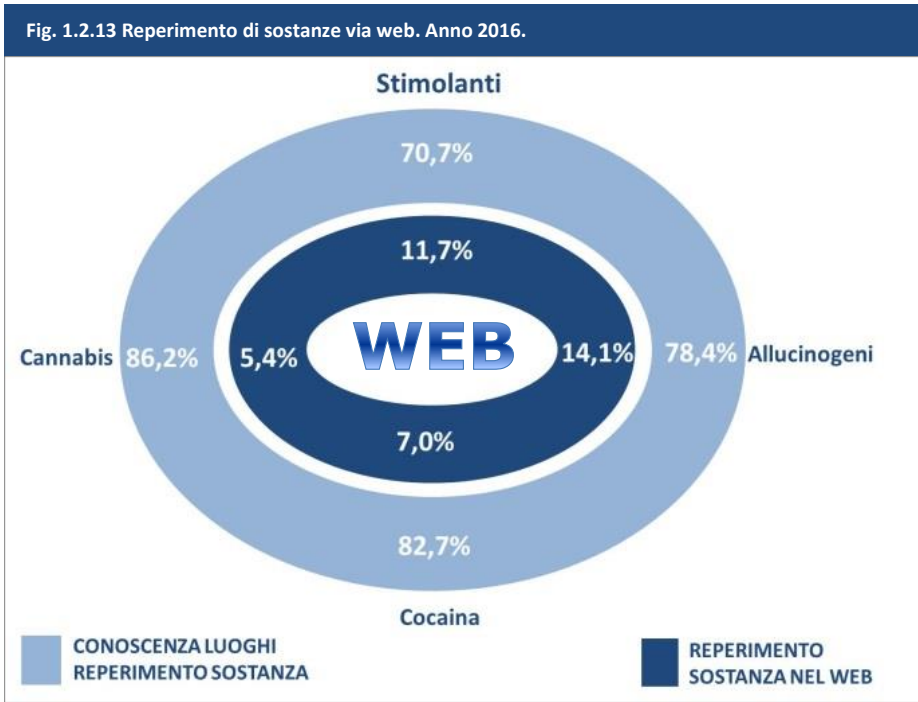
Luoghi di reperimento

Per recuperare la sostanza, gli studenti ricorrono più frequentemente allo spacciatore (36%), la cercano in strada (33%), nei concerti o ai rave (31%) e in discoteca (30%)⁴.

REPERIMENTO NEL WEB

Circa il 9% degli studenti che ha fatto uso di almeno una sostanza illegale nel 2016 (cannabis, allucinogeni, stimolanti, cocaina), riferisce di poterla reperire facilmente via Web.

Allucinogeni e stimolanti vengono percepite come le più facilmente reperibili in rete, sembra più difficile acquistare cannabis e cocaina on-line.



Fonte: CNR

⁴ La somma delle percentuali può superare il 100% in quanto esse si riferiscono a una domanda con opzioni di risposta multipla.

CONSUMI IN GRUPPI SPECIFICI

2.1 Consumi di sostanze psicoattive nei praticanti attività sportive

2.2 Incidenza di positività per uso di sostanze fra le Forze Armate e Arma dei Carabinieri

Consumi di sostanze psicoattive nei praticanti attività sportive

Il paragrafo sull'uso di sostanze stupefacenti/psicotrope nei praticanti attività sportive sottoposti ai controlli antidoping dalla Sezione per la vigilanza e il controllo sul doping (CVD), è stato realizzato utilizzando il contributo redatto dal Centro Nazionale Dipendenze e Doping e dal Centro Nazionale per la Prevenzione delle malattie e la Promozione della Salute dell'Istituto Superiore di Sanità (consultabile nella versione completa al link: <http://www.politicheantidroga.gov.it>).

La legge 376/2000 - Disciplina della tutela sanitaria delle attività sportive e della lotta contro il doping - all'art. 9 riconosce come reato penale il procurare ad altri, somministrare, assumere o favorire l'utilizzo di farmaci o di sostanze biologicamente o farmacologicamente attive ricompresi nelle classi previste all'art. 2, comma 1 della medesima legge. Molte di queste sostanze, a causa della loro capacità di indurre dipendenza fisica e psichica, sono inserite anche nelle Tabelle delle sostanze stupefacenti o psicotrope soggette alla vigilanza e al controllo del Ministero della Salute secondo la legge 309/1990 e successive modifiche.

Tra le due leggi sopracitate esistono importanti sovrapposizioni: alcuni stimolanti, narcotici, anabolizzanti e la cannabis sono, infatti, catalogati sia tra le sostanze stupefacenti che tra le sostanze vietate per doping.

Nel corso dell'anno 2016, la Sezione per la Vigilanza e il controllo sul Doping e per la tutela della salute nelle attività sportive (CVD), istituita presso il Ministero della Salute, ha svolto controlli antidoping (sulla matrice biologica urinaria) su 173 manifestazioni sportive, coinvolgendo atleti praticanti attività sportive non agonistiche e attività amatoriali giovanili anche agonistiche in diverse discipline e pratiche sportive. Degli 806 atleti sottoposti a controllo antidoping (583 maschi e 223 femmine, rispettivamente 72,3% e 27,7%), con un'età media di 29,2 anni (M=29,7 anni; F=28,2 anni), 22 atleti (M=19; F=3) sono risultati positivi (il 2,7% del campione) e 7 di questi ultimi, tutti maschi (pari all'1,2% degli atleti di genere maschile controllati), sono risultati positivi a sostanze inserite in entrambe le leggi sopracitate. La tabella sottostante evidenzia che la percentuale maggiore di positività per sostanze vietate per così dire "in doppia lista" si è registrata negli anni 2009 e 2012, mentre la più bassa nell'anno 2014.

Tab.2.1.1 Atleti sottoposti a controlli antidoping, risultati positivi e positivi in doppia lista. Anni 2003-2016

Anno	Atleti controllati	Atleti positivi	Atleti positivi in doppia lista	% atleti positivi	% atleti positivi in doppia lista sul totale degli atleti controllati	% atleti positivi in doppia lista sul totale degli atleti positivi
2003	740	20	6	2,7	0,8	30,0
2004	1.556	42	23	2,7	1,5	54,8
2005	1.875	37	23	2,0	1,2	62,2
2006	1.511	37	17	2,4	1,1	45,9
2007	1.729	49	30	2,8	1,7	61,2
2008	955	39	6	4,1	0,6	15,4
2009	1.328	42	24	3,2	1,8	57,1
2010	1.115	53	13	4,8	1,2	24,5
2011	1.676	52	19	3,1	1,1	36,5
2012	1.521	52	28	3,4	1,8	53,8
2013	1.390	39	10	2,8	0,7	25,6
2014	1.427	58	7	4,1	0,5	12,1
2015	860	25	7	2,9	0,8	28,0
2016	806	22	7	2,7	0,9	31,8
Totale	18.489	567	220	3,1	1,2	38,8

Fonte: ISS

Nel 2016 le sostanze “in doppia lista” rilevate riguardano cannabis e derivati (4 soggetti), cocaina (2 soggetti) e fentermina (1 soggetto); la cannabis non è stata rilevata in associazione con altre sostanze vietate dalla legge 376/00.

La cannabis e i suoi derivati (classe doping S8) hanno sempre rappresentato la percentuale più rilevante tra le positività registrate per le sostanze “in doppia lista” (Figura 2.1.1); tuttavia nel Maggio 2013 la World Anti-Doping Agency (WADA) ha deciso di aumentare il livello di soglia (cut-off analitico) per la positività con il conseguente risultato di una generale tendenza alla diminuzione delle positività proprio a partire dal 2013.

Rispetto al totale delle positività rilevate nel corso degli anni, la percentuale minore di soggetti positivi ai principi attivi “in doppia lista” è stata osservata nel 2014, le più elevate nel 2005 e nel 2007 (pari rispettivamente al 12,1%, 62,2% e 61,2% degli atleti controllati e risultati positivi).

Programma mondiale antidoping WADA

Il Codice, che è il documento tecnico attuativo del Programma mondiale antidoping WADA, fornisce il supporto normativo e regola la lotta al doping a livello internazionale, e prevede un aggiornamento annuale della lista delle sostanze considerate dopanti, anche con riferimento ai singoli sport.

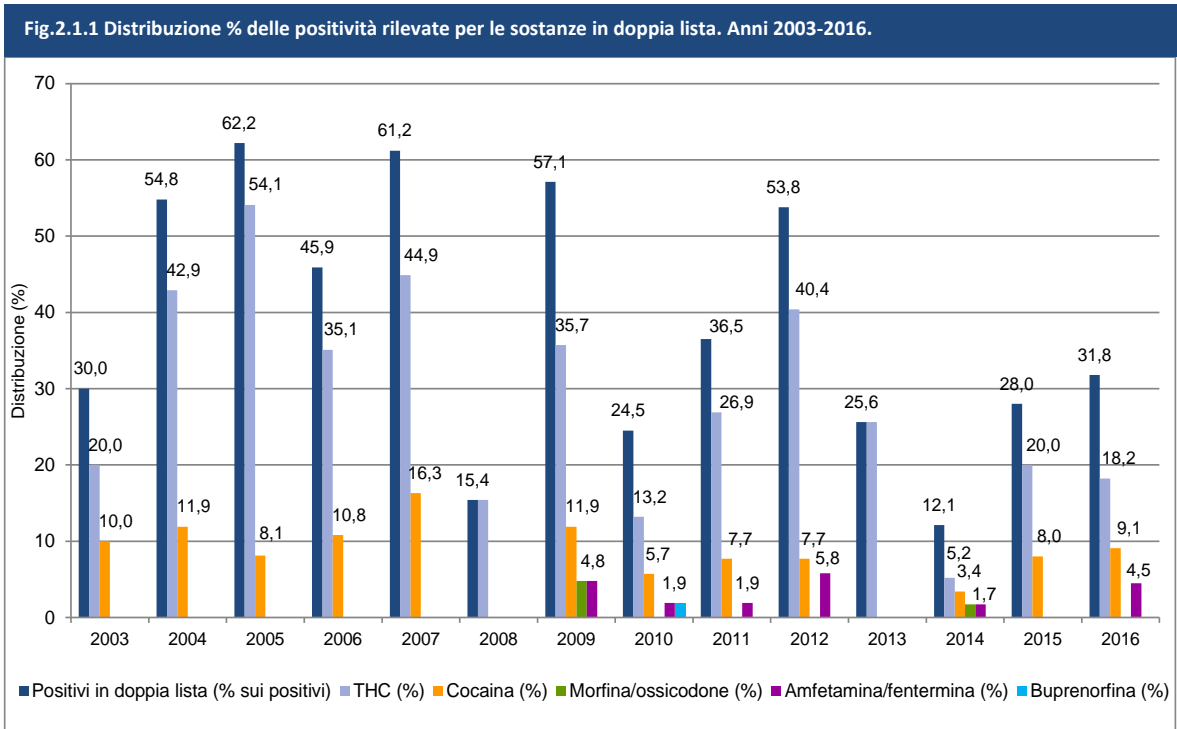
La WADA vigila sull'operato dei 33 laboratori antidoping nel mondo per garantirne l'attendibilità, l'imparzialità e l'uniformità dei risultati analitici.

Esistono tre potenziali casi in cui si viene espulsi per uso di sostanze dalle competizioni sportive: 1) è stata assunta una sostanza che aumenta le prestazioni, 2) la sostanza rappresenta un pericolo per la salute dell'atleta 3) la sostanza viola lo spirito dello sport.

La Cannabis era originariamente causa di espulsione perché ritenuta violare lo spirito dello sport.

I giochi olimpici di Rio 2016 sono stati i primi ad avere una nuova regolamentazione per la Cannabis.

Nel 2013 l'Agencia Mondiale Anti Doping (WADA) ha infatti innalzato i livelli di principi attivi della Cannabis per gli atleti da 15 nanogrammi per ml a 150 e, secondo i primi dati, questo innalzamento avrebbe determinato una diminuzione di circa l'80% dei casi di positività legati all'uso di questo tipo di sostanza.



Fonte: ISS

Incidenza di positività per uso di sostanze fra le Forze Armate e Arma dei Carabinieri

Il presente paragrafo è stato realizzato utilizzando il contributo redatto dal Ministero della Difesa, Osservatorio Epidemiologico della Difesa (consultabile nella versione completa al link: <http://www.politicheantidroga.gov.it>).

Tutte le Forze Armate e l'Arma dei Carabinieri, per le ovvie ricadute in termini di operatività e di efficienza del personale, sottopongono il proprio personale a controlli periodici e percentualmente anche maggiori rispetto agli standard di forza assegnata (per l'Esercito Italiano, ad esempio, sono previsti controlli a periodicità mensile sul 5% della forza in Patria, e a periodicità settimanale sul 3% del personale operante fuori dai confini nazionali).
Si veda anche PARTE V – 1.2.

Nel 2016 i militari sottoposti ad esame tossicologico sono stati 25.352 nell'Esercito Italiano, 4.478 nella Marina Militare, 19.692 nell'Aeronautica Militare e 412 nell'Arma dei Carabinieri, con una percentuale di soggetti positivi pari rispettivamente a 0,2%, 0,0%, 0,1% e 0,7%, evidenziando una sostanziale invariabilità rispetto agli anni precedenti.

A questi controlli si devono aggiungere quelli svolti tra il personale civile operante nell'ambito dell'Esercito Italiano e dell'Aeronautica Militare con percentuali di positività rilevata pari rispettivamente al 2,6% e 0,1% (Tab.2.2.1).

Tab.2.2.1 Soggetti testati e percentuale di positività tra i militari delle Forze Armate e dell'Arma dei Carabinieri. Anno 2016.

	Categorie		Soggetti testati (n.)	Test effettuati (n)	Soggetti positivi	
					n.	%
Esercito Italiano	Militari Servizio Permanente Effettivo	Ufficiali	1.254	8.778	0	0,0
		Sottoufficiali	3.625	25.375	8	0,2
		Truppa	15.916	111.412	18	0,1
	Militari Ferma Volontaria		4.557	31.899	20	0,4
	TOTALE		25.352	177.464	46	0,2
Marina Militare	Militari Servizio Permanente Effettivo	Ufficiali	586	3.312	0	0,0
		Sottoufficiali	1.984	12.218	0	0,0
		Truppa	1.497	8.809	0	0,0
	Militari Ferma Volontaria		411	2.803	0	0,0
	TOTALE		4.478	27.142	0	0,0
Aeronautica Militare	Militari Servizio Permanente Effettivo	Ufficiali	4.571	24.101	2	0,04
		Sottoufficiali	9.006	45.567	9	0,1
		Truppa	5.434	24.766	7	0,1
	Militari Ferma Volontaria		681	3.773	0	0,0
	TOTALE		19.692	98.207	18	0,1
Arma dei Carabinieri	Militari Servizio Permanente Effettivo	Ufficiali	6	36	0	0,0
		Sottoufficiali	117	694	1	0,9
		Truppa	173	982	2	1,2
	Militari Ferma Volontaria		116	101	0	0,0
	TOTALE		412	1.813	3	0,7

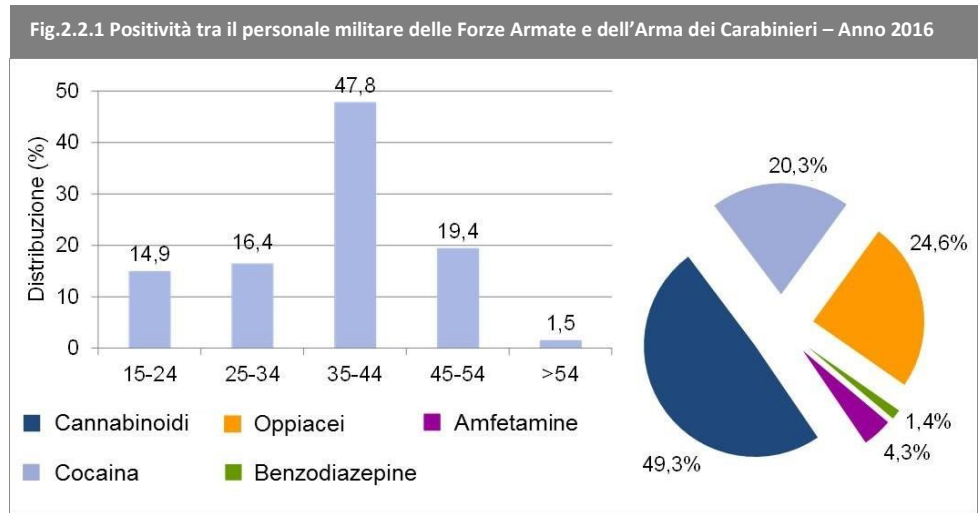
Fonte: Ministero della Difesa

Gli ottimi risultati descritti indicano quanto in questo ambito sia importante continuare a sviluppare attività di prevenzione.

Si evidenzia, inoltre, l'utilità dissuasiva degli accertamenti random nei confronti delle condotte tossicofile su tutto il personale, indipendentemente da

quanto disciplinato in riferimento alle categorie/mansioni a rischio.

Nel 2016 il tasso di positività tra il personale militare è pari allo 0,2%.



Fonte: Ministero della Difesa

CONSUMO AD ALTO RISCHIO

3.1 Danno associato al consumo delle sostanze psicoattive nella popolazione studentesca

3.2 Conseguenze socio sanitarie riconducibili al consumo di sostanze ad alto rischio tra i minori e i giovani: un focus su alcuni aspetti specifici

Danno associato al consumo delle sostanze psicoattive nella popolazione studentesca

Il presente paragrafo è stato realizzato utilizzando il contributo redatto dal Consiglio Nazionale delle Ricerche, Istituto di Fisiologia Clinica (consultabile nella versione completa al link: <http://www.politicheantidroga.gov.it>).

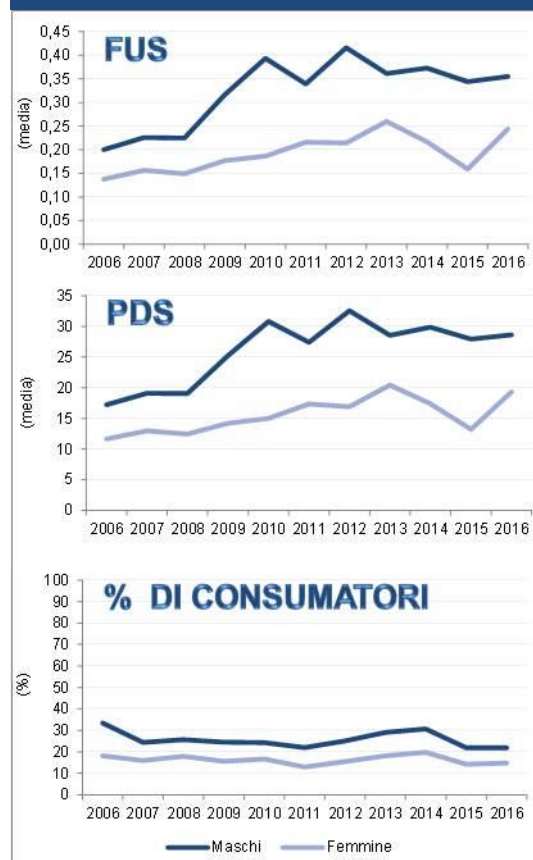
Per valutare l’impatto del consumo delle sostanze psicoattive sullo stato di salute dei consumatori è necessario disporre di informazioni relative sia alla tipologia delle sostanze assunte sia alla frequenza di assunzione delle stesse, considerando anche gli aspetti legati al policonsumo. Attraverso l’analisi della frequenza d’uso e dell’utilizzo congiunto di sostanze è possibile calcolare gli indicatori Frequency of Use Score (FUS) e Poly-Drug Score (PDS), utili per la stima del danno associato al consumo delle sostanze psicoattive.

I trend 2006-2016 degli indicatori FUS e PDS, calcolati nella popolazione studentesca tra i 15 e i 19 anni che hanno utilizzato almeno una sostanza psicoattiva nell’ultimo mese (dati ESPAD®Italia), è illustrato nella Figura 3.1.1 (a, b e c) insieme alle percentuali di consumatori negli ultimi 30 giorni.

Fino al 2012-2013 si è registrato un aumento degli indici FUS e PDS, e quindi dell’uso dannoso, nonostante la diffusione del consumo sia rimasta sostanzialmente invariata.

Dal 2013, tra gli studenti di genere maschile si è osservato un andamento decrescente sia degli indici FUS e PDS, che della percentuale di consumatori. Tra le studentesse, invece, nell’ultimo anno sono aumentati gli indici, nonostante una stabilità della diffusione del consumo di sostanze psicotrope.

Fig. 3.1.1 Andamento temporale degli indici FUS, PDS e delle percentuali di consumatori negli ultimi 30 giorni di sostanze psicoattive nella popolazione studentesca. Anni 2006-2016.



Fonte: CNR

Metodo di stima

Nel 2010, Van Amsterdam e colleghi hanno definito a livello internazionale un sistema di attribuzione di un punteggio di danno, un “peso”, valutando per ciascuna sostanza gli elementi relativi alla tossicità acuta, a quella cronica e alla dipendenza. Tali punteggi permettevano di misurare la gravità dell’uso di ciascuna sostanza, non considerando però il policonsumo. A partire dai punteggi di Van Amsterdam è stata impostata una metodologia per stimare gli effetti e le conseguenze globali negative che sostanze diverse hanno sulla salute: questi possono essere quantificati attraverso gli indici FUS - Frequency of Use Score e PDS- Poly-Drug Score, che definiscono, rispettivamente, la frequenza globale del consumo delle sostanze e la misura del danno globale che l’assunzione di queste provoca allo stato di salute. Per ogni utilizzatore, il FUS si ottiene sommando le frequenze d’uso di tutte le sostanze usate, mentre il PDS è dato dalla somma “pesata” delle frequenze d’uso di tutte le sostanze consumate, utilizzando come “pesi” i punteggi di Van Amsterdam.

Conseguenze socio sanitarie riconducibili al consumo di sostanze ad alto rischio tra i minori e i giovani: un focus su alcuni aspetti specifici

Il presente paragrafo è stato realizzato utilizzando il contributo redatto dall'esperto nazionale HRDU del Punto Focale Nazionale – REITOX (consultabile nella versione completa al link: <http://www.politicheantidroga.gov.it>).

Per “uso di sostanze ad alto rischio”, così come definito dall'Osservatorio Europeo EMCDDA, si intende l'uso ricorrente di droga che provoca danni reali (conseguenze negative) alla persona (inclusa la dipendenza, ma anche altri problemi sanitari, psicologici o sociali) o che espone la persona al rischio di riportare con alta probabilità tali danni.

Si tratta quindi di utilizzatori di droghe con problemi di salute causati del consumo frequente di droghe e dal poli-uso, ma anche di coloro che, per finanziare il proprio uso, commettono azioni criminali.

In questo paragrafo viene presentato un focus su alcuni aspetti e comportamenti dei minori riconducibili all'uso ad alto rischio di sostanze, soprattutto per quanto riguarda le tendenze negli ultimi anni.

Nota: i dati relativi alle Schede Dimissioni Ospedaliere riportati in questo paragrafo sono riferiti al 2015; i dati relativi ai procedimenti dei minori per violazioni ex art. 73 DPR 309/90 sono relativi al 2014, annualità più recente resa disponibile all'esperto REITOX dall'ISTAT. Relativamente ai soggetti in carico presso i SerD si è scelto di includere anche i 18 e 19enni per favorire la più esaustiva lettura del fenomeno.

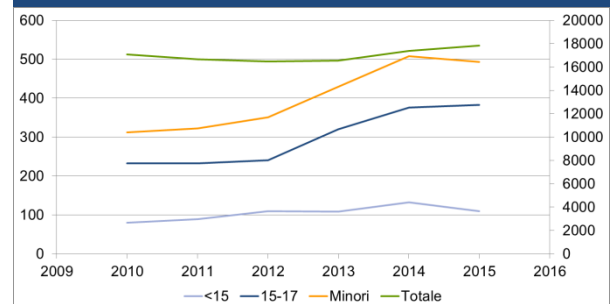
Ricoveri con diagnosi principale e/o secondarie droga-correlate

I dati forniti dall'ISTAT sulle dimissioni ospedaliere relative a ricoveri con diagnosi principale e/o secondarie droga-correlate forniscono altre informazioni importanti in merito alle conseguenze sanitarie dell'uso ad alto rischio di sostanze. Di seguito viene analizzato il dato più recente messo a disposizione dall'ISTAT.

La Figura 3.2.1 mostra sull'asse destro il totale dei ricoveri di qualunque età e sull'asse sinistro i ricoveri riguardanti i minori. L'andamento dei ricoveri globali è poco crescente nel periodo considerato (+4%), mentre gli andamenti relativi ai minori mostrano un aumento

considerabile (<15 anni: +37,5%; 15-17anni: +65%; Minori: +58%). L'aumento percentuale dei minori dal 2013 al 2015 è del 24%.

Fig. 3.2.1 Dimissioni relative a ricoveri correlati con l'uso di sostanze (minori sull'asse sinistro, totale sull'asse destro). Anni 2009 - 2015



Fonte: ISTAT e Ministero della Salute

Le dimissioni relative a ricoveri correlati all'uso di sostanze relativi ai minori sono aumentate negli ultimi anni.

La tabella 3.2.1 mostra un aumento della percentuale di ricoveri per ogni sostanza tra il 2010 e il 2015, soprattutto per gli oppiacei e la cocaina.

Tab. 3.2.1 Percentuali di ricoveri di minori per sostanza ed età. Anni 2010 e 2015

Anni	2010		2015	
	Età		Età	
	<15	15-17	<15	15-17
Cannabis	0,43	5,06	0,83	6,06
Cocaina	0,11	0,74	0,23	0,86
Oppiacei	0,12	0,53	0,28	0,54

Fonte: ISTAT e Ministero della Salute

I minori in carico ai SerD

Dai dati forniti dal Ministero della Salute e dalle Regioni e Province Autonome sui soggetti tossicodipendenti in carico ai SerD è possibile dedurre il coinvolgimento dei minori nell'uso a rischio di sostanze con danni per la salute tanto gravi da ricorrere alla terapia. La Figura 3.2.2 mostra l'andamento negli ultimi 3 anni dell'età di primo uso di sostanze e dell'età di primo trattamento.

Gli andamenti sono sostanzialmente costanti negli ultimi 3 anni considerati e mostrano come ci sia un ritardo tra l'inizio di uso di sostanze e l'inizio di terapia di diversi anni. Le percentuali di minori relative all'inizio di terapia sono, infatti, più basse di quelle relative al primo uso.

Fig. 3.2.2 a) Percentuale di minori in carico ai SerD che hanno richiesto il primo trattamento e che hanno fatto uso prima dei 15 anni o tra i 15 e i 19 anni. Anni 2014-2016.

Eroina; Grafico sinistra: Età di primo trattamento; Grafico destra: Età di primo uso

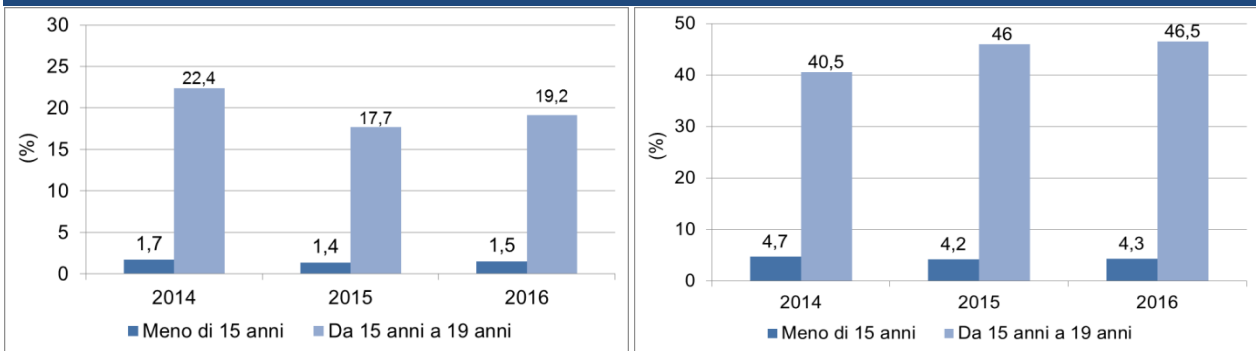


Fig. 3.2.2 b) Percentuale di minori in carico ai SerD che hanno richiesto il primo trattamento e che hanno fatto uso prima dei 15 anni o tra i 15 e i 19 anni. Anni 2014-2016.

Cocaina; Grafico sinistra: Età di primo trattamento; Grafico destra: Età di primo uso

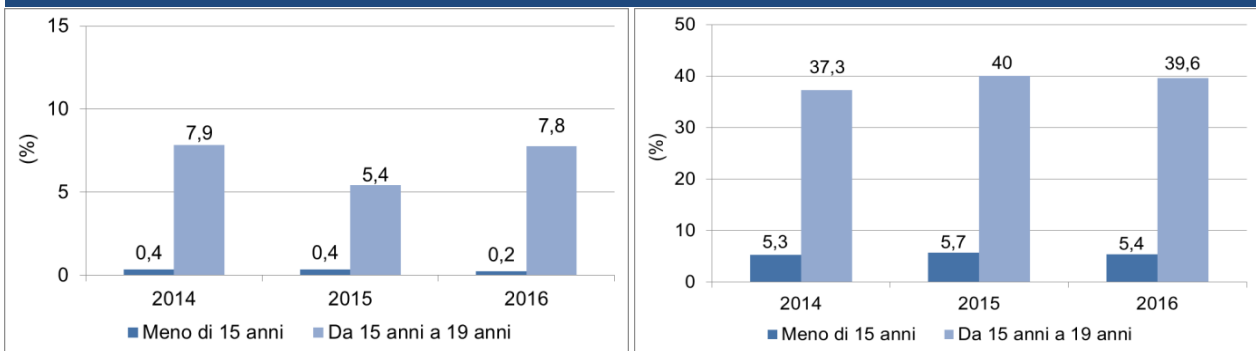
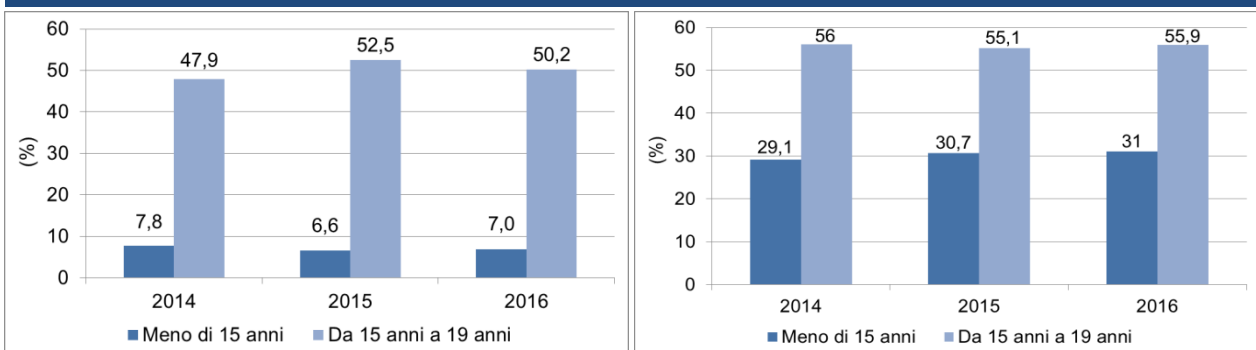


Fig. 3.2.2 c) Percentuale di minori in carico ai SerD che hanno richiesto il primo trattamento e che hanno fatto uso prima dei 15 anni o tra i 15 e i 17 anni. Anni 2014-2016

Cannabis; Grafico sinistra: Età di primo trattamento; Grafico destra: Età di primo uso



Fonte: ISTAT e Ministero della Salute

Tra l'inizio di uso di sostanze e l'inizio di terapia trascorrono diversi anni.

Denunce per reati droga correlati

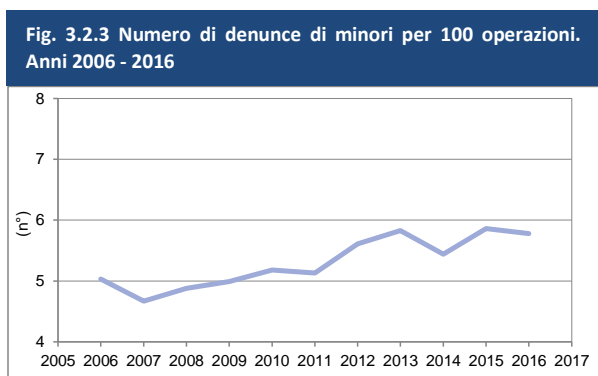
I dati del Ministero dell'Interno - DCSA riguardanti i minori denunciati alle Autorità Giudiziarie per reati droga correlati sono riportati nella tabella 3.2.2.

