

SENATO DELLA REPUBBLICA

XVIII LEGISLATURA

Doc. XXX
n. 1

RELAZIONE

SUI DATI RELATIVI ALLO STATO DELLE TOSSICODIPENDENZE IN ITALIA

(Anno 2017)

*(Articolo 131 del testo unico di cui al decreto del Presidente della Repubblica
9 ottobre 1990, n. 309)*

**Presentata dal Ministro per i rapporti
con il Parlamento e la democrazia diretta**

(FRACCARO)

Comunicata alla Presidenza il 14 settembre 2018



**PRESIDENZA DEL CONSIGLIO DEI MINISTRI
DIPARTIMENTO PER LE POLITICHE ANTIDROGA**

**RELAZIONE ANNUALE AL PARLAMENTO
SUL FENOMENO DELLE
TOSSICODIPENDENZE IN ITALIA
ANNO 2018 (DATI 2017)**

INDICE

I	Presentazione.....	I
---	--------------------	---

INTRODUZIONE

II	Osservazioni introduttive e note metodologiche	IV
III	Quadro giuridico-normativo	VI
IV	Principali attività svolte dal Dipartimento nell'anno 2017	VIII

I OFFERTA E MERCATO DI SOSTANZE STUPEFACENTI

1 Offerta di sostanze stupefacenti e caratteristiche del mercato

1.1	Caratteristiche del mercato delle sostanze stupefacenti	4
1.2	Operazioni antidroga	6
1.3	Sequestri	8
1.4	Analisi qualitativa e quantitativa delle sostanze	15
1.5	Il sistema di allerta precoce	22
1.6	NPS: pareri per l'aggiornamento delle tabelle delle sostanze sotto controllo.....	30
1.7	NPS: procedure di tabellazione.....	31

2 Riduzione dell'offerta

2.1	Denunce a piede libero, in stato di irreperibilità e arresti.....	34
2.2	Procedimenti penali pendenti per reati droga-correlati	40
2.3	Condanne per reati droga-correlati.....	43
2.4	Detenuti per reati droga-correlati	46
2.5	Minori nel circuito penale per reati droga-correlati.....	51
2.6	Segnalazioni per art. 75 DPR N. 309/1990.....	54

II DIFFUSIONE E TENDENZE DEI CONSUMI

3 Consumi nella popolazione

3.1	Consumi nella popolazione generale.....	62
3.2	Consumi nella popolazione studentesca	78

4 Consumi in gruppi specifici

4.1	Consumi di sostanze psicoattive nei praticanti attività sportive	98
4.2	Casi di positività all'uso di sostanze stupefacenti tra gli appartenenti alle Forze Armate e all'Arma dei Carabinieri	100

5 Consumo ad alto rischio

5.1	Danno associato al consumo delle sostanze psicoattive nella popolazione studentesca	104
5.2	Consumo problematico di cannabis	107
5.3	Consumo di sostanze ad alto rischio.....	111

III OFFERTA E DOMANDA DI TRATTAMENTO

6 Organizzazione dei servizi

6.1	Servizi pubblici per le Dipendenze	116
6.2	Servizi del privato sociale accreditato	118
6.3	Offerta di trattamento dei Servizi pubblici e privati per le Dipendenze.....	120
6.4	Servizi e attività di limitazione del rischio e di riduzione del danno.....	132

7 Domanda di trattamento

7.1	Utenti in carico e trattamenti erogati dai Servizi pubblici per le Dipendenze	138
7.2	Utenti in carico ai Servizi del privato sociale accreditato	148
7.3	Soggetti tossicodipendenti in carcere	150
7.4	Misure alternative per i soggetti tossicodipendenti in carcere	155

IV DANNI CORRELATI AL CONSUMO DI SOSTANZE STUPEFACENTI

8 Malattie infettive

8.1	Malattie infettive tra i soggetti tossicodipendenti in trattamento	160
8.2	Diffusione delle epatiti virali acute in soggetti tossicodipendenti	163
8.3	HIV e AIDS tra i consumatori per via iniettiva.....	170

9 Ricoveri ospedalieri, incidenti stradali e mortalità

9.1	Ricoveri ospedalieri droga-correlati	178
9.2	Incidenti stradali droga-correlati	183
9.3	Mortalità per intossicazione acuta	186
9.4	Mortalità droga-correlata	188

V ATTIVITÀ DI PREVENZIONE

10 Attività di prevenzione

10.1	Interventi di prevenzione in ambito scolastico.....	196
10.2	Interventi di prevenzione e di contrasto all'uso di sostanze nelle Forze Armate e nell'Arma dei Carabinieri	204
10.3	Interventi di prevenzione in ambito territoriale.....	207
10.4	Prevenzione dell'incidentalità stradale notturna droga-correlata	217

Acronimi.....	221
---------------	-----

Fonti informative	222
-------------------------	-----

PRESENTAZIONE

Sono lieto di presentare la Relazione al Parlamento 2018 sul fenomeno delle tossicodipendenze in Italia, frutto del lavoro di raccolta dei dati relativi all'anno 2017 da parte delle amministrazioni centrali e periferiche che si occupano di questo settore.

Sulla base di quanto rilevato nel 2017, circa 4 milioni di italiani hanno utilizzato almeno una sostanza stupefacente illegale e, di questi, mezzo milione ne fa un uso frequente, pertanto ritengo debbano essere potenziate le attività di prevenzione cura e riabilitazione, anche precoci, senza tralasciare l'attività di contrasto al traffico e allo spaccio. La tutela del futuro dei nostri giovani e delle loro famiglie deve essere al centro delle nostre azioni di Governo.

Nonostante negli ultimi 15 anni si sia assistito ad una riduzione complessiva del numero dei decessi per overdose, dal 2016 notiamo un leggero aumento dei decessi droga correlati, soprattutto per eroina.

Prendiamo atto che il trend dell'uso, del traffico e dello spaccio di cannabis è in aumento con percentuali di principio attivo sempre più elevate rispetto agli anni precedenti, così come assistiamo ad un aumento dei soggetti che usano più sostanze.

Pertanto, è ferma intenzione di questo Governo porre in essere interventi in grado di garantire una migliore sinergia e un maggior bilanciamento tra le attività di riduzione dell'offerta (attività di contrasto del traffico e dello spaccio) e le attività di riduzione della domanda di droga (attività di prevenzione, cura e riabilitazione).

Oltre a questo, in linea con il Piano d'azione Europeo, si cercherà di potenziare le attività di informazione, ricerca, monitoraggio e valutazione per contribuire ad una migliore comprensione di tutti gli aspetti del fenomeno droga e dell'impatto delle misure, al fine di fornire prove solide e complete per le politiche e le azioni. Questo ci consentirà di proporre interventi mirati su solide evidenze scientifiche ed orientare anche le scelte circa le risorse a disposizione.

L'attività degli operatori, che quotidianamente sono impegnati all'interno dei 570 servizi pubblici e delle 922 strutture comunità terapeutiche, ha fatto sì che l'Italia possa vantare una rete di assistenza tra le più strutturate ed efficienti in ambito europeo. Tale sistema socio-assistenziale andrebbe comunque supportato ed aggiornato in relazione al cambiamento degli stili di consumo, di distribuzione e delle problematiche emergenti, quali ad esempio le nuove sostanze psicoattive sulle quali occorre rafforzare, a mio parere, l'attenzione e gli interventi.

Le nostre linee programmatiche prevedono un coinvolgimento, a vari livelli e modalità, di tutti gli attori del sistema delle tossicodipendenze perché sono consapevole che solo con uno sforzo comune e con una collaborazione costante sarà possibile ottenere risultati efficaci e duraturi.

On. Lorenzo Fontana

Ministro per la Famiglia e le Disabilità

INTRODUZIONE

Osservazioni introduttive e note metodologiche

La “Relazione al Parlamento sul fenomeno delle tossicodipendenze in Italia 2018” costituisce il documento ufficiale elaborato dal Dipartimento per le politiche antidroga della Presidenza del Consiglio dei ministri, ai sensi dell’art. 131 del DPR n. 309/90, al fine di fornire un quadro conoscitivo del fenomeno droga nel nostro Paese e delle risposte alle problematiche da esso derivanti. La stesura è il frutto di un esercizio di coordinamento interistituzionale cui partecipano, a vario titolo, Amministrazioni centrali e Periferiche ed Enti che, per quanto di competenza, svolgono compiti di monitoraggio, contrasto, prevenzione e trattamento in materia di droga.

La Relazione, redatta tenendo conto delle direttrici dell’European Drug Report dell’Osservatorio Europeo per le droghe e tossicodipendenze - European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA), si basa su un esame approfondito dei dati più aggiornati provenienti dalle fonti istituzionali esistenti e si propone di mettere in evidenza i modelli e le problematiche emergenti. Ciò al fine di favorire la fruibilità degli argomenti e la loro più ampia diffusione.

La struttura del documento si sviluppa in cinque parti: “Offerta e mercato delle sostanze stupefacenti”, “Diffusione e tendenze nei consumi”, “Offerta e domanda di trattamento”, “Danni correlati al consumo di sostanze stupefacenti” e “Attività di prevenzione”.

La Parte Prima offre una descrizione aggiornata dell’offerta di sostanze stupefacenti presente sul nostro territorio e delle azioni messe in atto per contrastarla. Nello specifico, le informazioni riguardanti la dimensione e le caratteristiche del mercato sono state elaborate integrando le più recenti stime prodotte dall’ISTAT, le informazioni sul volume delle operazioni antidroga e dei sequestri fornite dal Ministero dell’Interno - DCSA, i risultati prodotti dall’analisi qualitativa delle sostanze fornite da Ministero dell’Interno - DCA e dai R.I.S. di Roma, e la descrizione puntuale delle Nuove Sostanze Psicoattive segnalate nel 2017 dal Sistema di Allerta Rapido dell’ISS. La descrizione del contrasto all’offerta è resa possibile grazie ai contributi del Ministero dell’Interno - DCSA e Centro studi - riguardanti le segnalazioni per Art. 75 e le denunce e per reati in violazione del DPR N. 309/1990, e del Ministero della Giustizia - Direzione Generale della Giustizia Penale e Dipartimento della Amministrazione Penitenziaria - relativamente ai procedimenti penali, alle condanne e alla popolazione detenuta per reati droga-correlati.

La Parte Seconda approfondisce gli ambiti che compongono la domanda di sostanze stupefacenti. A tal fine, viene presentata una descrizione dei profili di consumo, sia nella popolazione generale sia in quella giovanile, elaborata attraverso le stime prodotte da studi specifici sviluppati dal CNR – Istituto di Fisiologia Clinica. Seguono gli approfondimenti sulla diffusione in gruppi specifici, come gli atleti e le forze dell’ordine, possibili grazie al contributo dell’ISS - Centro Nazionale Dipendenze e Doping e Ministero della Difesa - Osservatorio Epidemiologico. Questa Parte contiene un approfondimento sui consumi considerati ad alto rischio, stimati attraverso algoritmi sviluppati a livello europeo, redatto grazie al contributo di esperti nazionale della rete Reitox.

La Parte Terza attiene agli interventi di salute pubblica che i sistemi sanitari e sociali, a livello nazionale e territoriale, hanno svolto nel 2017 al fine di ridurre i danni derivati dall'uso di sostanze e curare i soggetti con dipendenze. I contributi del Ministero della Salute e i dati forniti dal Ministero dell'Interno - Centro Studi, dal Ministero della Giustizia – Dipartimenti Amministrazione Penitenziaria e Giustizia Minorile, e dalle Regioni e Province Autonome sono determinanti per una mappatura dell'organizzazione dei servizi sia pubblici che del privato sociale accreditato, oltre che per comprendere come si modifica nel tempo la domanda di trattamento richiesta dai soggetti con problemi legati al consumo di sostanze stupefacenti. Grazie al contributo del Ministero della Giustizia – DAP è stato possibile formulare un approfondimento dedicato ai soggetti tossicodipendenti in carcere.

La Parte Quarta fornisce un quadro aggiornato sui danni correlati al consumo di sostanze stupefacenti. I contributi del Ministero della Salute e del Gruppo di lavoro SIND, e dell'ISS – SEIEVA e COA presentano un'analisi della diffusione di malattie infettive fra i soggetti tossicodipendenti, mentre i contributi dell'ISTAT e del Ministero dell'Interno – DCSA analizzano il peso ricoperto dai consumi di droghe nei ricoveri ospedalieri, l'impatto nell'incidentalità stradale e l'evoluzione della mortalità droga correlata.

La Parte Quinta offre infine un resoconto completo delle maggiori azioni in ambito di prevenzione che sono state programmate e realizzate nel corso del 2017 sia in ambito scolastico, che specificatamente sull'incidentalità stradale. I contributi del MIUR e del Ministero dell'Interno permettono di comprendere come siano state allocate le risorse disponibili. Inoltre, grazie alla collaborazione di Regioni e Province Autonome, è stato possibile descrivere l'attuazione delle azioni volte alla promozione della salute sull'intero territorio nazionale.

Le cinque parti di cui si compone la Relazione sono il frutto di un articolato esercizio fondato su competenze, linguaggi e punti di osservazione molteplici, organicamente indirizzati verso l'obiettivo di fornire una lettura integrata del fenomeno. Il lavoro ha impegnato l'intero Dipartimento per le politiche antidroga e in particolare l'Ufficio Tecnico-Scientifico e Affari Generali e il Servizio Osservatorio Nazionale e Rapporti internazionali, cui ha fornito supporto il Consiglio Nazionale delle Ricerche - Istituto di Fisiologia Clinica. L'esercizio è stato sviluppato sulla base di consultazioni elettroniche e di periodiche riunioni tecniche con il CNR al fine di ottimizzare la gestione e l'analisi del flusso informatizzato dei dati in capo al Dipartimento.

Si ringraziano tutte le Amministrazioni Centrali e Periferiche e gli enti che hanno partecipato al processo di elaborazione del documento.

Quadro giuridico-normativo

Il sistema italiano, anche sotto la spinta di esigenze avvertite a livello internazionale, si è dotato nel tempo di istituti e strumenti volti a prevenire e contrastare il fenomeno droga. Per delineare in modo sintetico l'evoluzione del quadro nazionale, è utile muovere dalla Convenzione ONU di New York del 30 marzo 1961, ratificata in Italia con la legge 5 giugno 1974 n.412. Tale Convenzione richiedeva l'istituzione presso ciascuno Stato di un "Servizio nazionale di coordinamento", promuovendo l'elaborazione di idonee misure di repressione e prevenzione del fenomeno e incentivava il tenore e la tempestività nei rapporti di cooperazione internazionale. Analoghi principi sono alla base della Convenzione ONU di Vienna del 21 febbraio 1971, ratificata in Italia con la legge 25 maggio 1981 n. 385, e di quella sottoscritta, sempre a Vienna, nel 1988, recepita con la legge 5 novembre 1990 n. 318. Tali normative elencavano i contenuti della cooperazione e del coordinamento tra i vari servizi nazionali antidroga, qualificandoli quali veri e propri pilastri della lotta al traffico internazionale di stupefacenti e sostanze psicotrope. Più in dettaglio, gli Stati venivano invitati a intensificare gli accordi bilaterali e multilaterali, consolidare i canali di comunicazione e facilitare gli scambi (informazioni, personale, esperti, agenti di collegamento).

L'Italia, oltre alla ratifica delle suddette Convenzioni, ha elaborato autonome discipline, passando, dall'approccio esclusivamente punitivo della legge n.1041 del 1954, ad un quadro legislativo connotato da fondamentali aspetti di prevenzione, cura e riabilitazione. Con la legge n. 162/1990, confluita nel Testo Unico delle leggi in materia di disciplina degli stupefacenti e sostanze psicotrope, prevenzione, cura e riabilitazione dei relativi stati di tossicodipendenza (DPR 9 ottobre 1990 n. 309), l'ordinamento italiano, in linea con i principi ONU e la normativa convenzionale, armonizza la materia e prevede organismi e specifici strumenti investigativi per incidere sul fenomeno in modo organico e migliorare la cooperazione internazionale. Il Testo Unico prevede, in particolare, l'Osservatorio Permanente per la verifica del fenomeno della tossicodipendenza, oggetto del Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 15 dicembre 2017 (trattato più avanti).

Quanto agli strumenti investigativi, già contenuti negli artt. 97 e 98 del citato Testo Unico, sono ora previsti dall'art. 9 della legge 16 marzo 2006 n. 146, come modificato dall'art. 8 della legge 13 agosto 2010 n. 136, recante Ratifica ed esecuzione della Convenzione e dei Protocolli delle Nazioni Unite contro il crimine organizzato transnazionale, adottati dall'Assemblea generale il 15 novembre 2000 ed il 31 maggio 2001. Tali disposizioni disciplinano, tra l'altro, le "operazioni sotto copertura" e le cosiddette "consegne controllate", attraverso le quali gli organi di polizia possono "infiltrarsi" nelle organizzazioni criminali, avvalendosi di una specifica causa di giustificazione e, sulla base di un provvedimento autorizzativo dell'Autorità Giudiziaria, procedere al ritardo dell'esecuzione di provvedimenti di cattura, di arresto e di sequestro di sostanze stupefacenti, al fine di acquisire elementi probatori volti alla individuazione dei responsabili dei delitti in materia di sostanze stupefacenti.

Nel presente excursus normativo, assumono rilievo l'art. 10 del citato Testo Unico e la legge 15 gennaio 1991, n.16, che hanno previsto la costituzione, in sostituzione del Servizio Centrale Antidroga, della Direzione Centrale per i Servizi Antidroga (collocata all'interno del Dipartimento della Pubblica Sicurezza del Ministero dell'Interno) e il Decreto 20 novembre 2012, che ha stabilito l'organizzazione del Dipartimento per le politiche antidroga della Presidenza del Consiglio dei Ministri.

Ulteriori aspetti di specificità che si ritiene utile menzionare, riguardano le misure che il nostro ordinamento prevede per chi fa uso di stupefacenti e si pone alla guida di un veicolo in stato di alterazione. Tale condotta è sanzionata dall'art. 187 del codice della strada attraverso una complessa procedura di accertamento atta a provare l'assunzione di stupefacenti e lo stato di alterazione psicofisica da essa derivante. La pericolosità di tale comportamento, spesso connesso a gravi incidenti stradali con conseguenze drammatiche, ha indotto il Legislatore a inserirlo tra le circostanze aggravanti dei neo-introdotti reati di omicidio stradale e lesioni personali stradali, attraverso la legge n. 41/2016 che prevede la possibilità di procedere ad accertamenti coattivi sulla persona per la verifica delle condizioni psicofisiche.

Attività svolte dal Dipartimento nell'anno 2017

Nel corso del 2017 il Dipartimento per le politiche antidroga (DPA) ha operato assicurando il regolare svolgimento dei compiti affidati in un quadro organico e sinergico di azioni scaturenti:

- dalle attribuzioni istituzionali di cui al Decreto Ministeriale 20 novembre 2012, recante l'organizzazione del DPA;
- dalle indicazioni e dalle strategie dell'organo di indirizzo politico-amministrativo e, segnatamente, dei contenuti della Direttiva Generale 2017, riguardanti, in particolare, obiettivi coerenti con la "Strategia Europea" e il "Piano di azione europea" (riduzione della domanda/offerta di droga, cooperazione internazionale, monitoraggio, ricerca);
- dagli impegni derivanti dalla partecipazione dell'Italia agli organismi europei e internazionali.

Il DPA, come di seguito descritto, ha provveduto:

- all'avvio di nuove iniziative mediante la definizione di specifici protocolli e accordi di collaborazione ad elevato contenuto di specializzazione tecnico-scientifica
- allo svolgimento di attività di interscambio e cooperazione internazionale e contribuito alla realizzazione di programmi di ricerca nell'ambito della rete "ERANID" (Network europeo di ricerca sulle droghe illecite del programma ERA-NET) e della rete "MEDNET" del Consiglio di Europa – Gruppo Pompidou
- alla gestione tecnica e amministrativo-contabile degli interventi rivenienti dalle precedenti annualità

Le risorse del bilancio di previsione della PCM assegnate al DPA per l'anno 2017 (Centro di Responsabilità n. 14 - "Politiche Antidroga") risultano pari ad euro 4.919.379,00.

a. La tutela della salute pubblica e il nuovo "Sistema Nazionale di Allerta Precoce"

Nell'anno 2017, particolare attenzione è stata dedicata alle azioni per la tutela della salute pubblica e della prevenzione, con particolare riguardo alla materia di segnalazione e identificazione di nuove sostanze psicoattive (NPS).

Al riguardo, il DPA ha realizzato attività per il potenziamento del "Sistema nazionale di allerta precoce", stipulando in data 09/05/2017 un accordo di collaborazione, della durata di 36 mesi, con l'Istituto Superiore di Sanità, coinvolgendo l'Università La Sapienza di Roma e il Centro Antiveneni di Pavia. Il sistema, finalizzato a individuare i fenomeni potenzialmente pericolosi per la salute pubblica correlati alla comparsa di nuove molecole e ad attivare segnalazioni a Enti e strutture competenti, è composto da 60 centri collaborativi ed è inserito in un *network* che coinvolge tutti gli Stati dell'Unione Europea. Dopo la fase sperimentale inizialmente svolta presso l'USLL n. 20 di Verona, è stato centralmente riposizionato dal DPA presso un organismo tecnico quale l'ISS.

Nel corso del 2017, SNAP ha trattato complessivamente 134 segnalazioni, 90 provenienti dal territorio nazionale e 54 da organismi esteri (cfr. capitolo 1.5).

Per rafforzare la collaborazione nell'ambito del circuito, sono state promosse due giornate informative presso l'Istituto Superiore di Sanità quale momento di confronto sulle modalità di interscambio, sull'organizzazione della rete e sull'eventuale inserimento di nuove strutture.

b. La prevenzione rivolta ai giovani in età scolare

Ulteriore azione è stata promossa dal DPA ai fini della prevenzione del fenomeno delle dipendenze tra i giovani in età scolare. Per dare concreta attuazione al "Protocollo di intesa" tra la Presidenza del Consiglio dei Ministri e il MIUR, siglato il 7 agosto 2017, per rafforzare in modo organico e sinergico l'attuazione delle politiche di prevenzione dell'uso di droga e alcol tra giovani, in data 18 dicembre 2017, è stato elaborato e sottoscritto un accordo di collaborazione DPA-MIUR di durata triennale, ai sensi dell'art. 15 della legge n. 241/1990.