Tab. 3.2.2 Numero di operazioni, numero di denunce di minori e numero di denunce per 100 operazioni. Anni 2006 - 2016

Anno	Numero di operazioni	Denunce di minori	Denunce di minori per 100 operazioni
2006	20.776	1.046	5,03
2007	22.166	1.036	4,67
2008	23.179	1.132	4,88
2009	23.316	1.164	4,99
2010	22.193	1.149	5,18
2011	23.272	1.193	5,13
2012	22.826	1.281	5,61
2013	21.864	1.275	5,83
2014	19.449	1.058	5,44
2015	19.290	1.131	5,86
2016	23.734	1.372	5,78

Fonte: Ministero dell'Interno e ISTAT

I dati mostrano un andamento crescente delle denunce di minori per 100 operazioni. L'aumento sul periodo considerato è pari al 16% (Figura 3.2.3).



Fonte: Ministero dell'Interno e ISTAT

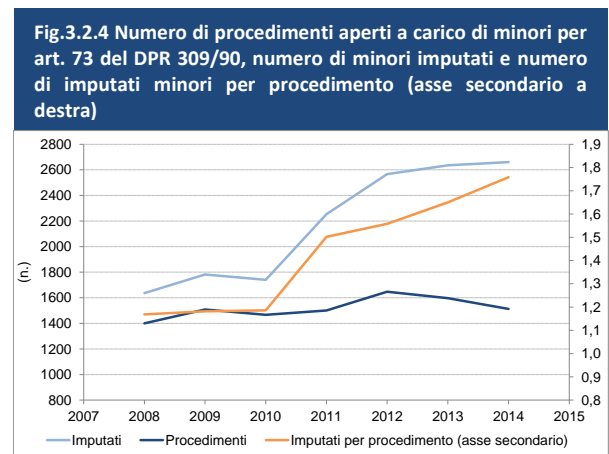
Procedimenti giudiziari per art. 73 del DPR 309/90

Il Ministero della Giustizia è in possesso di informazioni relative ai procedimenti giudiziari aperti ogni anno per art. 73 DPR 309/90. Per questo paragrafo sono stati utilizzati i dati forniti dall'ISTAT sui procedimenti giudiziari a carico dei minori, aggiornati fino al 2014.

I procedimenti giudiziari per art. 73 DPR 309/90 a carico di minori sono aumentati negli ultimi anni.

Nella Figura 3.2.4 sono riportati gli andamenti dal 2008 al 2014 del numero di procedimenti a carico di minori per art. 73 DPR 309/90 aperti nell'anno, del numero di imputati coinvolti e del numero medio di imputati per procedimento (scala riportata sull'asse secondario del grafico, a destra).

Il numero di procedimenti dal 2008 al 2014 è aumentato di oltre l'8%, il numero di imputati del 63% e il numero di imputati per procedimento del 50%.



Fonte: Ministero dell'Interno e ISTAT

Art. 73 DPR 309/90

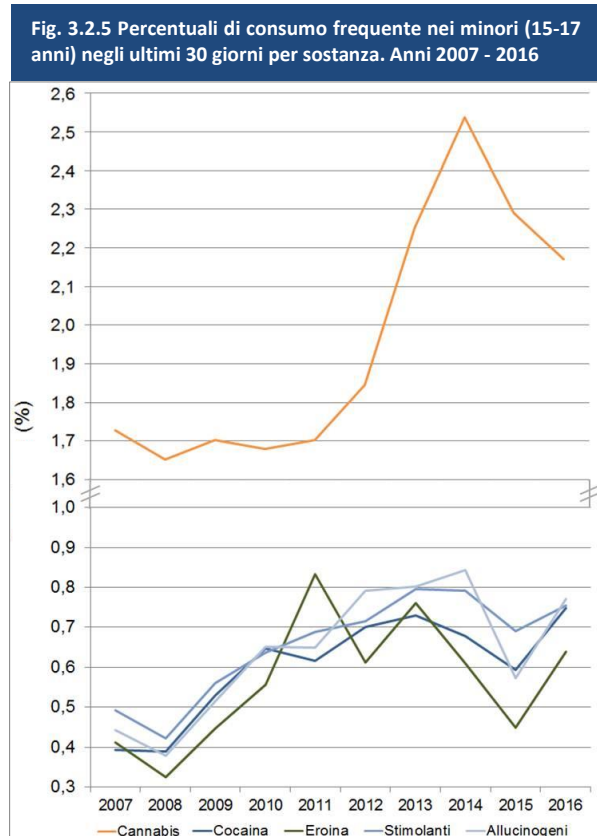
Punisce il reato di "Produzione, traffico e detenzione illeciti di sostanze stupefacenti o psicotrope".

L'uso frequente di sostanze nella popolazione studentesca

Attraverso lo studio ESPAD®, condotto dall'istituto di Fisiologia Clinica del CNR, sono stati rilevati dati sulla popolazione studentesca di 15-19 anni che ha utilizzato almeno una sostanza psicoattiva nei 30 giorni antecedenti lo svolgimento dello studio ed è stata rilevata la percentuale di utilizzatori frequenti di sostanze, definiti come consumatori di cannabis che hanno consumato almeno 20 volte nei 30 giorni antecedenti lo studio e, per le altre sostanze, almeno 10 volte.

La Figura 3.2.5 riporta l'andamento delle percentuali di utilizzatori per sostanza.

Come si può osservare, tutte le curve sono mediamente crescenti nel periodo considerato soprattutto per le sostanze come la cocaina e l'eroina, ma anche per gli stimolanti e gli allucinogeni.



Fonte: CNR

III

**OFFERTA E DOMANDA
DI TRATTAMENTO**

Elementi chiave

Offerta di Trattamento

L'offerta di trattamento è dislocata in 638 sedi ambulatoriali SerD e 917 strutture socioriabilitative private accreditate. In entrambi i casi si rilevano forti differenze interregionali per quanto riguarda la distribuzione sul territorio nazionale.

Domanda di trattamento

Nei Servizi pubblici per le dipendenze (SerD), nel 2016 sono arrivati 21.458 nuovi soggetti con problematiche legate all'uso di sostanze, nel complesso gli assistiti sono stati 143.271. La maggior parte dell'utenza è di genere maschile, in cura per uso primario di eroina, e ha tra i 30 e i 54 anni. Nel corso del tempo si è assistito ad un progressivo invecchiamento della popolazione dei SerD.

I nuovi utenti sono mediamente più giovani di quelli già in cura (32 anni rispetto a 41 anni).

Aumenta la domanda di trattamento per uso di cocaina, i nuovi utenti arrivano a rappresentare il 34% di chi chiede aiuto.

Resta stabile invece la quota di soggetti che chiede aiuto per uso primario di cannabinoidi, utenza che si contraddistingue per un'alta percentuale di utilizzatori esclusivi (44% di chi è in cura non fa uso di altre sostanze).

Per quanto riguarda i servizi del Privato Sociale risultano in trattamento 15.563 persone di cui poco meno del 60% è concentrato in 4 regioni. 4.764 sono stati avviati ad un percorso in comunità durante l'ultimo anno. La maggior parte dell'utenza è di genere maschile e risulta in trattamento presso strutture residenziali.

Un quarto della popolazione carceraria risulta composta da detenuti tossicodipendenti (14.157 persone), per la quasi totalità di genere maschile. La percentuale di tossicodipendenti rispetto al totale dei detenuti è rimasta stabile nel tempo, mentre dal 2013 sono in aumento i detenuti tossicodipendenti sul totale dei nuovi ingressi.

I soggetti tossicodipendenti condannati che hanno usufruito di una misura alternativa sono in calo nell'ultimo biennio (4.876 persone): tra coloro che risultano in affidamento di prova presso i servizi sociali la maggioranza è seguita dai servizi pubblici, mentre i restanti sono seguiti dalle comunità terapeutiche.

I soggetti in affidamento specifico sono 2.991. La maggior parte degli affidamenti a misure alternative specifiche ha avuto esito positivo, percentuale che cresce quando l'accesso alle misure avviene direttamente dallo stato di libertà.

ORGANIZZAZIONE DEI SERVIZI

1.1 Servizi pubblici per le Dipendenze (SerD)

1.2 Servizi del Privato Sociale Accreditato

Servizi pubblici per le Dipendenze (SerD)

Il paragrafo è stato realizzato utilizzando il contributo redatto dal Ministero della Salute e dal Gruppo di lavoro SIND: Ministero della Salute, Regioni e Province Autonome (consultabile nella versione completa al link: <http://www.politicheantidroga.gov.it>).

La raccolta e l'analisi dei dati sui servizi e l'utenza in carico ai SerD a livello nazionale sono gestite dal Ministero della Salute e a livello locale dalle singole Regioni e Province Autonome (PA).

Nel contesto di NSIS, secondo le indicazioni del D.M. 11 giugno 2010 "Istituzione del Sistema Informativo Nazionale per le Dipendenze", è stato definito il SIND con le finalità di monitoraggio, valutazione e supporto alla stesura della Relazione al Parlamento e degli altri rapporti epidemiologici derivanti dagli obblighi informativi ai quali il nostro Paese deve rispondere.

Oggetto di rilevazione SIND è il singolo assistito per il quale siano soddisfatti i seguenti requisiti:

- accesso al SerD, specificando se in ambito penitenziario;
- accertamento documentato clinico o diagnostico dell'uso di sostanze psicotrope (escluse alcol o tabacco come uso primario) con frequenza occasionale, saltuaria o giornaliera;
- erogazione di almeno una prestazione (riferibile a gruppi omogenei di prestazioni, compreso l'invio in strutture socioriabilitative) nel periodo di riferimento.

Per ciascun assistito devono essere rilevati tutti i contatti avuti con i SerD della Regione nel corso dell'anno: per "contatto" si intende la presa in carico assistenziale all'interno della quale è stata erogata almeno una prestazione.

Tale sistema è entrato a regime dal 01/01/2012, con una copertura informativa che è aumentata nel corso degli anni. Nelle Relazioni al Parlamento redatte dal 2009 al 2014 i dati mancanti venivano integrati con numeri stimati; a partire dall'edizione del 2015 i dati presentati si riferiscono ai SerD effettivamente rispondenti.

È importante sottolineare che il numero di assistiti non coincide con la totalità degli utenti trattati presso i SerD, in quanto nella maggior parte dei servizi risultano in carico anche utenti per il trattamento per alcol, tabacco e gioco d'azzardo patologico, nonché utenza per accertamenti e consulenze.

Nel 2016 i SerD rispondenti alla rilevazione annuale sono stati 581, dislocati in 638 sedi ambulatoriali, con un tasso di rispondenza del 95,9% su scala nazionale.

La distribuzione delle sedi ambulatoriali, che corrisponde a circa 1 struttura ogni 100.000 residenti, varia da un minimo di 0,7 ad un massimo di circa 2,5 strutture ogni 100.000 residenti.

Le sedi ambulatoriali sono 638, circa 1 ogni 100.000 residenti.

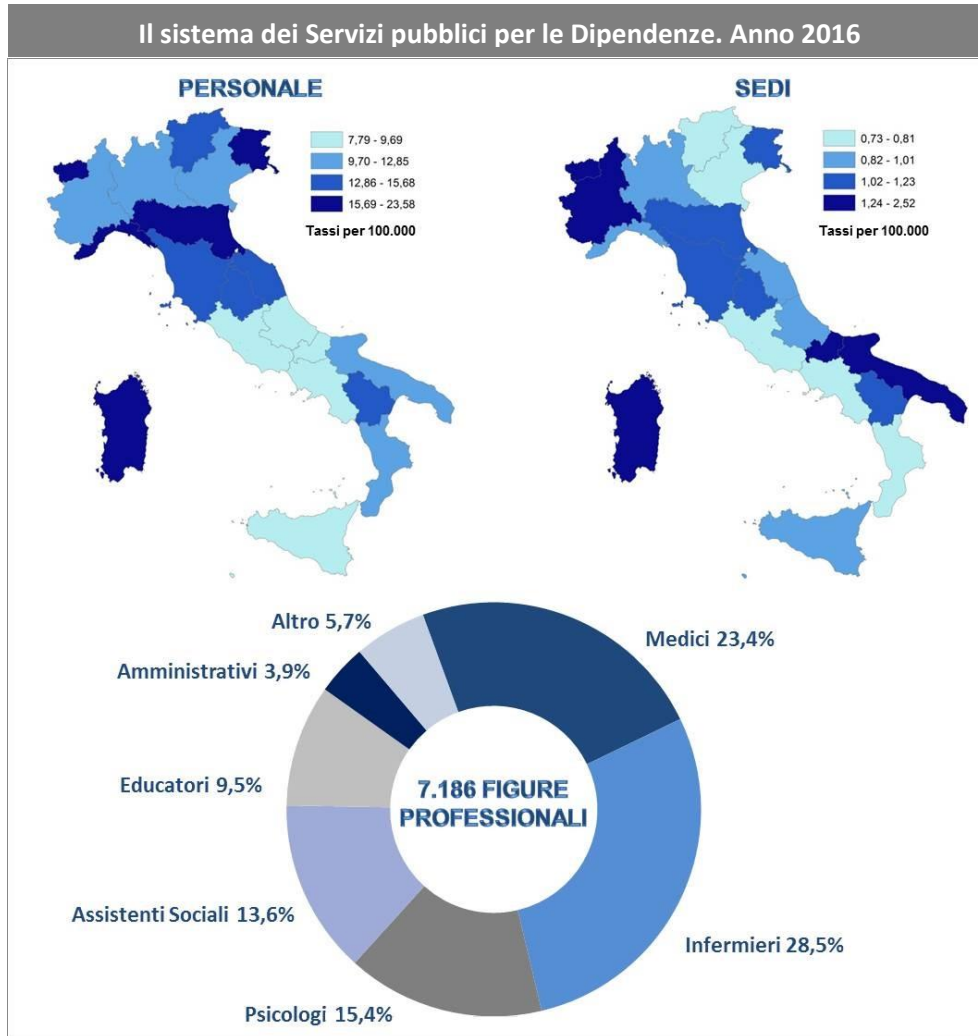
NSIS Nuovo Sistema Informativo Sanitario

NSIS (Nuovo Sistema Informativo Sanitario) è un sistema informativo unitario, basato sulla cooperazione e l'integrazione dei diversi sistemi informativi gestiti in piena autonomia dalle singole amministrazioni regionali e locali. Il nuovo sistema è strumento essenziale per il governo della sanità, il monitoraggio dello stato di salute della popolazione, dell'efficacia/efficienza del sistema sanitario, dell'appropriatezza delle prestazioni, della spesa sanitaria e, inoltre, mira a garantire la disponibilità a livello nazionale di un sistema integrato di informazioni sanitarie individuali, a facilitare l'accesso degli utenti alle strutture e alle prestazioni attraverso strumenti informatici e a promuovere la globalizzazione dell'offerta dei servizi (Accordo quadro tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano del 22 febbraio 2001).

7.186 operatori impiegati nei SerD nel 2016.

Il personale presente nei SerD e dedicato al trattamento dei soggetti tossicodipendenti, ammonta nell'anno 2016 a 7.186 figure professionali, il 75,6% delle quali a tempo pieno. Il 51,9% delle figure professionali operanti sono medici e infermieri, il

38,5% psicologi, assistenti sociali ed educatori, il resto sono amministrativi e altre figure professionali, con un tasso di personale disponibile ogni 100.000 residenti compreso tra 8 e 24 unità, dato che evidenzia una forte variabilità interregionale.



Fonte: Ministero della Salute

L'offerta dei Servizi pubblici delle Dipendenze presenta una forte variabilità regionale.

Servizi del Privato Sociale Accreditato

Il paragrafo è stato realizzato utilizzando il contributo redatto e i dati forniti dal Ministero dell'Interno, Centro Studi, Ricerca e Documentazione del Dipartimento per le Politiche del personale (consultabile nella versione completa al link: <http://www.politicheantidroga.gov.it>).

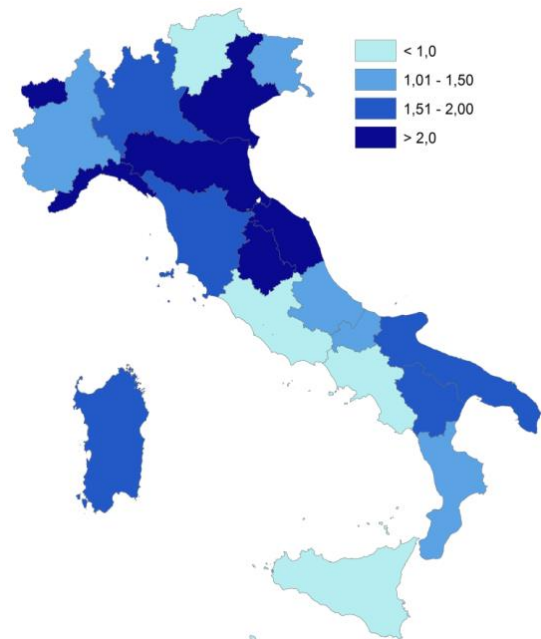
In Italia, per quanto riguarda le strutture socioriabilitative del privato sociale accreditato, vengono effettuate, a cura del Ministero dell'Interno, due rilevazioni puntuali, alla data del 30 giugno e del 31 Dicembre di ogni anno.

Le strutture vengono classificate secondo tre tipologie di offerta: quelle residenziali, quelle semiresidenziali, ovvero con ospitalità e attività per un minimo di 40 ore settimanali e quelle ambulatoriali, in cui l'ospitalità e le attività sono inferiori alle 40 ore settimanali.

Con la rilevazione del 31 Dicembre 2016 è stato aggiornato l'elenco delle strutture esistenti. Complessivamente in Italia risultano esistenti 917 strutture socioriabilitative private accreditate, corrispondenti a circa 1,5 strutture ogni 100.000 residenti.

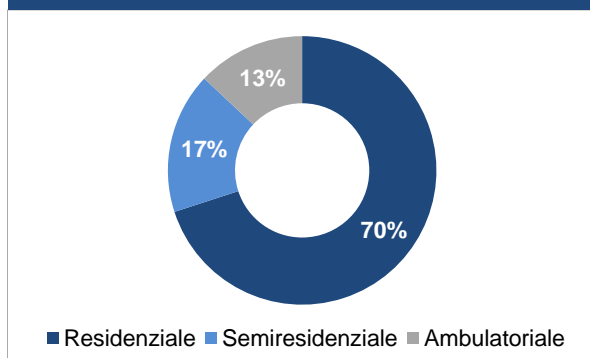
917 strutture socioriabilitative private accreditate.

Fig.1.2.2 Distribuzione regionale del numero di strutture socioriabilitative esistenti per 100.000 residenti. Aggiornamento al 31 Dicembre 2016.



Fonte: Ministero dell'Interno

Fig.1.2.1 Distribuzione delle strutture socioriabilitative private accreditate per tipologia. Aggiornamento al 31 Dicembre 2016.



Fonte: Ministero dell'Interno

Di queste il 70% sono di tipo residenziale, il 17% di tipo semiresidenziale e il restante 13% di tipo ambulatoriale. Il 43% del totale delle strutture esistenti si trova concentrato in 3 regioni densamente popolate quali la Lombardia (170 strutture), l'Emilia Romagna (113) e il Veneto (111). La distribuzione regionale del numero di strutture esistenti per 100.000 residenti mostra un gradiente territoriale abbastanza ben definito, con la totalità delle regioni a più alta frequenza di strutture che si colloca nell'area centro settentrionale del Paese (Figura 1.2.2).

DOMANDA DI TRATTAMENTO

2.1 Utenti in carico e trattamenti erogati dai Servizi pubblici per le Dipendenze

2.2 Utenti in carico ai Servizi del Privato Sociale Accreditato

2.3 Soggetti tossicodipendenti in carcere

2.4 Misure alternative per i soggetti tossicodipendenti in carcere

Utenti in carico e trattamenti erogati dai Servizi pubblici per le Dipendenze

Il paragrafo è stato realizzato utilizzando il contributo redatto dal Ministero della Salute e dal Gruppo di lavoro SIND: Ministero della Salute, Regioni e Province Autonome (consultabile nella versione completa al link: <http://www.politicheantidroga.gov.it>).

Caratteristiche degli utenti in carico ai SerD

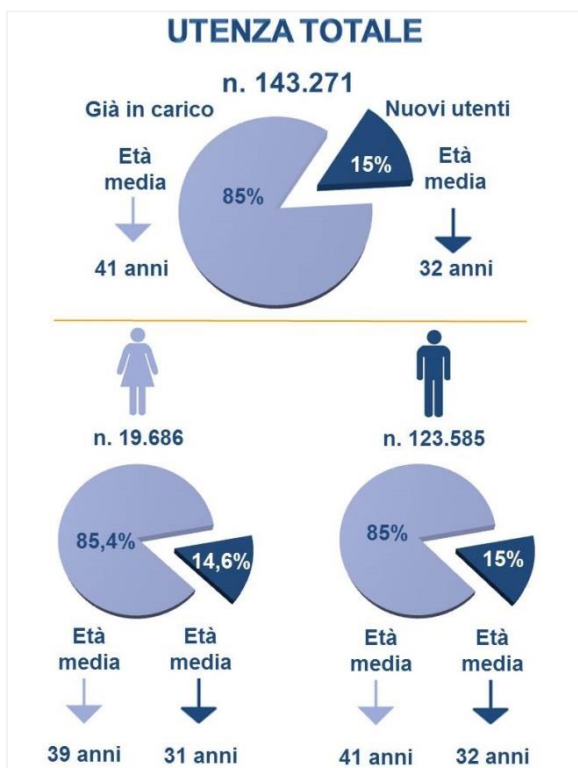
Nel corso del 2016 i SerD hanno assistito 143.271 soggetti tossicodipendenti¹, di cui 21.458 nuovi utenti (15%) e i restanti 121.813 già in carico dagli anni precedenti (85%). L'86,3% è di genere maschile, senza differenze tra nuovi e già in carico e il rapporto M/F è pari a 6,3 (Tab. 2.1.1).

La nuova utenza è pari al 15% dei soggetti.

Tab.2.1.1 Utenti tossicodipendenti in trattamento nei SerD per tipologia di utente, genere ed età media. Anno 2016.

Caratteristiche	N	%	Età media
Nuovi utenti Maschi	18.585	86,6	32
Nuovi utenti Femmine	2.873	13,4	31
Nuovi utenti totali	21.458		32
Utenti già in carico Maschi	105.000	86,2	41
Utenti già in carico Femmine	16.813	13,8	39
Utenti già in carico Totale	121.813		41
Totale Maschi	123.585	86,2	39
Totale Femmine	19.686	13,8	38
Totale utenti	143.271		39
Rapporto M/F	6,3		

Fonte: Ministero della Salute



Fonte: Ministero della Salute

Nel 2016 oltre 143.000 soggetti tossicodipendenti in trattamento nei SerD.

¹ Non sono inclusi i dati riferiti alla P.A. di Trento.

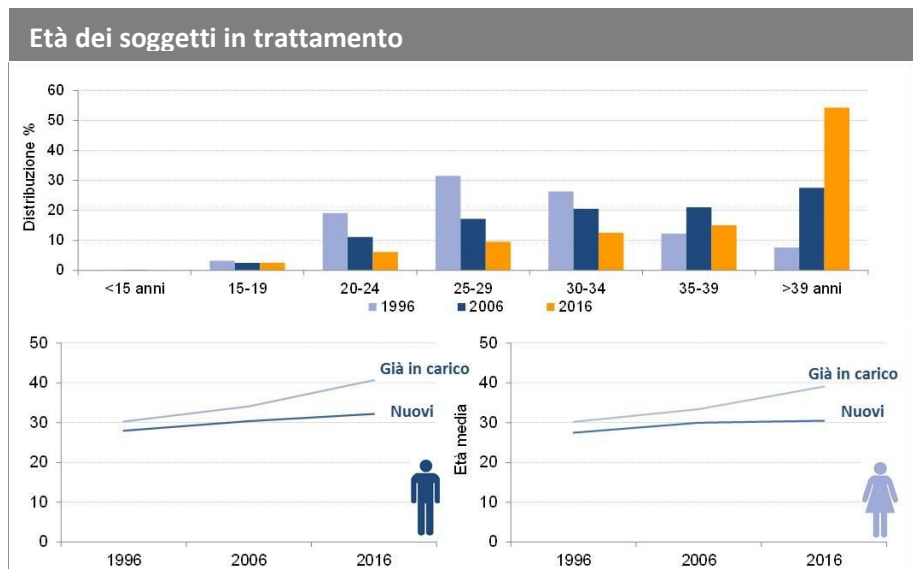
Gli utenti trattati hanno mediamente 39 anni e l'utenza di genere femminile risulta di poco più giovane rispetto a quella di genere maschile, con un'età media di 38 anni contro 39.

Il 18,2% dell'utenza trattata ha meno di 30 anni, il 73,8% ha tra i 30 e i 54 anni e l'8% ne ha più di 54, mostrando notevoli differenze di genere, anche sulla base della tipologia di utenza.

I nuovi utenti (età media 32 anni) sono mediamente più giovani di 9 anni di quelli già in carico (età media 41 anni). La differenza è sostanzialmente la medesima negli utenti di genere maschile (nuovi 32; già in carico 41) e negli utenti di genere femminile (nuovi 31; già in carico 39).

La maggior parte dell'utenza ha tra i 30 e i 54 anni.

Si osserva un costante invecchiamento dell'utenza.



Fonte: Ministero della Salute

Nel tempo si è assistito a un progressivo e costante invecchiamento della popolazione dei SerD in tutta Italia; vi è un rilevante aumento della percentuale di assistiti con età superiore ai 39 anni, passati dal 7,6% del 1996 al 27,5% del 2006 e al 54,3% del 2016. Parallelamente si è

osservata una diminuzione nelle classi di età più giovani.

Questo invecchiamento si osserva anche distinguendo gli assistiti per genere e per tipologia.

“Si stima che nell’Unione europea 1,4milioni di persone siano state sottoposte a trattamento per il consumo di sostanze illecite”.

[European Drug Report 2017, EMCDDA]

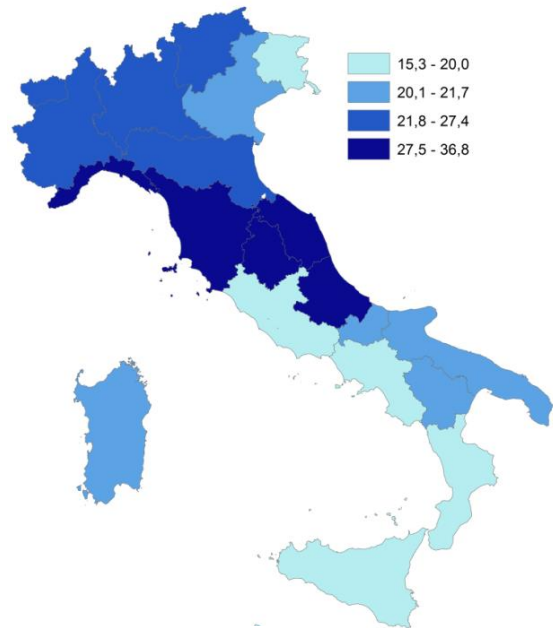
24 soggetti ogni 10.000 residenti sono stati assistiti dai SerD.

Complessivamente in Italia nel 2016 sono stati assistiti quasi 24 soggetti ogni 10.000 residenti: 42/10.000 tra i soggetti di genere maschile e 6/10.000 tra i soggetti di genere femminile. Tale quota sale a 50/10.000 residenti nella fascia di età compresa tra i 30 e i 49 anni.

I tassi al livello regionale sono mostrati nella Figura 2.1.1, mentre la Tabella 2.1.2 riporta il dettaglio dei nuovi utenti e quelli già in carico.

In Lombardia, P.A. Bolzano e Marche le più alte quote di nuovi utenti.

Fig.2.1.1 Utenti tossicodipendenti trattati nei SerD. Tasso regionale su 10.000 residenti al 1° gennaio 2016 (fonte ISTAT).



Fonte: Ministero della Salute

Tab.2.1.2 Utenti tossicodipendenti trattati nei SerD per sostanza primaria e/o secondaria. Anno 2016.

Regione/ PP.AA.	Utenza 2016			Nuovi/ Totale (%)	Totale2015
	Nuovi Utenti	Utenti già in carico	Totale		
Piemonte	2.008	10.599	12.607	15,9%	12.757
Valle d'Aosta	36	270	306	11,8%	300
Lombardia	5.255	19.371	24.626	21,3%	23.517
P.A. Bolzano	308	993	1.301	23,7%	1.268
P.A. Trento					1.119
Veneto	1.704	8.986	10.690	15,9%	10.407
Friuli Venezia Giulia	339	2.222	2.561	13,2%	2.706
Liguria	492	4.932	5.424	9,1%	5.568
Emilia Romagna	1.357	9.184	10.541	12,9%	10.166
Toscana	1.623	10.830	12.453	13,0%	12.546
Umbria	417	2.599	3.016	13,8%	2.786
Marche	1.402	4.274	5.676	24,7%	5.411
Lazio	1.721	10.235	11.956	14,4%	9.620
Abruzzo	784	3.726	4.510	17,4%	4.288
Molise	56	607	663	8,4%	468
Campania	833	10.273	11.106	7,5%	10.210
Puglia	949	8.384	9.333	10,2%	9.295
Basilicata	105	1.146	1.251	8,4%	1.251
Calabria	515	2.642	3.157	16,3%	3.567
Sicilia	1.361	6.973	8.334	16,3%	9.474
Sardegna	193	3.567	3.760	5,1%	3.766
ITALIA	21.458	121.813	143.271	15,0%	140.490

Fonte: Ministero della Salute

Tab.2.1.3 Utenti tossicodipendenti trattati nei SerD per sostanza primaria e/o secondaria. Anno 2016.

Sostanze	2016					
	Primaria		Secondaria		Primaria o Secondaria	
Eroina	97.633	68,1%	2.815	2,0%	100.448	70,1%
Metadone non prescritto	867	0,6%	1.473	1,0%	2.340	1,6%
Morfina non prescritta	47	0,0%	35	0,0%	82	0,1%
Altri oppiacei non prescritti	1.142	0,8%	346	0,2%	1.488	1,0%
Buprenorfina non prescritta	161	0,1%	193	0,1%	354	0,2%
Cocaina	24.834	17,3%	24.870	17,4%	49.704	34,7%
Crack	718	0,5%	658	0,5%	1.376	1,0%
Anfetamine non prescritte	172	0,1%	1.246	0,9%	1.418	1,0%
Ecstasy e analoghi	144	0,1%	2.754	1,9%	2.898	2,0%
Altri stimolanti	59	0,0%	74	0,1%	133	0,1%
Metamfetamine	16	0,0%	82	0,1%	98	0,1%
Mefedrone	2	0,0%	10	0,0%	12	0,0%
Barbiturici non prescritti	212	0,1%	771	0,5%	983	0,7%
Benzodiazepine non prescritte	310	0,2%	1.186	0,8%	1.496	1,0%
Altri ipnotici e sedativi non prescritti	61	0,0%	168	0,1%	229	0,2%
Lsd	20	0,0%	1.029	0,7%	1.049	0,7%
Altri allucinogeni	103	0,1%	674	0,5%	777	0,5%
Inalanti volatili	11	0,0%	151	0,1%	162	0,1%
Cannabinoidi	15.849	11,1%	24.275	16,9%	40.124	28,0%
Cannabinoidi sintetici (gruppo Jwh)	31	0,0%	43	0,0%	74	0,1%
Ghb	2	0,0%	9	0,0%	11	0,0%
Ketamina	33	0,0%	284	0,2%	317	0,2%
Altre sostanze illegali	784	0,5%	456	0,3%	1.240	0,9%
Steroidi non prescritti	1	0,0%	7	0,0%	8	0,0%
Altri farmaci e/o sostanze dopanti non prescritti	38	0,0%	20	0,0%	58	0,0%
Altri farmaci psicotropi non prescritti	15	0,0%	24	0,0%	39	0,0%
Alcol			10.800	7,5%	10.800	7,5%
Tabacco			1.449	1,0%	1.449	1,0%
Totale soggetti	143.273	100,0%				

Fonte: Ministero della Salute

Il 68,1% dell'utenza trattata è in carico per uso primario di eroina, il 17,3% per cocaina e l'11,1% per cannabinoidi. Il restante 3,5% usa primariamente altre sostanze.

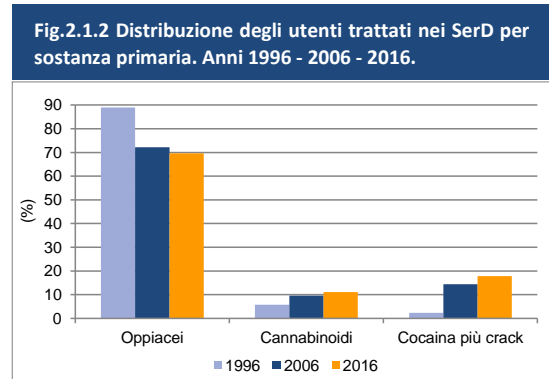
Per quanto riguarda l'uso secondario, nel 2016 le sostanze assunte più frequentemente sono state la cocaina (17,4%), i cannabinoidi (16,9%) e l'alcol (7,5%).

Considerando gli assistiti in trattamento per singola sostanza primaria o secondaria il quadro muta sostanzialmente rispetto all'analisi per sola sostanza primaria: la cocaina sale al 34,7%, i cannabinoidi salgono al 28%, mentre non si modifica in maniera sostanziale la quota dei soggetti in trattamento per eroina (70,1%).