Attraverso tale strumento è stata definita un'azione rivolta, in misura diversa, a insegnanti, studenti e genitori, attraverso la realizzazione di piani, programmi educativi e campagne di informazione/comunicazione. Le attività di indirizzo, attuazione e monitoraggio dell'intervento sono state affidate ad un organismo congiunto PCM-MIUR, al quale collaborano esperti del mondo della scuola e altri ambiti. Più in dettaglio, con l'obiettivo di individuare precocemente l'esistenza di fattori di vulnerabilità e l'uso iniziale e occasionale di sostanze che caratterizzano fasi in cui non si è ancora sviluppata la dipendenza, è stato elaborato un "Piano di lavoro" che prevede la programmazione di iniziative da realizzare, per fasi progressive, su tutto il territorio nazionale, nei seguenti ambiti:

- prevenzione precoce nelle scuole di ogni ordine e grado attraverso programmi scientificamente sostenuti, supportati anche da dati di neuroscienze ed evidenze statistiche, in grado di valorizzare la piena dimensione educativa e psico-sociale dello studente;
- sensibilizzazione sui rischi per la salute legate al consumo di alcol e droga, in relazione all'uso improprio della rete internet;
- sensibilizzazione sulla natura delle connessioni tra la domanda e l'offerta di droga e sui legami diretti con le realtà delle organizzazioni criminali, nazionali e internazionali;
- formazione mirata nei confronti di insegnanti a cura di soggetti qualificati e accreditati;
- informazione e supporto per i genitori attraverso programmi psico-sociali volti a individuare e trattare, nei figli minori, disturbi comportamentali e criticità potenzialmente connessi a fenomeni di dipendenza.

A beneficiare delle attività sono insegnanti, studenti e genitori. Più in particolare, è stato previsto l'avvio di attività formative per circa 16.000 docenti a fronte degli 8.700 istituti scolastici distribuiti su tutto il territorio nazionale. Tali docenti parteciperanno ad un percorso formativo articolato su 16 ore di didattica progettato *ad hoc*. A livello di distretti scolastici, nel biennio 2018 – 2019, si prevede di realizzare circa 640 edizioni del percorso formativo; sarà sviluppata altresì un'apposita campagna di comunicazione e informazione.

c. L'uso controllato e responsabile del web e la protezione dei minori

Nel corso del 2017 sono state promosse attività mirate alla prevenzione della diffusione delle nuove sostanze psicoattive tramite la rete Internet. La vendita sul *web* delle NSP, al pari di quella dei farmaci contraffatti, costituisce infatti una pericolosa e dilagante forma di commercio illegale, caratterizzata da elevati rischi per la salute pubblica. Al riguardo, il DPA ha definito un accordo di collaborazione con i reparti specializzati dell'Arma dei Carabinieri (RACIS e Comando Carabinieri per la Tutela della Salute).

Tale accordo, sottoscritto il 26/09/2017 con una durata di 24 mesi, si propone di organizzare una risposta più efficace al dilagante fenomeno e di consentire tempestivi interventi di contrasto e prevenzione attraverso l'attivazione, in concorso con le altre strutture competenti, di procedure coordinate per:

- il monitoraggio *on line*, sia dei siti web che dei social network, in grado di individuare i canali di diffusione delle NSP
- la tempestiva acquisizione e identificazione chimico-analitica delle NSP ai fini della segnalazione al "Sistema Nazionale di Allerta Precoce"
- l'aggiornamento delle tabelle delle sostanze psicoattive da porre sotto controllo

In tale settore di intervento, nel 2017 il Dipartimento ha altresì portato a termine le procedure di aggiudicazione dei finanziamenti previsti dall'Avviso Pubblico "Prevenire il disagio giovanile" pubblicato sulla G.U. Serie Generale n. 217 del 18 settembre 2015.

d. La prevenzione e il contrasto al fenomeno dell'incidentalità stradale alcol/droga-correlata

Nel corso del 2017, sono proseguite le attività correlate all'attuazione degli interventi promossi dal Dipartimento in materia di prevenzione e contrasto al fenomeno dell'incidentalità stradale dovuta all'uso di droghe e all'abuso di alcol. Trattasi dei seguiti operativi e amministrativi degli accordi stipulati:

- tra il DPA e il Dipartimento della P.S. il 7 aprile 2016
- tra il DPA e le Forze di Polizia (Dipartimento della P.S., Arma dei Carabinieri, Guardia di Finanza) il 28 dicembre 2016

I dati raccolti in relazione alle intensificate attività di controllo su strada, via via pubblicati nell'apposita sezione del sito www.politicheantidroga.gov.it, formano oggetto di specifica trattazione sul capitolo V.1.4.

e. Osservatorio Nazionale Permanente sull'andamento del fenomeno delle tossicodipendenze

Con DPCM adottato in data 27 dicembre 2017 è stata attivata la ricostituzione dell'Osservatorio permanente nazionale sull'andamento del fenomeno droga. Tale organismo, previsto ai sensi dell'art. 1, comma 7, del DPR 29 agosto 1990, n. 309, è chiamato a svolgere fondamentali compiti in materia di acquisizione e valutazione sistemica di dati concernenti:

- l'entità della popolazione tossicodipendente anche con riferimento alla tipologia delle sostanze assunte e sul rapporto tra le caratteristiche del mercato del lavoro e delle attività lavorative e l'assunzione di sostanze stupefacenti e psicotrope;

- la dislocazione e sul funzionamento dei servizi pubblici e privati operanti nel settore della prevenzione, cura e riabilitazione, nonché sulle iniziative tendenti al recupero sociale ivi compresi i servizi attivati negli istituti di prevenzione e pena e nelle caserme; sul numero di soggetti riabilitati reinseriti in attività lavorative e sul tipo di attività lavorative eventualmente intraprese, distinguendo se presso strutture pubbliche o private;
- i tipi di trattamento praticati e sui risultati conseguiti, in particolare per quanto riguarda la somministrazione di metadone, nei servizi di cui alla lettera b), sulla epidemiologia delle patologie correlate, nonché sulla produzione e consumo delle sostanze stupefacenti;
- le iniziative promosse ai diversi livelli istituzionali in materia di informazione e prevenzione;
- le fonti e sulle correnti del traffico illecito delle sostanze stupefacenti o psicotrope;
- sull'attività svolta dalle forze di polizia nel settore della prevenzione e repressione del traffico illecito delle sostanze stupefacenti o psicotrope;
- il numero e sugli esiti dei processi penali per reati previsti dal vigente Testo Unico;
- i flussi di spesa per la lotta alle tossicodipendenze e sulla destinazione di tali flussi per funzioni e per territorio.

L'Osservatorio è presieduto dal Capo Dipartimento per le politiche antidroga, che stabilisce l'ordine del giorno delle sedute, ed è composto, tra gli altri, da un rappresentante per ogni Amministrazione centrale coinvolta (Dicasteri: Giustizia, Interno, Affari Esteri e Cooperazione Internazionale, Economia e Finanze, Salute, Lavoro e Politiche Sociali, Istruzione, Università e Ricerca, Difesa).

Inoltre, il menzionato DPCM introduce nuovi strumenti ed assetti utili ad ampliare e rafforzare il confronto e la partecipazione, nonché la valenza scientifica dell'organismo. Più in particolare:

- su invito del Capo Dipartimento possono partecipare alle riunioni i rappresentanti designati della Conferenza delle Regioni e delle Provincie Autonome, dell'ANCI, dell'ISS, dell'ISTAT e di altri soggetti pubblici in relazione alle proprie competenze su specifici argomenti;
- l'Osservatorio può avvalersi di un "Comitato Scientifico" e di un "Gruppo di Consultazione Allargata", quest'ultimo costituito da rappresentanti del privato sociale accreditato e dalla società civile.

f. Attività in proiezione europea e internazionale

Nel quadro degli impegni assunti dall'Italia nelle sedi estere competenti, nel 2017 il DPA, oltre ad assicurare la partecipazione alle riunioni obbligatorie del Gruppo Orizzontale Droga svolte mensilmente presso il Consiglio dell'Unione Europea per la stesura dei documenti tecnici e nella definizione, nel 2017, del nuovo "Piano d'azione dell'Unione Europea 2017-2020", approvato il 6 giugno 2017, ha realizzato attività riguardanti le iniziative promosse:

- dalla Commissione Europea (VII programma-quadro, rete ERANID);
- dal Consiglio d'Europa (Gruppo Pompidou – rete MedNet);
- dall'Osservatorio Europeo sulle droghe - EMCDDA (Punto Focale Nazionale - rete REITOX);
- dall'Organizzazione delle Nazioni Unite (UNODC).

La rete "ERANID" è una rete finanziata dalla Commissione europea nell'ambito del 7° Programma Quadro (Programma di lavoro 2012 "Scienze socio-economiche e discipline umanistiche") e costituisce una piattaforma per l'individuazione di priorità comuni agli Stati

partner in materia di ricerca sulle droghe per l'avvio di progetti di ricerca transnazionali finanziati dagli stessi Stati membri del consorzio ERANID.

Per tale iniziativa l'Italia, attraverso il Dipartimento Politiche Antidroga, ha, assieme ad altre organizzazioni di 6 diversi Stati membri dell'Unione Europea (Italia, Belgio, Francia, Paesi Bassi, Portogallo e Regno Unito) finanziato, nel 2017, 3 progetti selezionati a livello comunitario, a partecipazione italiana.

In relazione alla partecipazione al Consiglio d'Europa, il DPA ha rappresentato l'Italia alla 81^a riunione dei Corrispondenti Permanenti del Gruppo Pompidou (Strasburgo, novembre 2017) e ha organizzato a Roma il 26 giugno, nell'ambito della rete "Mednet", un evento dedicato al tema delle tossicodipendenze e delle differenze di genere.

Per ciò che concerne la collaborazione con l'EMCDDA, il Dipartimento, attraverso il "Punto Focale Nazionale - Rete Reitox", ha prodotto gli output annuali previsti, quali parti integranti del Rapporto europeo sulle droghe (*Standard Tables, Workbooks*, questionari strutturati) la cui pubblicazione è prevista nel mese di giugno 2018.

Ulteriori attività sono state svolte presso UNODC, Ufficio delle Nazioni Unite, competente in materia di tossicodipendenze presso il quale ogni anno si svolge la CND (Commissione Stupefacenti). Nello specifico il DPA ha partecipato:

- alle discussioni negoziali riguardanti n. 10 proposte di risoluzione correlate alla 60^a sessione della Commissione Stupefacenti delle Nazioni Unite (UNGASS, marzo 2017) e alla stesura della dichiarazione comune dell'Unione Europea post-UNGASS (approvata ad ottobre 2017);
- al coordinamento dei contributi delle Amministrazioni italiane coinvolte nella compilazione dell'*Annual Report Questionnaire* delle Nazioni Unite, prodromico alla elaborazione del *Drug World Report 2017*;
- alla preparazione del questionario riguardante la 27^a Conferenza delle agenzie nazionali in materia di *law enforcement* (HONLEA), organismo sussidiario della Commissione Stupefacenti dell'ONU.

g. *Informazione e comunicazione istituzionale*

Nel quadro degli obiettivi strategici affidati, nel 2017 il DPA ha svolto, esclusivamente con risorse interne, azioni mirate per rafforzare la propria azione istituzionale in materia di comunicazione, con particolare riguardo alla riprogettazione e fruizione del sito www.politicheantidroga.gov.it. In particolare, le attività sono state finalizzate a:

- arricchirne l'offerta informativa, allineandolo al portale www.governo.it;
- migliorarne l'accessibilità e l'usabilità, riordinandone i contenuti in modo da favorire la percezione e la valorizzazione delle attività di maggiore interesse per gli utenti;
- prevedere nuove funzionalità (*Newsletter*) per innalzare i livelli di informazione e consapevolezza sulle politiche pubbliche in materia di prevenzione delle dipendenze da alcol e droga;
- offrire panoramiche internazionali ed europee nei settori di interesse istituzionale.

Nel portale è stato dedicato spazio a informazioni relative agli effetti nocivi sulla salute derivanti dall'uso di droghe e all'abuso di alcol, anche in relazione al tema della dell'incidentalità stradale alcool/droga correlata. Sono stati, inoltre, diffusi approfondimenti tecnici di settore redatti sia dalle amministrazioni centrali nazionali che da istituzioni europee:

linee-guida, documentazione, *brochure* informativa, oltre che i progetti esecutivi connessi agli accordi di collaborazione stipulati.

La nuova versione del portale è stata messa *on line* nel giugno 2017, è stata progettata anche una nuova newsletter che sarà avviata nel corso del 2018

Nel 2017 il DPA ha inoltre promosso eventi istituzionali sia nazionali che internazionali, quali:

- Convegno *“Donne e droga: dalla politica alla buona pratica”* (Roma, giugno 2017, in occasione della Giornata Mondiale contro le droghe, organizzato in collaborazione con il Gruppo Pompidou del Consiglio d'Europa);
- Convegno *“Il ruolo della famiglia nella prevenzione dell'uso di droghe”* (Roma, ottobre 2017, in occasione della Settimana della Famiglia) organizzato in collaborazione con il Vicariato di Roma;
- 22^a riunione della Rete *“MedNET”* del Consiglio d'Europa (Roma, novembre 2017)
- Convegno *“Fenomeni che cambiano, servizi pubblici e del privato sociale di fronte alla sfida della modernità. Criticità, proposte e percorsi verso il domani nelle politiche sulle droghe”* (Roma, giugno 2017, in occasione della Giornata mondiale della lotta all'abuso di droghe).

PARTE I

OFFERTA E MERCATO DI SOSTANZE STUPEFACENTI

Elementi chiave

Offerta di sostanze stupefacenti e caratteristiche del mercato

Le attività economiche connesse al mercato delle sostanze psicoattive illegali rappresentano circa il 75% di tutte le attività illegali e pesano per circa lo 0,9% sul PIL. Il consumo di tali sostanze è stimato valere 14,4 miliardi di euro, in aumento di oltre un punto percentuale rispetto all'anno precedente. Il 40% è attribuibile alla spesa per il consumo di cocaina.

Il numero delle operazioni e attività antidroga è aumentato dell'8%, con un conseguente incremento dei quantitativi di sostanze sequestrate (+60%). Il 95% dei sequestri ha riguardato cannabinoidi, il 4% cocaina e il restante 1% tutte le altre sostanze. Sono aumentati i sequestri di cannabis e sostanze sintetiche, mentre sono diminuiti quelli di cocaina e hashish. Un terzo delle sostanze sequestrate è stato intercettato nelle aree di frontiera, dato in leggera diminuzione rispetto al passato.

Nonostante l'alta variabilità di principio attivo contenuto nelle sostanze sequestrate, si è osservato un generale aumento della purezza. Raddoppia la quantità media di principio attivo rilevato sia nella cannabis che nella cocaina sequestrate e, seppur in misura minore, crescono anche la purezza di eroina e metamfetamine.

Le segnalazioni pervenute al Sistema Nazionale di Allerta Rapido (SNAP) nel 2017 sono state 144, riguardanti un totale di 95 nuove sostanze psicoattive. Oltre il 60% delle sostanze intercettate appartiene alle tre categorie di cannabinoidi sintetici, catinoni sintetici e oppioidi sintetici.

Riduzione dell'offerta

Sono state denunciate 35.190 persone per reati in violazione del DPR n. 309/1990, dato in crescita rispetto al biennio precedente. Il 71% dei soggetti è in stato di arresto, il 28% in libertà e l'1% è irreperibile. Il 4% dei soggetti segnalati è minorenni. La sostanza per cui sono state effettuate più denunce è stata la cocaina.

Aumentano i procedimenti penali pendenti per reati di produzione, traffico e detenzione di sostanze stupefacenti (art. 73 DPR n. 309/1990) che sono stati 81.665 ed hanno coinvolto 166.301 persone.

In crescita anche le segnalazioni per art. 75 DPR n. 309/1990 che hanno coinvolto 38.614 persone, di cui il 93% di genere maschile e il 73% con meno di 30 anni.

Il 79% delle segnalazioni ha riguardato la detenzione di cannabinoidi per uso personale.

Un terzo della popolazione carceraria è detenuto per reati previsti dall'art. 73 DPR n. 309/1990. Al 31 dicembre 2017, erano in carcere circa 19.000 persone, di cui il 39% di nazionalità straniera. I soggetti condannati sono stati 11.290: la quasi totalità è di genere maschile e il 56% di nazionalità italiana. La maggior parte (78%) ha commesso il reato nei 2 anni precedenti la condanna.

Nel 2017, 4.055 soggetti sono entrati nel circuito della Giustizia Minorile per reati di produzione, traffico e detenzione di sostanze stupefacenti, un terzo dei quali per la prima volta. 163 sono stati i nuovi ingressi registrati negli istituti penali per i minorenni a causa di reati droga-correlati.

Capitolo 1

OFFERTA DI SOSTANZE STUPEFACENTI E CARATTERISTICHE DEL MERCATO

1.1 Caratteristiche del mercato delle sostanze stupefacenti

Fonte dei dati: 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 - CNB

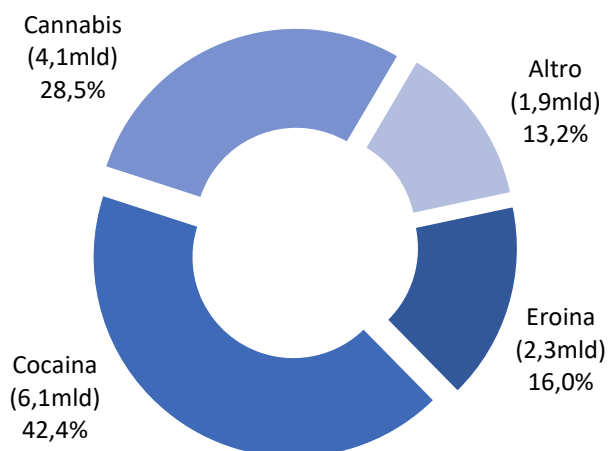
Nota: i dati sono riferiti al 2015, annualità più recente resa disponibile dal soggetto originatore

L'Istat elabora correntemente delle stime sulla componente non osservata dell'economia, ossia quell'area che per motivi diversi sfugge all'osservazione diretta. Si tratta dell'economia sommersa e dell'economia illegale, quest'ultima circoscritta alle attività di prostituzione, commercializzazione di sostanze stupefacenti e contrabbando di sigarette. Stimare la dimensione economica di un fenomeno non osservato è un'attività complessa che richiede l'utilizzo di strumenti teorici e tecniche di analisi statistica appropriate per consentirne l'inserimento nei conti nazionali. L'insieme delle attività oggetto di analisi è stato, pertanto, circoscritto e le metodologie impiegate sono state finalizzate a misurare aspetti specifici del fenomeno.

In Italia non esistono indagini statistiche dirette utili ai fini della stima del valore degli aggregati economici associati al consumo di sostanze stupefacenti. Come in altri Paesi europei, anche in Italia si evidenzia una situazione di scarsa disponibilità e qualità dei dati. Le fonti amministrative fornite dagli organi di polizia, dai ministeri e dalle dogane, gli studi del CNR sull'uso di alcol ed altre sostanze psicoattive nella popolazione, così come le ricerche di associazioni non-profit o universitarie, utilizzano spesso concetti e modalità di rilevazione tra loro molto diverse e non standardizzate. Informazioni che rispondono a degli standard di raccolta dati sulle quantità, i prezzi e i consumatori di droga sono deducibili principalmente dalle due agenzie internazionali *European Monitoring Center for Drug and Drug Addiction - EMCDDA* e *United Nations Organization on Drug and Crime – UNODC*, che da molti anni monitorano il mercato della droga per diversi ordini di finalità (in particolare, controllo e prevenzione). Anche in questo caso, tuttavia, la qualità del dato non è del tutto assicurata poiché le rilevazioni sono affidate ai singoli paesi e non è possibile stabilirne il grado di accuratezza. 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. Le stime effettuate rilevano che nel 2015 le attività connesse agli stupefacenti sono aumentate rispetto all'anno precedente di oltre un punto percentuale (l'aumento più consistente è associato al consumo di cannabis); rappresentano poco più del 75% del complesso delle attività illegali stimate dalla contabilità nazionale e contribuiscono per circa lo 0,9% del PIL.

In particolare, il consumo di sostanze stupefacenti sul territorio nazionale è stimato in 14,4 miliardi di euro, di cui poco più del 40% attribuibile alla spesa per il consumo di cocaina e circa il 28% all'utilizzo di derivati della cannabis (Fig. 1.1.1). A partire dai tassi di prevalenza per il 2015 l'Istat ha stimato un numero di utilizzatori di cannabis di 6,2 milioni e 1 milione di utilizzatori di cocaina. I consumatori di eroina risultano circa 285 mila e 590 mila circa sono gli utilizzatori di altre sostanze chimiche (ecstasy, LSD, amfetamine).

Fig. 1.1.1 - Distribuzione percentuale della spesa relativa ai consumi finali per tipologia di sostanza stupefacente



Fonte: ISTAT - Anno 2015

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

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

$$HFC_j = N_j * QHFC_j * PHFC_j$$

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,
- QHFC_j le quantità consumate e
- PHFC_j sono i prezzi al dettaglio.

Il consumo finale HFC è la risultante della somma dei consumi per le diverse sostanze stupefacenti j.

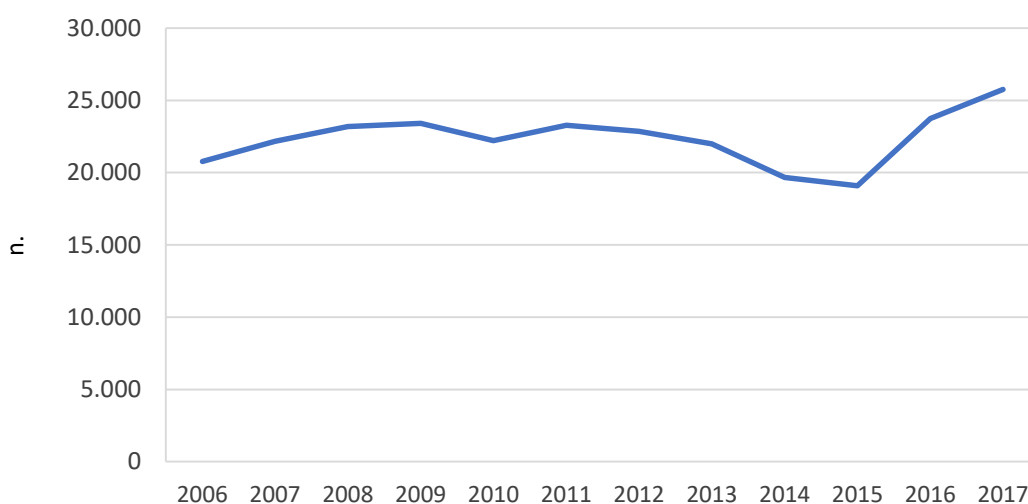
Il numero dei consumatori N si ottiene utilizzando i dati dell'indagine IPSAD® condotta dall'Istituto di Fisiologia Clinica del CNR sull'uso di alcol e altre sostanze psicoattive nella popolazione. Dopo aver definito il numero degli utilizzatori per tipo di sostanza e per comportamento di consumo (consumatori 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 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.

1.2 Operazioni antidroga

Fonte dei dati: Ministero dell'Interno - Direzione Centrale Servizi Antidroga (DCSA)

Nel 2017 sono state condotte 25.765 operazioni/attività antidroga, considerando solo quelle di esclusiva rilevanza penale, con un aumento di circa l'8% rispetto all'anno 2016. Nell'ultimo biennio si è osservata una inversione di tendenza rispetto agli anni precedenti nei quali si era registrato un trend in diminuzione (Fig. 1.2.1).

Fig. 1.2.1 - Operazioni antidroga



Fonte: DCSA - Anni 2006-2017

La regione Lazio, con un totale di 4.006 operazioni, emerge come valore assoluto rispetto alle altre regioni, seguita da Lombardia (3.591), Campania (2.264), Sicilia (2.059), Emilia Romagna (1.871) e dalla Puglia (1.770). I valori inferiori sono stati registrati in Basilicata (139) e in Valle d'Aosta (45).

Rispetto al 2016, gli interventi di polizia sono aumentati principalmente in Molise (+43%), Trentino Alto Adige (+37%), Friuli Venezia Giulia (+35%), Piemonte (+30%), Liguria (+20%), Veneto (+19%) e in Abruzzo (+19%). I cali più evidenti, in percentuale, sono stati registrati in Basilicata (-13%) e in Valle d'Aosta (-4%).

Prendendo in esame le macroaree, nel 2017 il Nord il 41% delle operazioni antidroga complessive sono state condotte nelle regioni settentrionali, un terzo in quelle meridionali e nelle isole e il 26% in quelle del Centro Italia.

Tab. 1.2.1 - Distribuzione regionale delle operazioni antidroga

Regioni	2017	Variazione % rispetto al 2016
Abruzzo	535	18,9
Basilicata	139	-12,6
Calabria	697	2,5
Campania	2.264	8,2
Emilia Romagna	1.871	2,2
Friuli Venezia Giulia	444	35,4
Lazio	4.006	-0,9
Liguria	1.191	19,9
Lombardia	3.591	-0,7
Marche	654	3,8
Molise	166	43,1
Piemonte	1.578	30,2
Puglia	1.770	10,8
Sardegna	762	6,3
Sicilia	1.059	17,8
Toscana	1.669	0,2
Trentino Alto Adige	524	37,2
Umbria	385	13,9
Valle d'Aosta	45	4,3
Veneto	1.406	19,1
ITALIA	25.765	8,1

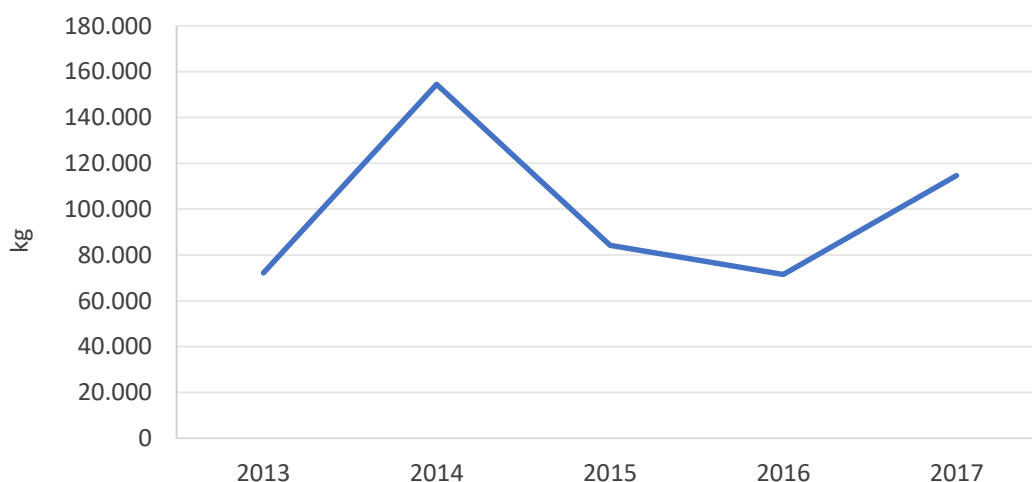
Fonte: DCSA - Anno 2017

1.3 Sequestri

Fonte dei dati: Ministero dell'Interno - Direzione Centrale Servizi Antidroga (DCSA)

Nel 2017, a seguito delle operazioni antidroga condotte sul territorio nazionale, sono stati sequestrati 114.588,60 kg di sostanze stupefacenti, con un aumento di circa il 60% rispetto al 2016.

Fig. 1.3.1 - Quantitativi (Kg) di sostanze stupefacenti sequestrate

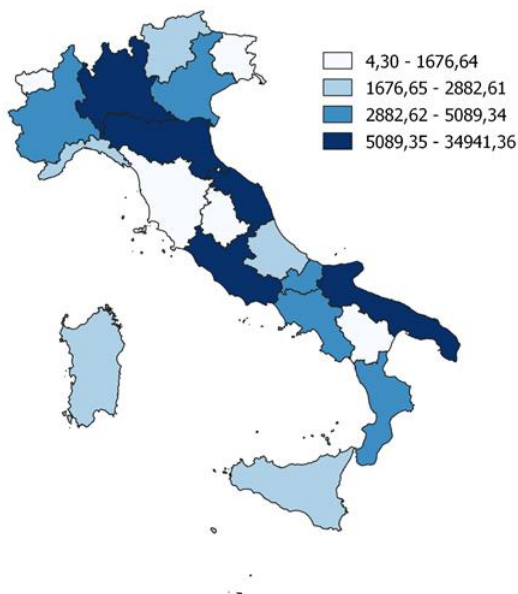


Fonte: DCSA - Anni 2013-2017

Il 29% dei quantitativi sequestrati (kg 33.126,97) sono stati intercettati presso le aree di frontiera (nel 2016, kg 21.968,24 corrispondenti al 31% del totale dei sequestri).

La regione Puglia, con 34.941,96 kg di sostanze stupefacenti e 12.002 piante di cannabis sequestrate, emerge come valore assoluto rispetto alle altre regioni, seguita da Emilia Romagna (kg 15.366,42), Lazio (kg 8.611,78), Lombardia (kg 7.767,81), Marche (kg 6.290,70), Calabria (kg 4.688,89), Campania (kg 4.540,70), Piemonte (kg 3.586,13) e Veneto (kg 3.185,80). I quantitativi più bassi sono stati registrati in Basilicata (kg 13,10) e in Valle d'Aosta (kg 4,30).

Rispetto al 2016, sono stati registrati aumenti consistenti nei sequestri nelle regioni Marche (+8.467%), Abruzzo (+2.272%), Emilia Romagna (+918%) e Trentino Alto Adige (+531). In percentuale, i cali più vistosi sono stati registrati in Valle d'Aosta (-7%), Basilicata (-6%), Sicilia (-43%), Umbria (-28%) e Lazio (-25%). Prendendo in esame le macroaree, nel Sud e Isole sono stati effettuati il 52% dei sequestri complessivi, seguito dal Nord con il 33% e dal Centro con il 15%.

Fig. 1.3.2 - Distribuzione regionale dei sequestri di sostanze stupefacenti (Kg)


Fonte: DCSA - Anno 2017

Del totale dei sequestri effettuati nel 2017, il 95% ha riguardato cannabinoidi (hashish 16% e marijuana 79%). La cocaina rappresenta il 4% dei quantitativi sequestrati e il restante 1% è costituito prevalentemente da eroina e altre droghe. Le droghe sintetiche sono state sequestrate in quantità molto basse (144,52 kg/21.553 dosi), pari allo 0,1% del totale dei quantitativi sequestrati. Le piante di cannabis sequestrate sono state 265.635. Durante l'anno sono inoltre stati sequestrati 97 kg di khat, 50,8 kg di metamfetamina, 43 kg di bulbi di papavero, 19,50 kg di dimetiltriptamina (DMT) e 3,88 kg di ketamina.

Tab. 1.3.1 - Quantitativi di sostanze stupefacenti sequestrate

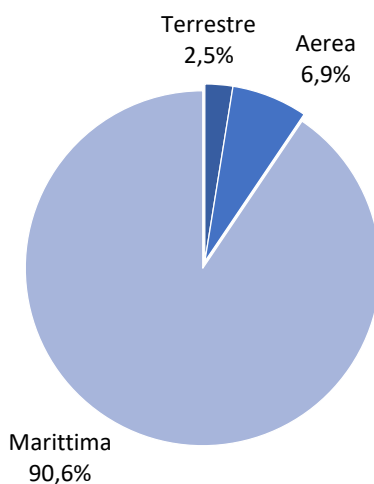
	2013	2014	2015	2016	2017
Cocaina (kg)	4.973,35	3.886,32	4.053,84	4.710,75	4.104,07
Eroina (kg)	884,28	937,40	770,51	477,04	610,39
Cannabis					
Hashish (kg)	36.370,33	113.172,12	67.922,93	23.908,23	18.755,40
Marijuana (kg)	28.865,59	35.744,91	9.319,30	41.374,29	90.097,18
Piante di cannabis (n.)	894.890	121.772	139.283	468.615	265.635
Droghe sintetiche					
in dosi/comprese (n.)	7.536	9.344	26.765	19.137	21.553
in peso (kg)	97,36	22,34	53,93	71,84	144,52
Altre droghe					
in peso (kg)	951,89	743,38	2067,53	938,88	877,05

Fonte: DCSA - Anni 2013-2017

Rispetto al 2016, sono aumentati i quantitativi sequestrati di marijuana (+118%), eroina (+28%) e droghe sintetiche (+101% in polvere e +13% in dosi), mentre sono diminuiti i quantitativi di cocaina (-13%) e hashish (-22%). I sequestri di piante di cannabis sono diminuiti del 43%.

Il mercato italiano è alimentato per la maggior parte dalla cocaina prodotta in Colombia e proveniente dal Brasile, Cile, Stati Uniti d'America, Ecuador, Costa Rica e Olanda. Questa sostanza viene trasportata principalmente attraverso l'Ecuador, il Venezuela, il Brasile e la Repubblica Dominicana e, una volta arrivata in Europa, attraverso la Spagna e l'Olanda. Nelle aree di frontiera è stato sequestrato il 64% del totale della cocaina sequestrata a livello nazionale. In particolare, le aree maggiormente interessate sono quelle frontaliere marittime (Fig. 1.3.3).

Fig. 1.3.3 - Distribuzione percentuale dei quantitativi di cocaina sequestrata per area frontaliere



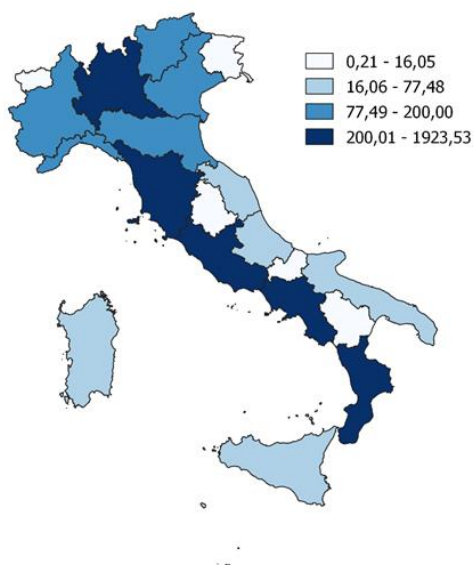
Fonte: DCSA - Anno 2017

La cocaina viene importata nel territorio nazionale soprattutto attraverso le aree portuali del versante occidentale, proveniente sia direttamente dalle zone di produzione del Sud America sia transitante dai Paesi dell'Africa occidentale. Nello specifico, il porto di Gioia Tauro è la principale area di ingresso: nel 2017 presso questa area portuale sono stati sequestrati 1.912,22 kg di cocaina (81% del totale dei sequestri in questo ambito frontaliere).

La cocaina sequestrata nel corso delle operazioni antidroga è stata, il più delle volte, rinvenuta occultata in abitazione (366 casi), in auto (218 casi), sulla persona (166 casi), nelle cavità corporee (98 casi) e nei bagagli (50 casi).

Le regioni nelle quali sono stati sequestrati i maggiori quantitativi di cocaina sono la Calabria con 1.922,53 kg, la Lombardia con 459,14 kg, il Lazio con 362,90 kg, la Campania con 250,30 kg e la Toscana con 244,93 kg. Il valore più basso in Molise con 1,36 kg e in Valle d'Aosta con 0,21 kg. Prendendo in esame i dati per macroarea, al Sud e Isole sono stati effettuati il 58% dei sequestri complessivi, seguito dal Nord con il 26% e dal Centro con il 16%.

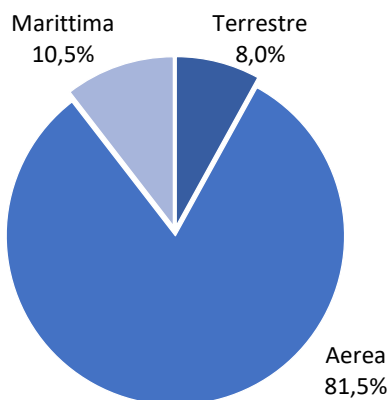
Fig. 1.3.4 - Distribuzione regionale dei sequestri di cocaina (Kg)



Fonte: DCSA - Anno 2017

L'eroina venduta nel nostro Paese è prevalentemente di produzione afghana e viene instradata verso la Turchia e la penisola balcanica. I principali paesi di provenienza sono Pakistan, Olanda, Sudafrica, Belgio, Uganda, Kenya e Albania. I sequestri di eroina alle frontiere rappresentano il 25% del totale. I sequestri alle frontiere aeree sono stati di 123,35 kg, rappresentando l'82% del totale dei sequestri frontaliери (Fig. 1.3.5). Gli aeroporti maggiormente interessati dai traffici di eroina sono stati quelli di Fiumicino (RM) con 58,48 kg, di Malpensa (VA) con 30,22 kg e di Capodichino (NA) con 14,67 kg.

Fig. 1.3.5 - Distribuzione percentuale dei quantitativi di eroina sequestrata per area frontaliera

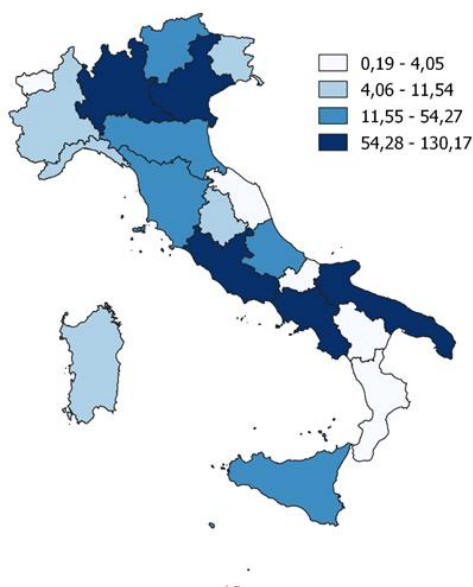


Fonte: DCSA - Anno 2017

L'eroina sequestrata nel corso delle operazioni antidroga è stata il più delle volte rinvenuta occultata nelle cavità corporee (103 casi), nelle abitazioni (77), sulla persona (59), in auto (55), nei bagagli (29) e all'interno di lettere o pacchi postali (23).

I maggiori quantitativi di eroina sequestrati sono avvenuti in Lombardia (kg 130,17), Veneto (kg 121,90), Campania (kg 68,52), Lazio (kg 65,10), Puglia (kg 54,98), Emilia Romagna (kg 54,04) e Abruzzo (kg 22,88), mentre quelli più bassi in Valle d'Aosta (kg 0,19) e Basilicata (kg 0,24). Considerando le macroaree, al Nord è stato sequestrato il valore più alto in percentuale di eroina (56%), seguito dal Sud e Isole (29%) e dal Centro con il 15%.

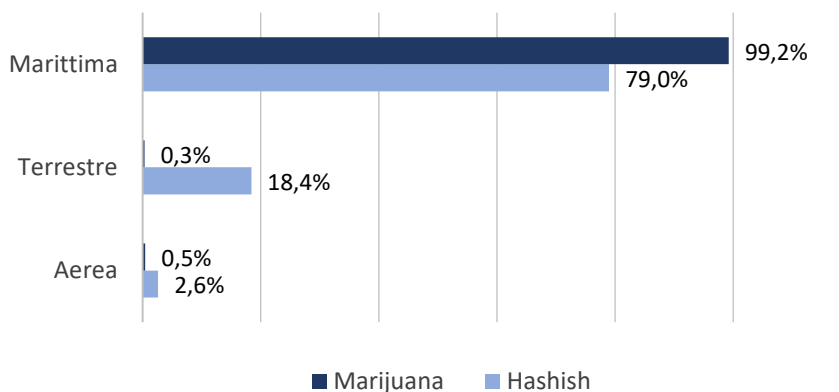
Fig. 1.3.6 - Distribuzione regionale dei sequestri di eroina (Kg)



Fonte: DCSA - Anno 2017

Il mercato italiano è stato rifornito prevalentemente dall'hashish proveniente dalla Spagna e dalla marijuana albanese. I sequestri di hashish e marijuana effettuati presso le aree frontaliere rappresentano rispettivamente il 6% e il 32% del totale sequestrato in ambito nazionale. In particolare, di tutti i sequestri di hashish e marijuana avvenuti in frontiera, rispettivamente il 79% e il 99% è avvenuto in ambito marittimo.

Fig. 1.3.7 - Distribuzione percentuale dei quantitativi di hashish e marijuana sequestrati per area frontaliere



Fonte: DCSA - Anno 2017

I porti maggiormente interessati dal traffico di hashish sono stati quelli di Genova (kg 743,18) e Civitavecchia (kg 104,90), mentre la maggior parte dei carichi di marijuana (kg 16.125,52) sono stati intercettati presso le acque antistanti i porti della Puglia. I quantitativi di cannabis sequestrati sono stati rinvenuti per lo più in abitazioni (918 casi), in auto (289), sui camion (58) e all'interno di bagagli (57).

I maggiori quantitativi di hashish sequestrati sono avvenuti in Lazio (kg 3.696,89), Campania (kg 3.460,14), Lombardia (kg 2.318,63) e Piemonte (kg 2.129,04). I sequestri più consistenti di marijuana sono stati effettuati in Puglia (kg 33.744,75), Emilia Romagna (kg 14.220,62), Marche (kg 6.196,02) e Lombardia (kg 4.555,50).

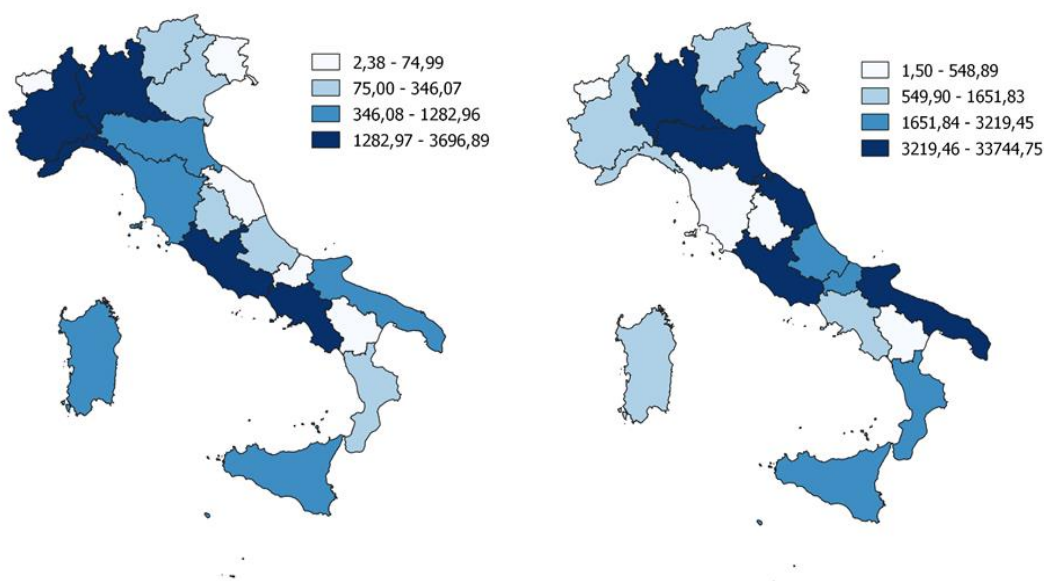
Per quanto riguarda le piante di cannabis coltivate illegalmente sul territorio nazionale, il maggior numero di sequestri è stato operato in Calabria con 107.992 piante, Sicilia (55.214), Sardegna (21.671) e Molise (20.138), regioni che, per le favorevoli condizioni geoclimatiche, rappresentano luoghi particolarmente adatti a questo tipo di coltivazioni.

I sequestri di hashish nel 2017 risultano distribuiti per il 41% al Nord, per il 32% al Sud e isole e per il 27% al Centro; la marijuana per il 56% al Sud e isole, per il 31% al Nord e per il 13% al Centro; le piante di cannabis per l'85% al Sud e Isole, per l'11% al Nord e per il 4% al Centro.

Fig. 1.3.8 - Distribuzione regionale dei sequestri di hashish e marijuana (Kg)

a) Hashish (Kg)

b) Marijuana (Kg)



Fonte: DCSA - Anno 2017

Per quanto riguarda le droghe sintetiche, il mercato olandese ha rappresentato il punto di approvvigionamento delle piazze di spaccio nazionali insieme alla Svizzera, al Perù, al Brasile e alla Spagna.