Il 54% dei trattati per oppiacei associa due o più sostanze secondarie.

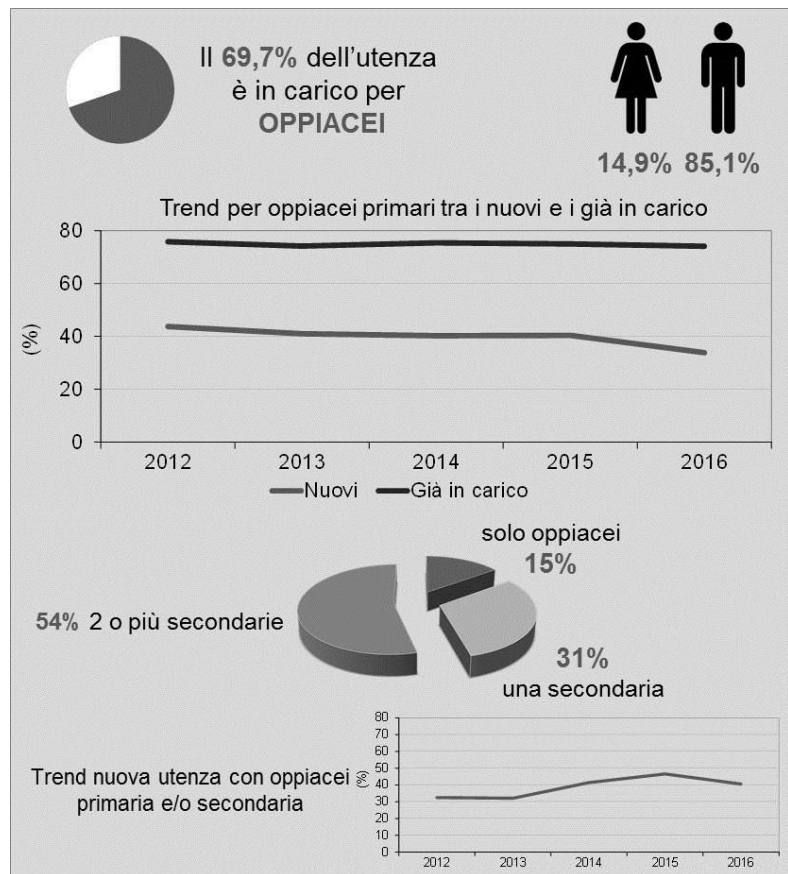
Per quanto riguarda la poliassunzione di sostanze, analizzando gli assistiti in base alla sostanza primaria, si osserva che tra coloro che assumono cannabinoidi il 44% ne fa uso esclusivo, il 24% ricorre anche a un'altra sostanza e il 32% ad almeno altre due sostanze. Gli assistiti che usano cocaina come sostanza primaria la usano come unica sostanza nel 30% dei casi, il 29% vi associa un'altra sostanza e il 41% due o più sostanze.

Nel tempo la quota di trattati per uso di oppiacei come sostanza primaria è costantemente diminuita (89% nel 1996, 72,2% nel 2006, 69,7% nel 2016), mentre la percentuale di coloro in carico per uso primario di cocaina è gradualmente aumentata (2,3% nel 1996, 14,4% nel 2006, 17,8% nel 2016); la quota di trattati per uso di cannabinoidi è passata da circa il 5% a poco più del 10% (Fig. 2.1.2).

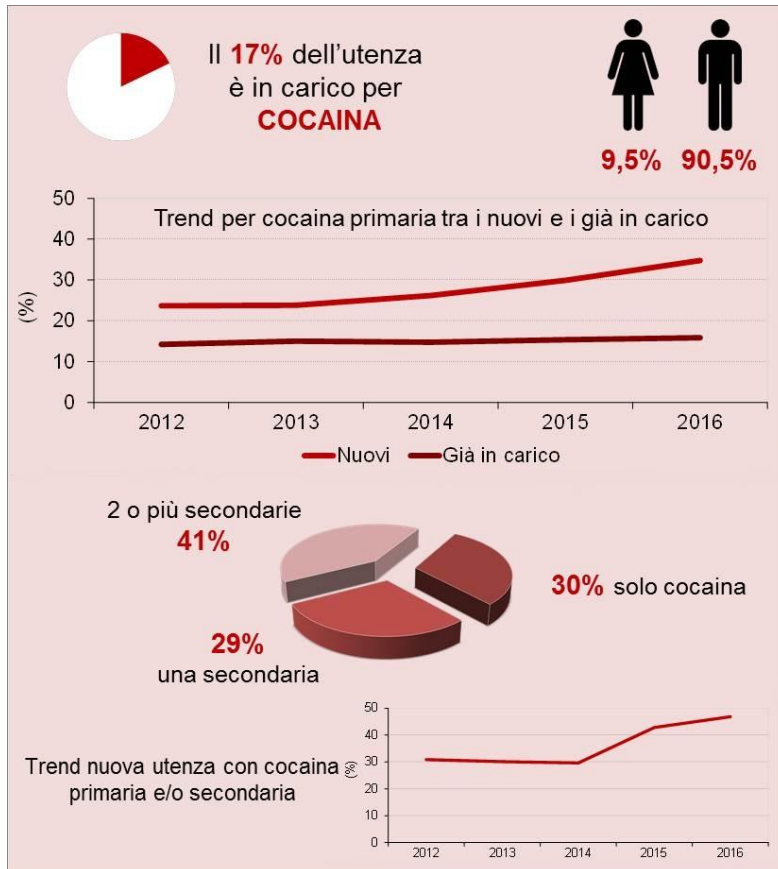


Fonte: Ministero della Salute

Diminuisce la domanda di trattamento per uso di oppiacei.



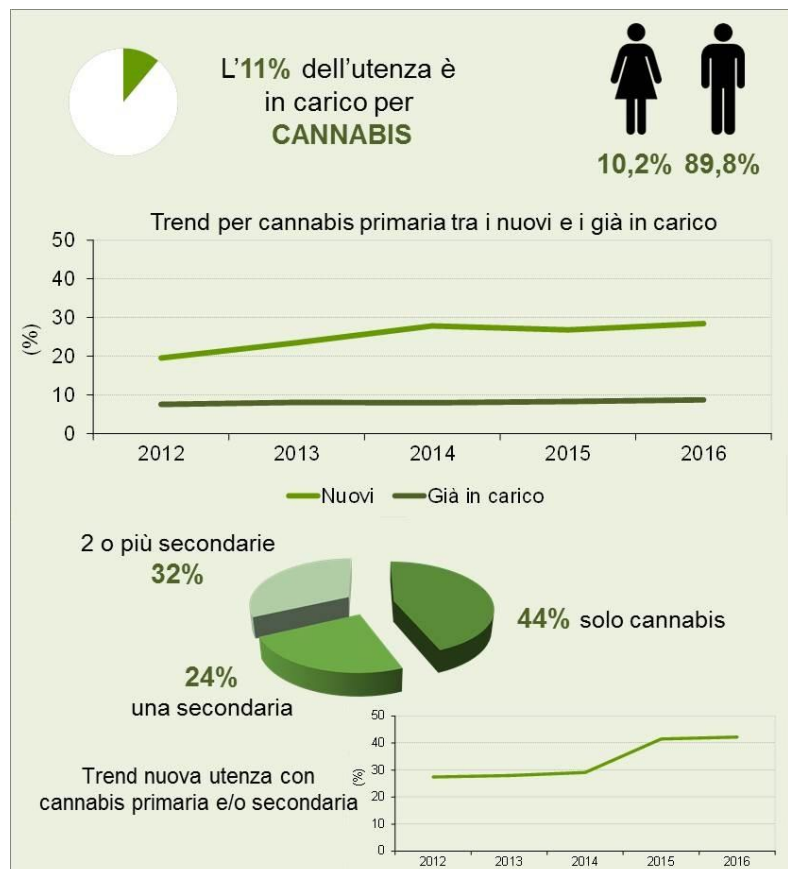
Fonte: Ministero della Salute



Cresce la domanda di trattamento per uso di cocaina.

Fonte: Ministero della Salute

Il 44% dei soggetti in trattamento per cannabis ne fa un uso esclusivo.



Fonte: Ministero della Salute

Trattamenti erogati dai SerD

Il 59,3% dell'utenza trattata ha avuto prestazioni farmacologiche, con una media di 158 prestazioni per utente. Il 73,8% ha ricevuto prestazioni psicosociali con una media di 15 per utente e il 77,6% prestazioni sanitarie diverse da quelle

farmacologiche, con una media di 19 per utente. Inoltre, il 74,5% ha usufruito di prestazioni di tipologia diversa da quelle sanitarie e psicosociali (in media 17 per utente) e il 3,5% è stato inserito in Comunità Terapeutica per tossicodipendenti. Quest'ultimo dato è molto sottodimensionato (Tab. 2.1.4).

Tab.2.1.4 Numero di prestazioni e numero di prestazioni per utente per tipologia di prestazione erogata agli utenti tossicodipendenti trattati nei SerD. Anno 2016.

Tipologia di prestazione	Numero di soggetti	% su Totale Utenti (n = 137.533)	Numero prestazioni	Prestazioni per utente
Farmacologico	81.502	59,3%	12.851.523	157,7
Inserimento in Comunità Terapeutica	4.764	3,5%	12.880	2,7
Psicosociale	101.506	73,8%	1.521.488	15,0
Sanitario	106.662	77,6%	2.074.169	19,4
Altro	102.522	74,5%	1.787.422	17,4
TOTALE			18.247.482	132,7

Nota: Il totale ha dimensione regionale e non coincide con quello calcolato in riferimento ai SerD. Un assistito che si rivolge ad n. SerD è contato n. volte nell'analisi per SerD, ma solo una volta a livello regione. Un assistito può effettuare più tipologie di prestazioni. Le percentuali sono calcolate sul numero totale di assistiti (137.533).

Fonte: Ministero della Salute

L'età di primo uso della sostanza di abuso per la quale gli assistiti sono in trattamento (dato disponibile solo per 24.121 assistiti, corrispondente al 17% dei trattati) è di 21 anni, senza differenze di genere, mentre l'età di primo trattamento è 27 anni, con una latenza di 6 anni tra il primo consumo e il primo trattamento. Il tempo di latenza risulta maggiore nell'utenza di genere maschile (6 anni contro 5 anni delle utenti). Tali dati sono puramente indicativi poiché l'elevata quota di dati mancanti (83%) rende questo indicatore inutilizzabile per una rappresentazione esatta delle caratteristiche in oggetto.

Il tempo di "latenza" medio tra il primo consumo e il primo trattamento è di 6 anni.

Tab.2.1.5 Età di primo uso e di primo trattamento degli utenti tossicodipendenti trattati nei SerD per tipologia utente e genere (n.24.121). Anno 2016.

	Età
Età primo uso Maschi	21,4
Età primo uso Femmine	21,3
Età primo uso Totale	21,3
Età primo trattamento Maschi	27,7
Età primo trattamento Femmine	26,3
Età primo trattamento Totale	27,5

Fonte: Ministero della Salute

Nel 2016, 9.086 assistiti presentavano almeno una patologia psichiatrica, pari al 6,3% degli assistiti in trattamento presso i SerD². Il 62,7% è affetto da disturbi della personalità e del comportamento, il 19,9% da sindromi nevrotiche e somatoformi, l'11,2% da schizofrenia e altre psicosi funzionali, il 2,5% da depressione, l'1,5% da mania e disturbi affettivi bipolari, lo 0,7% da demenze e disturbi mentali organici, lo 0,9% da ritardo mentale e i restanti da altri disturbi psichici.

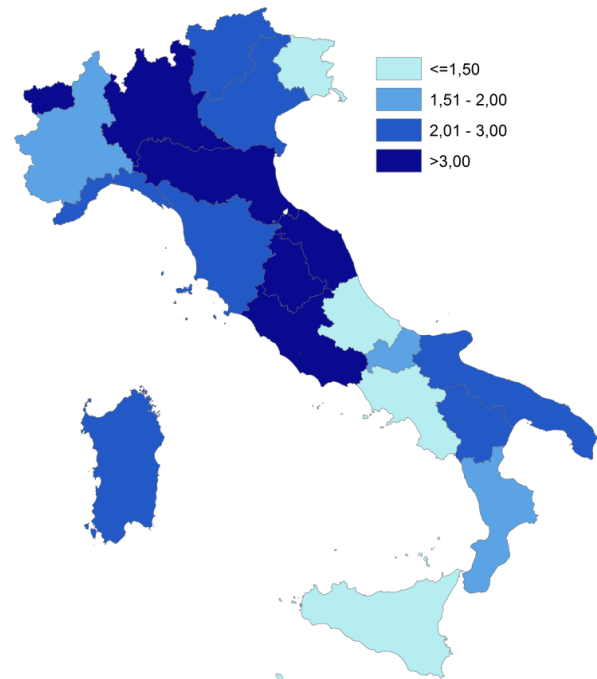
² Il dato risulta sottostimato (poiché non tutti i servizi rilevano con la stessa accuratezza e completezza l'informazione) e condizionato dall'offerta territoriale specifica (i servizi sono distribuiti in modo non uniforme in quantità e qualità).

Utenti in carico ai Servizi del Privato Sociale Accreditato

Il paragrafo è stato realizzato utilizzando il contributo redatto e i dati forniti dal Ministero dell'Interno, Centro Studi, Ricerca e Documentazione del Dipartimento per le Politiche del personale (consultabile nella versione completa al link: <http://www.politicheantidroga.gov.it>).

Nell'ambito delle due rilevazioni puntuali al 30/06 e al 30/12 effettuate dal Ministero dell'Interno sui Servizi del Privato Sociale Accreditato, vengono acquisite anche le informazioni relative alle persone in trattamento presso tali strutture. Per l'anno 2016 la copertura informativa si è attestata, in media sulle due rilevazioni, a circa il 90% delle strutture esistenti sul territorio nazionale. Considerato quanto osservato sulle strutture che hanno fornito i dati, nell'ultima rilevazione disponibile del 31 Dicembre 2016, risultavano in trattamento presso i servizi socioriabilitativi privati 15.563 persone, corrispondenti a circa 2,6 persone in trattamento ogni 10.000 residenti di cui l'83,5% è di genere maschile. Il 73,4% dei soggetti è in trattamento presso strutture residenziali, il 17,2% in strutture ambulatoriali e il rimanente 9,4% in strutture semiresidenziali. Poco meno del 60% delle persone in trattamento rilevate alla data del 31 Dicembre, si colloca nei servizi di 4 regioni: Lombardia (3.252 persone in trattamento), Emilia Romagna (2.630), Lazio (2.052), Veneto (1.182). Nel leggere il dato si tenga comunque in conto che in Emilia Romagna è presente una comunità che da sola accoglie circa 1.200 persone. La distribuzione regionale del numero di persone in trattamento per 100.000 residenti mostra come le regioni coi valori maggiori si collochino nell'area centro settentrionale del Paese (Fig.2.2.1).

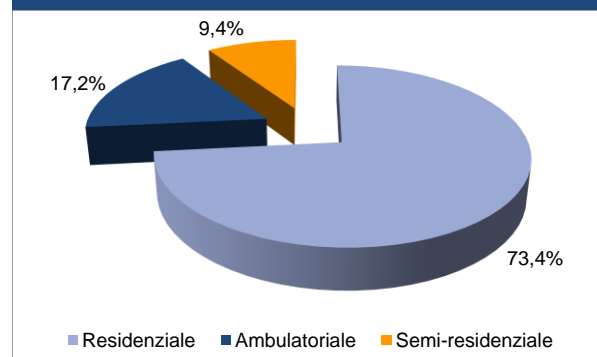
Fig.2.2.1 – Distribuzione regionale del numero di persone in trattamento presso strutture socioriabilitative private per 100.000 residenti. Dati rilevati al 31 Dicembre 2016.



Fonte: Ministero dell'Interno

15.563 persone sono in trattamento presso i Servizi socioriabilitativi privati.

Fig.2.2.2 – Distribuzione dei soggetti in trattamento per tipologia di struttura. Dati rilevati al 31 Dicembre 2016.



Fonte: Ministero dell'Interno

Soggetti tossicodipendenti in carcere

Il paragrafo è stato realizzato utilizzando il contributo redatto dal Ministero della Giustizia, Dipartimento Amministrazione Penitenziaria (consultabile nella versione completa al link: <http://www.politicheantidroga.gov.it>).

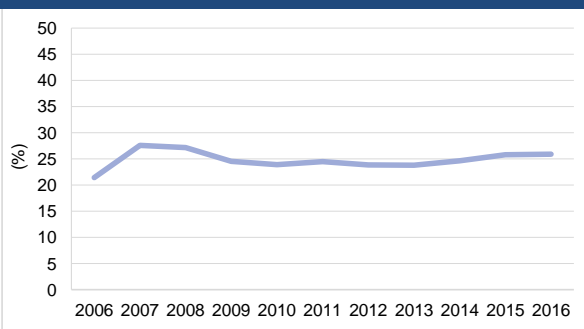
Un quarto della popolazione carceraria (25,9%) è rappresentato da detenuti tossicodipendenti³. In totale al 31/12/2016 si contano 14.157 detenuti tossicodipendenti, la quasi totalità di genere maschile (96,2%).

Quasi un terzo di essi (32%) è di nazionalità straniera e tra questi il 97% sono di genere maschile.

Stabile nel tempo la quota di detenuti tossicodipendenti.

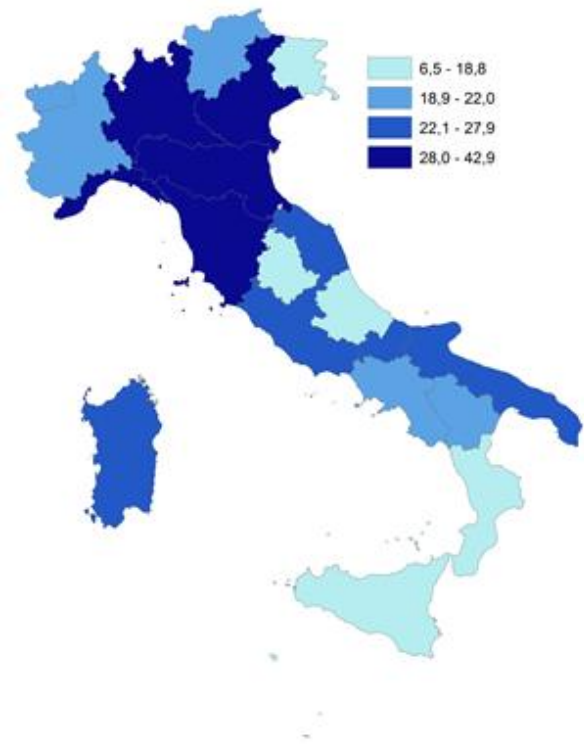
La percentuale di detenuti tossicodipendenti rispetto al totale dei detenuti è rimasta stabile nel tempo (Fig. 2.3.1).

Fig.2.3.1 – Trend della percentuale di detenuti tossicodipendenti presenti al 31 Dicembre di ciascun anno, rispetto al totale dei detenuti. Anni 2006-2016.



Fonte: Ministero della Giustizia

Fig.2.3.2 – Percentuale detenuti tossicodipendenti presenti al 31 Dicembre 2016.



Fonte: Ministero della Giustizia

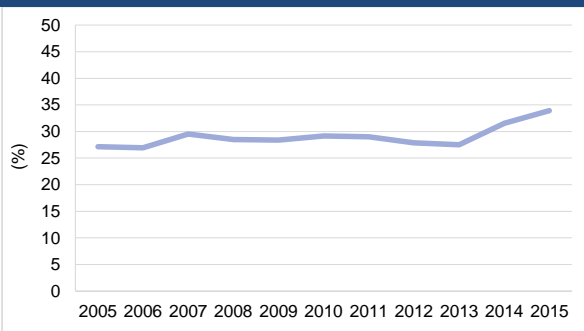
“Tra i detenuti si segnalano tassi di consumo di stupefacenti nell’arco della vita più alti di quelli riscontrati tra la popolazione generale e modelli di consumo più dannosi (inclusa l’assunzione per via parenterale), facendo delle carceri un luogo importante in cui attuare interventi contro la droga.”
[European Drug Report 2017, EMCDDA]

³ Detenuti con problemi droga correlati, che comprendono anche detenuti con una diagnosi di dipendenza.

La percentuale dei nuovi detenuti tossicodipendenti rispetto al totale degli ingressi, dopo un periodo di stabilità intorno al 29%, dal 2013 è aumentata (Fig. 2.3.3) e per il 2016 corrisponde al 33,9% e, in numeri assoluti, a 16.072 soggetti.

I nuovi soggetti detenuti sono prevalentemente di genere maschile (95,6%) e di nazionalità italiana (62,7%).

Fig.2.3.3 – Trend della percentuale di ingressi di detenuti tossicodipendenti, rispetto al totale dei detenuti. Anni 2006-2016.



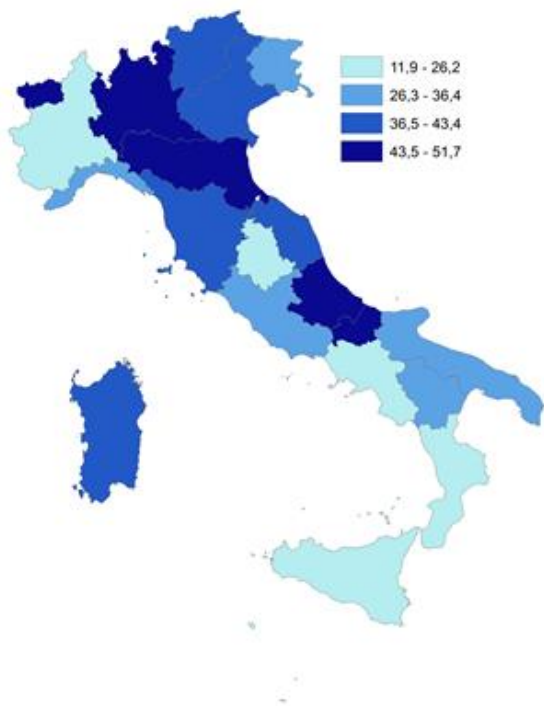
Fonte: Ministero della Giustizia

Aumentano negli ultimi anni gli ingressi di detenuti tossicodipendenti.

I minori tossicodipendenti nel circuito penale

Tra le aree di collaborazione di maggiore rilevanza tra il Sistema Sanitario e quello della Giustizia Minorile, si individua certamente l'esecuzione del collocamento in Comunità Terapeutiche. Nel 2016 i minori/giovani adulti collocati in comunità terapeutiche sono stati 87, di questi il 14,9% ha fatto ingresso in strutture terapeutiche per diagnosi psichiatrica concomitante. In tale ambito si riscontra una oggettiva difficoltà nel consentire ai minori l'accesso a idonei percorsi di cura in contesti residenziali. In molte Regioni si registra una carenza di strutture specializzate nell'accoglienza di minori tossicodipendenti.

Fig.2.3.4 - Percentuale ingressi detenuti tossicodipendenti nel 2016.



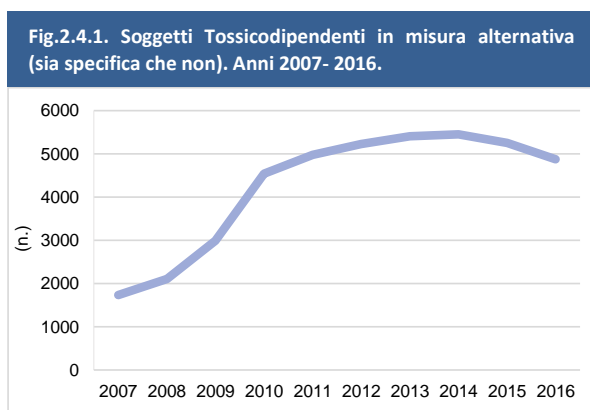
Fonte: Ministero della Giustizia

“Molti detenuti hanno esigenze sanitarie complesse per cui la valutazione del consumo di sostanze e dei problemi ad esse correlati costituisce una parte rilevante dei controlli sanitari effettuati all'arrivo in carcere in molti Paesi.” [European Drug Report 2017, EMCDDA]

Misure alternative per i soggetti tossicodipendenti in carcere

Il paragrafo è stato realizzato utilizzando il contributo redatto dal Ministero della Giustizia, Dipartimento per la Giustizia Minorile e di Comunità, Direzione Generale per l'Esecuzione Penale Esterna e di Messa alla Prova (consultabile nella versione completa al link: <http://www.politicheantidroga.gov.it>).

Il numero di soggetti tossicodipendenti condannati che hanno usufruito di una misura alternativa (sia specifica per tossicodipendenti che non), dopo anni di costante incremento che si è protratto fino al 2014, ha registrato un calo nell'ultimo biennio arrivando a 4.876 soggetti nel 2016 (Figura 2.4.1).



Fonte: Ministero della Giustizia

Misure alternative al carcere

Per i soggetti tossicodipendenti sottoposti a provvedimenti di condanna a pena detentiva sono previsti dei percorsi ad hoc, ai sensi degli artt. 90 e 94 del DPR 309/90 e s.m.i., che regolano rispettivamente la disciplina della sospensione dell'esecuzione della pena detentiva e dell'affidamento in prova in casi particolari. Inoltre, secondo quanto stabilito nell'art. 73 co. 5 bis DPR 309/90, (introdotto dall'art. 4 bis, co. 1 lett. g) del DL 272/05, convertito con modifiche dalla Legge n. 49/06, per reati ex art. 73 co. 5 DPR 309/90, nei casi di reati commessi da persone tossicodipendenti o da assuntori di sostanze stupefacenti o psicotrope, può essere applicata, con sentenza di condanna, la sanzione sostitutiva del lavoro di pubblica utilità, in luogo della pena detentiva.

L'Ordinamento Penitenziario prevede, inoltre, misure alternative alla detenzione disciplinate dalla legge n. 354/1975 s.m.i., quali l'affidamento in prova al servizio sociale, la detenzione domiciliare, la semilibertà, che non sono specifiche per tossicodipendenti ma che possono essere comunque applicate alle persone tossicodipendenti che non hanno avuto accesso a misure alternative specifiche, principalmente per mancanza di requisiti richiesti *ex lege*, o del reperimento di un posto presso una comunità terapeutica accreditata, residenziale o semiresidenziale.

I soggetti tossicodipendenti in misura alternativa sono seguiti principalmente dai Servizi pubblici per le Dipendenze.

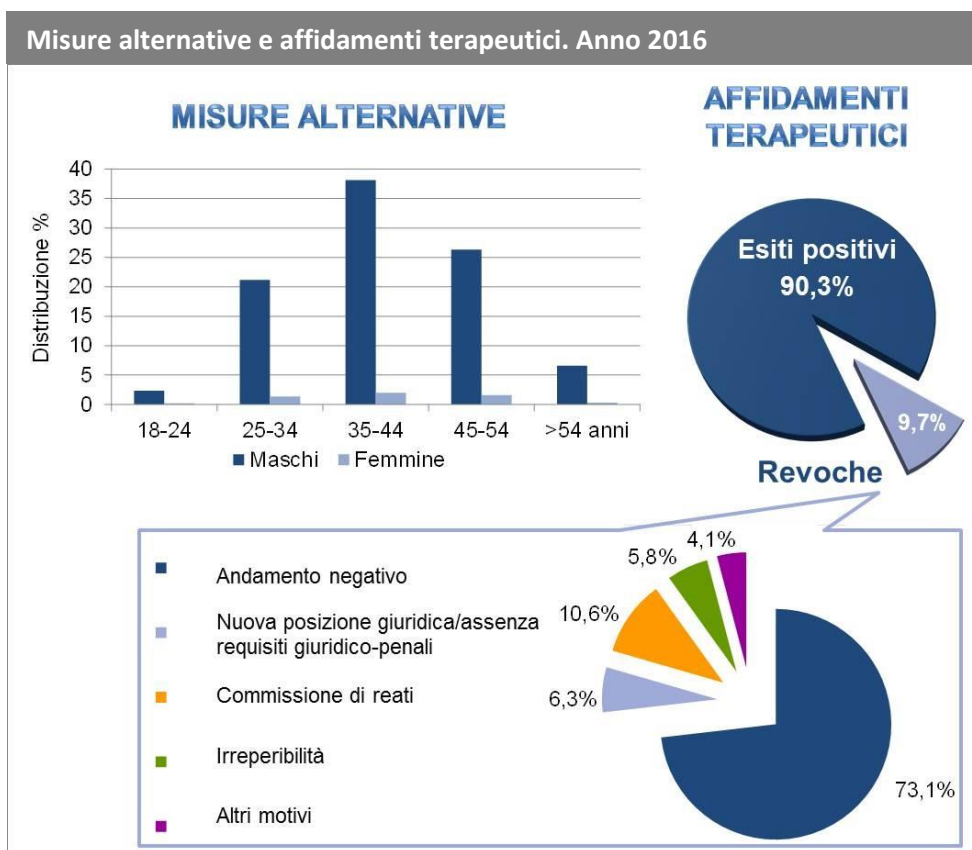
I soggetti di genere femminile che usufruiscono di misure alternative rappresentano solo una piccola quota (5,5%) così come gli stranieri (8,6%). La classe di età maggiormente rappresentata è quella tra i 35 e i 44 anni (40,1%). La percentuale di coloro che provengono da un precedente stato di detenzione è pari al 59,8%. Il 30,1% dei soggetti tossicodipendenti in misura alternativa ha commesso reati droga correlati, mentre il restante 69,9% è responsabile di altre tipologie di reati. Nello specifico per il 24,2% si parla di reati relativi all'art. 73, nell'1,5% le violazioni riguardano l'art. 74 e il 4,4% dei casi si riferisce ad altri reati, sempre in violazione del suddetto decreto. In particolare, coloro che sono in affidamento in periodo di prova al servizio sociale risultano per il 78% seguiti dai servizi pubblici e solo il 22% in comunità terapeutica. Per i soggetti in affidamento specifico, la quota degli affidati alle strutture residenziali accreditate, sale al 44,6% e per coloro che sono in detenzione domiciliare risulta pari al 26,3%.

Il totale dei soggetti in misura specifica per tossicodipendenti (art. 94 DPR 309/90), rilevato al 31 Dicembre 2016, è pari a 2.991, mentre sono 386 i soggetti con sanzione sostitutiva del lavoro di pubblica utilità (Tab. 2.4.1).

Tab.2.4.1 Affidamenti in prova in casi particolari e lavori di pubblica utilità per tossicodipendenti. Rilevazioni puntuali al 31 dicembre. Anni 2007-2016.

Anno	Affidamento in prova in casi particolari (Tossicodipendenti)	Lavoro di Pubblica utilità (Tossicodipendenti)
2007	757	
2008	1.090	
2009	1.597	
2010	2.366	
2011	3.059	
2012	3.150	404
2013	3.328	230
2014	3.259	268
2015	3.053	365
2016	2.991	386

Fonte: Ministero della Giustizia

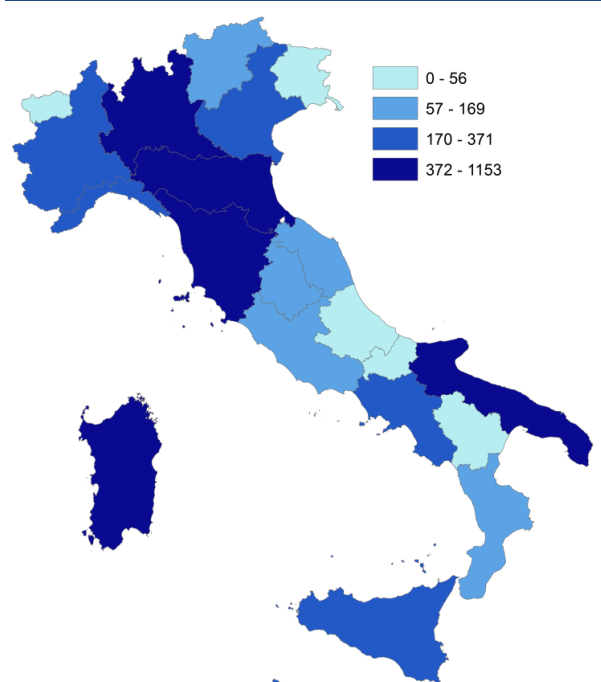


Fonte: Ministero della Giustizia

Le revoche dell'affidamento terapeutico in casi particolari sono pari al 9,7% delle misure totali concesse durante tutto l'arco del 2016 (6.004). La percentuale di esiti positivi per i soggetti tossicodipendenti che accedono alla misura alternativa specifica direttamente dallo stato di libertà raggiunge il 93,5%, mentre per coloro che vi accedono dallo stato di detenzione si ferma all'88,8%. La maggior parte delle revoche è avvenuta in seguito all'andamento negativo dell'affidamento in prova specifico.

La maggior parte degli affidamenti terapeutici ha avuto esito positivo.

Fig.2.4.2 – Soggetti tossicodipendenti condannati che hanno usufruito di una misura alternativa.