In frontiera sono state sequestrate l'11% delle droghe sintetiche in dosi/comprese e l'83% di quelle in polvere. La frontiera aerea è stato l'ambito maggiormente interessato (100% delle dosi sequestrate e 58% dei quantitativi in polvere). In particolare, all'aeroporto di Malpensa (VA) sono stati sequestrati 62,89 kg (91% del totale sequestrato presso gli scali aeroportuali) e all'aeroporto di Marco Polo (VE) sono state intercettate 2.425 dosi, pari al 99% del totale.

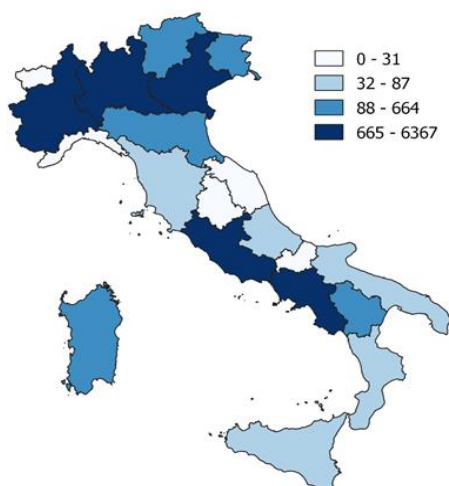
Le droghe sintetiche sequestrate nel corso delle operazioni antidroga sono state rinvenute per lo più occultate all'interno di pacchi o lettere postali, nelle abitazioni, sulla persona e nei bagagli. Fra le droghe sintetiche sequestrate, i quantitativi più rilevanti sono costituiti dall'ecstasy e dai suoi analoghi di struttura (ecstasy like).

Le regioni nelle quali sono stati sequestrati i maggiori quantitativi di droghe sintetiche in polvere sono la Lombardia con 124,14 kg e il Trentino Alto Adige (kg 4,05), mentre per i sequestri in dosi spicca il Lazio (6.367 dosi) e il Piemonte (5.761).

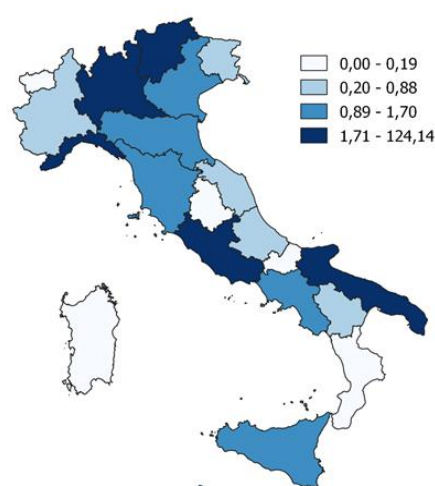
Rispetto alle macroaree, nel 2017, i sequestri di droghe sintetiche in dosi risultano distribuiti per il 51% al Nord, per il 30% al Centro e per il 19% al Sud e Isole, mentre per i sequestri di quelle in polvere, per il 92% al Nord, il 4% al Sud e Isole e il 4% al Centro.

Fig. 1.3.9 - Distribuzione regionale dei sequestri di droghe sintetiche in dosi (a) e in polvere (b)

a) Dosi (numero)



b) Polvere (Kg)



Fonte: DCSA - Anno 2017

1.4 Analisi qualitativa e quantitativa delle sostanze

Fonte dei dati: Ministero dell'Interno - Dipartimento della Pubblica Sicurezza - Direzione Centrale Anticrimine della Polizia di Stato - Servizio Polizia Scientifica - Indagini sulle Droghe.

Fonte dei dati: Ministero della Difesa - Arma dei Carabinieri - Raggruppamento Carabinieri Investigazioni Scientifiche di Roma

Analisi qualitative e quantitative sulle sostanze stupefacenti sequestrate eseguite dalla Polizia di Stato

I dati sulla purezza delle sostanze stupefacenti derivano dalle analisi effettuate presso i laboratori chimici della Sezione Indagini sulle Droghe del Servizio Polizia Scientifica della Direzione Centrale Anticrimine della Polizia di Stato. Il campione statistico considerato riguarda esclusivamente le analisi eseguite su sostanze sequestrate su strada da parte della Polizia Giudiziaria operante della Polizia di Stato ed effettuate sia dal Servizio Polizia Scientifica di Roma che dai laboratori chimici periferici dei Gabinetti Regionali e Interregionali di Polizia Scientifica, a richiesta dell'Autorità Giudiziaria nell'ambito di procedimenti penali per reati connessi all'art. 73 DPR n. 309/1990 e s.m.i.

La quasi totalità delle analisi effettuate riguarda le cosiddette droghe classiche: hashish e marijuana (65% delle sostanze analizzate), cocaina (27%), eroina (5%), amfetamine ed ecstasy (2%) e un residuale 1% di sostanze stupefacenti di varia natura (metadone, benzodiazepine, buprenorfina, ketamina, mefedrone, fenetilammine, catinoni e cannabinoidi sintetici). I quantitativi di sostanze sintetiche sequestrate su strada sono anche per il 2017 di gran lunga minori rispetto alle droghe più comuni. I dati riportati si riferiscono alle diverse tipologie di sostanze e alle relative concentrazioni in purezza di principio attivo.

Per quanto riguarda i campioni analizzati di derivati della cannabis (hashish e marijuana), osservando il valore medio del contenuto in principio attivo tetraidrocannabinolo (THC), si riscontra un aumento di circa 110% rispetto all'anno precedente (2016). In alcuni campioni di Cannabis si osservano concentrazioni molto elevate di THC (massimo 55% per hashish e 49% per marijuana).

Tab. 1.4.1 - Numero di campioni esaminati di cannabis e percentuali di principio attivo

	Resina di Cannabis (% THC)			Cannabis in foglie e infiorescenze (tipo non specificato) (% THC)		
	2015	2016	2017	2015	2016	2017
N. campioni	1.030	1.505	2.128	704	1.515	3.315
Minimo	1	0,3	0,8	0,9	0,4	0,5
Massimo	35	39	55	26	36	49
Media	9,7	7,4	15,5	8,9	5,5	12
Mediana	9,2	25	14	8,7	15	12
Moda	11	12	16	12	11	14

Fonte: Ministero dell'Interno - Anni 2015-2017

Per l'eroina si osserva un'alta variabilità nella concentrazione di principio attivo presente che, se come valore minimo raggiunge lo 0,1% e come valore massimo il 48%, ha la mediana del 17% indicando una maggiore percentuale di principio attivo rispetto al 2016.

Tab. 1.4.2 - Numero di campioni esaminati di Eroina e percentuali di principio attivo

	Eroina (%)		
	2015	2016	2017
N. campioni	208	270	408
Minimo	0,6	0,2	0,1
Massimo	59	85	48
Media	20	15	17
Mediana	14	10,8	13
Moda	21	6	33

Fonte: Ministero dell'Interno - Anni 2015-2017

Per quanto riguarda la cocaina si riscontra un aumento del valore percentuale medio in principio attivo del 107% (cocaina 68%).

Tab. 1.4.3 - Numero di campioni esaminati di Cocaina e Crack (cocaina base) e percentuali di principio attivo

	Cocaina (%)			Crack (cocaina base) (%)		
	2015	2016	2017	2015	2016	2017
N. campioni	510	1.631	2.276	2	22	22
Minimo	0,4	1,6	1,4	92	26	33
Massimo	87	89	98	93	83	87
Media	50	32,8	68	92,5	59	57
Mediana	55	19,5	75	92,5	64	59
Moda	80	78	78	-	-	87

Fonte: Ministero dell'Interno - Anni 2015-2017

Non si osservano variazioni significative relativamente alle percentuali di principio attivo delle droghe sintetiche amfetamina (12%) e metamfetamina (51%) (Tab. 1.4.4), così come di MDMA (55%) (Tab. 1.4.5).

Tab. 1.4.4 - Numero di campioni esaminati di Amfetamina e Metamfetamina e percentuali di principio attivo

	Amfetamina (%)			Metamfetamina (%)		
	2015	2016	2017	2015	2016	2017
N. campioni	18	-	5	20	12	119
Minimo	1	-	3,5	5,9	9	1,5
Massimo	71	-	21	65	82	31
Media	15	-	12	25	47	51
Mediana	5,4	-	9	6,5	50	50
Moda	1	-	-	6,2	-	48

Fonte: Ministero dell'Interno - Anni 2015-2017

Tab. 1.4.5 - Numero di campioni esaminati di MDMA ed Ecstasy e percentuali di principio attivo

	MDMA polvere (%)			Ecstasy (mg MDMA base per ogni pasticca /unità)
	2015	2016	2017	2017
N. campioni	14	33	31	16
Minimo	17	2	35	100
Massimo	88	89	87	410
Media	64	67	55	160
Mediana	64	76	56	200
Moda	64	84	60	----

Fonte: Ministero dell'Interno - Anni 2015-2017

Nel 2017 sono state analizzate 413 pasticche: 16 di MDMA, con una percentuale di principio attivo uguale a 3,5%, e 397 di Metamfetamina, con una percentuale di principio attivo uguale al 75,5%. Sono state, inoltre, analizzate pasticche di “altra natura”, riferite a pasticche farmacologiche quali buprenorfina, naloxone, rivotril, tavor, sildefanil e ossicodone, con un principio attivo del 21%.

Tab. 1.4.6 - Pasticche di altra natura e percentuali di principio attivo

	MDMA polvere (%)		
	2015	2016	2017
Sostanze simili a MDMA (come uniche sostanze classificate)	--	--	3,5
(META) AMFETAMINE (come uniche sostanze classificate)	3	--	75,5
Sostanze ALTRA NATURA (sostanze classificate)	--	--	21
VARIE	97	--	--

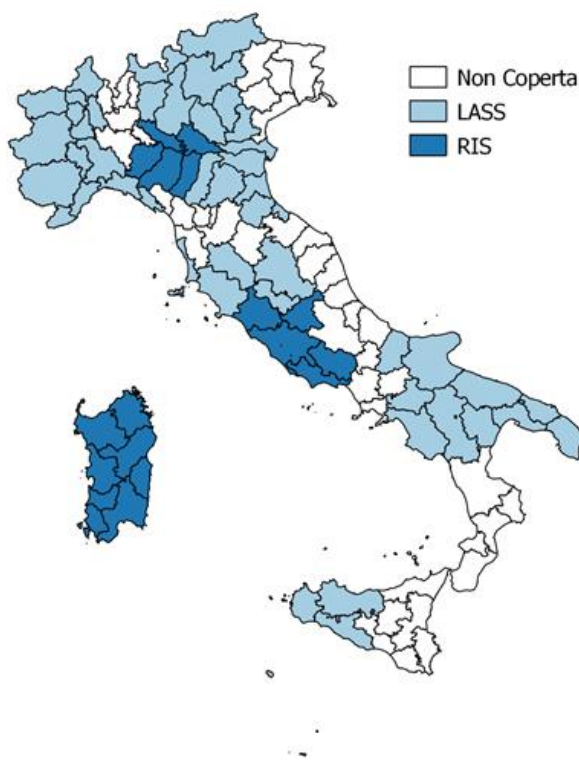
Fonte: Ministero dell'Interno - Anni 2015-2017

Analisi qualitative sulle sostanze stupefacenti sequestrate eseguite dai Laboratori per l'Analisi di Sostanze Stupefacenti e dai Reparti Investigazioni Scientifiche dell'Arma dei Carabinieri

Il paragrafo riporta le statistiche disponibili sulla purezza dei principi attivi delle sostanze stupefacenti sequestrate e analizzate nell'anno 2017 dai Laboratori per l'Analisi di Sostanze Stupefacenti (LASS) e dai Reparti Investigazioni Scientifiche (RIS).

Le analisi si riferiscono ai LASS di Alessandria, Torino, Bolzano, Brescia, Verona, Bologna, Genova, Grosseto, Perugia, Salerno, Foggia, Bari, Taranto, Palermo e ai RIS di Roma, Cagliari e Parma per un totale di 17 laboratori (su 26 presenti sul territorio nazionale), con una copertura territoriale rappresentativa (Fig.1.4.1).

Fig.1.4.1 - Competenza territoriale (province) dei LASS e RIS coinvolti nella rilevazione



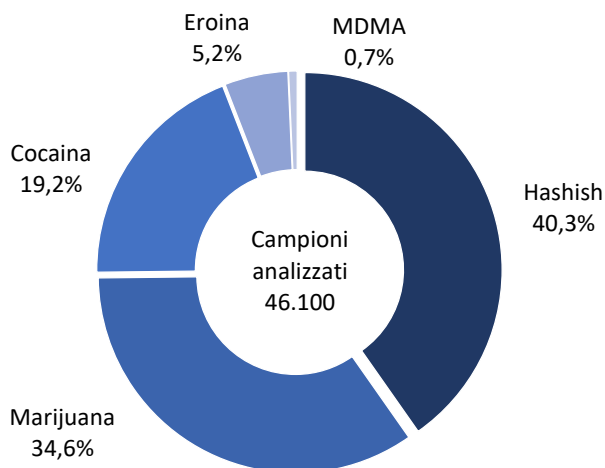
Fonte: Raggruppamento Carabinieri Investigazioni Scientifiche - Anno 2017

Le analisi di laboratorio, svolte a seguito di richiesta dell'Autorità Giudiziaria nell'ambito dei procedimenti penali e in alcuni casi amministrativi (rispettivamente art. 73 e art. 75 DPR n. 309/1990), evidenziano un'elevata variabilità della concentrazione di principio attivo contenuto nelle sostanze stupefacenti analizzate. La variabilità, in riferimento soprattutto a cocaina, eroina e MDMA, è legata anche alla tipologia di sequestro: la maggior parte delle analisi è stata eseguita su sostanze stupefacenti circolanti "su strada" che, a causa delle sostanze adulteranti e/o diluenti utilizzate per "tagliare" la sostanza stessa, riportano

percentuali di purezza più basse rispetto a quelle riscontrate a seguito di medi e grandi sequestri.

Nel 2017 i campioni di sostanze stupefacenti complessivamente analizzati sono stati 46.110, per il 40,3% riguardanti hashish e il 34,6% marijuana, per il 19,2% cocaina, il 5,2% eroina e lo 0,7% MDMA.

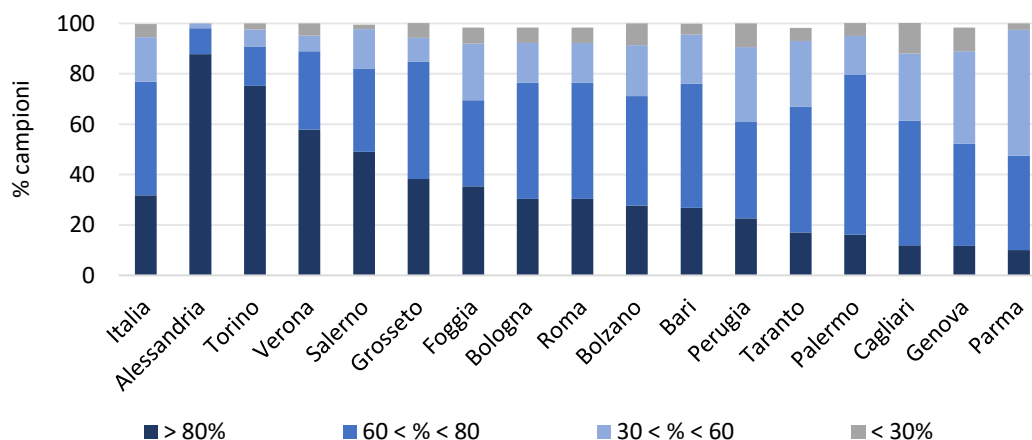
Fig. 1.4.2 - Distribuzione percentuale dei campioni di sostanze stupefacenti analizzati



Fonte: Raggruppamento Carabinieri Investigazioni Scientifiche - Anno 2017

I campioni di cocaina con una componente di principio attivo superiore all'80% sono il 31,8% di quelli analizzati. Presso il LASS di Alessandria tale percentuale raggiunge l'87,8% dei campioni, mentre presso il LASS di Parma è il 10%. I campioni di cocaina con meno del 30% di principio attivo rappresentano il 5,1% di quelli analizzati, percentuale che raggiunge il 13% presso il RIS di Cagliari e lo 0% presso il LASS di Alessandria. Nei grafici contenuti nelle figure 1.4.3- 1.4.4., 1.4.5, 1.4.6 il totale per singola area di rilevazione può essere inferiore a 100. Il complemento a 100 è da riferirsi alla disomogeneità di analisi dei campioni.

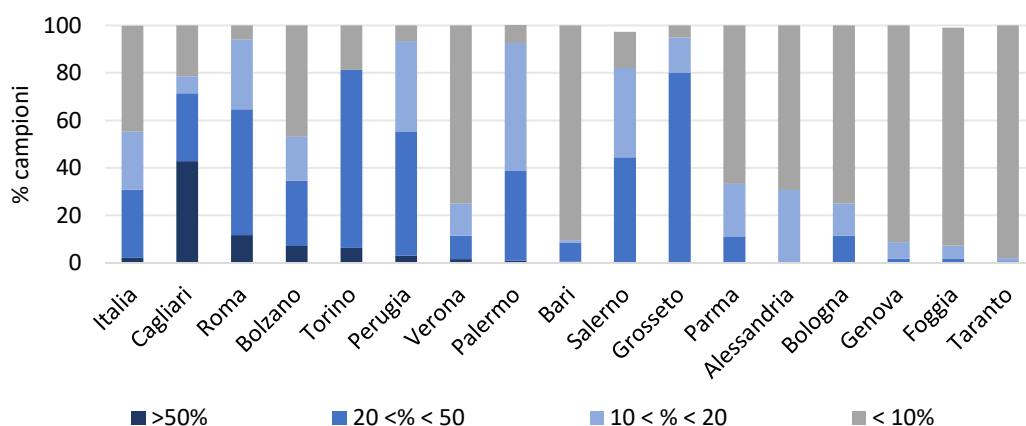
Fig. 1.4.3 - Distribuzione percentuale dei campioni di cocaina secondo la concentrazione di principio attivo rilevato



Fonte: Raggruppamento Carabinieri Investigazioni Scientifiche - Anno 2017

Nel 2,1% dei campioni di eroina analizzati è stata rilevata una concentrazione di principio attivo superiore al 50%. Se presso il RIS di Parma e i LASS di Alessandria, Bologna, Genova e Foggia non sono stati rilevati campioni di sostanze con tali caratteristiche, presso il RIS di Cagliari tale quota di campioni raggiunge il 42,9%. A livello nazionale, per il 44,1% dei campioni di eroina analizzati la purezza del principio attivo risulta inferiore al 10%. Presso il LASS di Taranto la quota di sostanze analizzate aventi la medesima concentrazione di principio attivo raggiunge il 98% dei campioni, mentre il LASS di Grosseto riporta la percentuale inferiore di campioni, pari al 5,1%.

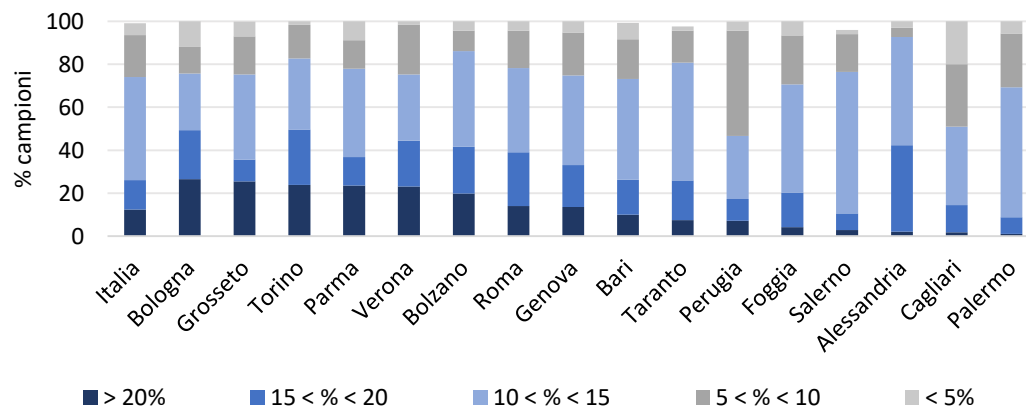
Fig. 1.4.4 - Distribuzione percentuale dei campioni di eroina secondo la concentrazione di principio attivo rilevato



Fonte: Raggruppamento Carabinieri Investigazioni Scientifiche - Anno 2017

Il 48% dei quantitativi di hashish analizzati riporta una concentrazione percentuale di THC compresa tra 10 e 15%, mentre per il 12,4% dei campioni la purezza del principio attivo risulta superiore al 20% (Fig.1.4.5). La quota maggiore di campioni con concentrazione di principio attivo superiore al 20% si riscontra presso il LASS di Bologna (26,6%), mentre quella inferiore presso il LASS di Palermo (1,2%). La percentuale di campioni di hashish con meno del 5% di principio attivo in Italia è del 5,6%. La percentuale più alta di campioni con queste caratteristiche è a Cagliari (20%), mentre la più bassa è a Verona (1,6%).

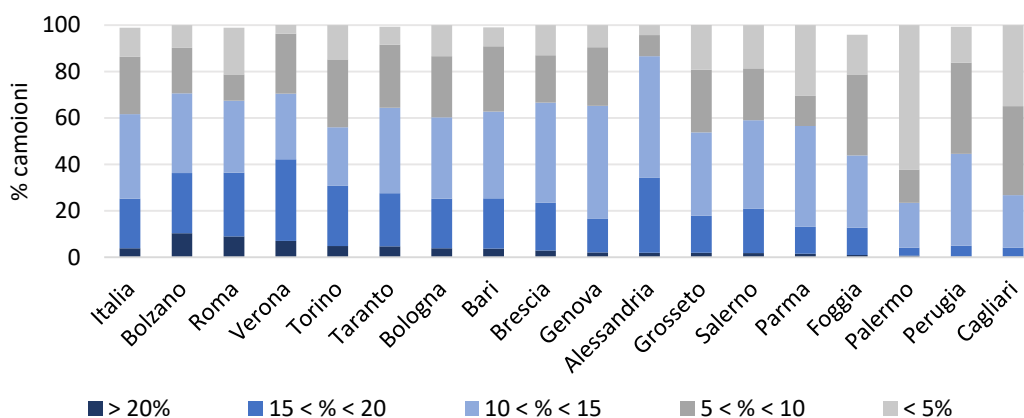
Fig. 1.4.5 - Distribuzione percentuale dei campioni di hashish secondo la concentrazione di principio attivo rilevato



Fonte: Raggruppamento Carabinieri Investigazioni Scientifiche - Anno 2017

Il 36,3% della marijuana analizzata ha una concentrazione di principio attivo compresa tra 10 e 15%, per il 21,4% è tra 15 e 20% e per il 3,9% è superiore al 20%, mentre per il 12,6% risulta inferiore al 5%. La quota superiore di campioni analizzati con concentrazione di principio attivo inferiore al 5% si riscontra presso il LASS di Palermo (62,3% dei campioni analizzati), mentre per il 10,4% dei campioni di marijuana analizzati dal LASS di Bolzano la purezza della sostanza risulta superiore al 20%.

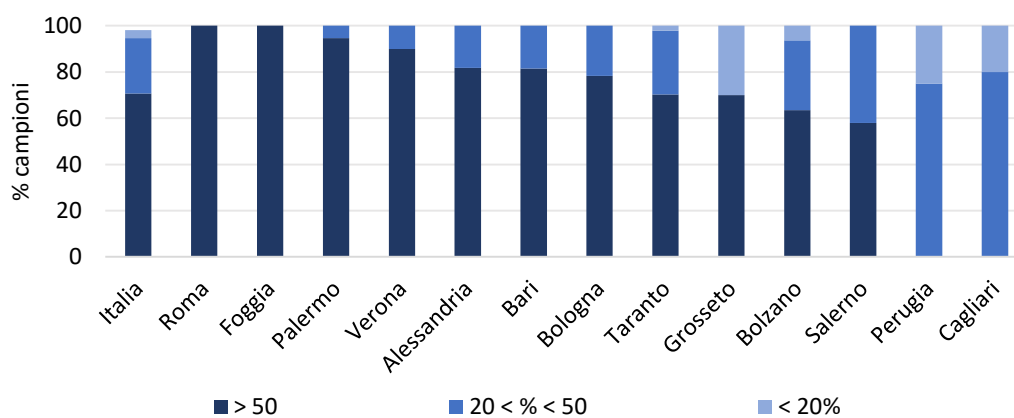
Fig. 1.4.6 - Distribuzione percentuale dei campioni di marijuana secondo la concentrazione di principio attivo rilevato



Fonte: Raggruppamento Carabinieri Investigazioni Scientifiche-- Anno 2017

Il 70,7% dei campioni di MDMA analizzati risulta avere una concentrazione di principio attivo maggiore del 50%. La totalità dei campioni analizzati dai RIS di Roma e dal LASS di Foggia presenta queste caratteristiche, mentre nessun campione è stato rilevato presso il LASS di Perugia e il RIS di Cagliari. Complessivamente il 3,5% dei campioni di MDMA analizzati riporta una purezza inferiore al 20%: se presso i LASS di Grosseto e Perugia la percentuale dei campioni con tali caratteristiche raggiunge rispettivamente il 30% ed il 25%, essa risulta pari a 0% presso il RIS di Roma e i LASS di Foggia, Palermo, Verona, Alessandria, Bologna, Bari e Salerno.

Fig. 1.4.7 - Distribuzione percentuale dei campioni di MDMA secondo la concentrazione di principio attivo rilevato



Fonte: Raggruppamento Carabinieri Investigazioni Scientifiche - Anno 2017

1.5 Il Sistema di Allerta Precoce

Fonte dei dati: Istituto Superiore di Sanità - Centro Nazionale Dipendenze e Doping (ISS - CNDD)

Dal 2009 il Dipartimento Politiche Antidroga (DPA) della Presidenza del Consiglio dei Ministri, 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 (SNAP). Nel corso degli anni successivi il Sistema si è articolato e potenziato in funzione delle esigenze sanitarie e sociali create dalla produzione e dal traffico internazionale di sostanze sintetiche psicostimolanti e/o allucinogene, dagli effetti sconosciuti dal punto di vista tossicologico e, quindi, non controllabili in termini legali.

Il Sistema, inserito in un network che coinvolge tutti gli Stati Membri dell'Unione Europea, è finalizzato a individuare precocemente i fenomeni potenzialmente pericolosi per la salute pubblica correlati alla comparsa di nuove droghe e ad attivare segnalazioni di allerta che coinvolgono gli Enti e le strutture deputate alla tutela e alla promozione della salute e che sono responsabili della eventuale attivazione di adeguate misure in risposta alle allerte segnalate.

Il coordinamento operativo dello SNAP è affidato all'Istituto Superiore di Sanità - Centro Nazionale Dipendenze e Doping (CNDD), dal DPA della Presidenza Consiglio dei Ministri dal 1 giugno 2016. Le due unità operative che collaborano con lo SNAP sono:

- il Centro Antiveneni e Centro Nazionale di informazione Tossicologica – Istituti Clinici Scientifici – Maugeri, Pavia a cui è affidato il coordinamento e la gestione degli aspetti clinico tossicologici;
- l'Unità di Ricerca di Tossicologia Forense del Dipartimento S.A.I.M.L.A.L. dell'Università La Sapienza di Roma a cui è stata affidata la cura degli aspetti bio-tossicologici e analitici.

In attesa del formale recepimento del previsto accordo, alle suddette Unità Operative si è già affiancata la Direzione Centrale per i Servizi Antidroga, con funzioni di coordinamento nel settore delle Forze di Polizia, per effetto delle disposizioni contenute all'interno del DPR n. 309/1990, per finalità connesse alla riduzione dell'offerta di droghe (*supply reduction*), conformemente alle disposizioni europee circa le obbligatorie comunicazioni verso l'Agenzia "EUROPOL", nonché nei confronti dell'International Narcotic Control Board delle Nazioni Unite.

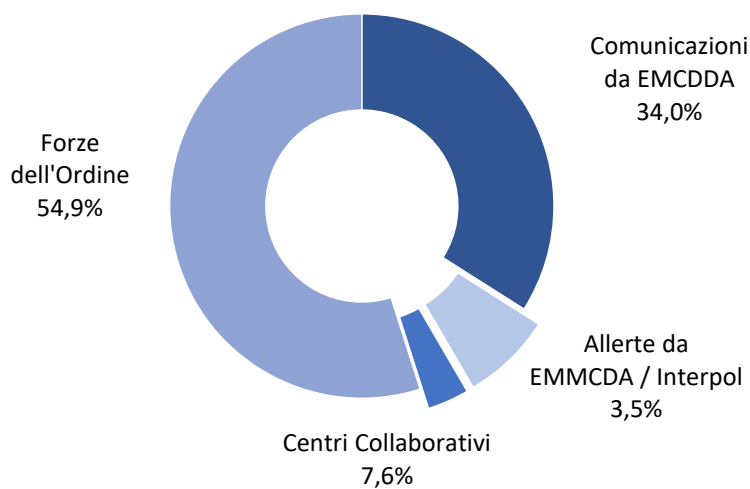
Importante inoltre la collaborazione del Reparto di Investigazioni Scientifiche dei Carabinieri, della Polizia Scientifica e dell'Agenzia delle Dogane, congiuntamente con il contributo di Comunità terapeutiche, Servizi pubblici per le Dipendenze (SerD), unità mobili, strutture di emergenza, che integrano le informazioni attraverso unità operative in grado di fornire un'osservazione diretta della popolazione dei consumatori di sostanze psicoattive o stupefacenti.

Attraverso lo SNAP è possibile individuare nuove sostanze psicoattive circolanti sul territorio italiano, europeo ed internazionale, presenza di adulteranti, di additivi pericolosi o di altre sostanze psicoattive o farmacologicamente attive in combinazione con sostanze già note, nuove modalità di assunzione di sostanze già note, elevate concentrazioni di principio attivo di sostanze già tabellate e anche sostanze già incluse nelle tabelle del DPR n. 309/1990, ma occultate in vari tipi di nuovi prodotti in vendita sul territorio europeo e italiano via web o nei cosiddetti *smart shop*.

Diventa determinante la rapidità di azione nel mettere a punto una procedura per reagire rapidamente alla loro comparsa e diffusione, dando una risposta adeguata alla segnalazione di sostanze già tabellate e di nuove sostanze psicoattive ed indicando i ruoli degli Enti coinvolti a seguito delle informative e/o allerte diramate: l'iter adottato dallo SNAP è riportato nella Tabella "Schema delle procedure SNAP" (Tab. 1.4.7).

Nel corso del 2017, le segnalazioni in ingresso pervenute al Sistema (input) sono state 144: 79 sono arrivate dalle Forze dell'Ordine (FFOO) e 11 dai Centri collaborativi (appartenenti in particolare alle Tossicologie cliniche e forensi, all'Agenzia delle Dogane, alle Università, Enti di ricerca, Aziende Sanitarie e Centri Antiveleni), 49 sono state le Comunicazioni e 4 le Allerte inviate dall'EMCDDA, nonché 1 dall'Interpol (Fig. 1.5.1).

Fig. 1.5.1 - Segnalazioni pervenute (INPUT) allo SNAP



Fonte: Istituto Superiore di Sanità - Anno 2017

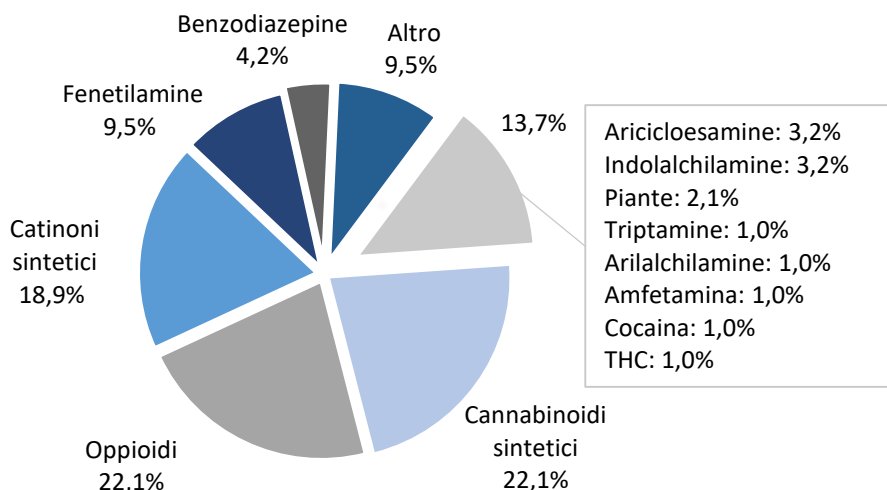
Tab. 1.4.7 - Schema delle procedure SNAP

FLUSSO IN ENTRATA - INPUT			
Tipologia di comunicazioni		Destinatari	
Comunicazioni EMCDDA	Informazioni su sequestri di molecola/e o su intossicazioni/decessi avvenuti in uno dei paesi EU	Dipartimento Politiche Antidroga, ISS, Ministero della Salute, Agenzia Italiana del Farmaco, Centri collaborativi	
Comunicazioni Centri collaborativi e FFOO	Informazioni su sequestri di molecola/e o su intossicazioni/decessi avvenuti sul territorio nazionale; Informazioni su nuove forme di taglio o purezza droghe classiche		
FLUSSO IN USCITA - OUTPUT			
Tipologia di comunicazioni		Destinatari	
Reporting Form per EMCDDA	Informazioni su nuove molecole sequestrate e intossicazioni per sostanze individuate per la prima volta sul territorio nazionale. I Reporting Form sono corredati da dati analitici, ove possibile, da foto dei reperti e, nei casi di intossicazione, dai dati clinici raccolti	EMCDDA, Dipartimento Politiche Antidroga	
Informative	Trasmissione di comunicazioni, non a carattere di urgenza, provenienti dall'EMCDDA o da altre strutture accreditate, diffondibili solo al network degli esperti e dei Centri collaborativi e delle Forze dell'Ordine	Dipartimento Politiche Antidroga, Centri collaborativi, Ministero della Salute, FFOO, Agenzia italiana del Farmaco	
Comunicazioni	Informazioni analitiche e cliniche, ottenute dalla rete REITOX/EWS dell'EMCDDA, per agevolare l'identificazione delle nuove molecole già circolanti in UE e il riconoscimento di eventuali intossicazioni acute che pervengono ai Dipartimenti di Emergenza	Dipartimento Politiche Antidroga, Centri collaborativi, Ministero della Salute, FFOO, Agenzia Italiana del Farmaco, SerD e Comunità, Dipartimenti emergenza/urgenza	
Pre-Allerta	Avviso alle strutture competenti che hanno la responsabilità di intervento, affinché siano pronte ad attivare le procedure di risposta indicate dal Sistema		
Allerta	Avvisi a carattere di urgenza che implicano un'azione coordinata tra tutte le strutture competenti per l'attivazione e l'implementazione di opportune procedure di risposta al fenomeno segnalato. Secondo la gravità dell'oggetto dell'allerta, e quindi del potenziale rischio per la salute pubblica, i documenti in uscita vengono definiti di grado I, II o III secondo criteri predefiniti:		
	<i>I grado</i>	<i>II grado</i>	<i>III grado</i>
	Rischio di disagio sociale (preoccupazioni, ansie, condizioni di allarme sociale)	Rischio di lievi danni per la salute (disturbi temporanei e potenzialmente non letali). Rischio di diffusione di sostanze nel mercato illecito	Rischio concreto di gravi danni per la salute (malattie invalidanti, mortalità)

Fonte: Istituto Superiore di Sanità - Anno 2017

Le segnalazioni hanno riguardato un totale di 95 sostanze, appartenenti alle classi: oppioidi (n. 21), cannabinoidi sintetici (n. 21), catinoni sintetici (n. 18), fenetilamine (n. 9), benzodiazepine (n. 4), aricicloesilamine (n. 3), indolalchilamine (n. 3), piante (n. 2), triptamine (n. 1), arilalchilamine (n. 1), amfetamina (n. 1), cocaina (n. 1) e THC (n.1), altro (n.9).

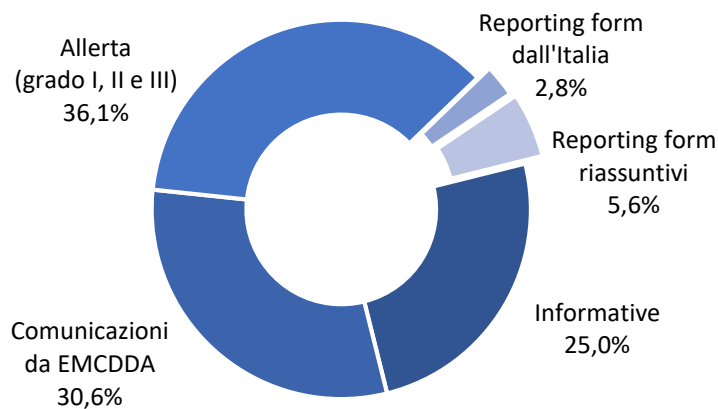
Fig. 1.5.2 - Nuove sostanze psicoattive segnalate allo SNAP



Fonte: Istituto Superiore di Sanità - Anno 2017

Nel 2017 le comunicazioni in uscita (output) prodotte dallo SNAP sono state: 9 Informative, 11 Comunicazioni ricevute dall'EMCDDA e dirette al network, 13 Allerte (1 di I grado, 2 di II grado, 10 di III grado), 1 Reporting Form dall'Italia all'EMCDDA di sostanze individuate per la prima volta sul territorio italiano in seguito a sequestri e/o casi di intossicazione acuta e/o decesso e 2 Reporting Forms all'EMCDDA riassuntivi dell'attività svolta in ambito nazionale.

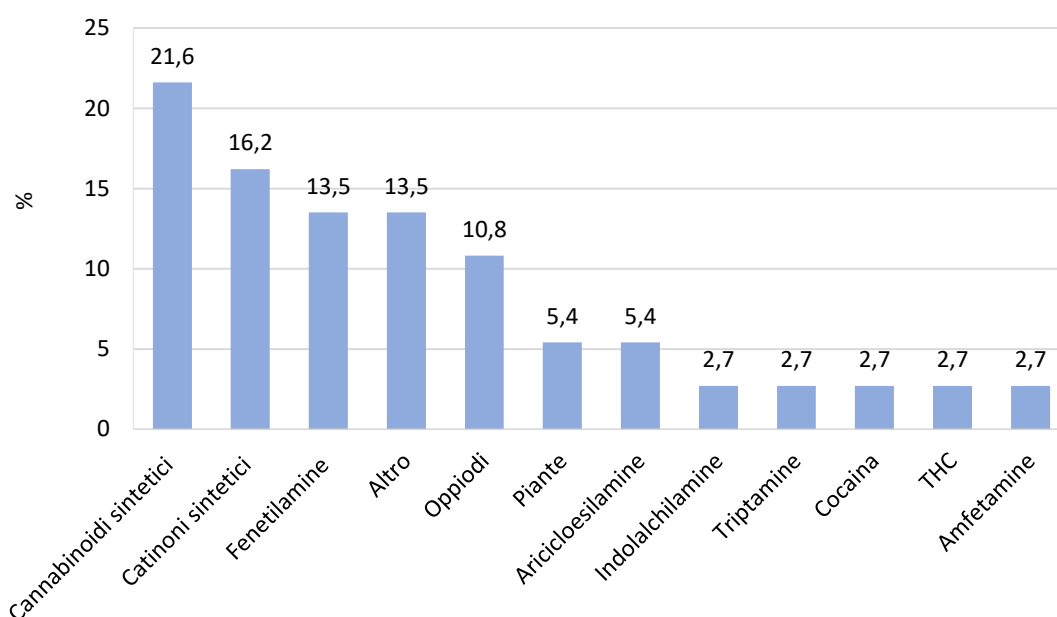
Fig. 1.5.3 - Comunicazioni inviate dallo SNAP (OUTPUT)



Fonte: Istituto Superiore di Sanità - Anno 2017

Le Informative sono comunicazioni, non a carattere di urgenza, che il Sistema invia ai Centri collaborativi, sono finalizzate ad informare le unità del network e a condividere informazioni analitiche e cliniche per agevolare l'identificazione di nuove molecole e il riconoscimento di eventuali intossicazioni acute che pervengono ai Dipartimenti di Emergenza. Le Informative (n. 9) inviate nel 2017 hanno riguardato 37 sostanze appartenenti alle classi: dei cannabinoidi sintetici (n. 8), catinoni sintetici (n. 6), fenetilamine (n. 5), oppioidi (n. 4), piante (n. 2), aricloesilamine (n. 2), indolalchilamine (n. 1), triptamine (n. 1), cocaina (n. 1), THC (n. 1) e amfetamina (n.1) altro (n. 5).

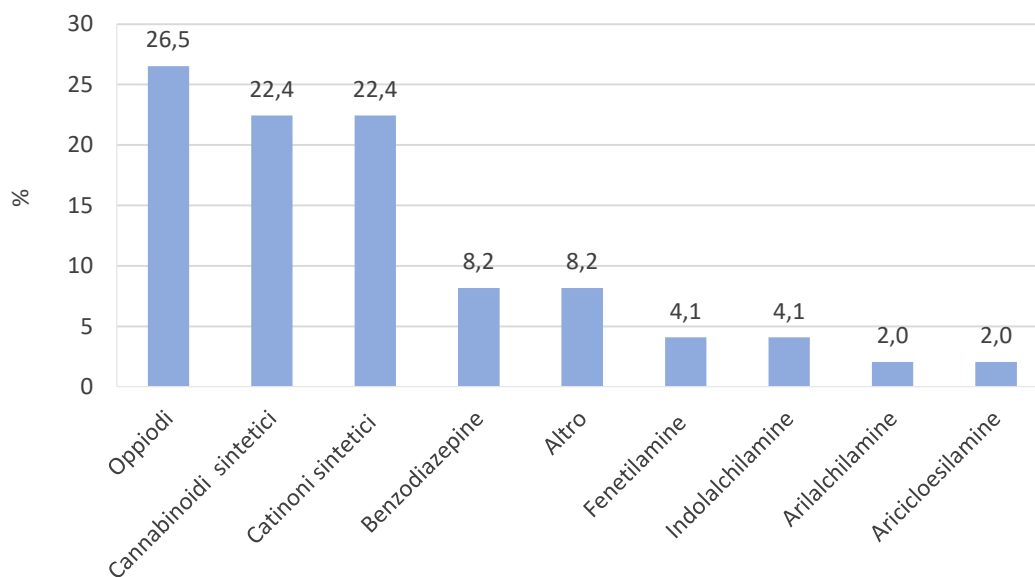
Fig. 1.5.4 - Nuove sostanze psicoattive oggetto di "Informative" dello SNAP



Fonte: Istituto Superiore di Sanità - Anno 2017

Le Comunicazioni EMCDDA (n. 11) sono comunicazioni che lo SNAP riceve da Lisbona e trasmette al network di Centri collaborativi. Non presentano carattere di urgenza, ma hanno la funzione di condividere informazioni analitiche e cliniche, ottenute attraverso la rete REITOX/Early Warning System (tutti i Paesi Membri), per agevolare l'identificazione di nuove molecole già circolanti nell'UE e il riconoscimento di eventuali intossicazioni acute che pervengono ai Dipartimenti di Emergenza. Le Comunicazioni EMCDDA hanno riguardato 49 sostanze, appartenenti alle classi: degli oppioidi (n. 13), cannabinoidi sintetici (n. 11), catinoni sintetici (n. 11), benzodiazepine (n. 4), fenetilamine (n. 2), indolalchilamine (n. 2), arilalchilamine (n. 1), aricloesilamine (n. 1), altro (n. 4) (Fig. 1.5.5).

Fig. 1.5.5 - Nuove sostanze psicoattive oggetto di “Comunicazioni” dallo SNAP



Fonte: Istituto Superiore di Sanità - Anno 2017

Le Comunicazioni EMCDDA pervenute evidenziano una prevalenza delle segnalazioni da parte della Svezia con 19 sostanze, seguita da Slovenia con 10, Germania con 4, Polonia e Lettonia con 3, Belgio, Regno Unito e Grecia con 2, e le restanti nazioni con una sola segnalazione (Tab. 1.5.1).