Fonte: Ministero della Giustizia

IV

DANNI CORRELATI AL CONSUMO DI DROGHE

Elementi chiave

Malattie infettive

Nel 2016 circa un terzo del totale degli utenti trattati nei SerD (137.533) è stato sottoposto al test HIV e un quinto al test HBV e HCV. Rispetto all'utenza totale, l'1,7% è risultato positivo al virus HIV, il 2,0% al virus HBV e il 9% al virus HCV.

Diminuisce il numero di casi di epatite virale acuta in soggetti tossicodipendenti, soprattutto quelli per epatite B e C. Nel 2016 sono stati 38 i casi di epatite virale acuta in soggetti consumatori di droghe: 20 per epatite C, 10 per tipo B e 8 per tipo A.

Si rileva una crescente tendenza a scoprire tardivamente la sieropositività HIV: circa due quinti dei nuovi casi ha eseguito il test solo in seguito alla manifestazione di sintomi HIV correlati.

Il numero degli utilizzatori per via iniettiva con nuova diagnosi di AIDS è in costante declino.

Ricoveri ospedalieri droga-correlati

I ricoveri direttamente droga-correlati sono stati 6.083, con un tasso di ospedalizzazione di circa 10 ricoveri ogni 100.000 residenti. I tassi di ospedalizzazione più elevati si riscontrano tra i soggetti di età compresa tra 25 e 44 anni, mostrando tuttavia un aumento di quelli appartenenti alle fasce di età comprese tra i 15 e 24 anni e tra i 45 e i 54 anni.

Incidenti stradali droga-correlati

Pur avendo un deficit informativo sugli incidenti avvenuti sulle strade urbane, dove si stima siano più frequenti gli incidenti droga-correlati, nel 2015 (ultimo dato disponibile) il 2,3% degli incidenti stradali con lesioni a persone rilevati da Carabinieri e Polizia Stradale è droga-correlato.

I procedimenti penali avviati dalle Procure nel 2014 (ultimo dato disponibile) per guida sotto effetto di sostanze stupefacenti sono stati 5.330, in diminuzione di quasi il 10% rispetto all'anno precedente.

Mortalità droga-correlata

Negli ultimi 10 anni i decessi droga-correlati, sia per intossicazione acuta che quelli con causa iniziale droga-correlata, sono diminuiti. La maggior parte dei decessi per intossicazione acuta sono correlati al consumo di oppiacei, principalmente eroina.

MALATTIE INFETTIVE

1.1 Malattie infettive tra i soggetti tossicodipendenti in trattamento

1.2 Diffusione delle epatiti virali acute in soggetti tossicodipendenti

1.3 HIV e AIDS tra i consumatori per via iniettiva

Malattie infettive tra i soggetti tossicodipendenti in trattamento

Il paragrafo è stato realizzato utilizzando il contributo redatto dal Ministero della Salute e dal Gruppo di lavoro SIND: Ministero della Salute, Regioni e Province Autonome (consultabile nella versione completa al link: <http://www.politicheantidroga.gov.it>).

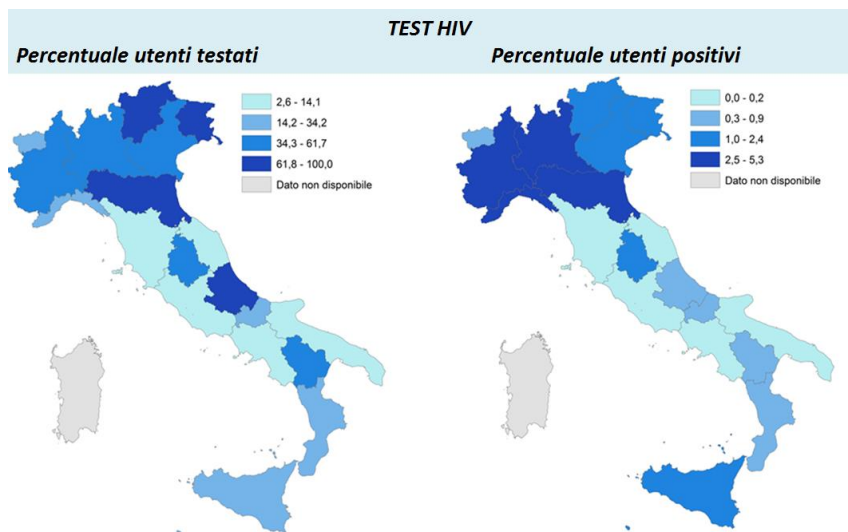
È importante premettere che la considerevole disomogeneità interregionale nella quota di utenti testati e positivi ai marker per le patologie infettive non permette un'interpretazione univoca dei dati e delle differenze rilevate. Per consentire un confronto è essenziale ottenere una raccolta di dati omogenei. L'estrema variabilità interregionale, inoltre, risente della mancata rilevazione di questo tipo di informazione dovuta a criticità nella fase di registrazione sui sistemi informatici.

Il dato relativo alle patologie infettive ha una dimensione regionale, ciò significa che se un assistito si rivolge a SerD diversi della stessa regione viene comunque rilevato una sola volta. Per tale motivo il totale degli utenti trattati in queste analisi ammonta a 137.533 soggetti (che non coincide con il numero considerato nella parte di analisi dell'utenza, pari a 143.271 soggetti).

Soggetti testati e positività al virus HIV

Nel corso dell'anno 2016 i SerD hanno testato 46.425 soggetti tossicodipendenti, il 34,0% degli utenti trattati: l'1,7% dell'utenza totale, cioè 2.365 soggetti, è risultata positiva al virus HIV. La distribuzione territoriale degli utenti positivi al virus HIV mostra un'ampia variabilità fra regioni, con percentuali di positività che vanno da 0 a 5,3%.

I soggetti testati corrispondono al 34% di tutti gli utenti in trattamento.

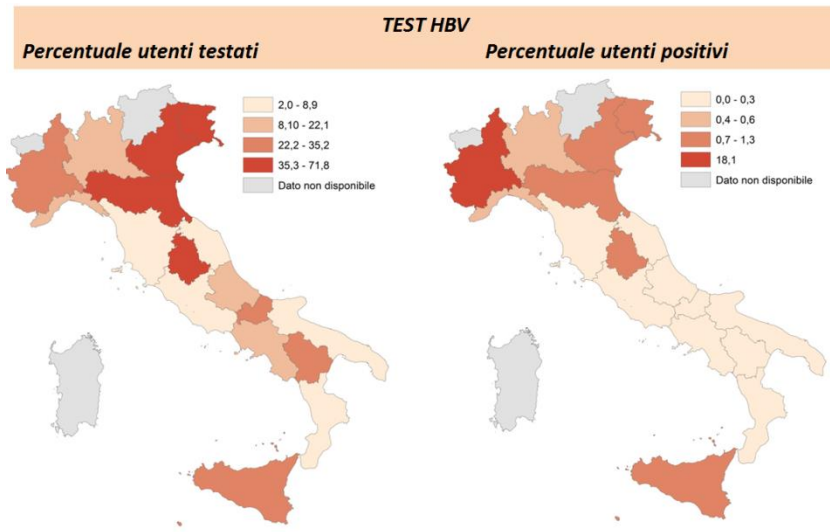


Per la Regione Trentino Alto Adige le percentuali riguardano solo la PA di Bolzano

Fonte: Ministero della Salute

Soggetti testati e positività al virus HBV e HCV

Il 2% di tutti gli utenti in trattamento è risultato positivo al test HBV.



Per la Regione Trentino Alto Adige le percentuali riguardano solo la PA di Bolzano

Fonte: Ministero della Salute

Gli assistiti tossicodipendenti testati per il virus HBV nel corso dell'anno 2016 sono stati 29.118, pari al 21,2% della utenza totale, percentuale che raggiunge il 27,4% tra gli utenti che usano sostanze per via iniettiva.

Il 2,0% di tutti gli utenti trattati è risultato positivo¹, mostrando un'elevata variabilità a livello territoriale, che va da un minimo di 0,0% ad un massimo di 1,3%, con una sola regione che si colloca al 18,1%.

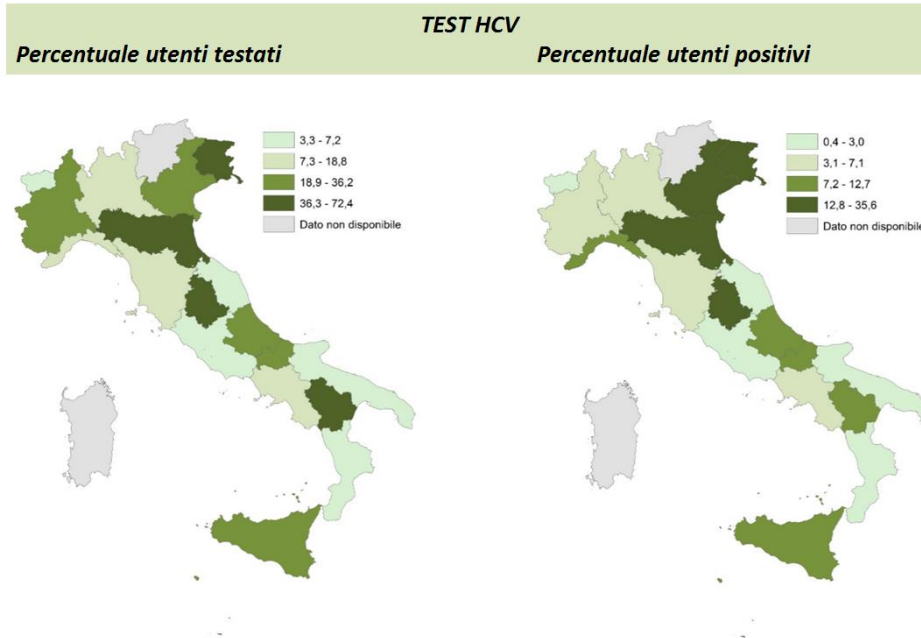
Prevalenza dell'HCV: variazione nazionale.

“L'epatite virale, in particolare l'infezione causata dal virus dell'epatite C (HCV), mostra una prevalenza elevata tra i consumatori di droga per via parenterale in tutta Europa. Su 100 persone che hanno contratto l'HCV (positive agli anticorpi), un numero compreso tra 75 e 80 svilupperà l'infezione cronica. Ciò comporta gravi conseguenze nel lungo termine, perché l'infezione cronica da HCV, spesso aggravata dal forte consumo di alcol, sarà responsabile di un numero crescente di decessi e di casi di gravi epatopatie, compresi cirrosi e cancro, tra i consumatori di stupefacenti ad alto rischio che invecchiano.” [European Drug Report 2017, EMCDDA].

¹ Per utenti Positivi si intendono gli utenti che soddisfano una delle seguenti condizioni: Infetto: HbsAg Positivo; Immune: HbsAg Negativo, Anti HBs Positivo, Anti-HBc Positivo; Infezione Progressiva/Cronica: HbsAg Negativo, Anti HBs Negativo, Anti-HBc Positivo.

Sono stati testati per il virus HCV 28.197 assistiti, il 20,5% del totale dei soggetti trattati, quota che risulta pari al 27,0% tra i soggetti che usano sostanze per via iniettiva. Per il 9% degli utenti in trattamento, cioè 12.380 soggetti, il test è

risultato positivo, mostrando anche in questo caso un'importante variabilità territoriale: la proporzione di utenti positivi per il virus HCV è compresa tra lo 0,4% e il 35,6%.



Il 9% di tutti gli utenti in trattamento è risultato positivo al test.

Per la Regione Trentino Alto Adige le percentuali riguardano solo la PA di Bolzano

Fonte: Ministero della Salute

Focalizzando l'attenzione sui soggetti tossicodipendenti che usano eroina e/o cocaina per via iniettiva, si osserva che per ogni sostanza

le percentuali dei soggetti sottoposti al test per HBV e HCV, sono simili, e si aggirano intorno al 28% per eroina e al 30% per cocaina (Tab.1.1.1).

Tab 1.1.1 Numero e percentuale di utenti tossicodipendenti trattati nei SerD e testati per HBV e HCV secondo la sostanza utilizzata per via iniettiva. Anno 2016

Test	EROINA per via iniettiva			COCAINA per via iniettiva		
	Numero soggetti iniettori	Numero soggetti testati	%	Numero di soggetti iniettori	Numero soggetti testati	%
HBV	21.472	6.386	29,7	6.828	2.136	31,3
HCV	21.472	6.152	28,7	6.828	2.071	30,3

Fonte: Ministero della Salute

Diffusione di epatiti virali acute in soggetti tossicodipendenti

Il paragrafo è stato realizzato utilizzando il contributo redatto dall' Istituto Superiore di Sanità, Sistema Epidemiologico Integrato dell'Epatite Virale Acuta (consultabile nella versione completa al link: <http://www.politicheantidroga.gov.it>).

I dati raccolti attraverso il Sistema Epidemiologico Integrato dell'Epatite Virale Acuta - SEIEVA, evidenziano che i tossicodipendenti, soprattutto quelli che assumono droghe per via iniettiva, sono ad aumentato rischio di epatite virale a trasmissione parenterale (B, C e Delta), così come di epatite A.

Nel 2016 al SEIEVA sono stati segnalati 38 casi di epatite virale acuta in soggetti consumatori di droghe: 20 casi sono per epatite C, 10 per tipo B e 8 per tipo A. È stato notificato 1 caso di epatite E, che tra i fattori di rischio riportava un viaggio in India (area endemica per questo tipo di epatite), mentre non si sono verificati casi di epatite acuta di tipo Delta.

I casi segnalati di epatite A e B sono tutti soggetti tossicodipendenti di genere maschile, mentre sono 5 le donne segnalate per epatite acuta di tipo C.

Nel 2016 sono stati segnalati 38 casi di epatite virale acuta in soggetti consumatori di droghe.

Dal 1991 al 2016 in soggetti utilizzatori di droghe sono stati complessivamente segnalati 351 casi di epatite A, 1.719 di epatite B, 1.358 di epatite C e 84 per epatite Delta. Nel corso dell'ultimo ventennio è evidente il calo dei casi di epatite virale acuta in soggetti tossicodipendenti, soprattutto quelli per epatite B e C.

Il sistema di sorveglianza SEIEVA

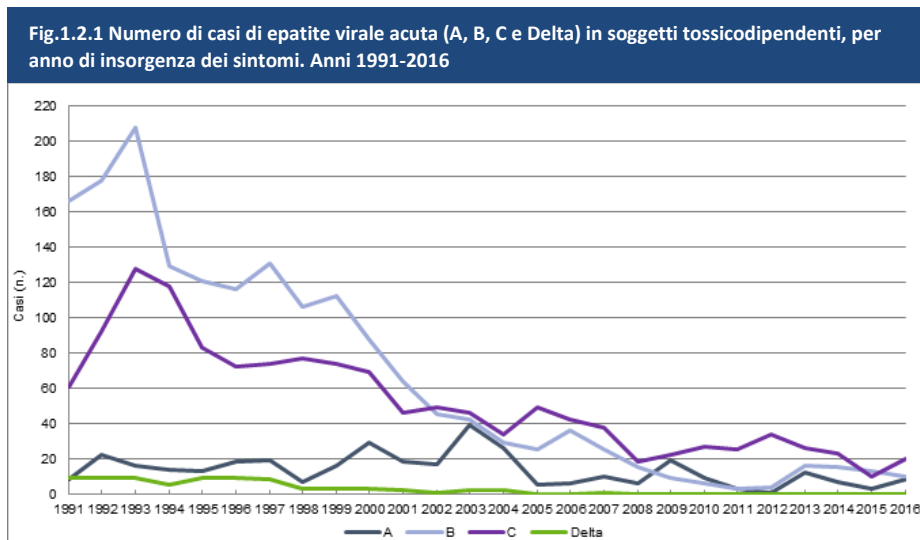
Nel quadro di epatite virale si identificano tutti quei processi infiammatori acuti del fegato causati da specifici virus epatotropi, contagiosi e ubiquitari, a diversa distribuzione geografica e in rapporto alle condizioni socio-economiche della popolazione. I tipi di epatite virale più frequenti sono: HAV, HBV, HCV, HDV, HEV. Per tutti i casi di epatite virale, in Italia è prevista la notifica obbligatoria in classe II, secondo il decreto ministeriale 15 dicembre 1990, dapprima alla Asl di competenza, e successivamente alla Regione, al Ministero della Salute e all'ISTAT. Dal 1985 è attiva una sorveglianza speciale denominata Sistema Epidemiologico Integrato dell'Epatite Virale Acuta - SEIEVA, coordinata dal Centro Nazionale per la Salute Globale dell'ISS, che raccoglie informazioni più dettagliate sui casi, come ad esempio la tossicodipendenza, consentendo sia la valutazione dell'incidenza, sia la comprensione e la stima del contributo relativo dei diversi fattori di rischio. La partecipazione alla sorveglianza SEIEVA è su base volontaria: attualmente aderisce il 79,9% delle ASL italiane, alle quali afferisce il 78,2% della popolazione italiana. Il numero di ASL partecipanti e la quota di popolazione sorvegliata sono in costante aumento.

Tra i soggetti tossicodipendenti, il numero di casi di epatite B è diminuito molto rapidamente nei primi 10 anni di osservazione e, dal 2002 in poi, i casi di epatite C risultano più numerosi di quelli per epatite B, plausibilmente grazie alla strategia vaccinale anti epatite B, introdotta in Italia per legge nel 1991 per tutti i nuovi nati e i dodicenni.

Le epatiti virali acute sono in calo tra i soggetti tossicodipendenti.

Il numero di casi di epatite A è rimasto pressoché costante negli anni, con frequenti picchi in corrispondenza di focolai epidemici, mentre dal 2008

non si sono verificati casi per epatite Delta (fino ad allora presenti perlopiù in coinfezione con epatite B).



Fonte: ISS

La notifica annuale di nuovi casi di epatite A e B tra i tossicodipendenti, potrebbe dipendere dal fatto che il 68% di questi casi viene gestito direttamente dai SerT e che solo alcuni di questi Servizi offrono direttamente le vaccinazioni anti-epatite A e anti-epatite B, mentre i restanti demandano tale compito ai servizi territoriali di vaccinazione che non effettuano offerta attiva.

Dal 1991 al 2016 in soggetti tossicodipendenti si sono verificati 3 decessi fra i casi di epatite A e 5 fra i casi di epatite B (nessun decesso fra i casi di epatite C e Delta). Per quanto riguarda l'epatite A, l'analisi ha evidenziato una letalità significativamente maggiore nei tossicodipendenti (0,9%) rispetto a chi non assume droghe (0,05%).

Nel corso degli anni, i casi di epatite acuta hanno riguardato per la maggior parte giovani adulti, con una età più elevata tra i casi di epatite B, plausibilmente a causa dell'introduzione dell'obbligo di vaccinazione nel 1991. Come atteso in base all'epidemiologia dell'epatite virale acuta, soprattutto B e C, la maggior parte dei casi osservati in soggetti tossicodipendenti è di genere maschile.

Per quanto riguarda la cittadinanza, la percentuale di stranieri tra i casi di epatite A rispecchia la distribuzione che essi hanno nella popolazione generale: l'8% circa di immigrati regolari più un valore stimato di circa il 6% di irregolari, mentre la stessa percentuale è maggiore tra i casi di epatite B, il 27,6% dei quali sono stranieri.

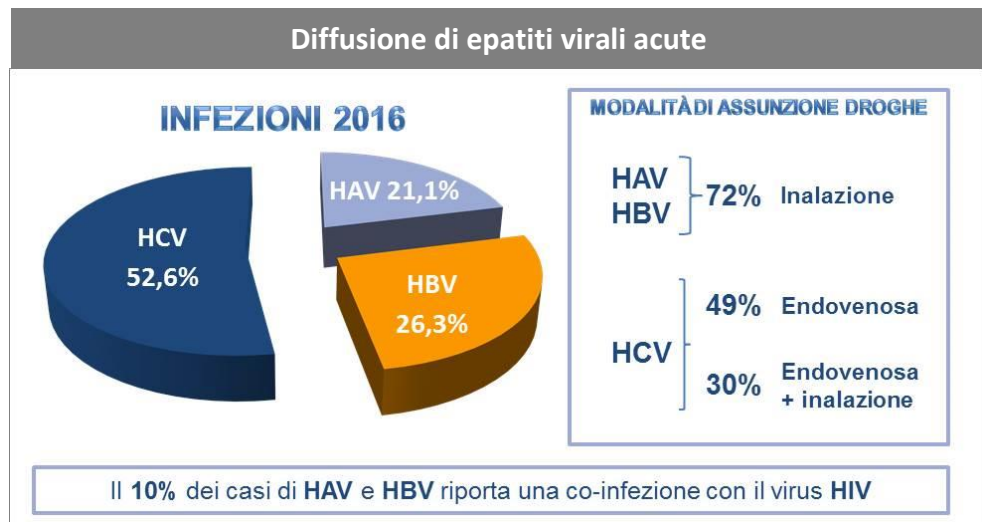
Tab.1.2.1 Caratteristiche socio-demografiche dei casi di epatite virale acuta in soggetti tossicodipendenti. Anni 2012-2016 (complessivi)

	Epatite (%)			
	A	B	C	Totale
	n. 31	n. 58	n.113	n.202
	(15,4%)	(28,7%)	(55,9%)	
Età				
≤19	3,2	0	9,7	5,9
20-29	58,1	22,4	47,8	42,1
30-39	22,6	36,2	24,8	27,7
40-49	12,9	32,8	15,9	20,3
≥50	3,2	8,6	1,8	4
Età mediana (range)	28 (17-50)	39 (20-56)	27 (15-55)	31 (16-56)
Genere				
Maschi	83,9	89,7	72,6	79,2
Femmine	16,1	10,3	27,4	20,8
Cittadinanza				
Italiana	89,7	72,4	93,7	86,9
Altro	10,3	27,6	6,3	13,1

Fonte: ISS

La percentuale di stranieri tra i casi di epatite C è inferiore a quella presente nella popolazione generale. La maggior parte dei casi di epatite in tossicodipendenti stranieri proviene dall’Africa (8 casi di B e 3 di C) e dall’Europa dell’Est (7 casi di B e 3 di C).

Nei sei mesi precedenti l’insorgenza dell’epatite acuta, tra i fattori di rischio da menzionare sono i casi di partner sessuali multipli, soprattutto tra i tossicodipendenti con epatite A e B.



Fonte: ISS

Tra i casi di epatite C, il 21,3% aveva un convivente o partner sessuale con epatite cronica di tipo C. Una percentuale rilevante di casi di epatite A e B (10%) riportava una co-infezione con il virus HIV (Tab.1.2.2).

Tab.1.2.2 Valore assoluto e percentuale dei casi di epatite virale acuta in soggetti tossicodipendenti per fattori di rischio. Anni 2010-2016.

Fattore di rischio	Epatite					
	A		B		C	
	N	%	N	%	N	%
≥ 3 partner sessuali	11	50	17	37,8	11	17,2
Tatuaggio	6	19,3	4	7	12	12
Piercing	6	19,3	1	1,7	7	7,1
Convivente HBsAg+	0	0	4	10,3	1	1,5
Convivente HCV+	1	3,8	3	7,7	16	21,3
Viaggio in zona endemica per epatite A	4	12,9	0	0	0	0
Positivo per HIV	2	10	3	10,3	5	6,1

Fonte: ISS

Nel complesso circa l’80% dei casi di epatite C acuta in soggetti tossicodipendenti riporta l’assunzione di droghe per via endovenosa.

Dal 2013 il SEIEVA raccoglie il dettaglio sulla modalità di assunzione delle droghe: per i casi di epatite A e B si evidenzia che la principale modalità di assunzione è quella per inalazione (72% per entrambi i tipi di epatite), mentre fra i pazienti affetti da epatite C, il 49,3% assume sostanze per via endovenosa, il 20,9% per inalazione e il 29,8% per via endovenosa e inalazione.

HIV e AIDS tra i consumatori per via iniettiva

Il paragrafo è stato realizzato utilizzando il contributo redatto dal Centro Operativo AIDS e reparto di Epidemiologia del Dipartimento Malattie Infettive dell'Istituto Superiore di Sanità (consultabile nella versione completa al link: <http://www.politicheantidroga.gov.it>).

I dati riportati, estratti dalla sorveglianza delle nuove diagnosi di HIV e AIDS, si riferiscono unicamente alle diagnosi segnalate in persone che fanno uso di sostanze per via iniettiva (IDU, Injecting Drug Users). Le segnalazioni da HIV riportate si riferiscono al numero annuo di nuove diagnosi (casi incidenti) segnalate al COA, dato che non deve essere confuso con il numero totale di IDU risultati HIV positivi (casi prevalenti) presso i SerD e segnalati al Sistema Informativo Nazionale Droghe (SIND-coordinato dal Ministero della Salute). Più precisamente, i dati del COA riportano il numero di IDU che in un anno specifico sono risultati HIV positivi per la prima volta, mentre i dati del SIND riportano il numero di tutti gli IDU afferenti ai SerD che sono risultati HIV positivi in un momento qualsiasi della loro vita, cumulando pertanto sia le nuove diagnosi HIV che le persone con un test HIV positivo negli anni precedenti. Il dato dei casi incidenti HIV riportato dal COA e quello di prevalenza HIV riportato dal SIND derivano da due sistemi che hanno obiettivi e flussi di dati diversi, i cui risultati non si possono confrontare perché esprimono misure differenti della diffusione di HIV tra gli IDU (incidenza vs prevalenza).

Nota: i dati presentati in questo paragrafo sono riferiti all'annualità più recente resa disponibile dall'Ente fornitore del contributo: al 2015 per le infezioni di HIV e AIDS, al 2013 per i decessi notificati al COA.

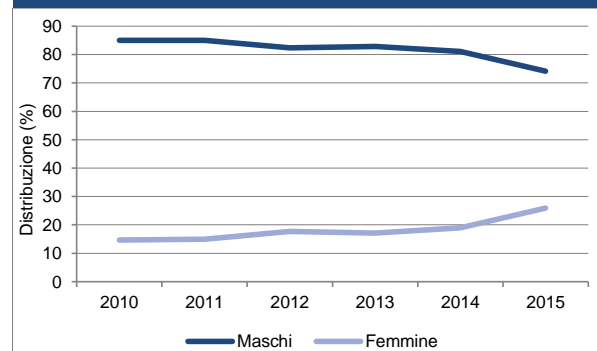
112 nuove diagnosi di infezione da HIV tra gli i soggetti con uso iniettivo di sostanze.

Le nuove diagnosi di infezione da HIV tra gli IDU.

Nell'anno 2015 sono state segnalate 112 nuove diagnosi di infezione da HIV tra gli IDU: il 74,1% riguardano maschi e il 17% persone di nazionalità straniera; il 68,4% di queste ultime proviene da Paesi dell'Europa Orientale, il 26,3% dall'Africa e il 5,3% da Paesi dell'America Centrale e Meridionale.

Se in termini assoluti, dal 2010 al 2015 i nuovi casi di HIV tra gli IDU sono nel complesso diminuiti (negli anni rispettivamente 267, 187, 215, 181, 148 e 112 diagnosi), in termini percentuali è tra i soggetti del genere maschile che si evidenzia un decremento più evidente (nel 2010 costituivano l'85,3% e nel 2015 il 74,1% di tutte le nuove diagnosi), mentre tra i soggetti di genere femminile si osserva un andamento crescente, passando dal 14,7% del 2010 all'attuale 25,9% nel 2015 (Figura 1.3.1).

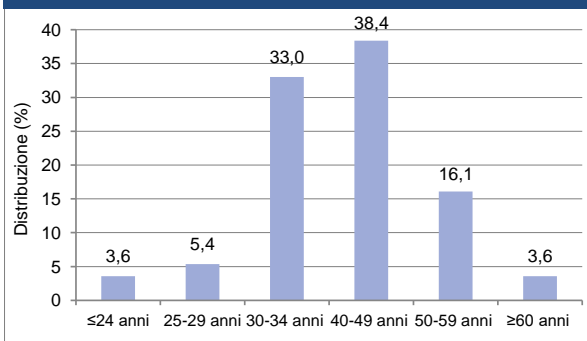
Fig.1.3.1 – Distribuzione percentuale delle nuove diagnosi di infezione da HIV tra gli IDU secondo il genere. Anni 2010-2015.



Fonte: ISS

L'età mediana dei soggetti IDU con nuova diagnosi HIV è di 41 anni, mostrandosi sostanzialmente stabile nel corso degli anni, l'età mediana raggiunge un massimo di 43 anni nelle donne nel 2014 (M: 41 anni). Nel 2015 il 38,4% dei nuovi casi di HIV tra gli IDU ha tra i 40 e i 49 anni e il 33% tra i 30 e i 39 anni; l'8% ha meno di 30 anni, il 16,1% tra i 50 e i 59 anni e la restante parte ha 60 anni e più. I nuovi casi HIV tra gli IDU di nazionalità straniera risultano più giovani: tra gli stranieri il 26,3% ha meno di 30 anni, il 42,1% ha tra i 30 e i 39 anni, il 26,3% tra i 40 e i 49 anni, il restante 5,3% ha 50 anni o più (contro rispettivamente il 5,4%, 31,2%, 40,8% e 22,6% dei casi di nazionalità italiana).

Fig.1.3.2 – Distribuzione percentuale delle nuove diagnosi di infezione da HIV tra gli IDU per classi d'età. Anno 2015



Fonte: ISS

Il 37,5% dei nuovi casi di HIV tra gli IDU ha eseguito il test in seguito alla manifestazione di sintomi confermando la tendenza a scoprire tardivamente la sieropositività.

Il 37,5% dei nuovi casi di HIV tra gli IDU ha eseguito il test in seguito alla manifestazione di sintomi HIV correlati, il 12,5% su proposta del SerD, l'8,0% a seguito di comportamenti sessuali a rischio, il 6,3% per ricovero ospedaliero, il 5,4% su proposta del carcere/comunità terapeutica e un'altrettanta quota durante controlli di routine. Per il 23,2% non è stato riportato il motivo del test. Rispetto alle diagnosi con indicazione del numero di linfociti CD4 (pari all'85,7% di tutte le diagnosi), che forniscono informazioni importanti sulla fase di avanzamento dell'infezione,

si rileva che tra il 2012 e il 2015 è aumentata la quota di IDU che riportano una nuova diagnosi di HIV con un livello di CD4 inferiore a 350 cell/mL (da 55,0% a 64,6%), confermando una crescente tendenza a scoprire tardivamente la sieropositività.

“La diagnosi tardiva dell’HIV è associata a una maggiore morbilità e mortalità, oltre che a ritardi nell’avvio della terapia antiretrovirale. La politica «testare e trattare» applicata all’HIV, per cui la terapia antiretrovirale viene cominciata immediatamente dopo una diagnosi di HIV, consente una riduzione della trasmissione ed è particolarmente importante nei gruppi con comportamenti a più alto rischio, quali i consumatori di droghe iniettabili. La diagnosi precoce e l’avvio tempestivo della terapia antiretrovirale offrono alle persone infettate una normale aspettativa di vita.” [European Drug Report 2017, EMCDDA]

I due sistemi di sorveglianza utilizzati

La sorveglianza delle nuove diagnosi di infezione da HIV, istituita nel 2008 (Decreto del Ministero della Salute 31/03/2008), riporta i dati relativi alle persone che risultano positive al test HIV per la prima volta. Al Centro Operativo AIDS (COA) dell'ISS è attribuito il compito di ricevere dalle Regioni le segnalazioni dei casi, gestire e analizzare i dati, assicurando il ritorno delle informazioni al Ministero della Salute. In questa Relazione vengono presentati i dati relativi agli anni 2010-2015.

La sorveglianza dei casi di AIDS: la raccolta sistematica dei dati sui nuovi casi di AIDS è iniziata nel 1982 e nel giugno 1984 è stata formalizzata in un Sistema di Sorveglianza Nazionale. Con il decreto del 28/11/1986, Gazzetta Ufficiale n.288, 12/12/1986, l'AIDS è divenuta una malattia infettiva a notifica obbligatoria e dal 1987 al COA è stato attribuito il compito di gestire il sistema di sorveglianza, provvedendo alla raccolta e archiviazione delle schede AIDS nel Registro Nazionale AIDS (RNAIDS), all'analisi periodica dei dati e alla pubblicazione e diffusione di un rapporto annuale. I criteri di diagnosi di AIDS adottati sono stati, fino al 1993, quelli della definizione di caso della World Health Organization-Centers for Disease Control and Prevention (WHO-CDC) del 1987. A partire dal 1/7/1993, la definizione di caso adottata in Italia si attiene alle indicazioni del Centro Europeo del WHO; questa definizione aggiunge alla lista di patologie previste nella definizione del 1987 altre tre patologie indicative di AIDS: la tubercolosi polmonare, la polmonite ricorrente e il carcinoma invasivo della cervice uterina.

I dati relativi ad entrambi i sistema di sorveglianza vengono permanentemente aggiornati dall'afflusso delle segnalazioni inviate al COA da tutto il territorio nazionale; tale aggiornamento permette correzioni e riallocazioni dei casi in seguito a verifiche puntuali e a integrazioni di dati mancanti o incongruenti relativi anche ad anni pregressi, al fine di rendere i risultati sempre più precisi e accurati. Queste correzioni possono determinare piccole variazioni nelle tabelle riportate di seguito se confrontate con quelle delle Relazioni al Parlamento degli anni precedenti, conseguenti alla revisione continua sia dei dati recenti che di quelli storici.