Tab. 1.5.1 - Tipologia di sostanze psicoattive segnalate dai Paesi europei

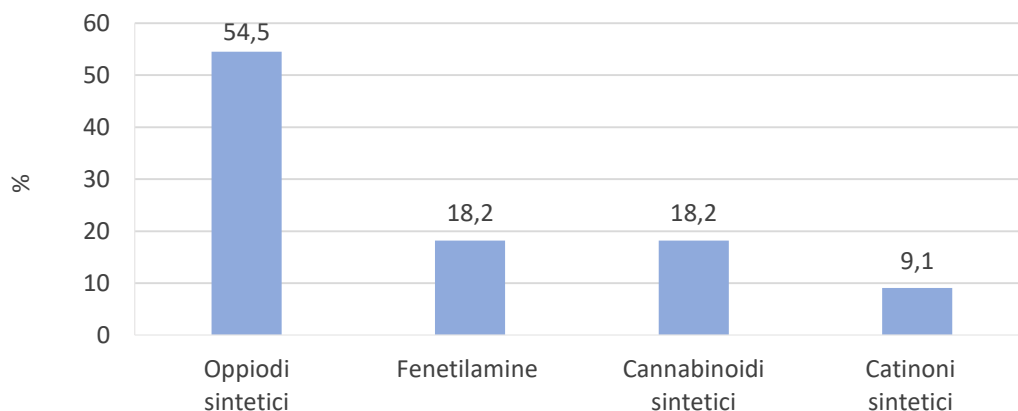
Paese segnalatore	Classe di sostanza	N. segnalazioni
Svezia	Aricloesilamina; Arilalchilamina; Benzodiazepina; Cannabinoide; Catinone; Fenetilamina; Indolalchilamina; Oppioide	19
Slovenia	Cannabinoide; Catinone; Fenetilamina; Oppioide; Pirrolidina; Vario	10
Germania	Cannabinoide	4
Polonia	Oppioide	3
Lettonia	Cannabinoide; Oppioide	3
Belgio	Cannabinoide; Vario	2
Regno Unito	Catinone; Indolalchilamina	2
Grecia	Cannabinoide; Catinone	2
Irlanda	Vario	1
Turchia	Cannabinoide	1
Paesi Bassi	Catinone	1

Fonte: Istituto Superiore di Sanità - Anno 2017

Le Allerte (n. 13) sono avvisi a carattere di urgenza che implicano un’azione coordinata tra tutte le strutture competenti per l’attivazione e l’implementazione di opportune procedure di risposta al fenomeno segnalato. Secondo la gravità dell’allerta, e quindi del potenziale rischio per la salute pubblica, i documenti in uscita vengono definiti

come Pre-allerta, Allerta di grado I, II o III secondo criteri predefiniti. Tali Allerte (di grado I, II e III) hanno riguardato 11 molecole appartenenti alla classe degli oppioidi sintetici (n. 6), fenetilamine (n. 2), cannabinoidi sintetici (n. 2) e catinoni sintetici (n. 1).

Fig. 1.5.6 - Nuove molecole segnalate dallo SNAP come Allerta



Fonte: Istituto Superiore di Sanità - Anno 2017

Attraverso il documento denominato Reporting Form e per tramite del Punto Focale Nazionale, lo SNAP trasmette all'EMCDDA la comparsa di molecole sul territorio italiano individuate per la prima volta a seguito di sequestri e/o casi di intossicazione acuta e/o decesso. I Reporting Form inviati all'EMCDDA sono corredati da dati analitici, ove possibile, da foto dei reperti, e nei casi di intossicazione dai dati clinici raccolti. Nel corso del 2017 è stato inviato 1 Reporting Form, riguardante 1 molecola (U47-700) appartenente alla classe degli oppioidi sintetici.

Infine nei 2 Reporting Forms riassuntivi delle attività svolte in ambito nazionale, inviati dallo SNAP all'EMCDDA, sono stati dettagliati i casi che hanno portato all'individuazione di nuove sostanze psicoattive circolanti in Italia. Nel 2017 sono state registrate 65 segnalazioni: 30 a seguito di sequestri di sostanze, 27 a seguito di analisi di laboratorio su campioni biologici (urine, sangue) di soggetti giunti ai reparti di emergenza per intossicazione acuta e 7 a seguito di analisi di laboratorio condotte su campioni di sostanze rinvenute nei casi di intossicazioni acute non letali. Per il caso di decesso le analisi di laboratorio sono state effettuate sia su campioni biologici sia sulla sostanza rinvenuta. Le sostanze segnalate a seguito di sequestro e/o su campioni di sostanze rinvenute nei casi di accessi ai reparti di emergenza si presentavano sotto forma di polveri (14 casi), materiale vegetale secco (n. 7), tavolette (n. 4), resine o similari (n. 4), blotter (n. 2), liquidi (n. 2), capsule (n. 1), cristalli (n. 1), funghi (n. 1), caramelle gommose (n. 1).

Nel complesso, nel 2017 i casi maggiormente segnalati hanno riguardato il sequestro/utilizzo di sostanze appartenenti alla classe dei catinoni sintetici (9 casi) e delle fenetilamine (9 casi), delle triptammine (8 casi), dei cannabinoidi sintetici (7 casi), delle ketamine (7 casi), di fenciclidine simili (4 casi), dei gaba-ergici (4 casi) e di fentaline (3 casi, dei quali 1 decesso) (Tab. 1.5.2).

Tab. 1.5.2 - Nuove sostanze psicoattive identificate in Italia e notificate all'EMCDDA

Sostanze segnalate a seguito di sequestro			
Classe sostanza	Sostanza	Aspetto	N. casi
Cannabinoidi sintetici	MDMB-CHMICA	Materiale vegetale secco	2
	MAM-2201	Resina marrone	2
	UR-144	Materiale vegetale secco	2
	JWH122	Resina	1
Fenetilamine	25I-NBOMe	Blotters	2
	2C-B	Tavolette	2
	2C-D	Polvere verde	1
	Dibutilone / bk-MMBDB /	Polvere	1
Catinone sintetico	3-CMC	Polveri e granuli bianchi	1
	3-FA	Polveri e granuli azzurri	1
	Etilcatinone	Tavolette	1
	MDPV	Polvere	1
	MPHP	Cristalli	1
Triptamina	5-MeO-MiPT	Caramelle gombose gialle a	2
	DMT	Materiale vegetale secco	2
Fenciclidine simili	Descloroketamina	Polvere di colore bianco	4
Altro	DOC; KRATOM; Mesembrina	Polvere	3
	Salvia Divinorum	Materiale vegetale secco	1
Sostanze segnalate a seguito di analisi di laboratorio svolte su campioni di sostanze e/o biologici (sangue, urine) di soggetti arrivati ai reparti di emergenza per intossicazione acuta non letale			
Classe sostanza	Sostanza	Aspetto	N. casi
Ketamina		Liquido chiaro	1
		Campioni biologici	6
Catinone sintetico	4-MEAP; N-etilpentilone;	Campioni biologici	4
	DMT	Materiale vegetale	1
Triptamina	Psilocina/Psilocibina	Funghi	1
	DMT; Psilocina	Campioni biologici	2
Gaba-ergici	GBL	Liquido chiaro	1
	GHB	Campioni biologici	2
	GHB e Atropina	Campioni biologici	1
Fentaline	U-47700	Polvere	1
	U-47700	Campioni biologici	2
Fenetilamine	Efedrina e Norefedrina	Campioni biologici	2
	2C-B	Campioni biologici	1
Altro	Yohimbina	Capsule	1
	Scopolamina	Polvere bianca Campioni biologici	1 4
	Scopolamina e Atropina	Campioni biologici	1
	Phenibut	Campioni biologici	1
	Metilfenidato	Campioni biologici	1
	DOC e Ketamina	Campioni biologici	1

Fonte: Istituto Superiore di Sanità - Anno 2017

1.6 NPS: pareri per l'aggiornamento delle tabelle delle sostanze sotto controllo

Fonte dei dati: Istituto Superiore di Sanità (ISS) - Centro Nazionale Dipendenze e Doping (CNDD)

In merito ai compiti dell'Istituto Superiore di Sanità, all'interno del Sistema Nazionale Allerta Precoce (SNAP), si evidenzia l'elaborazione di pareri a risposta della richiesta di aggiornamento delle tabelle presenti nel DPR n. 309/1990 da parte del Ministero della Salute. Nel corso dell'anno 2017 l'Istituto Superiore di Sanità ha elaborato n. 36 pareri.

Tab. 1.6.1 - Molecole per le quali è stato elaborato il parere per l'aggiornamento delle tabelle contenenti l'indicazione delle sostanze stupefacenti e psicotrope, DPR n. 309/1990 e smi

Classe sostanze	Nome sostanze
Oppioidi sintetici	Acilolfentanil (o acilfentanil); 4Cl-iBF; 2- fluorofentanil; Furanylentanil; U 47,700; 2-flu butirfentanil; Butirfentanil
Catinoni sintetici	Bufedrone; α-PVT; Pentedrone; Isopentedrone; α-PHP; 4F-NEB; Etilone; 4-MEC (4-metilecatinone); MTTA
Fenilammine	25B-NBOH; 25B-NBF; 2-CE (2,5-Dimetossi-4-etilfenetilammina); 25H-NBOMe / 2-(2,5-Dimetossifenil)-N-[(2-metossifenil)metil]etanammina; Bk 2C-B; DOC (4-cloro-2,5-dimetossiamfetamina)
Benzofurani	6-EAPB; 5-EAPB; 25E- NBOMe
Cannabinoidi sintetici	5F-APINACA (5F-AKB-48); 5 FUR-144/XLR 11
Amfetamino simile	4-FMA; 2-MABB
Triptamine	6-IT; 5MeO-MIPT
Stimolante	G-130
Benzilmorfolina	Metilmorfonato
Morfolinico	PRE-084
Analogo LSD	ETH-LAD
Anestetico dissociativo	descloro-N-etil-ketamina
Arilalchilamine	MPA (metiopropamina)
Benzodiazepine	Fonazepam
Fenilammine	2 C-H

Fonte: Istituto Superiore di Sanità - Anno 2017

1.7 NPS: procedure di tabellazione

Fonte dei dati: Ministero della Salute – Ufficio Centrale Stupefacenti

L'aggiornamento delle tabelle allegate al Decreto del Presidente della Repubblica n. 309 del 9 ottobre 1990, Testo unico delle leggi in materia di disciplina degli stupefacenti e sostanze psicotrope, prevenzione, cura e riabilitazione dei relativi stati di tossicodipendenza e s.mi., comporta un complesso lavoro di trattazione da parte delle istituzioni coinvolte, per i rispettivi ambiti di competenza: l'Ufficio Centrale Stupefacenti (UCS) del Ministero della salute, a cui compete condurre l'iter di aggiornamento, l'Istituto Superiore di Sanità (ISS) organo tecnico scientifico, il Consiglio Superiore di Sanità (CSS), che fornisce parere, quale organo di consulenza tecnico scientifica del Ministro della Salute.

L'inserimento nelle tabelle delle Nuove Sostanze Psicoattive (NPS) avviene a seguito di segnalazione da parte di Procure o altre fonti, anche attraverso il Sistema di allerta precoce europeo dell'EMCDDA, oppure per decisione della Commissione europea o della *Commission on Narcotic Drug* (CND), su proposta dell'Organizzazione mondiale della sanità. Quando il Dipartimento delle Politiche antidroga trasmette le segnalazioni SNAP, l'UCS provvede tempestivamente a richiedere il parere di competenza all'ISS.

Nel 2016 dall'UCS sono stati richiesti pareri all'ISS in merito a 34 NPS. Nel novembre 2016 l'ISS ha reso parere su due NPS (DOC e Acilolifentanil), a seguito del parere favorevole del CSS, nel 2017 l'Ufficio centrale stupefacenti ha predisposto e pubblicato il decreto relativo alle due sostanze citate.

Il Decreto del 13 marzo 2017 del Ministero della Salute, ha previsto l'inserimento nella tabella I delle sostanze DOC e Acilolifentanil¹.

Nel 2017 l'UCS ha chiesto parere all'ISS circa l'inserimento di ulteriori 5 NPS su decisione CND. A fine 2017, il Consiglio Superiore di Sanità, visti i relativi pareri dell'ISS, ha espresso due pareri favorevoli all'inserimento di 29 NPS. I due relativi decreti sono stati predisposti, firmati e pubblicati nel 2018. Su proposta dell'UCS, sono alla firma dell'On. Ministro vari decreti, tra cui due decreti di aggiornamento delle tabelle. L'iter di ulteriori decreti relativi ad analoghi del fentanil è ancora in corso.

¹ G.U. Serie generale n. 70 del 24-3-2017; <http://www.trovanorme.salute.gov.it/norme/dettaglioAtto?id=58736>.

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) del Decreto del Presidente della Repubblica n. 309 del 9 ottobre 1990, *Testo unico delle leggi in materia di disciplina degli stupefacenti e sostanze psicotrope, prevenzione, cura e riabilitazione dei relativi stati di tossicodipendenza 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 con una relazione di accompagnamento, il parere dell'Istituto Superiore di Sanità 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 ministeriale di aggiornamento delle tabelle viene successivamente pubblicato nella Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana e inserito nella successiva edizione della Farmacopea ufficiale.

Capitolo 2

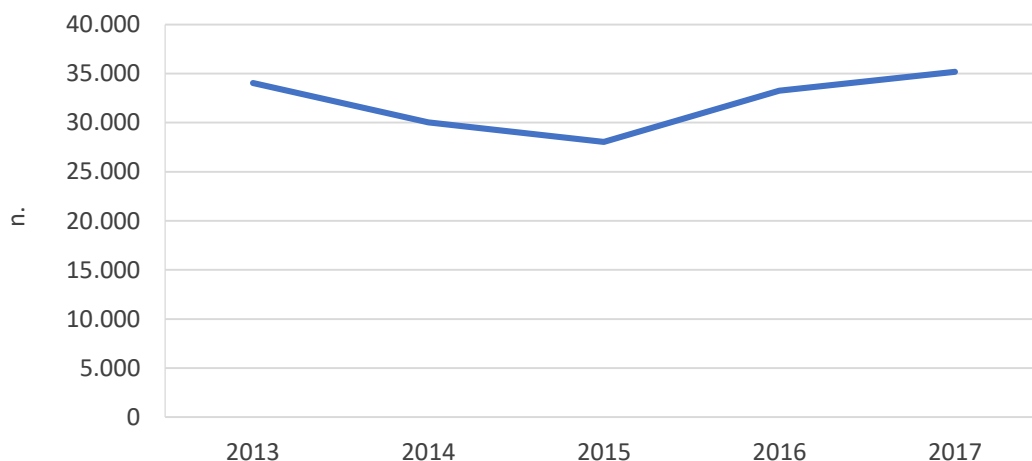
RIDUZIONE DELL'OFFERTA

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

Fonte dei dati: Ministero dell’Interno - Direzione Centrale Servizi Antidroga (DCSA)

Nel 2017 sono state segnalate all’Autorità Giudiziaria 35.190 persone per reati in violazione del DPR n. 309/1990, con un incremento del 6% circa dal 2016. Nell’ultimo biennio si è osservata una inversione di tendenza rispetto al periodo 2013-2015, durante il quale è stato registrato un trend in diminuzione (Fig. 2.1.1).

Fig. 2.1.1 - Denunciati per violazione del DPR n. 309/1990



Fonte: DCSA - Anni 2013-2017

Fra i soggetti segnalati, la maggior parte (71%) è in stato di arresto, il 28% in libertà e l’1% è irreperibile. La quasi totalità dei soggetti (94%) è stata denunciata per traffico illecito di sostanze (art. 73 DPR n. 309/1990) e il 6% per associazione finalizzata al traffico (art. 74 DPR n. 309/1990).

Le denunce hanno riguardato soggetti prevalentemente di genere maschile (93%) e italiani (60%). Il 4% delle denunce ha riguardato minorenni, il 40% dei denunciati ha tra i 20 e i 29 anni, il 26% tra i 30 e i 39 anni e circa un quarto ha più di 40 anni.

La sostanza stupefacente interessata dal più alto numero di denunce è stata la cocaina (11.686 denunce), seguita da marijuana (n. 9.319), hashish (n. 7.375), eroina (n. 3.383) e piante di cannabis (n. 1.388). Rispetto al 2016, è stata rilevata una diminuzione delle denunce per i reati correlati all’hashish (-13%), alle droghe sintetiche (-10%), all’eroina (-8%),

alle piante di cannabis (-8%) ed un aumento per quelle relative alla marijuana (+45%) e alla cocaina (+5%).

Tab. 2.1.1 - Persone segnalate all'Autorità Giudiziaria per reati in violazione del DPR n. 309/1990

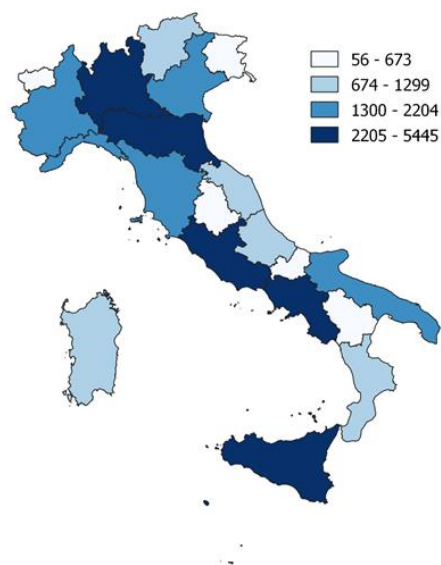
	2017	Variazione % rispetto al 2016
Tipo di denuncia		
Arresto	25.038	6,5%
Libertà	9.931	4,8%
Irreperibilità	221	-17,8%
Tipo di reato - DPR n. 309/1990		
Traffico (Art. 73)	33.049	6,6%
Associazione (Art. 74)	2.131	-4,7%
Altri reati	10	25,0%
Nazionalità		
Italiana	21.224	3,1%
Straniera	13.966	10,2%
Genere		
Maschile	32.834	5,9%
Femminile	2.356	5,0%
Età		
Maggiorenni	33.856	6,2%
Minorenni	1.334	-3,3%
Fasce di età		
≤ 14anni	54	35,0%
15-19 anni	3.852	5,4%
20-24 anni	7.197	13,5%
25-29 anni	6.405	3,6%
30-34 anni	5.209	4,6%
35-39 anni	4.002	-0,6%
≥ 40 anni	8.471	5,5%
Totale	35.190	5,8%

Fonte: DCSA - Anno 2017

Il Lazio, con un totale di 5.445 soggetti coinvolti nel traffico di stupefacenti, emerge come valore assoluto rispetto alle altre, seguita dalla Lombardia (4.956), Campania (3.422), Sicilia (3.030), Emilia Romagna (2.397) e Toscana (2.139). I valori più bassi in Valle d'Aosta (56) e Molise (181). Rispetto al 2016, aumentano in maniera consistente le denunce in Trentino Alto Adige (+37%), Friuli Venezia Giulia (+21,17%), Sicilia (+20%) e Piemonte (+19%).

I maggiori decrementi percentuali si osservano in Puglia (-13%) e Valle d'Aosta (-10%). Prendendo in esame le macroaree, i soggetti segnalati all'Autorità Giudiziaria risultano distribuiti per il 41% al Nord, il 34% al Sud e Isole e per il 26% al Centro.

Fig. 2.1.2 - Distribuzione regionale delle segnalazioni per violazione del DPR n. 309/1990



Fonte: DCSA - Anno 2017

Il 40% dei soggetti segnalati proviene da altri Paesi, in particolare dal Marocco (22%), Albania (14%), Nigeria (12%), Tunisia (10%), Gambia (9%) e Senegal (6%).

Il 4% dei segnalati stranieri è stato per violazione dell'art. 74 DPR n. 309/1990 (associazione finalizzata al traffico di stupefacenti) e ha riguardato soprattutto persone provenienti da Albania, Marocco, Tunisia e Niger.

Tab. 2.1.2 - Soggetti stranieri segnalati all’Autorità Giudiziaria per reati in violazione del DPR n. 309/1990

	2017	Variazione % rispetto al 2016
Tipo di denuncia		
Arresto	10.122	9,2%
Libertà	3.673	14,9%
Irreperibilità	171	-19,7%
Tipo di reato		
Traffico (Art. 73)	13.471	9,9%
Associazione (Art. 74)	493	18,5%
Altri reati	2	
Nazionalità		
Marocchina	3.011	-7,1%
Albanese	1.954	8,3%
Nigeriana	1.689	77,4%
Tunisina	1.341	-16,1%
Gambiana	1.259	47,1%
Senegalese	793	40,1%
Romena	395	7,1%
Egiziana	354	25,1%
Pakistana	212	11,6%
Algerina	167	1,8%
Genere		
Maschile	13.472	10,2%
Femminile	494	9,5%
Età		
Maggiorenni	13.666	10,2%
Minorenni	300	8,3%
Fasce di età		
≤ 14anni	13	160,0%
15-19 anni	1.280	22,5%
20-24 anni	3.350	28,2%
25-29 anni	3.203	5,6%
30-34 anni	2.519	5,3%
35-39 anni	1.632	-6,0%
≥ 40 anni	1.969	0,7%
Totale	13.966	10,2%

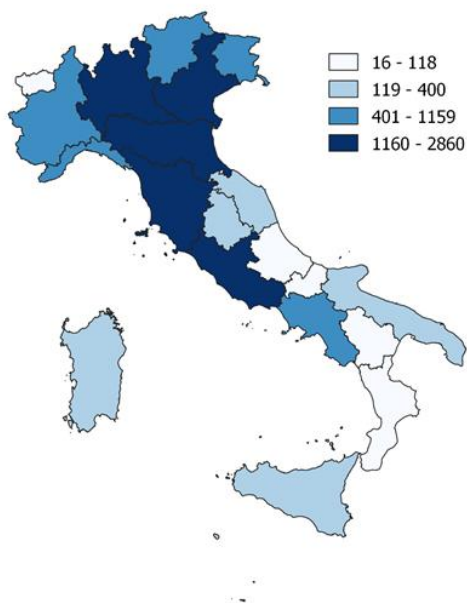
Fonte: DCSA - Anno 2017

In termini assoluti, le regioni maggiormente interessate dalla presenza di stranieri coinvolti nel narcotraffico, complessivamente pari al 72% del totale, sono state Lombardia, Lazio, Emilia Romagna, Toscana, Veneto e Piemonte. Anche la regione Liguria, luogo di transito dell’hashish proveniente dal Marocco, attraverso Spagna e Francia, raggiunge livelli significativi nell’incidenza di stranieri denunciati in rapporto alla popolazione.