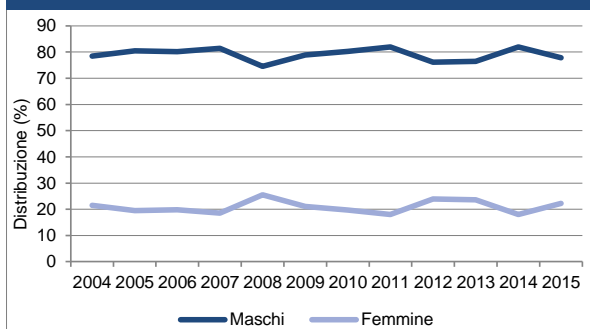
Nuove diagnosi di infezione da AIDS tra gli IDU.

Nel corso dell'anno 2015 sono stati notificati al RNAIDS 81 nuovi casi di AIDS tra gli IDU: il 77,8% sono maschi e il 7,4% di nazionalità straniera.

Nel complesso dal 1982 al 2015 i casi di AIDS tra gli IDU segnalati sono stati 34.841, e dal 1996, anno di introduzione in Italia della terapia antiretrovirale combinata, il numero degli IDU con nuova diagnosi di AIDS è in costante declino, sia tra i maschi che tra le femmine. Nel corso degli anni la distribuzione per genere dei nuovi casi di AIDS non evidenzia sostanziali variazioni.

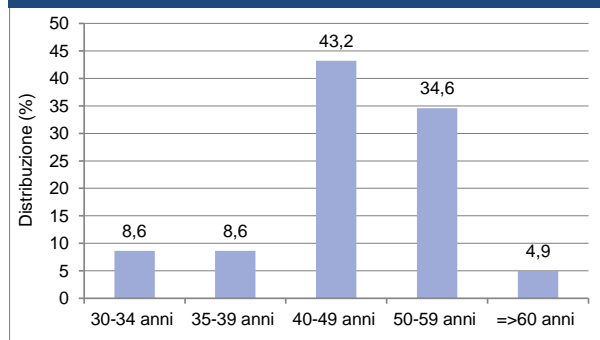
Sono stati notificati 81 nuovi casi di AIDS tra gli IDU.

Fig.1.3.3 – Distribuzione percentuale di nuovi casi di AIDS tra gli IDU secondo il genere. Anni 2004-2015.



Nel 2015 l'età mediana degli IDU con nuova diagnosi di AIDS risulta pari a 49 anni per i maschi e 48 anni per le femmine, senza alcuna variazione rispetto all'anno 2014 (48 anni in entrambe le annualità); per i nuovi casi di AIDS tra gli IDU stranieri l'età mediana risulta inferiore a quella rilevata tra gli IDU di nazionalità italiana (38 vs 49 anni).

Fig.1.3.4 – Distribuzione percentuale delle nuove diagnosi di AIDS tra gli IDU per classi di età. Anno 2015.



Fonte: ISS

Nel 2015 il 25,7% dei nuovi casi AIDS tra gli IDU ha ricevuto la sua prima diagnosi di positività per HIV nei 6 mesi precedenti (cosiddetti "Late testers"), suggerendo che molti soggetti arrivano allo stadio di AIDS conclamato ignorando la propria sieropositività: se dal 2004 al 2010 le quote di questi soggetti si osservano in costante aumento, passando dal 13,6% al 30,2%, negli anni successivi risultano instabili. Nel 2015 la proporzione di *Late testers* è più elevata tra i maschi (M: 25,9%; F: 25,0%) e tra gli stranieri (80,0%; italiani: 21,7%).

Nel 26% dei casi, tra gli IDU, il tempo tra le diagnosi di positività per HIV e AIDS è di 6 mesi.

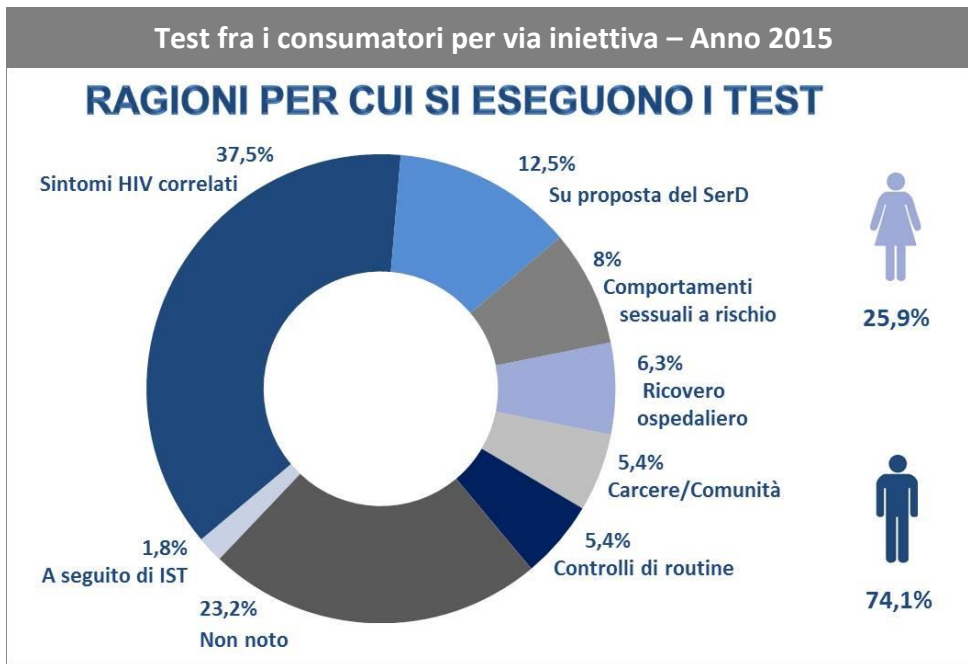
Nel 2015 le patologie più frequenti alla diagnosi di AIDS tra IDU sono state: la polmonite da *Pneumocystis carinii* nel 21% dei casi e la *Wasting syndrome* nel 20% dei casi.

"In molti paesi i servizi specializzati di comunità e a bassa soglia stanno offrendo e ampliando le opportunità di sottoporsi a test dell'HIV allo scopo di aumentare l'adesione ai test e l'individuazione delle infezioni in fasi più precoci. Gli standard di qualità minimi dell'UE promuovono i test volontari per le malattie infettive trasmesse per via ematica presso le agenzie comunitarie, unitamente alla consulenza sui comportamenti rischiosi e all'assistenza nella gestione della malattia. Tuttavia, la stigmatizzazione ed emarginazione dei consumatori di stupefacenti rimangono barriere importanti per l'adesione ai test e al trattamento." [European Drug Report 2017, EMCDDA]

Mortalità AIDS tra gli IDU

La segnalazione di decesso per AIDS non è obbligatoria. Per questo motivo dal 2006 il COA, in collaborazione con l'ISTAT e con il Centro di Riferimento Oncologico di Aviano – IRCCS, ha avviato uno studio per aggiornare lo stato in vita di tutte le persone incluse nel RNAIDS.

I dati dei soggetti IDU deceduti per AIDS sono stati incrociati, attraverso una procedura automatizzata e anonima di record linkage, con quelli del Registro Nazionale di Mortalità dell'ISTAT. I dati sono stati validati dal 1984 al 2013, ultimo anno disponibile nel database di mortalità dell'ISTAT.



Fonte: ISS

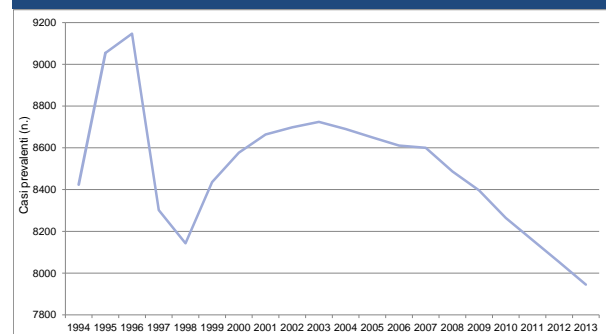
I decessi notificati al COA dal 1984 al 2013 sono stati 26.993, evidenziando una progressiva diminuzione, passando dai 2.677 decessi del 1996 ai 289 del 2013. I decessi negli anni riguardano prevalentemente soggetti di nazionalità italiana, in media circa il 98% dei soggetti, il 97,2% nel 2013, e di genere maschile, 80% dei decessi negli anni, l'82% nel 2013.

I casi prevalenti di AIDS tra gli IDU.

I dati relativi all'incidenza e alla mortalità AIDS fin qui esposti evidenziano dal 2003 una diminuzione progressiva del numero dei casi prevalenti di AIDS tra gli IDU, che da 8.724 passano a 8.487 nel 2008 a 7.945 nel 2013.

I 26.993 decessi notificati fra il 1984 e il 2013 sono in progressiva diminuzione.

Fig.1.3.5 Casi prevalenti di AIDS tra gli IDU. Anni 1994-2013.



Fonte: ISS

RICOVERI OSPEDALIERI, INCIDENTI STRADALI E MORTALITÀ

2.1 Ricoveri ospedalieri droga correlati

2.2 Incidenti stradali droga correlati

2.3 Mortalità per intossicazione acuta

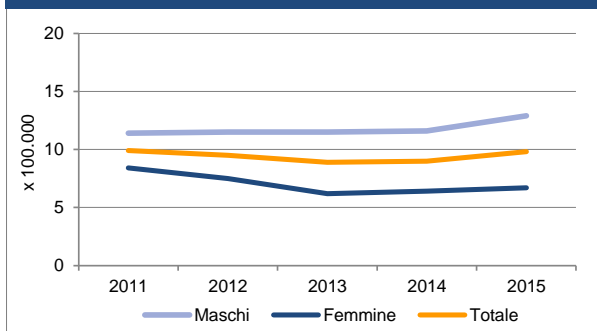
2.4 Mortalità droga correlata

Ricoveri ospedalieri droga correlati

Il paragrafo è stato realizzato utilizzando il contributo redatto da ISTAT - Direzione centrale per le statistiche sociali e il censimento della popolazione - Servizio Sistema integrato salute, assistenza, previdenza e giustizia (consultabili in formato tabellare al link: <http://www.politicheantidroga.gov.it>).

Nel 2015² in Italia, analizzando quanto rilevato tramite le Schede di Dimissione Ospedaliera (SDO), sono stati 6.083 i ricoveri con diagnosi principale droga correlata, corrispondenti a 10,0 ricoveri ogni 100.000 residenti, il 64,7% dei quali riferiti a persone di genere maschile. L'andamento temporale dei tassi annuali di ospedalizzazione totali e per genere, mostra, nell'ultimo anno disponibile, un leggero incremento nel confronto con il 2014. Tale incremento si presenta in maniera più importante nel genere maschile, passando dagli 11,6 ai 12,9 ricoveri per 100.000 residenti maschi (Fig. 2.1.1).

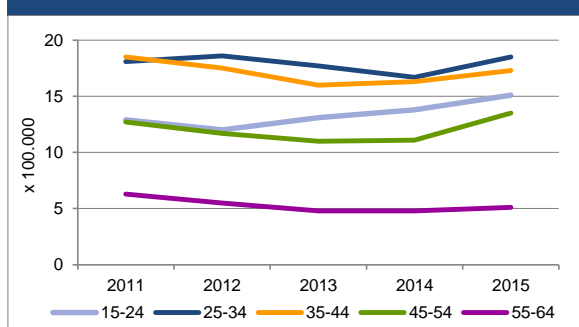
Fig.2.1.1 Andamento temporale dei tassi di ospedalizzazione per ricoveri con diagnosi principale droga correlata. Tassi standardizzati per 100.000 residenti. Anni 2011-2015.



Fonte: Ministero della Salute, ISTAT

Rispetto alle età, le fasce 25-34 anni e 35-44 anni sono quelle che anche per il 2015 presentano livelli di ospedalizzazione più elevati (tra i 25 e i 44 anni si concentra il 47,3% del totale dei ricoveri con diagnosi principale droga correlata) con tassi di ospedalizzazione rispettivamente pari a 18,5 e 17,3 per 100.000 residenti. L'andamento temporale dei tassi mostra, nel confronto con il 2014, un incremento dei valori più o meno marcato su tutte le fasce di età e in particolare nella fascia 45-54 anni. Si evidenzia inoltre come, a partire dal 2012, il tasso di ospedalizzazione delle fascia di età 15-24 anni sia in costante aumento, passando da 12,0 a 15,1 per 100.000 residenti (Fig. 2.1.2).

Fig.2.1.2 Andamento temporale dei tassi di ospedalizzazione per ricoveri con diagnosi principale droga correlata. Tassi specifici per età per 100.000 residenti. Anni 2011-2015.

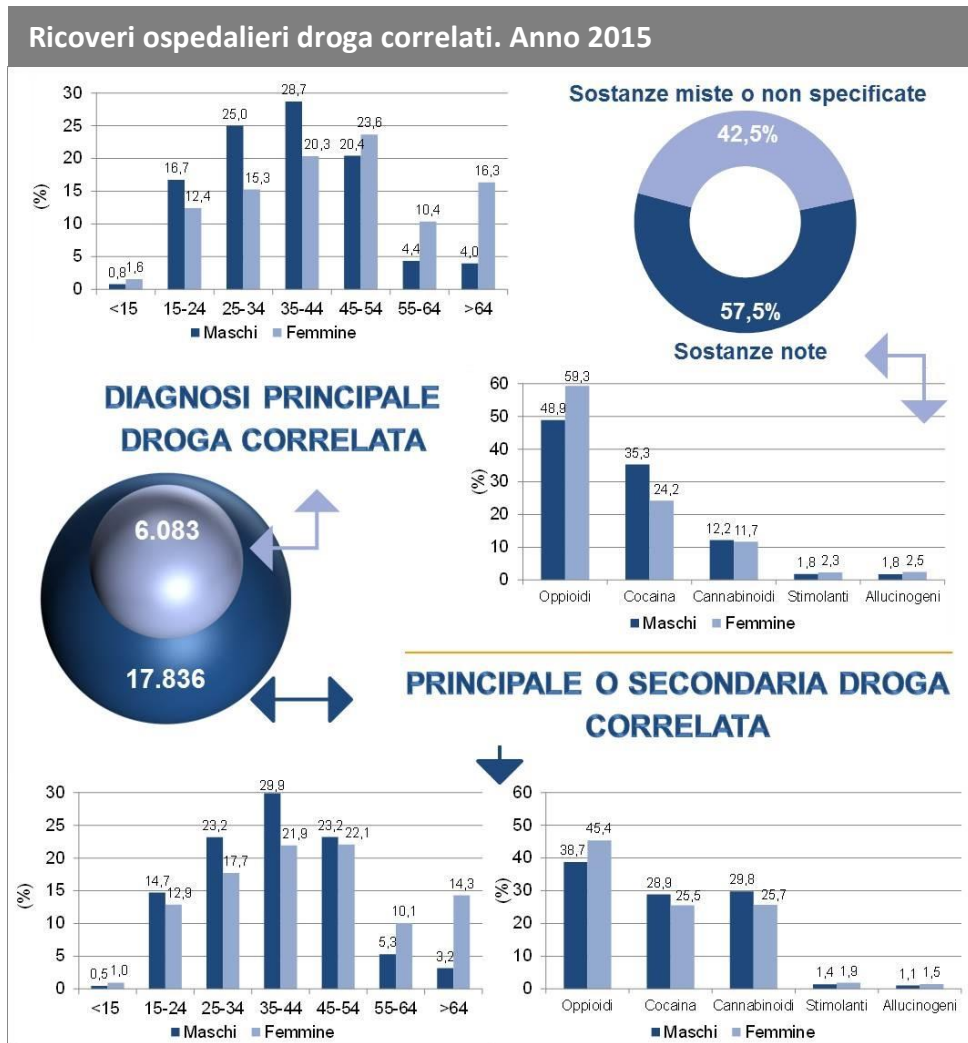


Fonte: Ministero della Salute, ISTAT

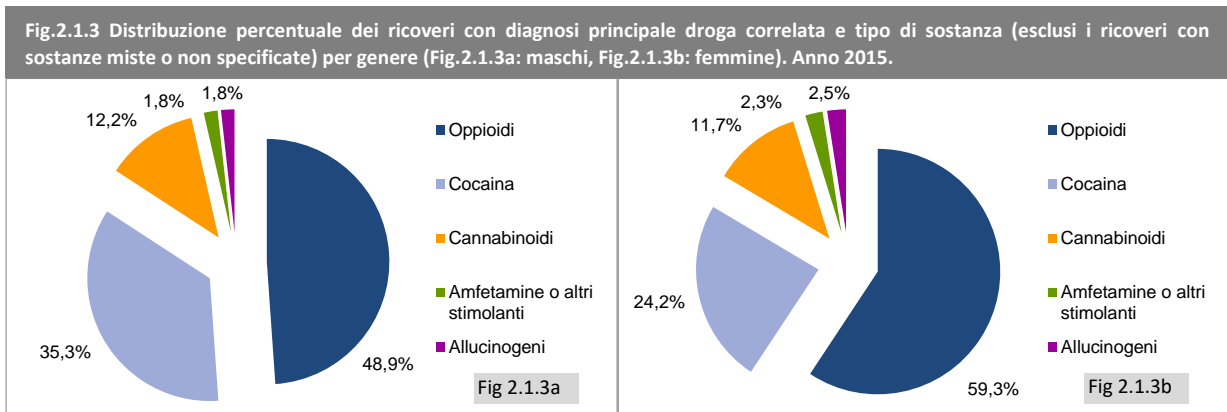
Efficientare la rilevazione dei danni correlati al consumo di droghe

Il fenomeno dei ricoveri ospedalieri droga correlati viene monitorato da anni, sia a livello nazionale che europeo, quale indicatore dell'evenienza di problemi acuti dovuti al consumo di sostanze stupefacenti. Questo tipo di rilevazione essendo basato su un unico percorso di trattamento, incentrato tra l'altro soltanto sulla fase di acuzie, presenta a tutt'oggi molti limiti. E' noto infatti che per i soggetti tossicodipendenti i percorsi di trattamento sono spesso caratterizzati dal ricorso a servizi diversi (centri specialistici, centri di salute mentale, centri residenziali diversi dall'ospedale, etc.) e da accessi ripetuti nel tempo. Questa mole di contatti con il SSN se da un lato testimonia gli ingenti costi legati al fenomeno dipendenze, dall'altro rappresenta un capitale informativo rilevante attraverso il quale efficientare la programmazione delle politiche sanitarie in materia di dipendenze. La lettura integrata delle informazioni ricondotte al singolo soggetto, così come già accade per altre problematiche sanitarie attraverso la creazione di veri e propri fascicoli sanitari elettronici consentirebbe di profilare i bisogni dei singoli e di conseguenza di strutturare percorsi diagnostico terapeutici con un approccio riconducibile alla medicina di precisione, l'ultima frontiera della personalizzazione degli interventi.

² i dati presentati in questo paragrafo sono riferiti al 2015: annualità più recente resa disponibile dall'Ente fornitore del contributo.



Fonte: Ministero della Salute, ISTAT



Fonte: Ministero della Salute, ISTAT

L'analisi dei ricoveri, effettuata rispetto alla sostanza legata alla diagnosi principale, risulta fortemente influenzata dall'elevata percentuale di SDO che fanno riferimento a sostanze miste o non specificate. Complessivamente, nel 2015, il 57,5% delle SDO con diagnosi principale droga correlata appartiene a questa categoria (49,7% tra i ricoverati di genere maschile e 71,7% tra le ricoverate).

Limitatamente ai ricoveri in cui la sostanza specifica è stata individuata, il 51,3% è riferibile al consumo di oppioidi, il 32,7% al consumo di cocaina, 12,1% cannabinoidi e il restante 3,9% amfetamine o allucinogeni. Tale distribuzione si differenzia nel confronto tra generi; nello specifico, tra le donne, si osserva una maggior percentuale di ricoveri imputabili al consumo di oppiacei e una minor percentuale di ricoveri imputabili al consumo di cocaina (Fig. 2.1.3a e Fig. 2.1.3b).

Estendendo l'analisi a tutte le diagnosi riportate nelle SDO, il numero di ricoveri aumenta notevolmente. Per il 2015 si passa infatti dai 6.083 ricoveri con diagnosi principale droga correlata ai 17.836 ricoveri con almeno una diagnosi droga correlata rilevata, corrispondenti a 28,6 ricoveri per 100.000 residenti, dei quali il 69,8% riferiti a maschi.

L'andamento temporale dei tassi di ospedalizzazione mostra un lieve incremento nel totale rispetto agli ultimi tre anni, imputabile all'aumento rilevato tra gli uomini, iniziato già a partire dal 2011, che passano dai 34,8 ai 40,1 ricoveri per 100.000 residenti (Fig. 2.1.4).

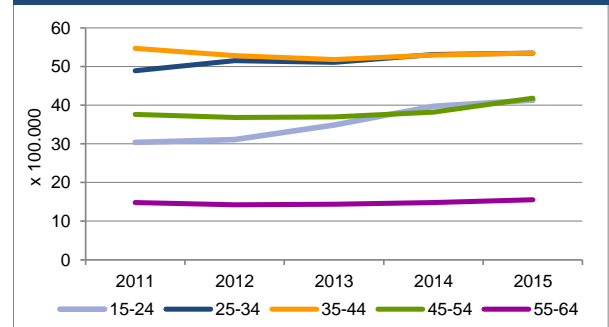
Le fasce 25-34 anni e 35-44 anni, anche nell'analisi estesa, sono quelle con livelli di ospedalizzazione più elevati (tra i 25 e i 44 anni si concentra il 56,2% del totale dei ricoveri con almeno una diagnosi droga correlata) con tassi di ospedalizzazione pari a 53,5 per 100.000 residenti in entrambe le fasce di età.

Rispetto all'andamento temporale per età, si conferma anche in questo caso l'incremento più o meno importante rilevato nell'ultimo anno disponibile rispetto al 2014, così come si rileva per la fascia 15-24 anni un costante aumento del tasso di ospedalizzazione.

In questa fascia di età si passa dai 30,4 ricoveri per 100.000 residenti del 2011 ai 41,3 ricoveri per 100.000 residenti del 2015 (Fig. 2.1.5).

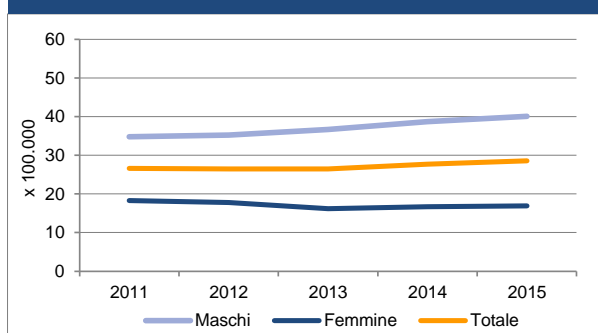
Anche estendendo a tutte le diagnosi presenti nelle SDO, l'analisi per sostanza laddove specificata, risulta che su 100 dimissioni in cui è stata specificata almeno una sostanza, il 40,2% è riferibile al consumo di oppioidi, il 28,2% al consumo di cocaina, 28,9% cannabinoidi e il restante 2,7% amfetamine o allucinogeni. Tale distribuzione non si differenzia in maniera sostanziale nel confronto tra i generi se non per una lieve differenza tra le percentuali di ricoveri con diagnosi legata al consumo di oppioidi (38,7% tra gli uomini, 45,4% tra le donne).

Fig.2.1.5 Andamento temporale dei tassi di ospedalizzazione per ricoveri con diagnosi principale o secondaria droga correlata. Tassi specifici per età per 100.000 residenti. Anni 2011-2015.



Fonte: Ministero della Salute, ISTAT

Fig.2.1.4 Andamento temporale dei tassi di ospedalizzazione per ricoveri con diagnosi principale o secondaria droga correlata. Tassi standardizzati per 100.000 residenti. Anni 2011-2015.

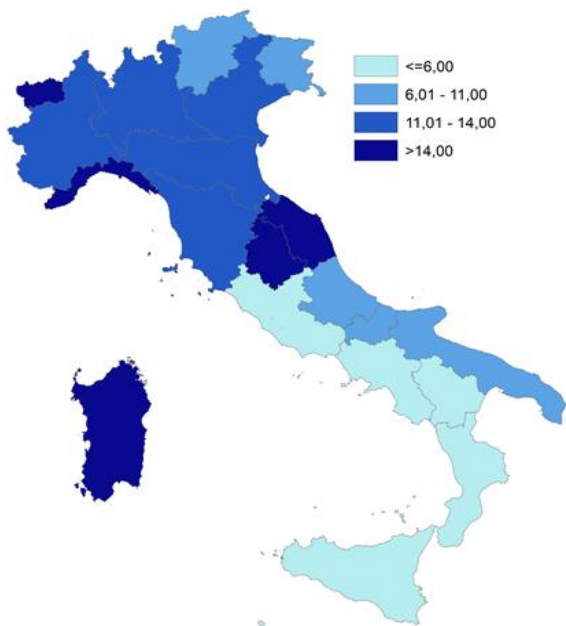


Fonte: Ministero della Salute, ISTAT

Distribuzione territoriale

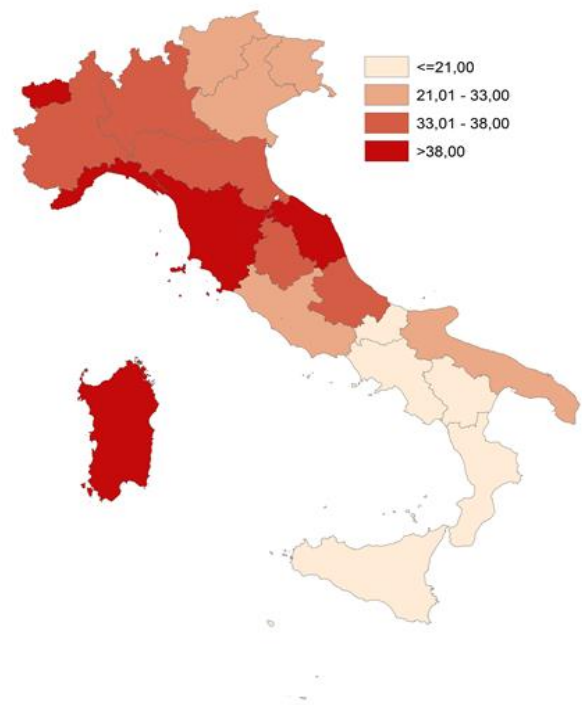
La distribuzione territoriale dei tassi di ospedalizzazione per ricoveri con diagnosi principale droga correlata mostra come i valori maggiori, unitamente alla Sardegna, si ritrovino nelle regioni centro settentrionali. Di interesse la fascia centro meridionale che dal Lazio arriva fino alla Sicilia in cui si collocano le regioni con i valori più bassi dei tassi di ospedalizzazione (Fig. 2.1.6). Il medesimo andamento del fenomeno si rileva analizzando la distribuzione territoriale dei tassi di ospedalizzazione per ricoveri con diagnosi principale o secondaria droga correlata (Fig. 2.1.7).

Fig.2.1.6 Distribuzione regionale dei tassi di ospedalizzazione per ricoveri con diagnosi principale droga correlata. Tassi standardizzati per 100.000 residenti. Anno 2015.



Fonte: Ministero della Salute, ISTAT

Fig.2.1.7 Distribuzione regionale dei tassi di ospedalizzazione per ricoveri con diagnosi principale o secondaria droga correlata. Tassi standardizzati per 100.000 residenti. Anno 2015.



Fonte: Ministero della Salute, ISTAT

Incidenti stradali droga correlati

Il paragrafo è stato realizzato utilizzando il contributo redatto da ISTAT - Direzione centrale per le statistiche sociali e il censimento della popolazione - Servizio Sistema integrato salute, assistenza, previdenza e giustizia (consultabile nella versione completa al link: <http://www.politicheantidroga.gov.it>).

Il Dipartimento Politiche Antidroga e il Dipartimento della Pubblica Sicurezza del Ministero dell'Interno, con il Protocollo di Intesa siglato in data 23 Dicembre 2015 e relativo Accordo Esecutivo del 7 Aprile 2016, hanno attivato il progetto "La prevenzione dell'incidentalità stradale alcol/droga correlata". L'iniziativa, estesa anche all'Arma dei Carabinieri e al Corpo della Guardia di Finanza, attraverso un nuovo accordo del Dicembre 2016, ha l'obiettivo complessivo di ridurre l'incidentalità stradale alcol-droga correlata, incrementando i controlli delle forze dell'ordine.

La rilevazione degli incidenti stradali che hanno causato lesioni alle persone (morti entro 30 giorni o feriti), verbalizzati da un'autorità di polizia e verificatisi sul territorio nazionale, condotta dall'Istat con la compartecipazione dell'Automobile Club d'Italia (ACI) e delle Regioni aderenti al Protocollo di intesa, riguarda anche le cause presunte di incidente stradale (limitatamente ai conducenti dei primi due veicoli coinvolti), tra le quali l'alterazione dello stato psico-fisico del conducente o del pedone per ebbrezza alcolica e/o assunzione di sostanze stupefacenti o psicotrope. A causa dell'esiguo numero di casi pervenuti dagli Organi di rilevazione a seguito di tale circostanza, a partire dal 2009, l'Istat ha scelto di sospendere la diffusione dei dati sugli incidenti stradali dettagliati per tali circostanze. Ad oggi la compilazione di tale informazione risulta non esaustiva e conduce a valori del dato discrepanti se comparati con dati diffusi da organismi internazionali o indagini demoscopiche sui comportamenti a rischio dei conducenti, condotte sulla popolazione a livello nazionale (Rapporti Istituzionali 11/04 Scafato E. et al. 2011

www.iss.it/binary/publ/cont/11_4_web.pdf).

Dato che la rilevazione Istat degli incidenti presenta ancora alcuni gap di informazione e difficoltà nel reperimento dei dati relativi agli incidenti stradali per eventi droga e alcol correlati. Sono state quindi considerate le informazioni sui procedimenti penali definiti dalle Procure della Repubblica e le informazioni sulle violazioni al codice della strada fornite da Carabinieri e Polizia Stradale. In via sperimentale, inoltre, è stata richiesta l'informazione sulle violazioni al Codice della Strada per guida sotto l'effetto di sostanze stupefacenti e alcol, contestate in occasione di incidente stradale.

Nota: i dati presentati in questo paragrafo sono riferiti al 2015, annualità più recente resa disponibile dall'Ente fornitore del contributo.

Nel 2015 si sono verificati 174.539 incidenti stradali con lesioni a persone che hanno provocato la morte di 3.428 persone (entro il 30° giorno) e il ferimento di altre 246.920. Rispetto al 2014, su 219.424 cause accertate o presunte, corrispondenti ai conducenti dei primi due veicoli coinvolti nell'incidente, il 94,6% delle cause accertate o presunte di incidente stradale (limitatamente ai conducenti dei primi due veicoli coinvolti) è dovuto al comportamento scorretto del conducente e del pedone, principalmente per guida distratta, mancato rispetto delle regole di precedenza o velocità troppo elevata, mentre il 5,4% per altre cause, tra le quali l'alterazione dello stato psico-fisico e difetti o avarie del veicolo.

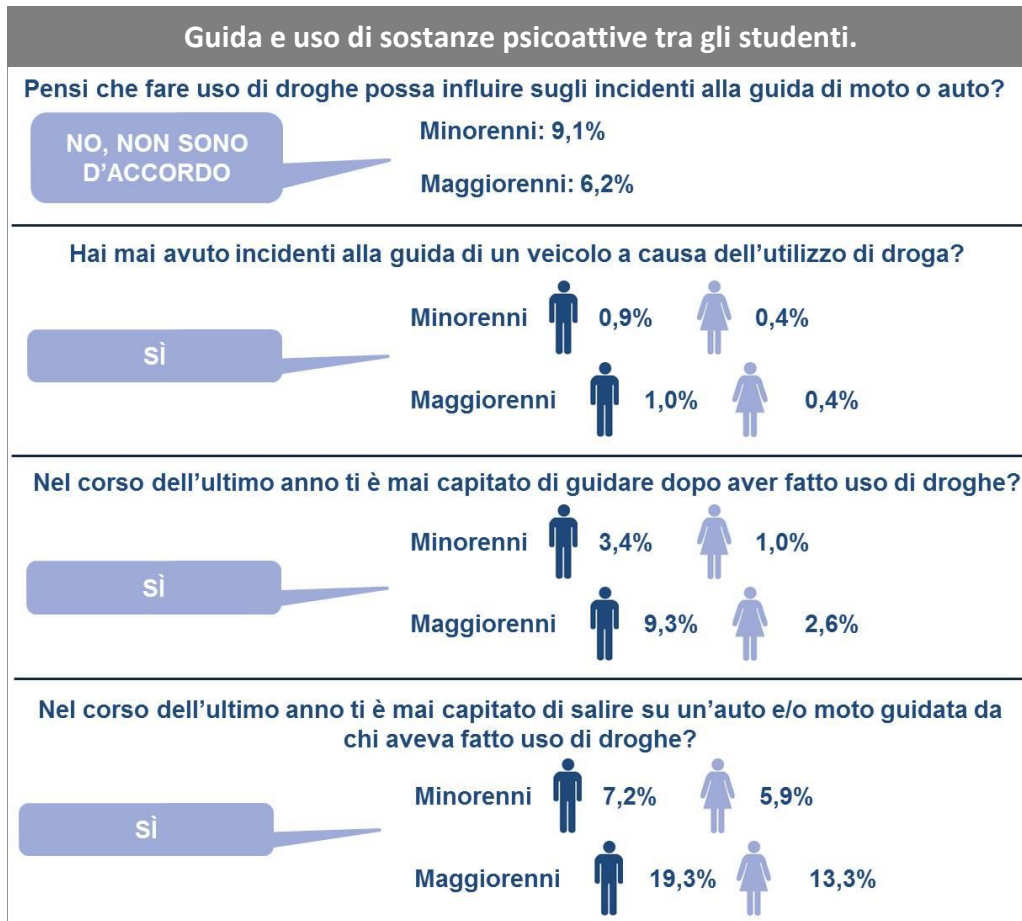
4.518 le contravvenzioni per guida sotto effetto di sostanze stupefacenti.

Controlli e dotazioni

Il numero di controlli mirati alla rilevazione di comportamenti scorretti, in particolare legati alla guida in stato di ebbrezza, dipende anche dalle dotazioni di etilometri e precursori a disposizione delle Forze dell'Ordine: le Polizie Locali dei Comuni capoluogo di provincia, rispondenti per la rilevazione condotta dall'ACI, riportano di aver avuto a disposizione 321 etilometri (29,6% al Nord Est, 27,8% a Nord Ovest, 26,2% al Centro e 16,4% al Sud e Isole) e 847 precursori per la rilevazione delle sostanze stupefacenti (17,8% al Nord Est, 35,9% a Nord Ovest, 23,3% al Centro e 23,0% al Sud e Isole).

Gli incidenti stradali rilevati da Carabinieri e Polizia Stradale nei quali sono state riportate lesioni a persone e/o almeno uno dei conducenti dei veicoli coinvolti era sotto l'effetto di sostanze stupefacenti sono stati 1.355, pari al 2,3% degli incidenti complessivamente rilevati. Tali quote approssimano per difetto la reale portata del fenomeno, in quanto la Polizia Stradale rileva la quasi totalità degli incidenti

stradali sulle autostrade, mentre i Carabinieri e la Polizia Stradale nel complesso intervengono per oltre il 65% degli incidenti su strade extraurbane e solo in circa il 20% per quelli in ambito urbano. Secondo quanto registrato dai Carabinieri, è proprio sulle strade urbane che si verificano con maggior frequenza gli incidenti droga o alcol correlati.



Fonte: CNR

I dati rilevati dai soli Carabinieri evidenziano che sono stati 748 gli incidenti stradali nei quali almeno uno dei conducenti coinvolti era sotto l'effetto di stupefacenti, 33 sono state le vittime e 1.331 i feriti coinvolti, pari rispettivamente al 2,4%, 2,6% e 2,8% dei totali.

Il 2,3% degli incidenti stradali rilevati dai Carabinieri e Polizia Stradale risulta droga-correlato.

Con riferimento ai dati forniti dalla Polizia Stradale, si rileva che 607 sono stati gli incidenti con lesioni alle persone dovuti alla guida sono effetto di sostanze stupefacenti e 288 sono quelli nei quali i conducenti dei veicoli coinvolti si sono rifiutati di sottoporsi al test antidroga.

I procedimenti penali per guida sotto l'effetto di sostanze stupefacenti sono in diminuzione.

I procedimenti penali avviati dalle Procure della Repubblica nell'anno 2014 nei confronti di conducenti denunciati per guida sotto effetto di sostanze stupefacenti sono stati 5.330, valori che risultano diminuiti del 9,6% rispetto all'anno precedente.

Mortalità per intossicazione acuta

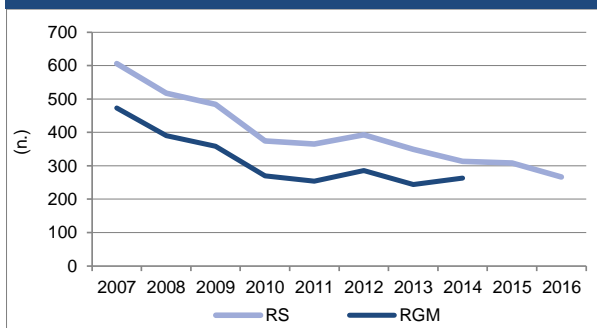
Il paragrafo è stato realizzato utilizzando principalmente il contributo redatto e i dati forniti dal Ministero dell'Interno, Direzione Centrale per i Servizi Antidroga (DCSA) e, limitatamente ad alcune evidenze di trend, a quanto rilevato dal Registro di Mortalità Generale dell'ISTAT. (consultabile in formato tabellare al link <http://www.politicheantidroga.gov.it>).

In Italia le principali evidenze relative ai decessi droga indotti sono quelle che derivano dal Registro Speciale di Mortalità (RS) del Ministero dell'Interno e dal Registro Generale di Mortalità (RGM) dell'ISTAT. Nel primo vengono rilevati i decessi riconducibili all'uso di sostanze stupefacenti rilevati dalle FF.OO o comunque segnalati alle Prefetture-UTG, nel secondo vengono rilevati tutti i decessi che si sono verificati sul territorio nazionale e rispetto ai quali si può attingere al contenuto informativo dei certificati di morte.

Nota: i dati presentati in questo paragrafo sono riferiti alle annualità più recenti rese disponibili dall'Ente fornitore del contributo.

Considerando l'andamento temporale del numero di decessi droga indotti osservato negli ultimi 10 anni, entrambi le rilevazioni concordano nell'evidenziare, in maniera più o meno accentuata, una diminuzione della mortalità droga correlata in Italia (Fig.2.3.1).

Fig.2.3.1 Andamento temporale del numero di decessi droga correlati rilevato dal RS del Ministero dell'Interno e dal RGM dell'ISTAT. Anni 2007-ultima annualità disponibile.



Fonte: Ministero dell'Interno, ISTAT

Focalizzando l'analisi su quanto rilevato dal RS del Ministero dell'Interno, nel 2016³ in Italia si sono osservati 266 decessi droga indotti. Di questi l'89,8% sono riferiti a persone di genere maschile, il 5,6% a persone di nazionalità straniera e il 51,8% a persone con età maggiore di 39 anni. Guardando alla sostanza legata al decesso, nel 44% dei casi essa non è specificata e tra i decessi in cui sia nota la sostanza nel 73% dei casi si tratta di un oppiaceo (principalmente eroina). Rispetto alla distribuzione territoriale del numero di decessi, sono Piemonte (36 decessi rilevati), Toscana (28 decessi), Emilia Romagna e Veneto (25), Lazio e Lombardia (20) le regioni in cui si sono osservati più eventi nel 2016, mentre in Molise non sono stati registrati casi di decessi droga correlati.

“Decessi per overdose: recenti aumenti
 Il consumo di stupefacenti è una causa nota di morte evitabile tra gli adulti europei. Gli studi su coorti di consumatori di stupefacenti ad alto rischio mostrano tassi di mortalità totali compresi tra l'1 e il 2 % l'anno. Nel complesso, i consumatori di oppiacei in Europa hanno una probabilità di morire da 5 a 10 volte maggiore rispetto ai propri coetanei dello stesso sesso. [...] In Europa l'overdose continua a essere la principale causa di morte tra i consumatori di stupefacenti e più di tre quarti delle vittime di overdose sono di genere maschile (78 %). Occorre cautela nell'interpretare i dati relativi all'overdose, tra cui in particolare il totale cumulativo dell'UE, per motivi che includono la sistematica omissione delle segnalazioni in alcuni paesi e i ritardi causati dalle procedure di registrazione. Le stime annue pertanto rappresentano un valore provvisorio minimo.”
 [European Drug Report 2017, EMCDDA]

³ Dato suscettibile di aggiornamento e che non comprende eventi indirettamente riconducibili all'uso di sostanze (ad esempio i decessi a seguito di incidenti stradali per guida in stato di alterazione psico-fisica) oppure i decessi di consumatori di droghe dovute a complicazioni patologiche.

Mortalità droga correlata

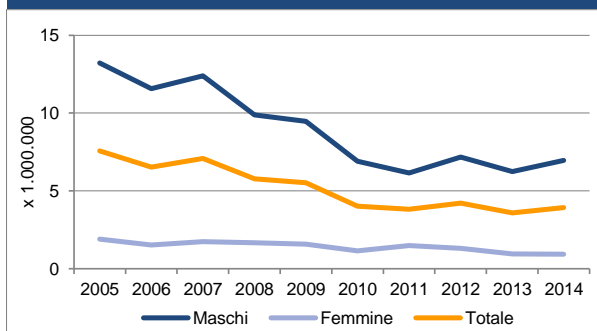
Il paragrafo è stato realizzato utilizzando i dati forniti dall'ISTAT, Servizio sistema integrato salute, assistenza, previdenza e giustizia (consultabile nella versione completa al link <http://www.politicheantidroga.gov.it>).

Quanto rilevato dal RGM dell'ISTAT consente di approfondire l'analisi sulla mortalità droga correlata. Il registro infatti, nell'includere tutti i decessi verificatisi sul territorio nazionale, rileva le informazioni mediche contenute nei certificati di morte, quali ad esempio la causa iniziale, le condizioni patologiche della persona deceduta e altre condizioni di interesse.

Nota: i dati presentati in questo paragrafo sono riferiti al 2014, annualità più recente resa disponibile dall'Ente fornitore del contributo.

Secondo quanto rilevato nell'ultima annualità disponibile e relativa al 2014, in Italia si sono osservati 263 decessi con causa iniziale droga correlata, l'88,2% riferiti a persone di genere maschile, il 6,2% a persone di nazionalità straniera, il 63,9% a persone con età maggiore di 39 anni e il 73,4% di età compresa tra 35 e 54 anni. L'analisi dell'andamento temporale dei tassi standardizzati⁴ di mortalità per genere rilevati dal RGM mostra come la diminuzione della mortalità negli ultimi 10 anni disponibili sia più marcata nel genere femminile, in particolare negli ultimi 4 anni osservati, stante comunque la bassa numerosità di decessi in questa popolazione (Fig.2.4.1).

Fig.2.4.1 Andamento temporale dei tassi standardizzati di mortalità per genere per 1.000.000 di residenti dei decessi con causa iniziale droga correlata. Anni 2005-2014.

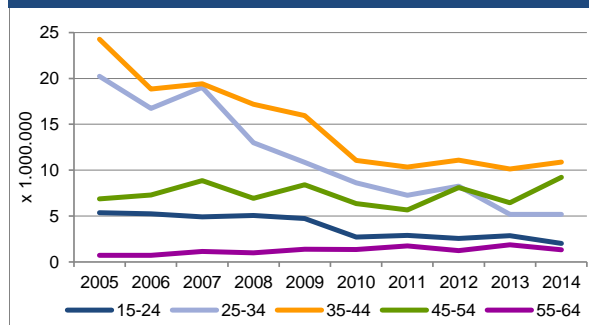


Fonte: ISTAT

⁴ La popolazione utilizzata per la serie storica è la media ricostruita intercensuaria e come popolazione standard è stata utilizzata quella europea (Eurostat 2012)

Rispetto alle fasce di età si osserva nel tempo una diminuzione più evidente in quelle età maggiormente interessate dal fenomeno, in particolare per la fascia 25-34 anni (Fig.2.4.2).

Fig.2.4.2 Andamento temporale dei tassi standardizzati di mortalità per fasce di età per 1.000.000 di residenti dei decessi con causa iniziale droga correlata. Anni 2005-2014.



Fonte: ISTAT

Diminuiscono fra i giovani i decessi droga correlati.

Dal punto di vista della distribuzione territoriale, tra le 252 persone decedute con residenza nota e residenti in Italia, il 79,8% risiedeva nell'area centro settentrionale del paese. Guardando ai tassi standardizzati di mortalità per area geografica non si osserva comunque un gradiente nord-sud e i valori più elevati si rilevano nel centro Italia, sia per quanto riguarda il genere maschile che femminile (Tab.2.4.1).

Tab.2.4.1 Tassi standardizzati di mortalità per regione di residenza e genere per 1.000.000 di residenti dei decessi con causa iniziale droga correlata. Anno 2014.

Area	Maschi	Femmine	Totale
Nord Est	6,6	0,8	3,7
Nord Ovest	6,4	0,5	3,5
Centro	13,1	1,9	7,5
Sud	2,7	0,5	1,6
Isole	6,7	1,1	3,8
ITALIA	6,9	0,9	3,9

Fonte: ISTAT

V

**CONTESTO
NORMATIVO E
ATTIVITÀ DI
PREVENZIONE**

Elementi chiave

Il contesto normativo e le principali attività:

Il DPA intende procedere alla definizione di un nuovo Piano Nazionale sulle droghe e proseguire nelle azioni riguardanti la prevenzione dell'incidentalità alcol e droga correlata, il Sistema di Allerta Precoce, la prevenzione dell'uso di droghe in ambito scolastico e le attività di studio, ricerca e monitoraggio epidemiologico sul fenomeno droghe.

Le attività di prevenzione:

Nell'ambito del Protocollo d'Intesa con il Dipartimento della Gioventù e del Servizio Civile Nazionale della Presidenza del Consiglio dei Ministri, il DPA nel 2016 ha ammesso al finanziamento 28 progetti riguardanti l'area di intervento sulla Prevenzione dell'incidentalità stradale alcol-droga correlata (indirizzati alla popolazione di 14-35 anni) e ha ammesso al finanziamento 48 proposte progettuali riguardanti l'area di intervento III sulla Prevenzione dell'uso non controllato di internet da parte dei minori (indirizzati ai giovani di 11-18 anni).

Le attività di prevenzione attuate in ambito scolastico:

La metà degli istituti scolastici superiori ha previsto di realizzare giornate/attività specificatamente dedicate alla prevenzione del consumo delle sostanze psicoattive, mostrando negli ultimi anni un progressivo aumento dal 2014.

Un quarto circa degli istituti scolastici superiori ha realizzato almeno un progetto di prevenzione (strutturato in più giornate e/o moduli di intervento). Gli interventi di prevenzione all'uso di sostanze psicoattive sono più frequenti al centro e al sud. Per oltre la metà dei progetti censiti gli insegnanti stessi sono i responsabili della realizzazione.

Le attività di prevenzione attuate dalle Forze Armate e dall'Arma dei Carabinieri:

Le Forze Armate e l'Arma dei Carabinieri portano avanti regolarmente attività di prevenzione universale e di contrasto all'uso di sostanze psicoattive, legali e illegali; tali attività sono svolte attraverso accertamenti sanitari periodici.

Le attività di prevenzione svolte a livello territoriale:

Le attività di prevenzione universale dirette alla comunità locale risultano diffuse a livello territoriale, così come quelle svolte in ambito scolastico, che hanno l'obiettivo prioritario di favorire lo sviluppo di abilità sociali e di life-skills, ma anche di aumentare il livello di informazione sui rischi correlati al consumo di sostanze. Gli interventi di prevenzione rivolti alle famiglie risultano più limitati.

Gli interventi di prevenzione selettiva vengono realizzati prevalentemente presso le strutture e i Servizi specifici per le dipendenze; risultano ampiamente diffusi quei progetti che coinvolgono giovani con problematiche legate alla giustizia e quelli inseriti in strutture di accoglienza, così come i progetti di sensibilizzazione e informazione e gli interventi educativi che mirano ad aumentare la consapevolezza dei rischi connessi ai comportamenti di uso e di trovare efficaci alternative.

A livello di prevenzione indicata risultano abbastanza diffusi gli interventi brevi attuati in ambito scolastico.

IL CONTESTO NORMATIVO

1.1 Principali azioni nazionali

1.2 Quadro giuridico

Principali azioni nazionali

La documentazione cui si fa riferimento nel testo è consultabile nella versione completa al link: <http://www.politicheantidroga.gov.it>.

In Italia le strategie nazionali e le politiche d'azione sono contenute nel Piano di Azione Nazionale (PAN) sulle Droghe 2010-2013, adottato dal Consiglio dei Ministri 29 Ottobre 2010, tuttora in vigore. Il Piano è stato integrato nel 2013 con un Piano d'Azione Nazionale sulle Nuove Sostanze Psicoattive (PAN-NSP). Il piano di azione è diviso in 5 principali aree di intervento: prevenzione, cura e diagnosi delle dipendenze, riabilitazione e reinserimento, monitoraggio e valutazione, la legislazione, le attività di contrasto e la giustizia minorile. Queste 5 aree sono raggruppate in due grandi ambiti: riduzione della domanda e riduzione dell'offerta.

Anche nel PAN-NSP vengono specificati 6 ambiti di intervento: area epidemiologica, dell'allerta precoce e del networking; potenziamento diagnostico; prevenzione e riduzione della domanda; riduzione dell'offerta; ricerca scientifica; collaborazioni, coordinamento e formazione.

In vista dell'approvazione del nuovo Piano d'Azione dell'Unione Europea sulla lotta alla droga, il Dipartimento Politiche Antidroga intende procedere alla elaborazione di un **Nuovo Piano Nazionale** in grado di fornire indicazioni, in linea con quelle europee e internazionali, alle Amministrazioni centrali e regionali per le politiche e le azioni di lotta alla droga. Si intende inoltre sollecitare le singole Regioni e Province Autonome, nel rispetto della loro autonomia, a formulare e aggiornare le strategie politiche locali e i Piani di Azione regionali, oltre che a riorganizzare e adeguare i servizi deputati, anche in considerazione dei mutamenti che interessano il fenomeno delle dipendenze, in particolar modo nell'ambito delle NPS.

Soprattutto in relazione alle NPS è intento del Dipartimento quello di **incentivare e promuovere gli interventi di prevenzione**, specialmente nella popolazione giovanile, sia attraverso la proposizione di accordi con altre amministrazioni centrali per lo sviluppo di azioni comuni, sia con campagne di comunicazione, nonché attraverso il potenziamento dei sistemi di monitoraggio epidemiologico e di sistemi di allerta precoce.

In tale ottica, infatti, uno degli obiettivi del DPA è quello di proseguire nelle azioni già intraprese, quali il progetto **“La prevenzione dell'incidentalità stradale alcol/droga correlata”**. Trattasi di una serie di azioni

avviate con la definizione del Protocollo di Intesa siglato in data 23 Dicembre 2015 e del relativo Accordo Esecutivo del 7 aprile 2016, sottoscritti dal Dipartimento Politiche Antidroga della Presidenza del Consiglio dei Ministri con il Dipartimento della Pubblica Sicurezza del Ministero dell'Interno.

Tale iniziativa è stata successivamente implementata estendendo la collaborazione anche all'Arma dei Carabinieri e al Corpo della Guardia di Finanza, attraverso il nuovo accordo stipulato nel Dicembre 2016. Tale accordo prevede anche la prosecuzione di attività già previste in capo alla Polizia di Stato, ulteriormente arricchite da previsioni in materia di campagne di sensibilizzazione e informazioni, rivolte particolarmente ai giovani. Ai sensi delle suddette intese, il Dipartimento di Pubblica Sicurezza, l'Arma dei Carabinieri e il Corpo della Guardia di Finanza potranno utilizzare le risorse messe a disposizione dal DPA, tratte dal Fondo Incidentalità Notturna - di cui al D.L. n. 117 del 2007, convertito dalla Legge 160 del 2007 - istituito presso la Presidenza del Consiglio dei Ministri, nel quale confluisce una quota delle sanzioni comminate per talune violazioni al codice della strada. Tali risorse sono destinate, in particolare, ad acquisizioni di sofisticate tecnologie, di strumenti precursori per il controllo preliminare della presenza di stupefacenti e dei relativi kit diagnostici per gli accertamenti di laboratorio, secondo rigorosi protocolli tecnico-scientifici e sanitari.

L'obiettivo complessivo è finalizzato a ridurre l'incidentalità stradale alcol-droga correlata, incrementando i controlli per contrastare la guida sotto l'effetto di sostanze stupefacenti e in stato d'ebbrezza alcolica, ma anche migliorando la specifica offerta informativa del Dipartimento, il cui sito istituzionale è stato dotato anche di una sezione specificatamente dedicata al tema.

Nel corso del 2016, inoltre, sono state poste le basi per la **centralizzazione del “Sistema Nazionale di Allerta Precoce”** presso l'Istituto Superiore di Sanità che si avvale del supporto della rete dei centri collaborativi. L'attività del sistema è finalizzata ad intercettare precocemente la comparsa di nuove droghe e nuove modalità di consumo sul territorio, a segnalare tempestivamente l'allerta alle strutture preposte alla tutela e alla promozione della salute; ad adottare adeguate misure in risposta alle emergenze segnalate.

Per quanto riguarda le **attività di prevenzione dell'uso di droghe tra gli studenti**, sono in fase di ultimazione le attività frutto del Protocollo siglato il 19 Dicembre 2012 tra il Dipartimento Politiche Antidroga in collaborazione con il Ministero dell'Istruzione, Università e Ricerca.

Attualmente sono in fase di ideazione, le nuove priorità di azione, finalizzate all'attivazione di interventi di prevenzione nella popolazione giovanile e proposizione di stili di vita sani che verranno poste in essere nel nuovo protocollo di collaborazione

Infine, il Dipartimento ha avviato il Progetto **"MONITORING"** esecutivo dell'Accordo di cooperazione con l'Istituto di Fisiologia Clinica del CNR per l'attuazione di attività di studio e ricerca sul fenomeno delle dipendenze e per il supporto all'Osservatorio Epidemiologico Nazionale delle Dipendenze. Il progetto si propone di eseguire uno studio di fattibilità finalizzato all'implementazione di un Osservatorio Epidemiologico Nazionale sul fenomeno delle dipendenze.

L'obiettivo sarà perseguito sia attraverso la revisione sistematica delle informazioni esistenti (flussi informativi correnti di competenza delle Amministrazioni centrali e periferiche dello Stato, studi epidemiologici ad hoc e ogni altra informazione rilevante), sia attraverso lo svolgimento di due studi campionari necessari per l'aggiornamento dell'indicatore epidemiologico descrittivo della diffusione dei consumi di sostanze psicoattive nella popolazione.

Quadro giuridico

La documentazione cui si fa riferimento nel testo è consultabile nella versione completa al link: <http://www.politicheantidroga.gov.it>.

In tema di stupefacenti e tossicodipendenze la disciplina fondamentale è dettata dal DPR 309/1990 “Testo unico delle leggi in materia di disciplina degli stupefacenti e sostanze psicotrope, prevenzione, cura e riabilitazione dei relativi stati di tossicodipendenza”, che nel corso degli anni ha subito successive integrazioni e modifiche, sia ad opera del legislatore che del giudice costituzionale.

Di recente, dopo le modifiche conseguenti alla sentenza della Corte Costituzionale n. 32/2014, che ha ripristinato la disciplina vigente prima della Legge 21 Febbraio 2016, n. 49 (cd Legge Fini-Giovanardi), il Testo Unico ha ulteriormente subito alcuni interventi del legislatore.

Riguardo all’art. 73 DPR 309/90 e alle pene in esso previste, è da segnalare l’Ordinanza n. 1418 del 12 Gennaio 2017 della Cassazione Penale, Sezione VI che ritiene rilevante e non manifestamente infondata la questione di legittimità costituzionale dell’art. 73, comma 1, DPR n. 309/1990, come risultante a seguito della sentenza n. 32 del 2014 della Corte Costituzionale, per contrasto con gli artt. 25, 3 e 27 Cost. quanto alla pena minima edittale. Se la Legge Fini Giovanardi, per i reati di cui all’art. 73 DPR 309/90, da una parte prevedeva lo stesso trattamento sanzionatorio della reclusione da 6 a 20 anni e della multa da € 26.000 a 260.000, senza distinzione tra droghe leggere e droghe pesanti, aveva d’altra parte abbassato il minimo edittale da 8 anni (come nella disciplina previgente Iervolino – Vassalli) a 6 anni.

La questione sollevata, dunque, si incentra sull’affermazione che la sentenza della Corte Cost. n. 32/2014, ripristinando la disciplina previgente alla legge Fini Giovanardi, avrebbe reintrodotta una pena edittale minima più grave, annullando così una norma penale favorevole al reo.

Altro intervento legislativo è rappresentato dal **Decreto Legislativo 29 Ottobre 2016 n. 202 di Attuazione della direttiva 2014/42/UE** relativa al congelamento e alla confisca dei beni strumentali e dei proventi da reato nell’Unione europea. La legge prevede l’obbligatorietà della confisca, anche per equivalente, del profitto o del prodotto di alcuni gravi reati, tra cui quelli previsti dall’art. 73 del DPR 309/1990.

Ancora in tema di azioni di contrasto all’uso di sostanze psicoattive, nel 2016 con l’approvazione della **legge 23 Marzo 2016 n. 41**, è stata introdotta nell’ordinamento la figura del cd “omicidio stradale”, quale autonomo reato colposo, distinto dalle ipotesi di omicidio colposo previste dall’art. 589 c.p.. La legge, nel punire la condotta di “chiunque cagioni per colpa la morte di una persona con violazione delle norme sulla disciplina della circolazione stradale” prevede la fattispecie aggravata, punita con la pena da 8 a 12 anni, per chi provoca la morte di una persona, ponendosi alla guida di un veicolo a motore, sotto effetto di droghe o in stato di ebbrezza grave (con un tasso alcolemico superiore a 1,5 grammi per litro).

Sul versante dell’assistenza, cura e riabilitazione delle persone tossicodipendenti una importante innovazione è costituita dall’emanazione del **DPCM 12 Gennaio 2017 contenente i nuovi Livelli Essenziali di Assistenza (LEA)**, il cui schema era già stato approvato con l’Intesa Stato Regioni n. 157 del 7 Settembre 2016 e che sostituisce il vigente DPCM del 29 Novembre 2001.

Il Decreto introduce una importante novità in quanto inserisce la riduzione del danno tra le prestazioni di Assistenza socio-sanitaria domiciliare e territoriale che il Servizio sanitario nazionale deve assicurare alle persone con dipendenze patologiche (articolo 28, comma 1, lettera k).

Rispetto alla normativa regionale sulle tossicodipendenze, particolare rilevanza riveste la disciplina della **sanità penitenziaria**.

In tale ambito le singole Regioni hanno adottato atti di recepimento dell’Accordo del 22 Gennaio 2015 della Conferenza Unificata sul documento “Linee guida in materia di modalità di erogazione dell’assistenza sanitaria negli istituti penitenziari per adulti; implementazione delle reti sanitarie regionali e nazionali”. Esse inoltre, al fine di consentire l’applicazione delle misure sanzionatorie alternative alla detenzione, come il lavoro di pubblica utilità, ai condannati tossicodipendenti, hanno stipulato **Protocolli di Intesa con il Ministero della Giustizia**.

I Protocolli hanno la finalità di dare piena attuazione ai principi sottesi alla normativa in materia di tossicodipendenza, rivolti alla riabilitazione e alla risocializzazione dei soggetti con diagnosi di dipendenza, anche attraverso l'attuazione di specifici programmi di recupero.

Sempre in ambito regionale, si evidenziano diversi provvedimenti di **riorganizzazione della rete dei servizi per le dipendenze** e di ridefinizione dei requisiti per l'autorizzazione all'esercizio di attività sanitaria e

socio-assistenziale delle strutture residenziali e semiresidenziali per le dipendenze (Abruzzo, Liguria, Marche, Emilia Romagna, Piemonte, Puglia, Veneto, Valle D'Aosta).

ATTIVITÀ DI PREVENZIONE

2.1 Prevenzione e contrasto al disagio giovanile

2.2 Interventi di prevenzione in ambito scolastico

2.3 Attività di prevenzione e di contrasto all'uso di sostanze psicoattive nelle Forze Armate e nell'Arma dei Carabinieri

2.4 Interventi di prevenzione in ambito territoriale

Prevenzione e contrasto al disagio giovanile

La documentazione cui si fa riferimento nel testo è consultabile nella versione completa al link: <http://www.politicheantidroga.gov.it>.

Il Dipartimento per le Politiche Antidroga e il Dipartimento della Gioventù e del Servizio civile nazionale della Presidenza del Consiglio dei Ministri hanno siglato il 18 Marzo 2015 un Protocollo d'Intesa con la finalità di promuovere, nel mondo giovanile, la prevenzione dell'uso di sostanze psicotrope e stupefacenti con una particolare attenzione alla ricostruzione di un tessuto sociale inclusivo, in grado di sviluppare i fattori di benessere individuali come la coesione e la crescita culturale e partecipativa. Con la sottoscrizione del Protocollo d'intesa i Dipartimenti della Gioventù e del Servizio Civile Nazionale e delle Politiche Antidroga si sono impegnati a intraprendere, di comune intesa, iniziative finalizzate alla rimozione degli ostacoli al pieno esercizio dei diritti dei giovani, in particolare dei giovani che vivono in condizioni di disagio, promuovendo la prevenzione dell'uso di droghe convenzionali e non convenzionali.

Gli ambiti di intervento per i quali sono state presentate le proposte progettuali sono i seguenti:

I. Prevenzione e contrasto al disagio giovanile attraverso l'inserimento dei giovani NEET (Not (engaged) in Education, Employment or Training) di età compresa fra i 14 e i 28 anni; tale ambito è di competenza del Dipartimento Gioventù e Servizio civile nazionale. Si tratta di azioni promosse a livello territoriale che, avvalendosi dell'innovazione sociale e del lavoro in rete, agiscono per contrastare la diffusione di comportamenti a rischio e promuovere il reinserimento fra i giovani appartenenti allo specifico target.

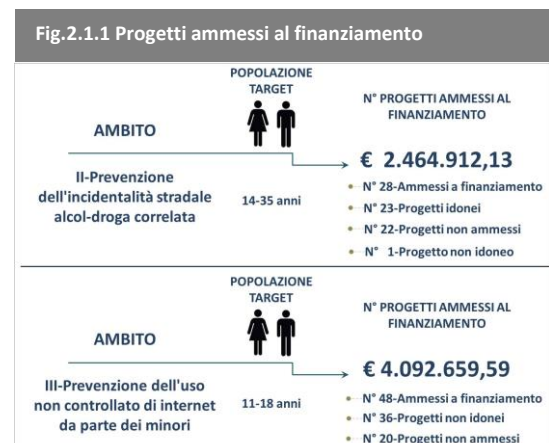
II. Prevenzione dell'incidentalità stradale causata dalla guida in stato di alterazione psicofisica da alcol e/o droga, di competenza del Dipartimento Politiche Antidroga.

III. Prevenzione dell'uso non controllato di internet da parte dei minori, di competenza del Dipartimento Politiche Antidroga, attraverso la promozione dell'uso consapevole del web e il controllo di siti potenzialmente pericolosi.

Nel corso del 2016 il Dipartimento Politiche Antidroga ha stanziato i fondi per finanziare due delle tre linee di intervento previste dal Protocollo d'Intesa del 2015. La Commissione di valutazione, appositamente costituita, ha ammesso a finanziamento: 28 progetti nell'ambito II (Prevenzione dell'incidentalità stradale alcol-droga correlata), per un totale di Euro 2.464.912,13; 48 proposte progettuali nell'ambito III (Prevenzione dell'uso non controllato di internet da parte dei minori), per un totale di Euro 4.092.659,59.

Nel 2016 il DPA ha finanziato due linee di intervento del Protocollo 2015 sulla prevenzione.

La Figura 2.1.1 descrive sinteticamente i progetti ammessi al finanziamento nell'ambito della "Prevenzione e contrasto al disagio giovanile" di competenza del Dipartimento Politiche Antidroga (Ambito II e III).



Fonte: DPA

Interventi di prevenzione in ambito scolastico

Il presente paragrafo è stato realizzato utilizzando il contributo del Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca - Direzione Generale per lo Studente, l'Integrazione e la Partecipazione – e il contributo redatto dal gruppo di Ricerca di Epidemiologia e ricerca sui servizi sanitari dell'Istituto di Fisiologia Clinica del CNR (consultabili nella versione completa al link: <http://www.politicheantidroga.gov.it>).

Il Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca (MIUR) è impegnato nella prevenzione delle dipendenze. La scuola, infatti, è il contesto privilegiato per realizzare interventi efficaci di promozione di stili di vita sani e di prevenzione delle tossicodipendenze favorendo lo sviluppo della personalità dei giovani, aiutando coloro che presentano comportamenti o atteggiamenti riferibili all'insicurezza, alla sfiducia e alla disistima e rendendoli autonomi e responsabili nelle scelte per favorire stili di vita salutari e comportamenti sociali adeguati.