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

Prendendo in esame le macroaree, nel 2017, gli stranieri segnalati all’Autorità Giudiziaria risultano distribuiti per il 60% al Nord, il 29% al Centro e l’11% al Sud e Isole.

Fig. 2.1.3 - Distribuzione regionale degli stranieri segnalati per violazione del DPR n. 309/1990



Fonte: DCSA - Anno 2017

Le principali nazionalità degli stranieri denunciati sono state quella marocchina in Lombardia, Toscana, Emilia Romagna e Piemonte; quella albanese in Lombardia, Emilia Romagna Veneto e Lazio; la tunisina in Veneto, Emilia Romagna, Toscana e Lombardia e la nigeriana in Emilia Romagna, in Toscana, Veneto e Lazio.

I minori

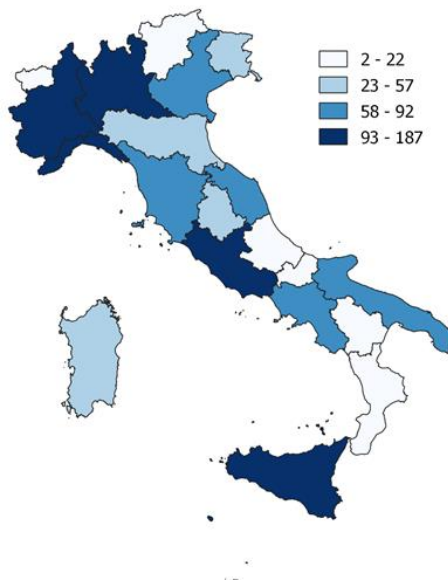
I minori segnalati all’Autorità Giudiziaria nel 2017 sono stati 1.334 (498 dei quali in stato di arresto) pari al 4% del totale delle persone segnalate a livello nazionale, con un decremento del 3% rispetto all’anno precedente. Le denunce (54 delle quali a carico di quattordicenni) presentano incrementi costanti man mano che ci si avvicina alla soglia della maggiore età. Tra i denunciati, 300 provengono da altri Paesi, in particolare Romania, Gambia, Marocco, Senegal ed Egitto. Relativamente al tipo di reato, 1.332 minori sono stati segnalati per traffico/spaccio (art. 73) e 2 per l’associazione finalizzata al traffico (art. 74).

Il maggior numero di minori denunciati per reati droga-correlati è stato registrato in Lombardia (n. 187), Lazio (n. 170), Piemonte (n. 119), Sicilia (n. 99), Liguria (n. 94), Campania (n. 92), Puglia (n. 84), Veneto (n. 80) e Toscana (n. 79). I valori più bassi si riscontrano, altresì, in Basilicata (14 casi) e Valle d’Aosta (2 casi).

Rispetto al 2016, sono stati registrati aumenti consistenti di denunce in Valle d’Aosta (+100%), Piemonte (+34%), nelle Marche (+26%), Puglia (+24%), Molise (+21%) e Veneto (+19%). I decrementi più vistosi, in percentuale, in Trentino Alto Adige (-65%), Abruzzo (-59%), Emilia Romagna (-28%), Basilicata e Sardegna (-22%).

Prendendo in esame le macroaree, nel 2017, i minori segnalati all'Autorità Giudiziaria risultano distribuiti per il 46% al Nord, il 30% al Sud e Isole e il 25% al Centro.

Fig. 2.1.4 - Distribuzione regionale dei minori segnalati per violazione del DPR n. 309/1990



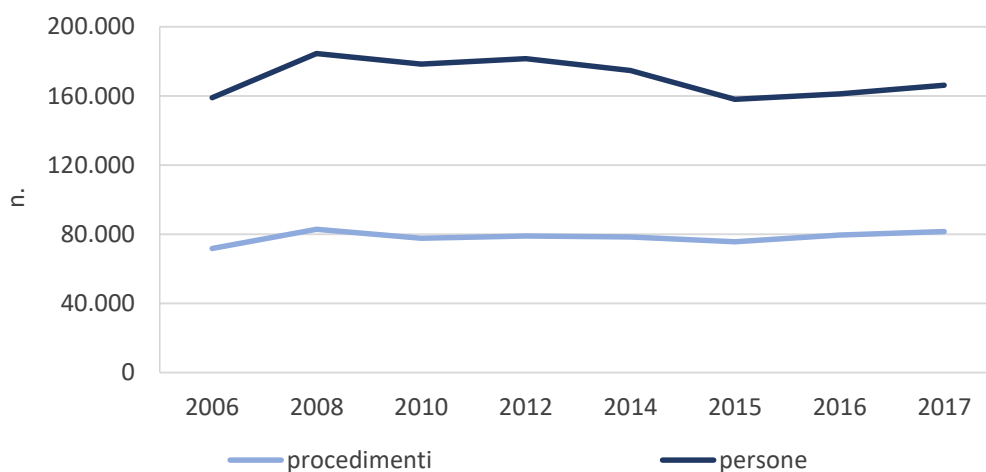
Fonte: DCSA - Anno 2017

2.2 Procedimenti penali pendenti per reati droga-correlati

Fonte dei dati: Ministero della Giustizia - Dipartimento per gli Affari di Giustizia - Direzione Generale della Giustizia Penale, Ufficio I

Al 30 giugno 2017², i procedimenti penali pendenti per il reato di produzione, traffico e detenzione di sostanze stupefacenti o psicotrope (art. 73 DPR n. 309/1990) sono stati 81.665 e hanno coinvolto 166.301 persone, con una media di 2 persone ogni procedimento. In numeri assoluti, si è registrato un aumento negli ultimi tre anni dei procedimenti penali pendenti per art. 73 del DPR n. 309/1990 (2015: 75.765 e 2016: 79.494). Meno accentuata è stata la crescita del numero di persone coinvolte (2015: 158.133 e 2016: 161.159), come evidenziato nella Fig. 2.2.1.

Fig. 2.2.1 - Trend dei procedimenti penali pendenti per reati di produzione, traffico e detenzione di sostanze stupefacenti (art. 73 DPR n. 309/1990) e persone coinvolte

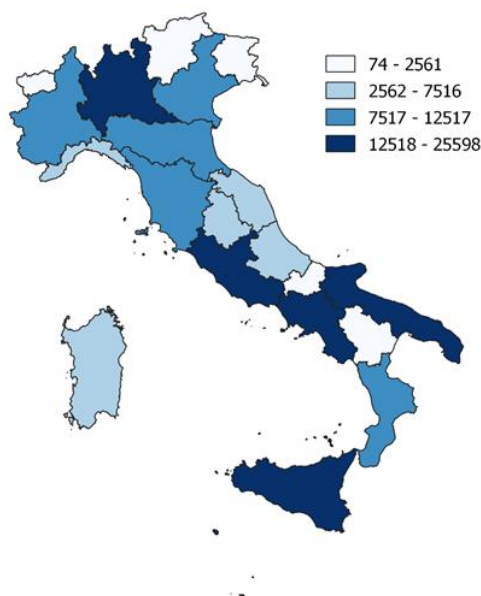


Fonte: Ministero della Giustizia - Anni 2006-30 giugno 2017

La maggior parte delle persone coinvolte (84%) si trovava nella fase delle indagini preliminari (45%) o al primo grado di giudizio (39%), mentre il 14% si trovava al secondo grado di giudizio e il 2% al terzo. Di tutte le persone coinvolte, i minorenni costituiscono una quota minima (4%). La distribuzione delle persone coinvolte per reati in violazione dell’art. 73 fino al secondo grado di giudizio per regione ha evidenziato un numero più elevato di persone in Lombardia, Lazio, Campania, Puglia e Sicilia.

² Il dato aggiornato al secondo semestre del 2017 non è ancora stato reso disponibile dal Ministero.

Fig. 2.2.2 - Distribuzione regionale delle persone coinvolte nei procedimenti penali pendenti per reati di produzione, traffico e detenzione di sostanze stupefacenti o psicotrope (art. 73 DPR n. 309/1990)

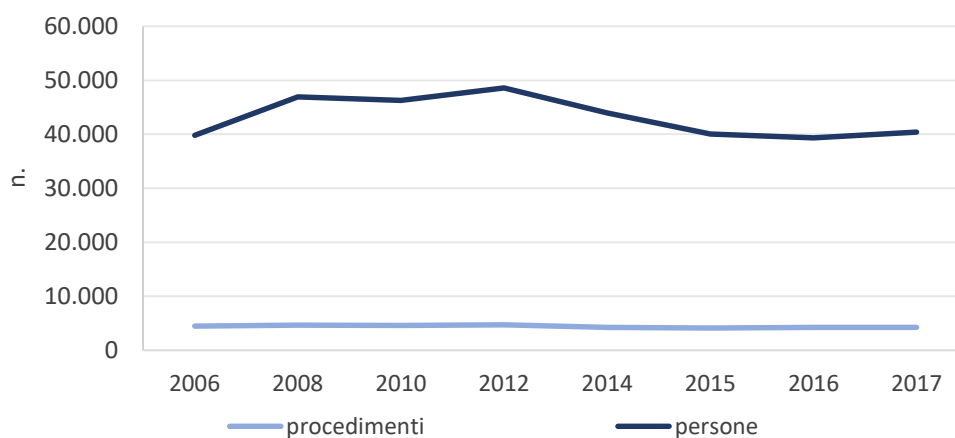


Fonte: Ministero della Giustizia - 30 giugno 2017

I procedimenti penali pendenti per i reati di associazione finalizzata al traffico di sostanze stupefacenti (art. 74 DPR n. 309/1990) nel primo semestre del 2017 sono stati 4.220, coinvolgendo 40.438 persone mediamente 10 persone per procedimento.

Le persone coinvolte sono state invece mediamente quasi dieci per procedimento, per un totale di 40.438. L’andamento del numero dei procedimenti pendenti per reati ai sensi dell’art. 74 del DPR n. 309/1990, negli ultimi anni, è rimasto tendenzialmente stazionario (2015: 4.115 e 2016: 4.227). Il numero di imputati è invece oscillato da 40.041 del 2015 a 39.371 del 2016 fino a 40.438 del 2017.

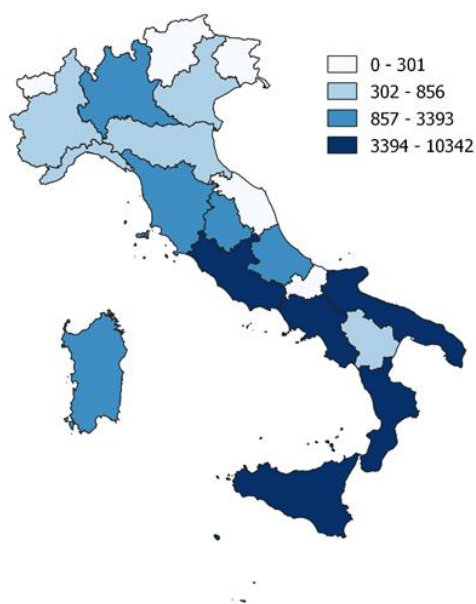
Fig. 2.2.3 - Trend dei procedimenti penali pendenti per violazione art. 74 DPR n. 309/1990 e persone coinvolte



Fonte: Ministero della Giustizia - Anni 2006-30 giugno 2017

Due terzi degli indagati per art. 74 nei primi sei mesi del 2017 si trovava nella fase delle indagini preliminari, il 27% al primo grado di giudizio, il 5% al secondo e l'1,5% al terzo. La percentuale di minori coinvolti in procedimenti di associazione finalizzata al traffico di sostanze stupefacenti è stata pari allo 0,2%. Tra tutti gli imputati, i minorenni costituiscono una quota minima (4%). La distribuzione degli imputati per reati in violazione dell'art. 74 fino al secondo grado di giudizio, per regione del distretto di corte d'appello, ha evidenziato il maggior numero di imputati nelle regioni Lazio, Campania, Puglia, Calabria e Sicilia.

Fig. 2.2.4 - Distribuzione regionale dei soggetti con procedimenti penali pendenti per violazione art. 74 DPR n. 309/1990



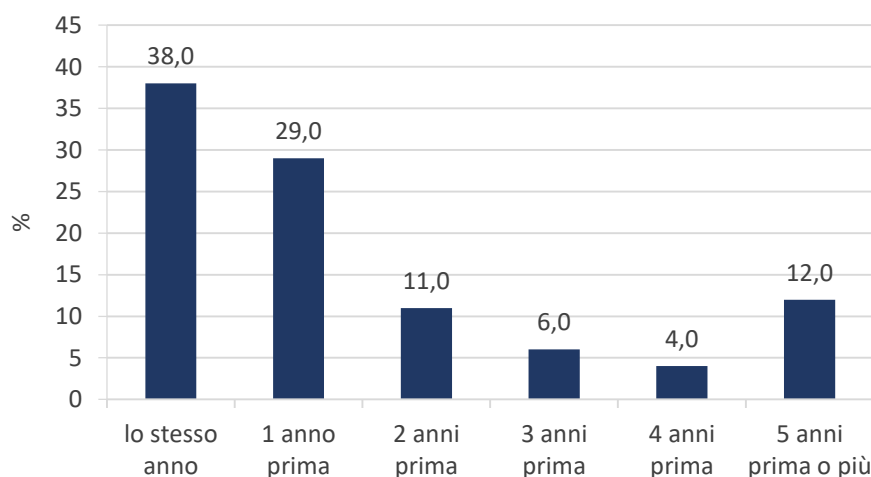
Fonte: Ministero della Giustizia - 30 giugno 2017

2.3 Condanne per reati droga-correlati

Fonte dei dati: Ministero della Giustizia - Dipartimento per gli Affari di Giustizia - Direzione Generale della Giustizia Penale - Ufficio III - Casellario Giudiziale Centrale

I soggetti condannati nel 2017 per aver commesso reati di produzione, traffico e detenzione di sostanze stupefacenti (art. 73 DPR n. 309/1990) o associazione finalizzata al traffico di sostanze stupefacenti (Art. 74 DPR n. 309/1990) sono stati 11.290³. La quasi totalità di questi ha commesso un reato di produzione, traffico e detenzione di sostanze stupefacenti (99%) e la maggior parte (78%) lo ha commesso al massimo due anni prima della condanna. In particolare, il 38% ha commesso il reato nel 2017 e il 29% nel 2016.

Fig. 2.3.1 - Condannati con sentenza definitiva per i reati di cui agli artt. 73 e/o 74 DPR n. 309/1990 per anno del commesso reato



Fonte: Ministero della Giustizia - Anno 2017

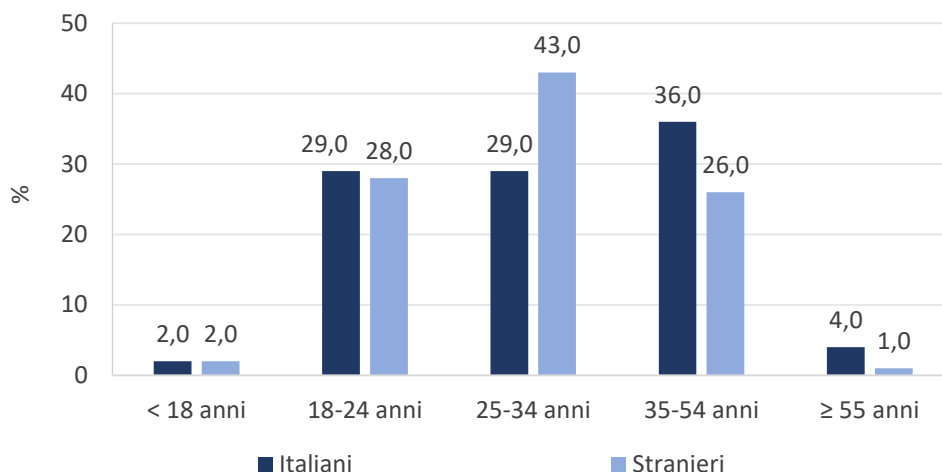
I soggetti condannati in via definitiva nel 2017 per crimini droga-correlati sono prevalentemente di genere maschile (94%) e di nazionalità italiana (56%). La classe di età maggiormente rappresentata è quella dei 25-34enni (35%), seguita dai 35-54enni (31%) e dai 18-24enni (28%).

I minori rappresentano il 2% del totale dei condannati nel 2017: per la quasi totalità sono maschi (99%) e per il 45% sono stranieri.

³ A causa del ritardo accumulato nell’aggiornamento continuo del sistema, il dato, al momento, potrebbe essere sottostimato e suscettibile di variazioni.

Tra gli italiani si osservano le quote più alte di 35-54enni (36% contro il 26% degli stranieri), mentre tra gli stranieri la classe di età più rappresentata è quella dei 25-34enni (43% contro il 29% degli italiani).

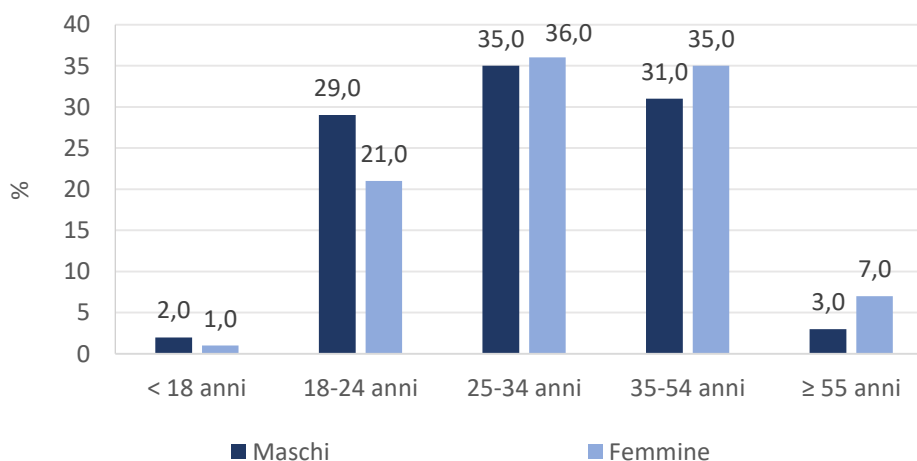
Fig. 2.3.2 - Condannati con sentenza definitiva per i reati di cui agli artt. 73 e/o 74 DPR n. 309/1990: distribuzione percentuale per nazionalità e per età



Fonte: Ministero della Giustizia - Anno 2017

Analizzando la distribuzione per classe di età, tra gli uomini si registra la quota più alta di soggetti di età inferiore ai 25 anni, mentre la percentuale di soggetti di età superiore ai 24 anni risulta più elevata tra le donne (78% contro 69% degli uomini).

Fig. 2.3.3 - Condannati con sentenza definitiva per reati di cui agli artt. 73 e/o 74 DPR n. 309/1990: distribuzione percentuale per genere e per età



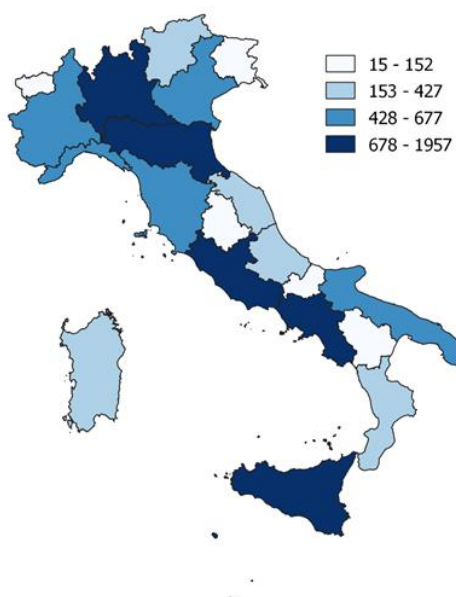
Fonte: Ministero della Giustizia - Anno 2017

I cittadini stranieri condannati provengono prevalentemente dal Marocco (25%), Albania (12%), Tunisia (12%), Nigeria (11%), Gambia (8%) e Senegal (5%), i restanti da altri Paesi. Tra le donne si rileva la quota più bassa di straniere condannate per reati droga-correlati (27% vs 45% osservata tra gli uomini).

Poco più di un quarto (27%) dei condannati con sentenza definitiva è recidivo, con uno scarto di 3 punti percentuali tra italiani e stranieri (rispettivamente 28% e 25%). La condanna viene emessa per il 74% dei casi in primo grado, con una percentuale superiore tra i non recidivi rispetto ai recidivi (78% contro 62%).

Nel 2017 le regioni dove si sono commessi più crimini legati alla droga sono la Lombardia, l’Emilia Romagna, il Lazio, la Campania e la Sicilia. In Emilia Romagna, Trentino Alto Adige e Veneto si osserva la percentuale più alta di stranieri che hanno commesso crimini droga-correlati (più del 70%). Sicilia, Puglia, Molise e Calabria sono invece le regioni dove i reati sono stati commessi prevalentemente da cittadini italiani (90% circa).

Fig. 2.3.4 - Distribuzione dei condannati con sentenza definitiva per reati artt. 73 e/o 74 DPR n. 309/1990 per regione dove è stato commesso il reato



Fonte: Ministero della Giustizia - Anno 2017

2.4 Detenuti per reati droga-correlati

Fonte dei dati: Ministero della Giustizia - Dipartimento Amministrazione Penitenziaria

La popolazione carceraria è costituita per un terzo (32,7%) da detenuti per reati di produzione, traffico e detenzione di sostanze stupefacenti (art. 73 DPR n. 309/1990).

Dopo una sostanziale riduzione avvenuta tra il 2010 e il 2014 (anno della sentenza n. 32/2014 della Corte Costituzionale), dal 2014 si è osservato un incremento (16.712 detenuti nel 2015, 17.733 nel 2016).