La collaborazione tra MIUR e DPA si è concretizzata, nel biennio scolastico 2015/2017, mediante la realizzazione di progetti che hanno visto coinvolti gli studenti delle scuole secondarie di I e II grado in tema di prevenzione della guida in stato psicofisico alterato da alcol e/o sostanze stupefacenti. I progetti hanno previsto incontri strutturati con esperti e la distribuzione di materiali didattico/informativi mirati a fornire approfondimenti sui danni per la salute derivati dall'uso di droghe e alcol, nonché sui rischi correlati alla guida in stato di alterazione da assunzione di sostanze psicoattive. Per una maggiore efficacia, gli stessi progetti hanno coinvolto anche docenti e genitori attraverso incontri di formazione con team di esperti.

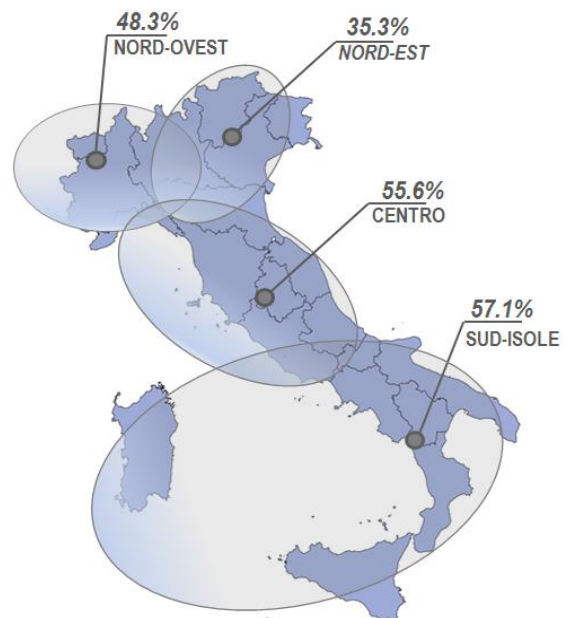
Nel presente contributo, inoltre, si illustrano le iniziative di prevenzione sull'uso di sostanze psicoattive, lecite e illecite e sul doping, attuate negli istituti superiori che negli anni hanno partecipato allo studio ESPAD®Italia. I dati sono stati rilevati attraverso la compilazione da parte dei dirigenti scolastici di un questionario, costruito sulla base delle direttive EMCDDA (European Monitoring Centre on Drugs and Drug Addiction), con lo scopo di rilevare informazioni sia generali sui progetti attuati nelle scuole (prima parte) che specifiche sulle singole progettualità svolte (seconda parte).

La programmazione delle attività prevede un'intensa collaborazione interistituzionale con il Dipartimento delle Politiche Antidroga della Presidenza del Consiglio dei Ministri (DPA).

Il MIUR collabora con il Dipartimento per tutte le iniziative di prevenzione delle tossicodipendenze che coinvolgono le Istituzioni Scolastiche.

Il MIUR a partire dall'anno scolastico 2017/18, avvierà un progetto che coinvolgerà gli studenti delle scuole di ogni ordine e grado con l'obiettivo di promuovere una serie di iniziative atte a prevenire le dipendenze dalle sostanze stupefacenti, l'assunzione di farmaci senza prescrizione medica, l'uso di alcol, di fumo e il gioco d'azzardo.

Fig.2.2.1 Percentuali di istituti che hanno organizzato attività specifiche di prevenzione del consumo di sostanze psicoattive. ESPAD®Italia 2016.



Sostanze Psicoattive
Dato Nazionale 50%

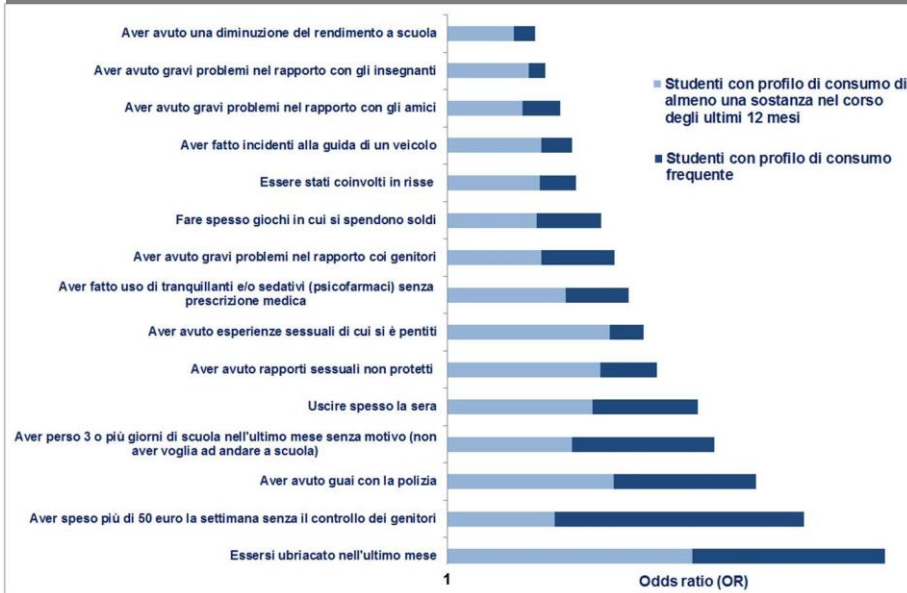
ESPAD®ITALIA
ANNO 2016

Fonte: CNR

Spunti per un'accurata progettazione.

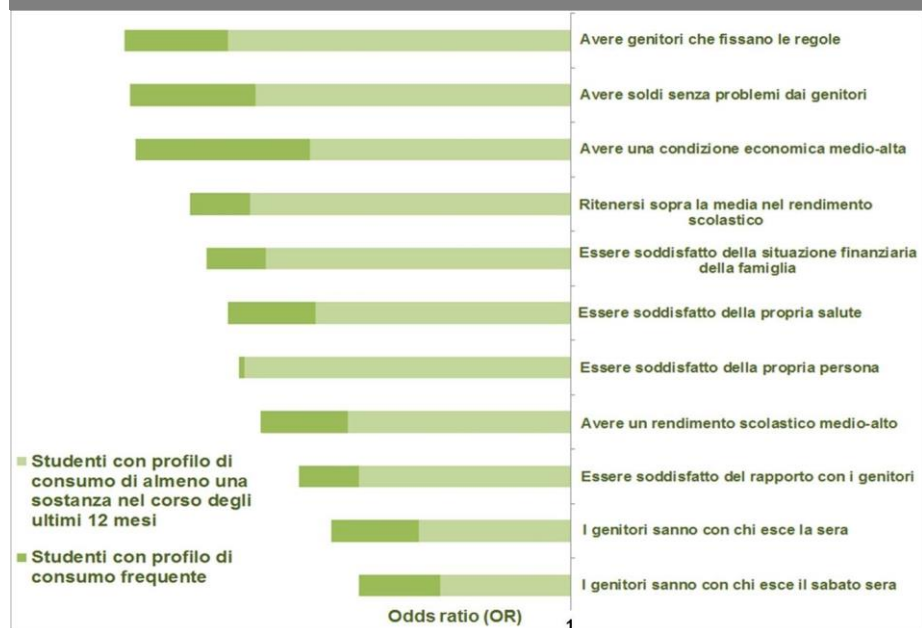
Individuare i fattori causali concorrenti e capire come interagiscono tra di loro è di fondamentale importanza per comprendere i sistemi e le dinamiche tipiche dei determinanti delle dipendenze. Riconoscerli precocemente negli individui permette di agire per correggerli nei diversi ambienti in funzione preventiva e di recupero.

Fattori associati positivamente al consumo di sostanze ("a rischio")



Fonte: CNR

Fattori associati negativamente al consumo di sostanze ("protettivi")



Fonte: CNR

Odds Ratio

L'Odds Ratio misura l'associazione tra variabili come stima del rapporto tra la probabilità di presentare un certo evento tra chi ha certe caratteristiche e la probabilità di presentare lo stesso evento tra chi non ha quelle caratteristiche. Una caratteristica risulta protettiva verso un evento spiacevole quando la presenza della caratteristica riduce la probabilità di osservare l'evento. A contrario una caratteristica risulta fattore di rischio verso un evento non gradito quando la presenza della caratteristica aumenta la probabilità di osservare l'evento stesso. In verde sono riportate le caratteristiche in corrispondenza delle quali si osserva una minore probabilità di essere consumatori (o nell'ultimo anno o frequenti), in blu sono riportate quelle caratteristiche in corrispondenza delle quali si osserva una maggiore probabilità di essere consumatori (o nell'ultimo anno o frequenti).

A livello nazionale, ad oggi, poco più della metà (54,9%) dei dirigenti scolastici riferisce l'esistenza di un Piano provinciale/regionale/locale sulla prevenzione dell'uso di sostanze psicoattive.

Il 50% degli istituti scolastici ha previsto di realizzare delle giornate/attività di studio interamente dedicate alla prevenzione del consumo delle sostanze psicoattive, a dimostrazione del crescente impegno in questo ambito rispetto alle ultime tre annualità.

Considerando la suddivisione in macroaree¹, oltre la metà degli istituti scolastici delle regioni del Centro-Italia e di quelli del Sud/Isole ha programmato giornate/attività specificatamente dedicate alla prevenzione del consumo di sostanze psicoattive. Al contrario, negli istituti scolastici del Nord-Italia questo tipo di iniziative risultano numericamente inferiori rispetto al dato nazionale.

Fig.2.2.2 Trend delle percentuali degli istituti che hanno organizzato attività specifiche di prevenzione del consumo di sostanze.



Fonte: CNR

¹ NORD-EST: Emilia-Romagna, Friuli-Venezia Giulia, Veneto, Province Autonome di Trento e Bolzano. NORD-OVEST: Liguria, Lombardia, Piemonte, Valle d'Aosta. CENTRO: Lazio, Marche, Toscana e Umbria. SUD-ISOLE: Abruzzo, Basilicata, Calabria, Campania, Molise, Puglia, Sardegna, Sicilia.

Gli interventi di prevenzione all'uso di sostanze psicoattive sono più frequenti al centro e al sud.

Le attività progettuali specifiche.

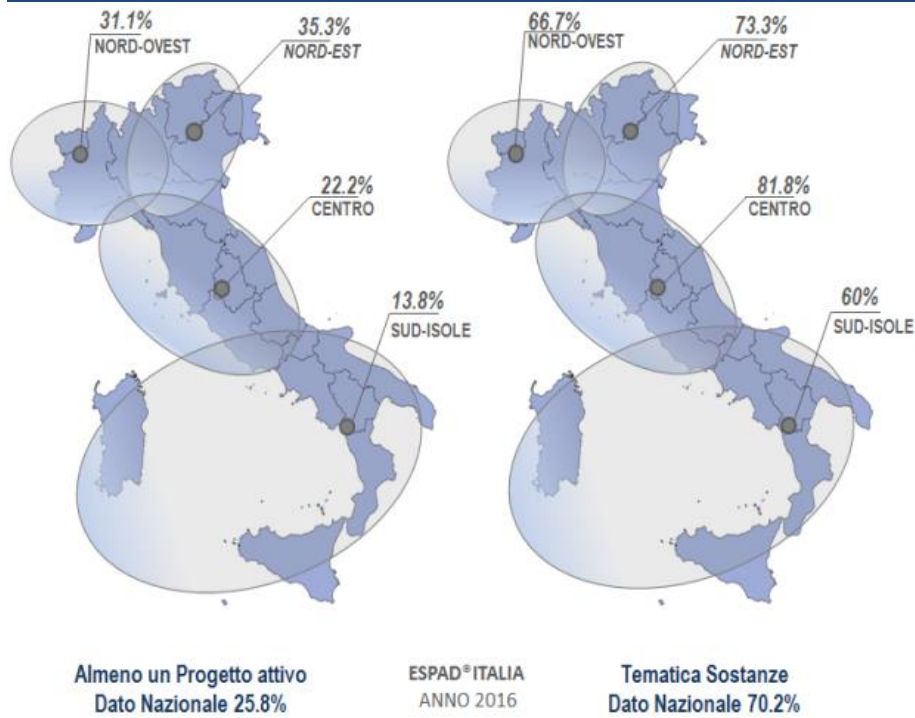
Sono oltre un quarto (25,8%) gli istituti scolastici superiori che nell'anno 2016 hanno riferito di aver svolto almeno un progetto di prevenzione (Figura 2.2.3). La maggior parte dei progetti di prevenzione attuati affronta le tematiche del consumo delle sostanze psicoattive legali e illegali (70,2%), circa la metà riguarda il benessere personale (45,6%), il 40,0% la sessualità e le malattie sessualmente trasmissibile (MST) e poco più di un terzo la prevenzione delle forme di disagio personale (35,1%)².

Fra i progetti censiti, quelli che mirano prevalentemente ad accrescere negli studenti la conoscenza e consapevolezza dei rischi per la salute derivanti dalla pratica di comportamenti a rischio sono passati dal 65,9% del 2007 al 67,4% del 2011 al 61,5% nell'ultimo anno. Seguono quelli finalizzati alla promozione della resilienza e delle capacità personali e/o sociali che si attestano al 15,9% nel 2008 e al 10,3% nell'ultima rilevazione.

A una diminuzione della percentuale degli istituti che organizzano attività di prevenzione corrisponde un aumento del consumo di sostanze.

² Lo strumento di rilevazione prevede anche risposte multiple.

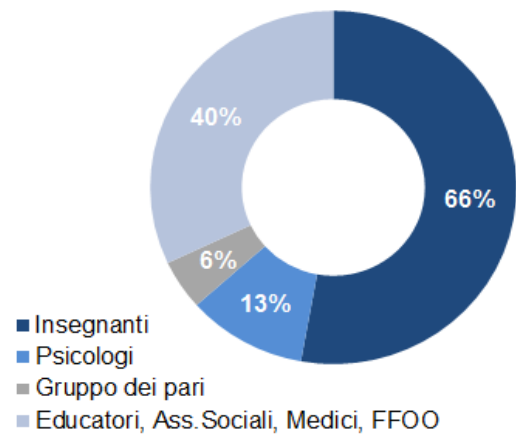
Fig.2.2.3 Percentuali degli istituti che hanno svolto almeno un progetto di prevenzione (fig. a sinistra) e percentuale di istituti che hanno affrontato la tematiche del consumo delle sostanze psicoattive, legali e illegali (destra). ESPAD®Italia 2016



Fonte: CNR

Fig.2.2.4 Distribuzione percentuale dei Responsabili principali per la realizzazione del progetto di prevenzione. ESPAD®Italia 2016

Per oltre la metà dei progetti censiti gli insegnanti stessi sono i responsabili della realizzazione.



Fonte: CNR

Attività di prevenzione e comportamenti a rischio.

Di seguito vengono presentati gli andamenti temporali congiunti di alcune stime percentuali di utilizzatori di sostanze rilevate dallo studio ESPAD®Italia e della quota di istituti che organizzano attività di prevenzione dedicate a specifici comportamenti e consumi. La Figura 2.2.5 evidenzia come al diminuire del numero di istituti scolastici che hanno avviato progetti/attività di prevenzione in questo ambito, corrisponda una tendenza all'aumento delle percentuali di consumatori frequenti di almeno una sostanza illegale nell'ultimo mese: (20 o più volte per la cannabis e 10 o più volte per le altre sostanze).

Si rileva, infatti, come a fronte di una tendenziale riduzione della quota degli istituti che hanno attuato progetti/attività di prevenzione all'uso delle sostanze psicoattive (circa il 60% nel 2008, il 50% nel 2012, 50% nel 2016) corrisponda un generale incremento della diffusione dell'uso di sostanze illegali, nello specifico l'uso frequente di almeno una sostanza illegale passa dal 3,5% del 2008 al 4,5% dell'ultima rilevazione ESPAD®ITALIA.

Gli istituti scolastici che hanno programmato interventi di prevenzione sono diminuiti del 20%.



Fonte: CNR

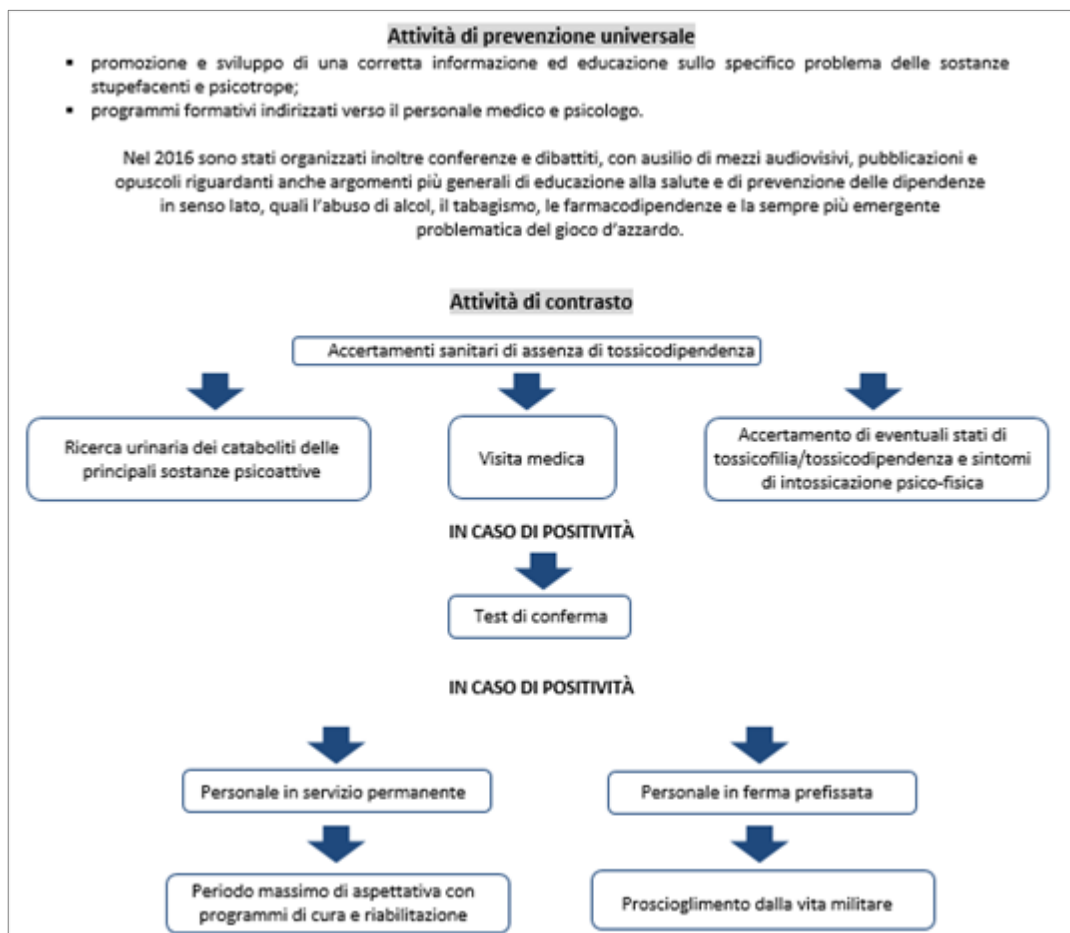
Attività di prevenzione e contrasto all'uso di sostanze psicoattive nelle Forze Armate e nell'Arma dei Carabinieri

Il presente paragrafo è stato realizzato utilizzando il contributo redatto dal Ministero della Difesa, Osservatorio Epidemiologico della Difesa (consultabile nella versione completa al link: <http://www.politicheantidroga.gov.it>).

La prevenzione della diffusione e il contrasto all'uso di sostanze stupefacenti nel contesto militare permangono quali obiettivi importanti perseguiti dal Ministero della Difesa. Anche nel corso del 2016, infatti, tutte le strutture militari di vertice hanno proseguito nell'opera di sensibilizzazione, prevenzione e controllo in favore di tutte le articolazioni dipendenti, fino ai minori livelli, al fine di assolvere alla prioritaria esigenza di assicurare, costantemente e continuativamente, personale integro sul piano psico-fisico e, conseguentemente, idoneo ad assolvere a tutti gli obblighi istituzionali e di servizio in piena sicurezza per sé e per la collettività.

Tutte le Forze Armate e l'Arma dei Carabinieri, per le ovvie ricadute in termini di operatività e di efficienza del personale, sottopongono il proprio personale a controlli periodici e percentualmente anche maggiori rispetto agli standard di forza assegnata (per l'Esercito Italiano, ad esempio, sono previsti controlli a periodicità mensile sul 5% della forza in Patria e a periodicità settimanale sul 3% del personale operante fuori dai confini nazionali).

I risultati dei controlli periodici sono riportati nella Parte II paragrafo 2.2.



Interventi di prevenzione in ambito territoriale

I dati riportati nel presente paragrafo sono stati estratti dall'analisi dei questionari standardizzati predisposti dell'EMCDDA (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction) e compilati dai referenti regionali competenti per materia.

L'obiettivo di questo contributo è quello di fornire una panoramica sugli interventi attivati in ambito regionale nell'area della prevenzione universale, selettiva e indicata. I dati analizzati sono stati estratti dai questionari standardizzati predisposti dell'EMCDDA (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction).

I questionari sono stati inviati per la compilazione dalla Commissione Salute della Conferenza delle Regioni e delle Province Autonome - sottogruppo Dipendenze ai referenti regionali competenti per le dipendenze patologiche.

Il presente paragrafo è stato elaborato sulla base delle informazioni fornite dalle Regioni Valle d'Aosta, Piemonte, Liguria, Friuli Venezia Giulia, Veneto, Emilia-Romagna, Toscana, Marche, Puglia, Sardegna, nonché dalla Provincia Autonoma di Bolzano.

Prevenzione Universale

Gli interventi di prevenzione universale sono rivolti alla popolazione generale e rappresentano lo strumento che consente di raggiungere la maggioranza degli individui di una popolazione. Essi infatti hanno come target principali la popolazione generale, le comunità – definite come luogo o contesto piuttosto che come una collettività – le famiglie e, come target privilegiato, la popolazione giovanile.

La prevenzione universale mira a ridurre i comportamenti a rischio correlati all'uso di sostanze, fornendo le competenze necessarie per evitare o ritardare l'iniziazione al consumo di sostanze e promuovere comportamenti consapevoli utili al raggiungimento del benessere. Nella prevenzione universale si presume che tutti i membri della popolazione condividano lo stesso rischio generale di consumo di sostanze, sebbene il rischio possa variare notevolmente tra gli individui.

I contesti di attuazione degli interventi di prevenzione universale sono la comunità, la famiglia e le scuole.

Attività svolte in ambito di comunità locale

A livello di comunità locale tutte le Regioni/Province Autonome rispondenti hanno sviluppato piani che prevedono l'integrazione di diversi attori istituzionali e reti formali per coordinare interventi indirizzati alla prevenzione dell'uso di droghe. Tra queste sono 8 quelle che hanno previsto di estendere tale attività alla maggior parte della popolazione, risultando così una copertura completa o estesa del territorio di competenza.

La stessa copertura è stata garantita in circa la metà delle Regioni anche per gli interventi che offrono alternative all'uso di droghe, come ad esempio il coinvolgimento della comunità locale in attività sportive, all'aria aperta e iniziative di scrittura creativa.

I piani di intervento regionali prevedono l'integrazione di attori istituzionali e reti formali.

Attività svolte in ambito familiare

Le attività di prevenzione che coinvolgono le famiglie sono state attivate in 10 Regioni con una copertura territoriale limitata per 6 Regioni. Questi interventi sono stati attuati per lo più da Aziende Sanitarie Locali, SerD e istituti scolastici. Un medesimo quadro si rileva anche rispetto ad iniziative che prevedono incontri e attività di formazione su temi specifici rivolte alle famiglie.

Attività svolte in ambito scolastico

Rispetto alla prevenzione dell'uso di droghe in ambito scolastico, 7 Regioni individuano, nei documenti di indirizzo amministrativo, come obiettivo strategico più importante quello di sviluppare delle abilità per evitare comportamenti rischiosi per la propria salute e 2 Regioni quello di aumentare il livello di informazione sui rischi socio-sanitari. Da 6 Regioni viene indicato come secondo obiettivo quello di rafforzare il ruolo della scuola e il rapporto educativo in questo specifico ambito.

Rispetto alla copertura territoriale in ambito di interventi di regolamentazione e procedure volte al contrasto dell'uso e spaccio di sostanze illegali da parte degli studenti, si osserva una distribuzione uniforme sul campione delle Regioni rispondenti: un terzo riporta una copertura estesa, un terzo limitata, mentre un terzo non dispone di informazioni al riguardo. Tutte le Regioni rispondenti riferiscono una copertura estesa rispetto all'adozione di regole e procedure a garanzia del totale divieto di fumo di sigaretta nel contesto scolastico. La quasi totalità delle Regioni non dispone di informazioni sulla copertura territoriale sia in merito ad interventi che prevedono l'impiego di test antidroga sia di programmi di

prevenzione standardizzati per la prevenzione del consumo di sostanze illecite nelle scuole.

Le giornate informative sulle droghe e gli interventi delle Forze dell'Ordine con lo scopo di prevenire l'uso di droghe hanno avuto una copertura estesa in 2 Regioni, mentre in 5 Regioni hanno avuto una copertura limitata; la restante quota non possiede dati in merito. Fra le FF.OO in particolare è la Polizia che opera sessioni di prevenzione una tantum nelle scuole (8 Regioni). In 4 Regioni non si dispone dell'informazione sulla copertura territoriale riguardo alle attività informative dedicate esclusivamente all'uso di droghe e altri temi di prevenzione integrati nei programmi scolastici e/o didattici. In 7 Regioni sono stati effettuati interventi non standardizzati di sviluppo di competenze personali e/o sociali e tutte le Regioni hanno promosso interventi fra pari.

In 9 Regioni sono state promosse attività ricreative extracurricolari (come ad esempio l'organizzazione di workshop, attività sportive, corsi di fotografia e teatro) a copertura limitata, così come eventi specifici per genitori (ad esempio serate o seminari per i genitori) svolti presso i locali scolastici.



Prevenzione Selettiva

La prevenzione selettiva interviene su gruppi specifici, famiglie o comunità, che possono avere maggiori probabilità di approcciare l'uso di droghe o di progredire nella dipendenza. I gruppi vulnerabili possono essere identificati sulla base di fattori di rischio sociali, demografici o ambientali noti per essere associati all'abuso di sostanze. Esempi di gruppi vulnerabili includono i giovani autori di crimini, coloro che abbandonano il percorso scolastico o gli studenti che presentano gravi problemi in ambito accademico. Gli interventi di prevenzione selettiva si svolgono prevalentemente presso i servizi e le strutture preposte.

Giovani vulnerabili

7 Regioni hanno attuato interventi di prevenzione diretta fuori dall'ambito scolastico, inclusi i giovani che abbandonano precocemente la scuola, con una copertura territoriale limitata.

La maggior parte delle Regioni non dispone di informazioni relativamente ai progetti prevenzione selettiva diretti a studenti con problemi scolastici e sociali, giovani appartenenti a gruppi etnici, senza fissa dimora e residenti in quartieri socialmente disagiati. Risulta, invece, che gli interventi che coinvolgono giovani con problematiche legate alla giustizia e quelli inseriti in strutture di accoglienza sono attuati dalla maggior parte delle Regioni con una copertura estesa del territorio.

Le Regioni attuano gli interventi rivolti ai giovani con problematiche legate alla giustizia e inseriti in strutture di accoglienza.

Famiglie vulnerabili

Gli interventi che vedono coinvolte le famiglie con problematiche legate all'uso di sostanze, incluso l'alcol, che hanno un'ampia copertura territoriale sono stati attuati da 6 Regioni.

Per quanto riguarda, invece, gli interventi che hanno come target genitori socialmente svantaggiati, famiglie nelle quali sono presenti situazioni di conflitto e/o abbandono e famiglie emarginate appartenenti a gruppi etnici, così come per le attività di prevenzione svolte nei quartieri vulnerabili, l'informazione a livello regionale è scarsa.

Prevenzione in contesti ricreativi

Le attività di informazione e sensibilizzazione indirizzate a prevenire le problematiche droga correlate, nonché gli interventi educativi mirati ad influenzare le attitudini e i comportamenti d'uso, risultano attuati dalla maggior parte delle Regioni e coprono diffusamente il territorio.

Gli interventi specificatamente rivolti agli utilizzatori di sostanze, come ad esempio la fornitura gratuita di acqua, pur se attuati nella maggior parte delle Regioni, si estendono con copertura territoriale limitata. Un numero esiguo di Regioni attua attività di drug test.

Circa la metà delle Regioni promuove la sorveglianza delle Forze dell'Ordine nei luoghi di incontro e nelle loro immediate vicinanze coprendo in modo esteso il territorio, mentre le attività di formazione rivolte al personale che serve alcolici o quelle di collaborazione tra le industrie del tempo libero e i Servizi, sono effettuati da 6 Regioni.

Un quadro del tutto simile si osserva rispetto agli interventi di prevenzione di guida in stato di ebrezza, che includono la messa a disposizione di mezzi di trasporto alternativi, e interventi educativi volti a promuovere la scelta 'dell'autista sobrio'.

Prevenzione Indicata

La prevenzione indicata si rivolge a individui con problemi comportamentali o psicologici che possano essere predittivi dello sviluppo sia di un uso problematico di sostanze sia di dipendenza.

Gli interventi brevi nelle scuole coprono in modo esteso i territori regionali.

In 5 Regioni sono stati attuati interventi brevi volti alla precoce identificazione degli studenti con comportamenti a rischio per l'uso di droghe e interventi di strada rivolti ai giovani con copertura territoriale limitata, risultano invece più estesi gli interventi brevi nelle scuole.

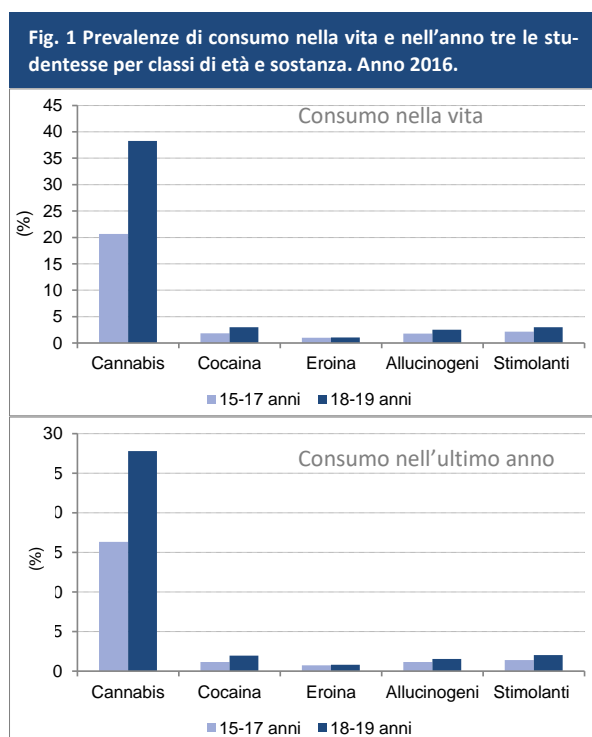
DONNE E DIPENDENZE

Appendice

DONNE E DIPENDENZE

I consumi psicoattivi tra le più giovani

Nel 2016 il 28% delle studentesse fra 15 e i 19 anni ha riferito di aver utilizzato almeno una sostanza psicoattiva illegale nel corso della propria vita e il 20,7% lo ha fatto nell'ultimo anno (contro rispettivamente il 37,7% e 30,9% dei coetanei di genere maschile), in particolar modo le maggiorenni (→PARTE II – par 1.2).



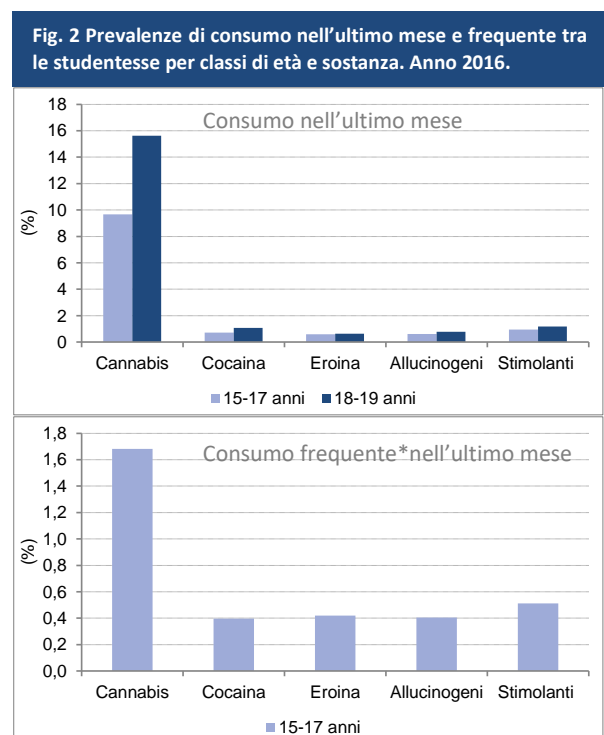
Fonte: CNR

Le ragazze utilizzano soprattutto cannabis, senza particolari differenze di genere (con un rapporto M/F pari a 1,5), differenze che altresì si riscontrano quando si fa riferimento ai consumi di cocaina, stimolanti, allucinogeni e, infine, eroina, per i quali le percentuali femminili risultano dimezzate rispetto a quelle maschili.

Il 28% delle studentesse ha utilizzato almeno una sostanza psicoattiva illegale nella propria vita.

Rispetto al consumo problematico di cannabis, rilevato attraverso la compilazione del test di screening CAST (Cannabis Abuse Screening Test), si osserva che per il 17,7% delle studentesse che hanno assunto la sostanza durante l'anno il comportamento si connota come "problematico" (contro il 27,3% dei coetanei maschi).

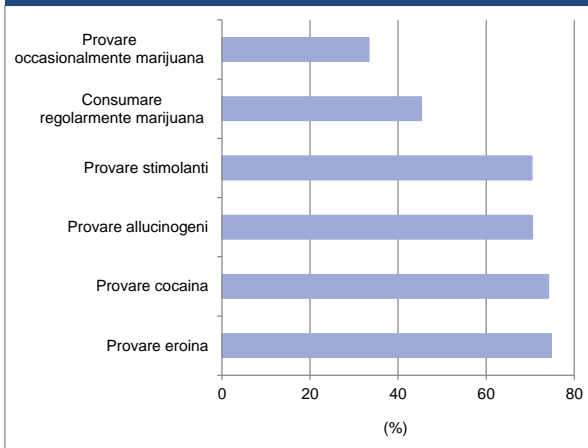
Relativamente ai consumi correnti, quelli avvenuti nel mese in cui è stato condotto lo studio, il 12,1% delle ragazze ha riferito di aver consumato sostanze illegali e il 2,1% ne ha fatto un uso frequente (contro rispettivamente il 20,8% e 6,3% dei coetanei maschi), utilizzando 20 o più volte cannabis e/o 10 o più volte le altre sostanze illegali (cocaina, stimolanti, allucinogeni, eroina).



* Per Cannabis: 20 o più volte; per Cocaina, Allucinogeni, Stimolanti ed Eroina: 10 o più volte. Fonte: CNR

Le studentesse si distinguono anche rispetto alla percezione del rischio correlato al consumo di sostanze: le ragazze che considerano molto rischioso consumare sostanze psicoattive sono sempre in quota superiore a quelle dei coetanei e per tutte le tipologie di sostanza.

Fig. 3 Distribuzione percentuale delle studentesse che ritengono MOLTO rischioso il consumo di sostanze. Anno 2016.

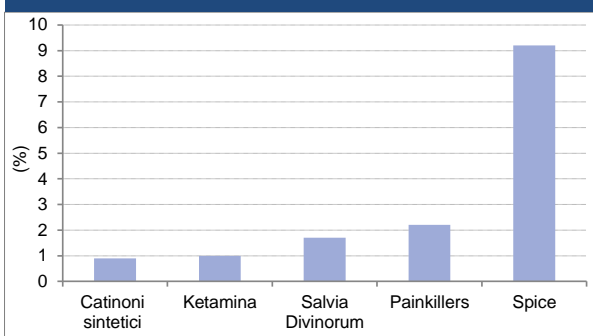


Fonte: CNR

Le ragazze hanno una percezione del rischio maggiore rispetto ai coetanei.

Nel 2016 il 2,8% delle studentesse italiane di 15-19 anni almeno una volta nella vita ha utilizzato Nuove Sostanze Psicoattive, le cosiddette **NPS** (che comprendono catinoni sintetici, ketamina e/o painkillers), quota che raggiunge il 9,9% se si includono i cannabinoidi sintetici, la cosiddetta **SPICE** (percentuali che risultano inferiori a quelle riscontrate tra i coetanei, pari rispettivamente a 4,1% e 13,8%).

Fig. 4 Percentuali di studentesse che hanno utilizzato NPS almeno una volta nella vita per sostanza. Anno 2016.



Fonte: CNR

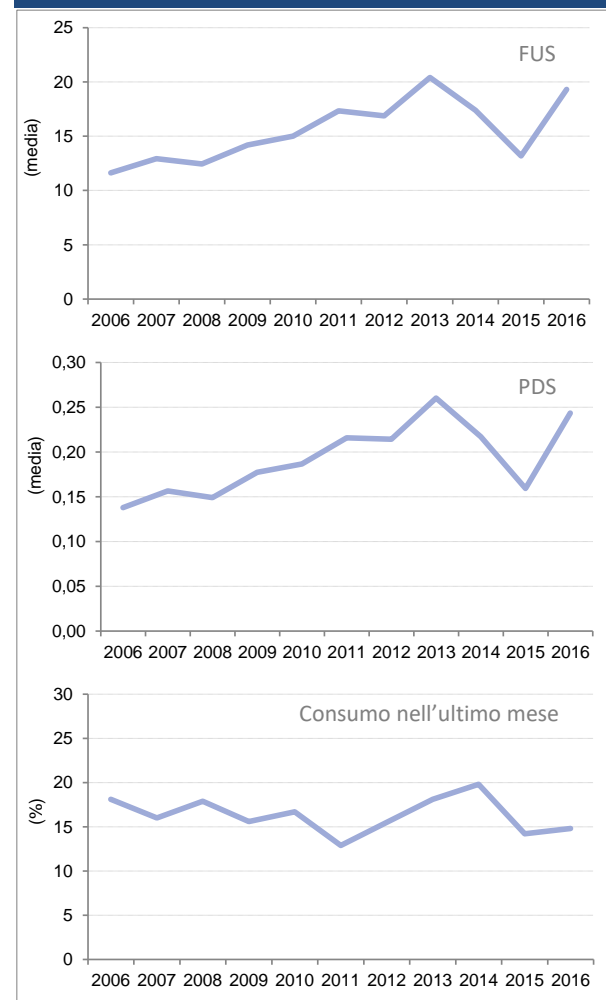
Il 2,8% delle studentesse ha utilizzato almeno una volta nella vita Nuove Sostanze Psicoattive.

Il 17,7% delle consumatrici di cannabis ne fa un uso problematico.

Riferendosi agli indicatori FUS e PDS è stato valutato anche il **danno associato al consumo delle sostanze psicoattive nella popolazione studentesca di 15-19 anni** che ha utilizzato almeno una sostanza psicoattiva¹ nei 30 giorni antecedenti lo svolgimento dello studio ESPAD®Italia (→PARTE II – par 3.1).

Tra le studentesse, nell'ultimo anno, sono aumentati gli indici FUS e PDS, nonostante una stabilità della diffusione del consumo di sostanze psicotrope.

Fig. 5 Andamento temporale degli indici FUS, PDS e delle percentuali di consumatrici negli ultimi 30 giorni fra le studentesse (15-19 anni). Anni 2006-2016.



Fonte: CNR

¹ Cannabis, eroina, cocaina, stimolanti, allucinogeni, psicofarmaci senza prescrizione medica e anabolizzanti.

L'ambito sanitario

Utenti in carico ai SerD

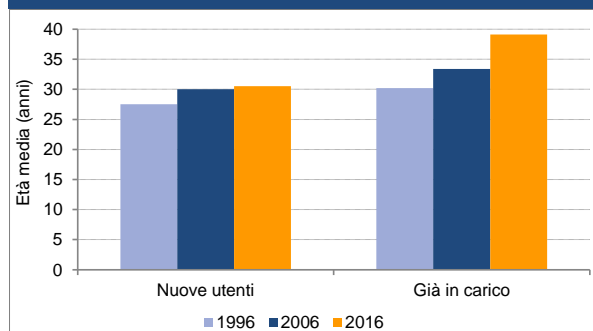
Nel corso dell'anno 2016 i SerD hanno assistito 19.686 donne tossicodipendenti², che rappresentano il 13,7% dell'utenza complessivamente assistita, con un rapporto di genere pari a 1 donna in carico ogni 6,3 utenti uomini. Complessivamente in Italia nel 2016 sono state assistite 6,3 donne ogni 10.000 residenti (contro 42 ogni 10.000 uomini residenti).

Nei SerD le donne rappresentano il 13,7% dei soggetti tossicodipendenti assistiti.

Il 14,6% dell'utenza femminile è rappresentato da nuove utenti, con una percentuale del tutto simile a quella rilevata tra gli uomini (15%). (→PARTE III – par 2.1).

L'utenza femminile ha un'età media pari a 38 anni, leggermente più giovane di quella maschile (39 anni). Nel corso degli anni si osserva un progressivo invecchiamento dell'utenza: se tra le nuove utenti l'età media passa da 28 anni del 1996 a 30 del 2006 a 31 nel 2016, è tra le utenti in carico dagli anni precedenti che si osserva il maggior aumento dell'età media, che da 30 anni del 1996 passa a 33 nel 2006 a 39 anni nel 2016.

Fig.6 Età media delle utenti trattate nei SerD per tipologia. Anni 1996-2006-2016.

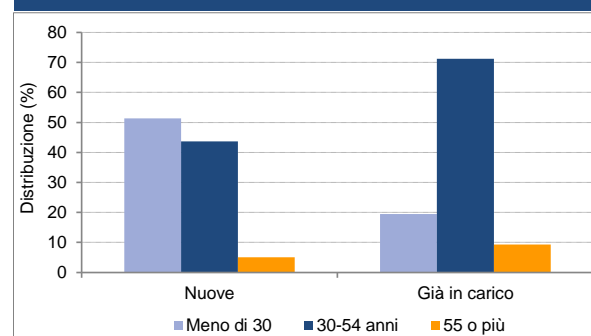


Fonte: Ministero della Salute - SIND

Nel corso degli anni si osserva un progressivo invecchiamento dell'utenza sia fra le utenti "storiche" che fra le nuove.

Il 67% delle utenti in carico ha tra i 30 e i 54 anni di età, il 24% ha meno di 30 anni e il 9% ha più di 54 anni.

Fig.7 Distribuzione delle utenti trattate nei SerD per tipologia e classi di età. Anno 2016.



Fonte: Ministero della Salute - SIND

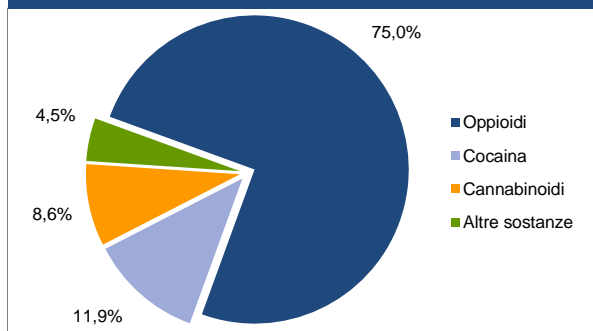
La classe maggiormente rappresentata fra le donne è quella delle 30-34enni pari a 16 donne assistite ogni 10.000 abitanti di genere femminile di pari età.

Gli oppioidi sono la sostanza primaria di abuso nel 75% delle utenti.

Gli oppioidi sono nella maggior parte dei casi (75%) la sostanza primaria per la quale si è in trattamento, seguiti dalla cocaina (11,9%). Le donne in trattamento per dipendenza da cannabis sono l'8,6%, mentre il restante 4,5% è in trattamento per altre sostanze (principalmente ipnotici e sedativi e stimolanti).

² Mancano i dati riferiti alla P.A. di Trento.

Fig.8 Distribuzione percentuale delle utenti secondo la sostanza primaria di abuso. Anno 2016.



Fonte: Ministero della Salute - SIND

Diffusione malattie infettive in soggetti tossicodipendenti

I soggetti tossicodipendenti, soprattutto quelli che assumono droghe per via iniettiva, sono ad aumentato rischio di epatite virale a trasmissione parenterale (B, C e Delta), così come di epatite A (→PARTE IV – par 1.2).

I casi di epatite virale acuta a carico del genere femminile rappresentano il 20,8%.

Nel quinquennio 2012-2016 i casi di epatite virale acuta a carico del genere femminile rappresentano il 20,8% del totale dei casi in soggetti tossicodipendenti, con l'epatite C che costituisce la forma più diffusa fra le donne. Dei 113 e 58 nuovi casi rispettivamente di epatite C e B, segnalati nel quinquennio, il 27,4% e 10,3% riguardano donne tossicodipendenti, così come il 16,1% dei 31 casi di epatite A.

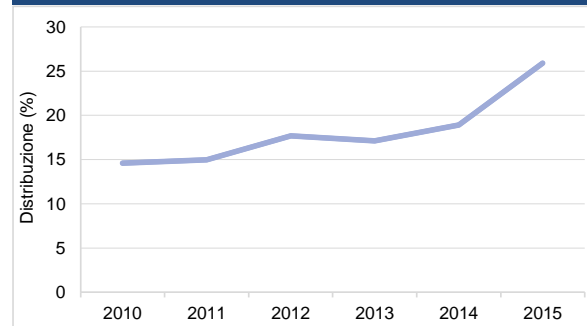
L'epatite C è la forma più diffusa nelle donne.

Nell'anno 2016, in particolare, sono stati segnalati 38 casi di epatite virale acuta in soggetti consumatori di droghe: 20 casi sono per epatite C, 10 per tipo B e 8 per tipo A.

Fra questi, 5 casi sono a carico del genere femminile e sono tutti per epatite C.

Rispetto alle 112 nuove diagnosi di HIV (→PARTE IV – par 1.1) segnalate nel 2015 (ultimo anno disponibile) in persone che fanno uso di droghe per via iniettiva, il 25,9% (29 casi) ha riguardato donne, tra le quali dal 2011 si osserva un andamento crescente dell'incidenza: nel 2011, infatti, rappresentavano il 15% circa, al contrario di quanto sta accadendo nel genere maschile.

Fig.9 Distribuzione percentuale delle nuove diagnosi di infezione da HIV tra le IDU. Anni 2010-2015.



Fonte: ISS

L'incidenza delle diagnosi di HIV tra le donne è in crescita.

Tra le donne l'età mediana alla segnalazione è di 43,5 anni, leggermente superiore rispetto a quella degli uomini (41 anni).

Rispetto, invece, alle 81 nuove diagnosi di **AIDS** notificati nel 2015 sempre tra i soggetti che usano droghe per via iniettiva, 18 riguardano donne (pari al 22,2% di tutte le diagnosi). Le donne segnalate risultano avere un'età mediana di 48 anni, di un solo anno più giovane rispetto ai segnalati di genere maschile (49 anni).

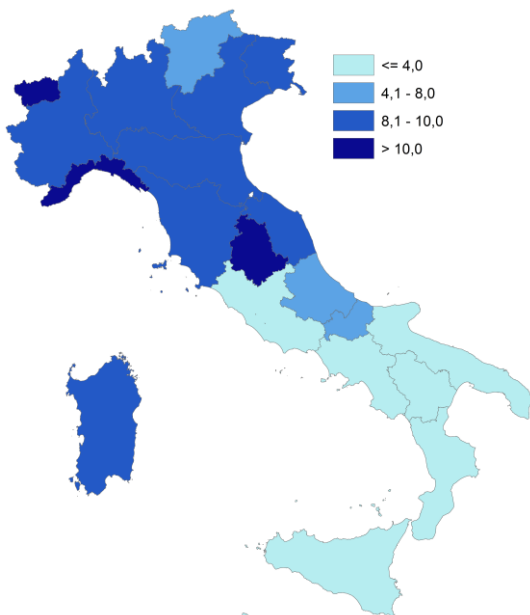
Per entrambi i generi i "Late testers", ovvero coloro che hanno ricevuto la prima diagnosi di positività per HIV nei 6 mesi precedenti l'esordio dell'AIDS, rappresentano soltanto un quarto dei nuovi casi di AIDS (M: 25,9%; F: 25,0%), suggerendo che molti soggetti arrivano allo stadio di AIDS conclamato ignorando la propria sieropositività.

Ricoveri ospedalieri droga correlati

Nel 2015 (ultimo dato disponibile) i ricoveri femminili con diagnosi principale droga-correlata sono stati 2.148, il 35,3% di quelli totali, pari ad un tasso di ospedalizzazione di circa 6,7 ricoveri ogni 100.000 residenti donne (contro 12,9 ricoveri maschili ogni 100.000 uomini residenti), mostrando i tassi più elevati nelle regioni Valle d'Aosta e Liguria e quelli inferiori in Basilicata e Campania.

Il tasso di ospedalizzazione con diagnosi principale droga-correlata è il 6,7 ogni 100.000 donne residenti.

Fig.10. Tassi femminili di ospedalizzazione per ricoveri direttamente droga-correlati. Anno 2015.

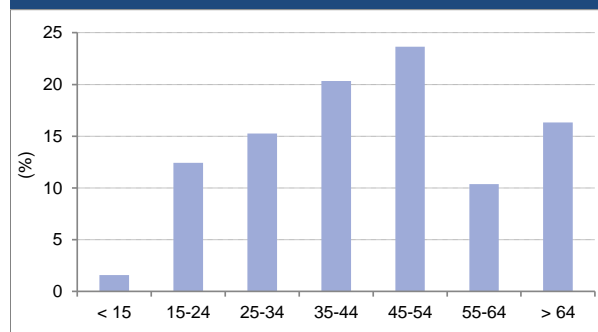


Fonte: ISTAT

Nel tempo i tassi di ospedalizzazione mostrano nelle donne una sostanziale stabilità (nel 2011 8,4 ricoveri ogni 100.000 donne residenti), a differenza quanto si rileva negli uomini che tendono a aumentare (da 11,4 del 2011 ai 12,9 ricoveri per 100.000 residenti maschi nel 2015) (→PARTE IV – par 2.1).

Il 44% dei ricoveri femminili droga-correlati ha riguardato donne di età compresa tra i 35 e i 54 anni, il 26,7% donne ultra 54enni e il 14% giovani donne con meno di 25 anni.

Fig.11 Distribuzione percentuale dei ricoveri femminili direttamente droga-correlati per classi di età. Anno 2015.



Fonte: ISTAT

Fra le donne risulta predominante la quota di ricoveri che fanno riferimento a sostanze miste o non specificate.

Fra le donne risulta predominante la quota di ricoveri che fanno riferimento a sostanze miste o non specificate (71,7%), quota decisamente più elevata rispetto agli uomini (49,7%).

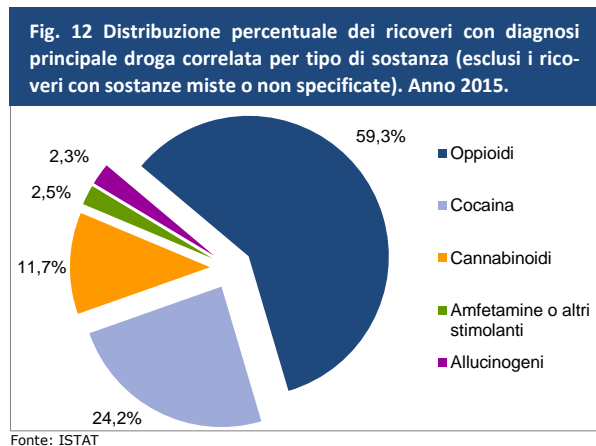
Il consumo di oppiacei come causa principale di ricovero è più frequente nelle donne rispetto agli uomini.

Limitatamente ai ricoveri che riportano la sostanza in diagnosi principale, tra le donne si osserva che il 59,3% è attribuibile al consumo di oppiacei e l'11,7% di cocaina, rispettivamente in quota superiore e inferiore a quanto riscontrato nei ricoveri maschili (Fig. 15).

Estendendo l'analisi dei ricoveri a tutte le diagnosi riportate nelle SDO dell'anno 2015, il tasso di ospedalizzazione si triplica e raggiunge 30,2 ricoveri ogni 100.000 donne residenti (contro 40,1/100.000 per gli uomini).

L'analisi per sostanza laddove specificata, evidenzia un decremento percentuale di tutte le sostanze a favore di un netto incremento dei cannabinoidi, che nei ricoveri femminili raggiunge il 25,7% (29,8% in quelli maschili).

Il tasso di ospedalizzazione sale a 30,2 ogni 100.000 donne residenti includendo anche le diagnosi secondarie.



Decessi per abuso di sostanze stupefacenti

Nel corso del 2016, i **decessi femminili per intossicazione acuta** rilevati dalle Forze di Polizia o segnalati dalle Prefetture sono stati 27, che rappresentano il 10,2% dei complessivi 266 casi avvenuti nell'anno (→PARTE IV – par 2.3).

L'eroina si conferma lo stupefacente che causa il maggior numero di decessi.

Tab.1 Andamento quinquennale dei decessi per abuso di sostanze stupefacenti per genere e classe di età. Anni 2012-2016

Fasce di età (anni)	2012		2013		2014		2015		2016	
	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M
< 15	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
15-19	3	10	1	7	-	4	2	5	1	4
20-24	4	23	3	20	3	16	4	13	4	9
25-29	7	39	10	35	2	24	8	15	2	16
30-34	8	56	-	44	5	36	6	33	5	34
35-39	4	80	10	48	1	48	7	65	7	46
≥40	21	138	12	159	8	166	15	135	8	130
Totale	47	346	36	313	19	294	42	308	27	239
		393		349		313		308		266

Fonte: Ministero dell'Interno

Il Registro Generale di Mortalità (RGM) dell'ISTAT, basandosi sui certificati di morte, consente di stimare il fenomeno dei **decessi droga-correlati**, utilizzando oltre alla causa iniziale di morte anche le concause (→PARTE IV – par 2.4).

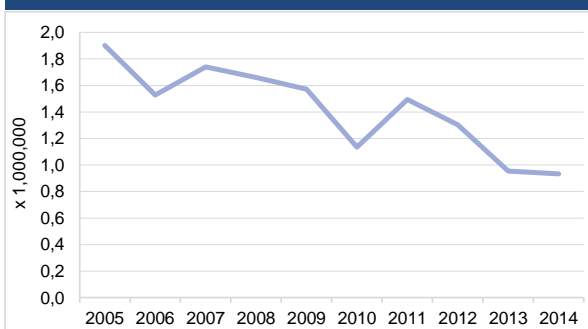
Secondo quanto rilevato nell'ultima annualità disponibile e relativa al 2014, in Italia si sono osservati 263 decessi con causa iniziale droga correlata, l'11,8% riferiti a persone di genere femminile.

Nel 2014 l'11,8% dei decessi droga-correlati sono di genere femminile.

L'analisi dell'andamento temporale dei tassi standardizzati³ di mortalità per genere rilevati dal RGM mostra come la diminuzione della mortalità negli ultimi 10 anni disponibili sia più marcata nel genere femminile, in particolare negli ultimi 4 anni osservati, stante comunque la bassa numerosità di decessi in questa popolazione.

Negli ultimi 10 anni la mortalità droga correlata è in diminuzione, soprattutto fra le donne.

Fig. 13 Andamento temporale dei tassi standardizzati di mortalità droga correlata per 1.000.000 di residenti. Anni 2005-2014.



Fonte: ISTAT

Guardando ai tassi standardizzati di mortalità per area geografica non si osserva comunque un gradiente nord-sud e i valori più elevati si rilevano nel centro Italia, sia per quanto riguarda il genere maschile che femminile.

Tab.2 Tassi standardizzati di mortalità droga correlata per macro-area di residenza e genere per 1.000.000 di residenti. Anno 2014.

Area	Maschi	Femmine	Totale
Nord Est	6,6	0,8	3,7
Nord Ovest	6,4	0,5	3,5
Centro	13,1	1,9	7,5
Sud	2,7	0,5	1,6
Isole	6,7	1,1	3,8
ITALIA	6,9	0,9	3,9

Fonte: ISTAT

³ La popolazione utilizzata per la serie storica è la media ricostruita intercensuaria e come popolazione standard è stata utilizzata quella europea (Eurostat 2012)

L'ambito della giustizia

Le denunce per reati droga correlati

Nel 2016 le donne denunciate all'Autorità Giudiziaria per reati droga correlati (→PARTE I – par 2.1) sono state 2.224, corrispondenti al 6,7% del totale dei denunciati per tali reati e con un incremento, rispetto all'anno precedente, del 10,6%.

Nel 2016 il 6,7% dei denunciati per reati droga correlati è di genere femminile.

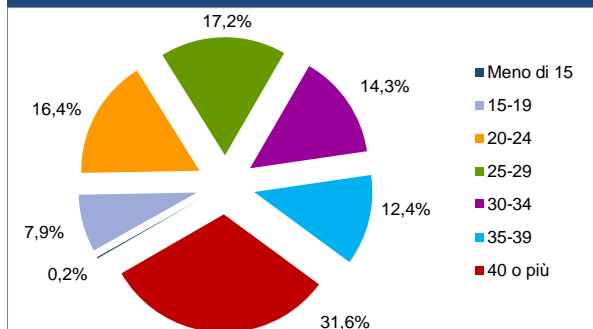
Il 20,2% di queste è di nazionalità straniera (contro il 39,6% degli uomini) e 1.492 (67,1%) sono in stato di arresto.

Anche sotto quest'ultimo aspetto le donne si differenziano dagli uomini: tra queste, infatti, si registra una quota più alta di denunce a piede libero (32,6% vs 28,%) e più bassa di arresti e irreperibilità (rispettivamente 67,1% vs 71,1% e 0,3% vs 0,9%).

Le denunce per reati droga correlati a carico delle donne sono in incremento soprattutto fra le minorenni.

La fascia di età maggiormente coinvolta è stata quella ≥ 40 anni, con 702 casi ed è fra le minorenni che si è rilevato l'incremento maggiore di denunce (+20%) rispetto all'anno precedente.

Fig. 14 Distribuzione delle donne denunciate per classi di età. Anno 2016.



Fonte: Ministero della Giustizia

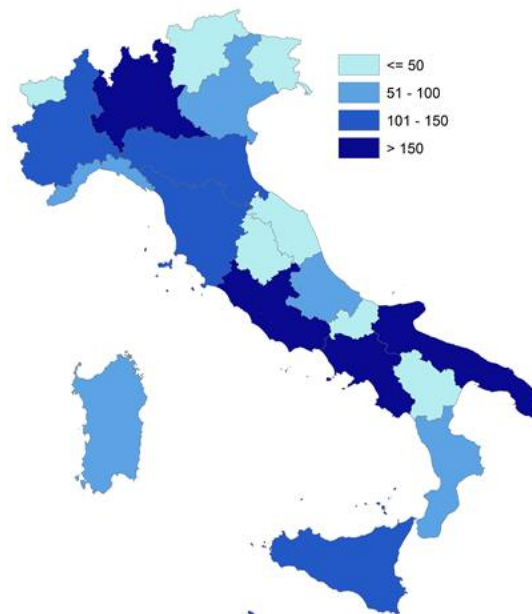
Le denunce hanno riguardato per il 91,6% il reato di produzione, traffico e detenzione di sostanze stupefacenti (art. 73 DPR 309/90) e per l'8,4% quello di associazione finalizzata al traffico di sostanze stupefacenti (Art. 74 DPR 309/90).

Relativamente alle sostanze, il quadro che si è configurato nel 2016, è il seguente: tra le 10.980 persone denunciate per i delitti aventi per oggetto la **cocaina**, 833 (7,6%) sono donne. Tra le 3.680 persone denunciate per **eroina**, 333 (9,1%) sono donne. Tra le 16.327 persone denunciate per condotte concernenti i derivati della **cannabis**, 914 (5,6%) sono donne. Il 10,20% delle persone denunciate per **droghe sintetiche** è di genere femminile (40 donne).

È per droghe sintetiche la maggior parte delle denunce per singola sostanza.

Dal punto di vista geografico, è la regione Lazio con 398 donne coinvolte nel traffico di stupefacenti ad emergere come valore assoluto rispetto alle altre regioni. Fanno seguito Campania (315), Lombardia (260), Puglia, (182), Sicilia (148) ed Emilia Romagna (143). I valori più bassi in Molise (13), Basilicata (12) e Valle d'Aosta (5).

Fig. 15 Distribuzione delle donne denunciate per regione. Anno 2016.



Fonte: Ministero della Giustizia

Le condanne per reati droga correlati

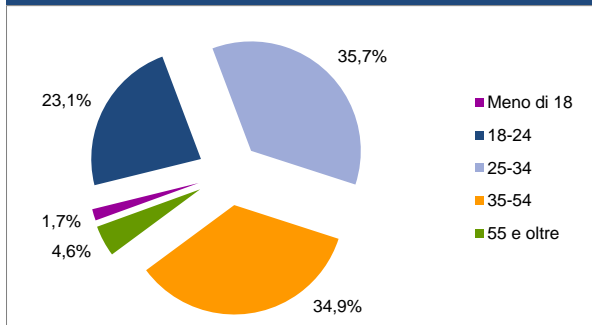
Nel 2016 sono state condannate 618⁴ donne per reati di produzione, traffico e detenzione di sostanze stupefacenti (art. 73 DPR 309/90) o associazione finalizzata al traffico di sostanze stupefacenti (Art. 74 DPR 309/90), pari al 6,2% del totale dei condannati per tali reati.

Il 6,2% delle condanne per reati droga correlati è a carico del genere femminile.

Tra queste, la percentuale di straniere è del 29,1% (contro il 44,9% rilevata tra gli uomini). Le donne condannate sono prevalentemente di età compresa tra i 25 e i 54 anni, come mostra la figura seguente.

⁴ La rilevazione si discosta dai dati reali a causa del fenomeno dell'arretrato nell'alimentazione del sistema da parte degli uffici.

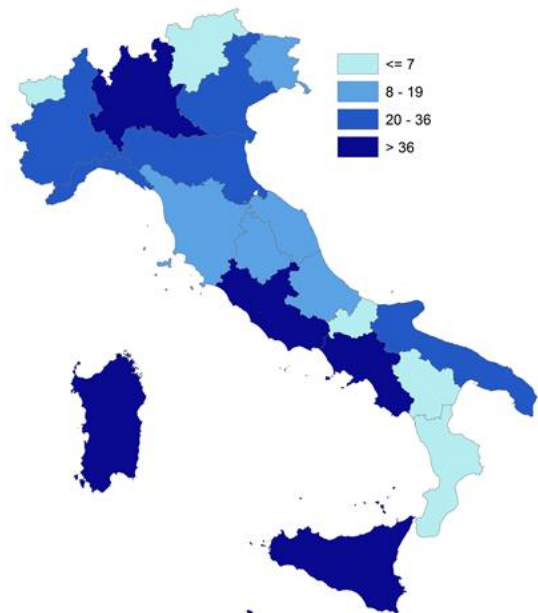
Fig. 16 Distribuzione delle donne condannate per classi di età. Anno 2016.



Fonte: Ministero della Giustizia

Nella seguente figura è mostrata la distribuzione delle donne condannate per reati droga correlati per regione del commesso reato.

Fig 17. Distribuzione delle donne denunciate per regione. Anno 2016.



Fonte: Ministero della Giustizia

Detenute e misure alternative al carcere

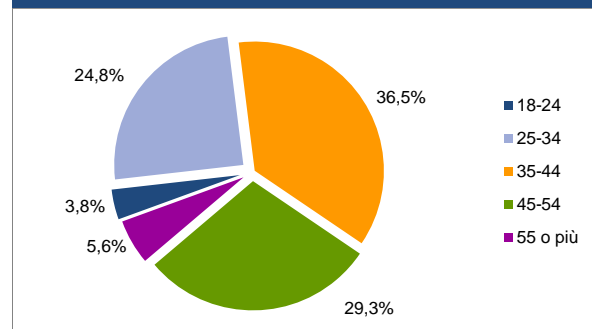
Circa un quarto delle donne in carcere sono tossicodipendenti (545 corrispondenti al 23,9% del totale delle detenute al 31/12/2016) (→PARTE III – par 2.3). Di queste 134 (24,6%) sono di nazionalità straniera.

Circa un quarto delle donne in carcere sono tossicodipendenti.

Rispetto al totale degli ingressi dalla libertà a carico di donne avvenuti durante tutto l'arco del 2016, il 20,9% (710) ha riguardato donne tossicodipendenti. Di queste il 26,5% sono straniere.

Le donne tossicodipendenti condannate che hanno usufruito di una **misura alternativa al carcere** (sia specifica per tossicodipendenti che non) nel 2016 sono state 266 (→PARTE III – par 2.4) e rappresentano solo una piccola quota del totale dei tossicodipendenti in misura alternativa (5,5%). La classe di età maggiormente rappresentata è quella tra i 35 e i 44 anni.

Fig 18. Distribuzione delle donne in misura alternativa per classi di età. Anno 2016.



Fonte: Ministero della Giustizia

Il 5,5% dei tossicodipendenti in misura alternativa è di genere femminile.

Le donne tossicodipendenti in misura alternativa sono seguite principalmente dai servizi pubblici per le dipendenze (65,7% - rilevazione puntuale al 31 dicembre 2016).

La proporzione di donne detenute per reati ascritti all'art. 73 e/o 74 del DPR 309/90 è accomunabile a quella della popolazione femminile detenuta nel suo complesso (4%) e presenta un'età mediana fra i 40 e i 44 anni (→PARTE I – par 2.3).

Le giovani donne in carico ai Servizi Sociali della Giustizia Minorile sono il 5,1% del totale degli imputati.

Le minorenni (14-17 anni) e le giovani adulte (18-25 anni) in carico ai Servizi Sociali della Giustizia Minorile (→PARTE III – par 2.4) con imputazioni di reato per violazione delle disposizioni in materia di sostanze stupefacenti, sono state 204 (5,1% sul un totale complessivo degli imputati per reati droga correlati).