Tab. 2.4.1 - Detenuti presenti (totale) e con reati previsti dal DPR n. 309/1990 al 31/12 di ogni anno

Anno	Detenuti presenti	Art. 73 DPR n. 309/1990	% sul totale dei presenti
2007	48.693	18.222	37,4
2008	58.127	22.727	39,1
2009	64.791	26.052	40,2
2010	67.961	27.294	40,2
2011	66.897	26.559	39,7
2012	65.701	25.269	38,5
2013	62.536	23.346	37,3
2014	53.623	17.995	33,6
2015	52.164	16.712	32,0
2016	54.653	17.733	32,4
2017	57.608	18.817	32,7

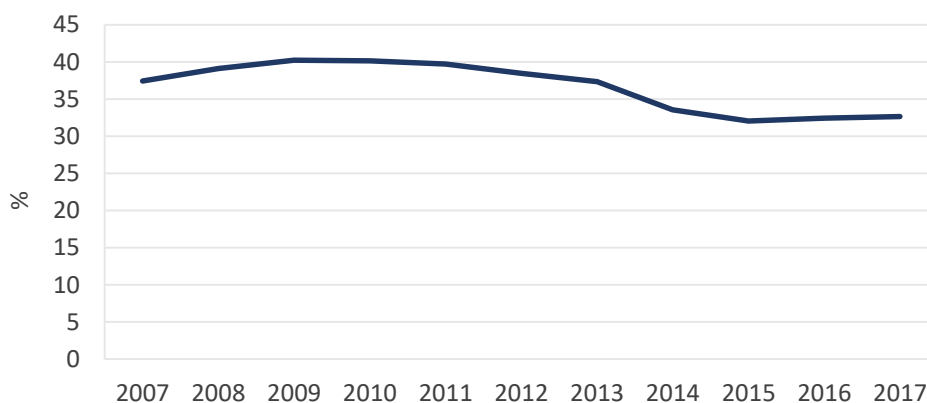
Fonte: Ministero della Giustizia - Anni 2007-2017

Nel 2014 è stata pronunciata la sentenza n. 32/2014 della Corte costituzionale che ha dichiarato l’illegittimità costituzionale delle modifiche alla normativa sugli stupefacenti introdotte nel 2006, con la conseguenza che sono tornate in vigore le norme previgenti del DPR n. 309/1990 e, con esse, la distinzione delle sostanze stupefacenti in droghe leggere e droghe pesanti e la diversificazione delle pene previste dall’art. 73.

Il trattamento sanzionatorio è attualmente più mite per le prime (da un minimo di 2 a un massimo di 6 anni) e più pesante per le seconde (da un minimo di 6 a un massimo di 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 n. 309/1990 hanno potuto beneficiare, nel caso di droghe leggere, della rideterminazione della pena e della scarcerazione se imputati.

In percentuale rispetto al totale dei reclusi, i detenuti per reati di produzione, traffico e detenzione di sostanze stupefacenti fino al 2014 costituivano una quota compresa tra il 37% e il 40%. Dal 2014, tale quota è passata dal 32% nel 2015, al 32,4% nel 2016, fino ad arrivare al 32,7% nel 2017.

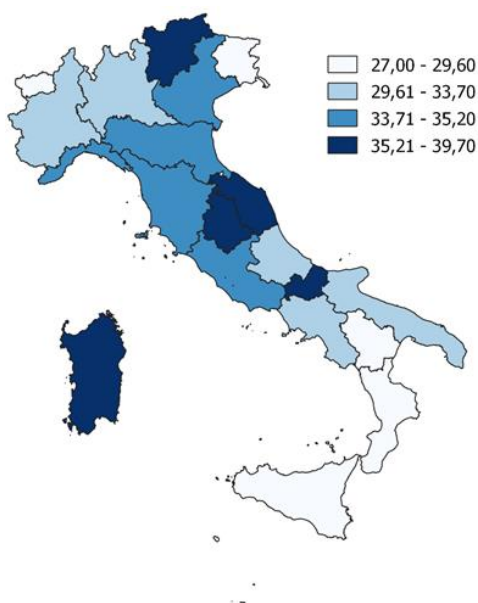
Fig. 2.4.1 - Percentuale di detenuti per art. 73 DPR n. 309/1990 rispetto al totale dei detenuti



Fonte: Ministero della Giustizia - Anni 2007-2017

Analizzando la distribuzione dei detenuti a livello territoriale, le regioni con la più alta quota di reclusi per reati in violazione dell’art. 73 DPR n. 309/1990, presenti alla fine del 2017, sono Umbria (40% circa) e Marche (40% circa). Seguono Molise, Sardegna e Trentino Alto Adige (Fig. 2.4.2). Le regioni con le quote più basse sono invece Basilicata (27%), Sicilia e Friuli Venezia Giulia (28% ciascuna), Calabria (29%) e Valle d’Aosta (29%).

Fig. 2.4.2 - Distribuzione regionale della percentuale di detenuti presenti alla fine dell’anno per art.73 DPR n. 309/1990



Fonte: Ministero della Giustizia - Anno 2017

Il 39,3% dei detenuti per violazione dell’art. 73 DPR n. 309/1990 presenti al 31/12/2017 è di cittadinanza straniera e tale percentuale è aumentata nell’ultimo triennio (2015: 37,3%, 2016: 38,9%).

La quota di stranieri tra i detenuti per reati di produzione, traffico e detenzione di sostanze stupefacenti è inoltre più alta di quella osservata tra tutta la popolazione carceraria (39,3% contro 34,3%).

Tab. 2.4.2 - Totale detenuti per reati in violazione del DPR n. 309/1990 presenti al 31 dicembre e percentuale di stranieri

Anno	Detenuti presenti al 31/12			Detenuti presenti al 31/12 per art. 73 DPR n. 309/1990		
	Totale	di cui stranieri	% stranieri	Totale	di cui stranieri	% stranieri
2007	48.693	18.252	37,5	18.222	8.693	47,7
2008	58.127	21.562	37,1	22.727	10.993	48,4
2009	64.791	24.067	37,1	26.052	12.523	48,1
2010	67.961	24.954	36,7	27.294	12.523	45,9
2011	66.897	24.174	36,1	26.559	11.966	45,1
2012	65.701	23.492	35,8	25.269	11.063	43,8
2013	62.536	21.854	34,9	23.346	9.688	41,5
2014	53.623	17.462	32,6	17.995	6.715	37,3
2015	52.164	17.340	33,2	16.712	6.230	37,3
2016	54.653	18.621	34,1	17.733	6.899	38,9
2017	57.608	19.745	34,3	18.817	7.394	39,3

Fonte: Ministero della Giustizia - Anni 2007-2017

Le quote più basse di detenuti stranieri per i reati di produzione, traffico e detenzione di sostanze stupefacenti si rilevano nelle regioni del sud, in particolare, Puglia (11%), Campania (12%) e Calabria (12%). Le regioni con le quote più alte di detenuti stranieri per art. 73 DPR n. 309/1990 sono Trentino Alto Adige (87%), Veneto (72%) ed Emilia Romagna (63%).

Focalizzando l’attenzione sugli ingressi dalla libertà durante il corso dell’anno, emerge un trend decrescente tra il 2007 e il 2015, mentre si osserva un aumento nell’ultimo triennio.⁴ Tali risultati sono in linea con i trend osservati sulle presenze. Gli ingressi per reati di cui all’art. 73 DPR n. 309/1990 sono passati da poco più di 12.000 nel 2015 a circa 14.000 nel 2017 (Tab. 2.4.3).

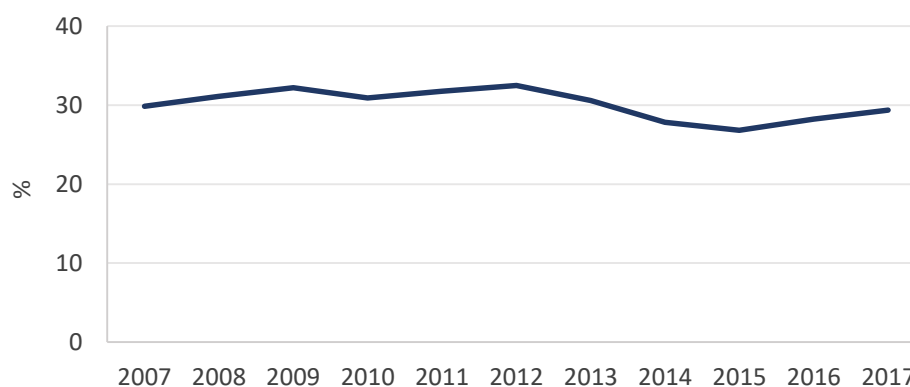
⁴ Più ingressi dalla libertà nello stesso anno possono riguardare la stessa persona.

Tab. 2.4.3 - Ingressi totali e per reati in violazione dell’art. 73 DPR n. 309/1990

Anno	Ingressi totali	Art. 73 DPR n. 309/1990	% sul totale degli ingressi
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
2017	48.144	14.139	29,4

Fonte: Ministero della Giustizia - Anni 2007-2017

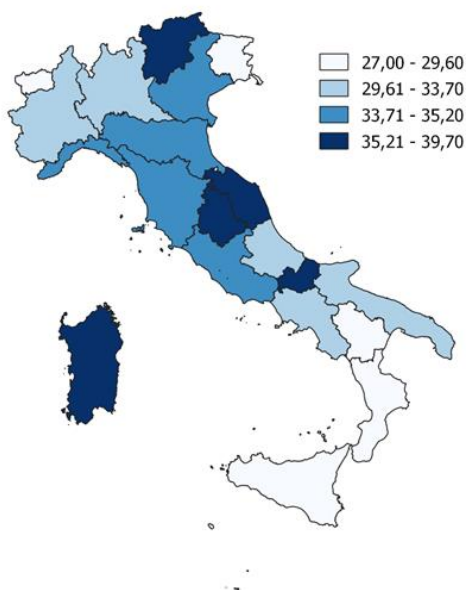
Nel 2017, la quota di ingressi per reati di produzione, traffico e detenzione di sostanze stupefacenti è stata pari al 29,4% del totale, mentre nel 2015 era del 26,8%.

Fig. 2.4.3 - Percentuale di ingressi dalla libertà per art. 73 DPR n. 309/1990 rispetto al totale degli ingressi

Fonte: Ministero della Giustizia - Anni 2007-2017

La distribuzione territoriale degli ingressi avvenuti nel 2017 evidenzia che le regioni con la più alta quota di reati per violazione dell’art. 73 DPR n. 309/1990 sono state Umbria, Marche, Molise, Sardegna e Toscana. Le regioni con le quote più basse sono invece Basilicata, Sicilia, Friuli Venezia Giulia, Calabria e Valle d’Aosta (Fig. 2.4.4).

Fig. 2.4.4 - Distribuzione regionale della percentuale di ingressi per reati in violazione dell’art. 73 DPR n. 309/1990



Fonte: Ministero della Giustizia - Anno 2017

La percentuale di nuovi ingressi tra i detenuti stranieri è stata del 48,4% ed ha avuto un andamento variabile nell’ultimo triennio. Inoltre, tra i soggetti entrati dalla libertà nel corso dell’anno la percentuale di stranieri che ha commesso reati di produzione, traffico e detenzione di sostanze stupefacenti è del 48,4% (nella popolazione carceraria è del 43,8%).

Tab. 2.4.4 - Ingressi totali, per reati in violazione dell’art. 73 DPR n. 309/1990 e percentuale di stranieri

Anno	Entrati dalla libertà nel corso dell'anno			Entrati dalla libertà nel corso dell'anno per art. 73 DPR n. 309/1990		
	Totale	di cui stranieri	% stranieri	Totale	di cui stranieri	% stranieri
2007	90.441	43.860	48,5	26.985	11.593	43,0
2008	92.800	43.099	46,4	28.865	12.301	42,6
2009	88.066	40.073	45,5	28.369	12.460	43,9
2010	84.641	37.298	44,1	26.141	10.446	40,0
2011	76.982	33.305	43,3	24.452	10.226	41,8
2012	63.020	27.006	42,9	20.465	9.088	44,4
2013	59.390	25.818	43,5	18.151	8.109	44,7
2014	50.217	22.747	45,3	13.972	6.747	48,3
2015	45.823	20.521	44,8	12.284	5.900	48,0
2016	47.342	21.102	44,6	13.356	6.785	50,8
2017	48.144	21.077	43,8	14.139	6.845	48,4

Fonte: Ministero della Giustizia - Anni 2007-2017

2.5 Minori nel circuito penale per reati droga-correlati

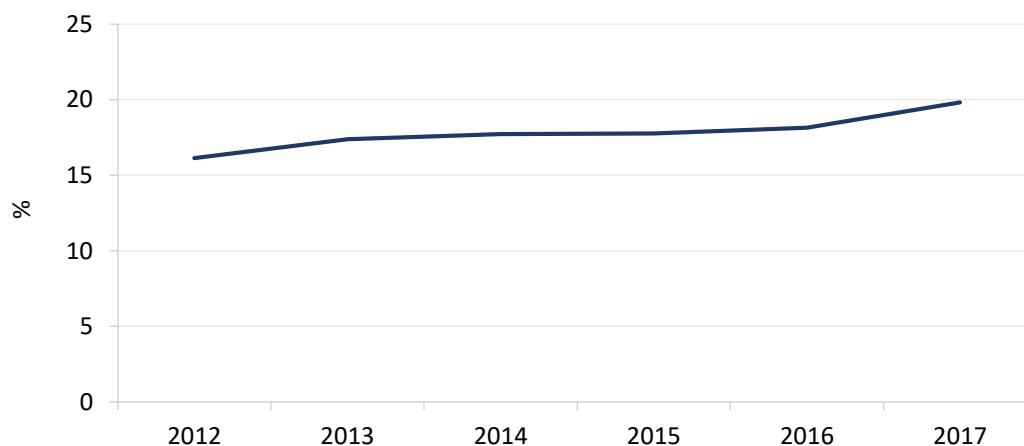
Fonte dei dati: Ministero della Giustizia - Dipartimento per la Giustizia Minorile e di Comunità - Sezione Statistica, Ufficio Attuazione provvedimenti giudiziari del giudice minorile

L’utenza penale minorile è composta da soggetti tra i 14 e i 25 anni di età che abbiano commesso il reato prima del compimento dei 18 anni. Compiuti i 21 anni, in applicazione della L. n. 117/2014, “le misure di sicurezza, le misure alternative le sanzioni sostitutive, le pene detentive e le misure di sicurezza si eseguono secondo le norme e con le modalità previste per i minorenni, sempre che non ricorrano particolari ragioni di sicurezza valutate dal giudice competente, tenuto conto altresì delle finalità rieducative”.

L’esecuzione dei provvedimenti viene assicurata dai Servizi della Giustizia Minorile. Questi si articolano in: Centri di Prima Accoglienza, Istituti Penali per i Minorenni, Comunità ministeriali e private, Centri Diurni Polifunzionali e Uffici di Servizio Sociale. Questi ultimi prendono in carico il minore/giovane adulto dal momento della segnalazione da parte dell’Autorità Giudiziaria fino all’uscita dal sistema penale minorile.

Nel 2017 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 4.055, il 20% circa su un totale complessivo di 20.466 soggetti in carico, di cui 1.284 (32%) presi in carico per la prima volta. Questo dato risulta in crescita dopo un triennio di stabilità, pur evidenziando un leggero calo dei soggetti presi in carico per la prima volta nell’anno 2017.

Fig. 2.5.1 - Percentuale di soggetti in carico agli Uffici di Servizio Sociale della Giustizia Minorile per reati in violazione del DPR n. 309/1990 rispetto al totale dei presi in carico



Fonte: Ministero della Giustizia - Anni 2012-2017

La quota di stranieri risulta sostanzialmente stabile intorno al 15% circa. Stabile anche la distribuzione per genere che vede i maschi rappresentare circa il 95% del totale dei soggetti imputati per reati in violazione del DPR n. 309/1990.

Tab. 2.5.1 - Soggetti in carico agli Uffici di Servizio Sociale della Giustizia Minorile – complessivi e per reati in violazione del DPR n. 309/1990

Anno	Complessivi	Per reati in violazione del DPR n. 309/1990								
		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
2017	20.466	4.055	663	3.838	1.284	212	1.212	2.771	451	2.626

Fonte: Ministero della Giustizia - Anni 2012-2017

Nel 2017 i soggetti imputati per reati droga-correlati che hanno usufruito delle misure alternative sono stati 65, la quasi totalità di genere maschile (97%) e il 18% stranieri. L’89% del totale è maggiorenne, tale incidenza è probabilmente legata ai tempi processuali dei procedimenti penali minorili (Tab.2.5.2).

Tab. 2.5.2 - Soggetti in carico agli Uffici di Servizio Sociale della Giustizia Minorile in misura alternativa alla detenzione per reati in violazione del DPR n. 309/1990

Anno	Complessivi	Per reati in violazione del DPR n. 309/1990		
		Totale	di cui stranieri	di cui maschi
2015	575	80	13	79
2016	619	63	8	62
2017	562	65	12	63

Fonte: Ministero della Giustizia - Anni 2015-2017

Dei 5.441 soggetti che hanno usufruito del provvedimento di sospensione del processo e messa alla prova (art. 28 DPR 448/1988), disposti nell’anno e attivi da periodi precedenti, sono stati 1.500 coloro che ne hanno usufruito per reati in violazione del DPR n. 309/1990 (28%), dato in crescita rispetto agli anni precedenti (2015: 23,6% e 2016: 25%). Di questi il 55% è maggiorenne. Gli stranieri sono il 13% e la quasi totalità è di genere maschile (95%).

Tab. 2.5.3 - Soggetti in carico agli Uffici di Servizio Sociale della Giustizia Minorile con provvedimento di sospensione del processo e messa alla prova per reati in violazione del DPR n. 309/1990

Anno	Complessivi	Per reati in violazione del DPR n. 309/1990		
		Totale	di cui stranieri	di cui maschi
2015	5.187	1.222	157	1.151
2016	5.342	1.330	153	1.276
2017	5.441	1.500	197	1.423

Fonte: Ministero della Giustizia - Anni 2015-2017

Nel 2017 gli ingressi negli Istituti Penali per Minorenni con imputazioni per reati droga-correlati sono stati 163. La maggior parte degli ingressi riguarda soggetti di età inferiore a 18 anni (71%) e maschi (98%). Gli stranieri rappresentano il 39% dei detenuti. Negli ultimi tre anni, a fronte di una diminuzione di ingressi complessivi negli Istituti Penali per i Minorenni, si è registrato un incremento per reati droga-correlati (Tab. 2.5.4).

Tab. 2.5.4 - Ingressi negli Istituti penali per i minorenni, complessivi e per reati in violazione della normativa in materia di stupefacenti, per nazionalità e genere

Anno	Ingressi complessivi	Ingressi per reati in violazione del DPR n. 309/1990		
		Totale	di cui stranieri	di cui maschi
2012	1.252	207	96	202
2013	1.201	229	80	225
2014	992	124	40	122
2015	1.068	109	44	109
2016	1.141	156	55	151
2017	1.057	163	63	160

Fonte: Ministero della Giustizia - Anni 2012-2017

Per quanto riguarda i collocamenti di minori in comunità, si osserva che nell'anno 2017, rispetto al complessivo numero degli ingressi in comunità, pari a 1.837, il numero degli ingressi per violazione del DPR n. 309/1990 sono stati 385 (21%).

Tab. 2.5.5 - Collocamenti in comunità di minorenni e giovani adulti dell'area penale

Anno	Ingressi complessivi	Ingressi per reati in violazione del DPR n. 309/1990		
		Totale	di cui stranieri	di cui maschi
2012	2.038	462	136	447
2013	1.894	464	120	449
2014	1.716	338	87	327
2015	1.688	280	81	267
2016	1.823	342	85	328
2017	1.837	385	113	371

Fonte: Ministero della Giustizia - Anni 2012-2017

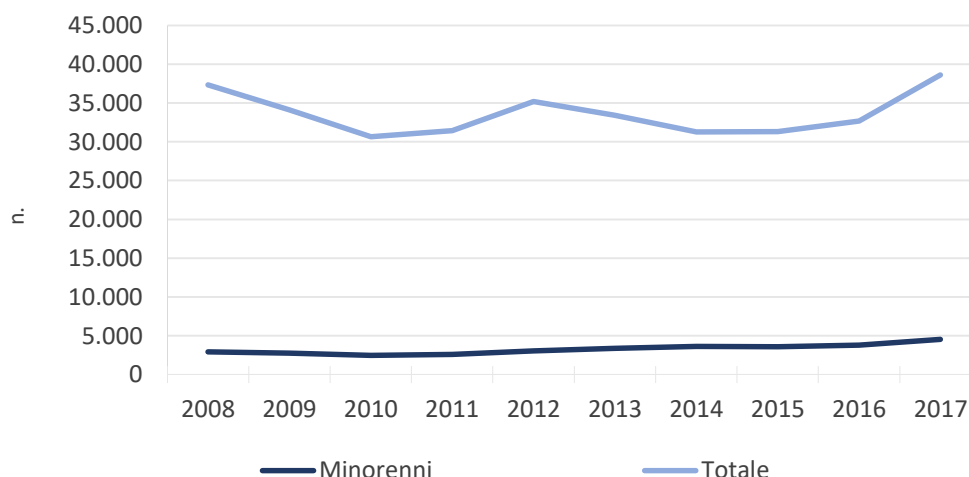
2.6 Segnalazioni per violazione art. 75 DPR n. 309/1990

Fonte dei dati: Ministero dell’Interno - Dipartimento per le Politiche del Personale dell’amministrazione civile e per le Risorse strumentali e finanziarie - Direzione Centrale delle Risorse Umane - Centro studi, ricerca e documentazione e Ufficio IV - Innovazione tecnologica per l’amministrazione generale

Con l’entrata in vigore del DPR n. 309/1990, recante “Testo Unico delle leggi in materia di droga”, e sue modificazioni, il Ministero dell’Interno, attuale Centro Studi, Ricerca e Documentazione del Dipartimento per le Politiche del personale, è tenuto all’elaborazione dei dati acquisiti tramite gli Uffici Territoriali del Governo (UTG) delle Prefetture e concernenti i soggetti segnalati ai Prefetti per consumo personale di sostanze stupefacenti, ai sensi dell’art. 75 del suddetto DPR.

Nel 2017 le persone segnalate alle Prefetture - UTG per detenzione di sostanze stupefacenti o psicotrope per uso personale (art. 75 DPR n. 309/1990) sono state 38.614, per un totale di 40.524 segnalazioni (aggiornamento al 10/04/2018). Il 92,9% delle persone segnalate è di genere maschile (M = 35.861; F = 2.753) e nell’11,7% dei casi si tratta di minorenni (4.521 soggetti); il 5,7% ha ricevuto più di una segnalazione nell’anno. Il numero dei segnalati risulta superiore rispetto all’anno 2016 (5.927 soggetti in più): l’incremento percentuale rispetto all’anno 2016 è del 18,1%, con una maggiore incidenza per il genere maschile (18,3%), rispetto a quello femminile (16,5%). In costante aumento è anche la quota di minorenni, che dal 7,9% del 2008 passa al 10,3% nel 2013 a quasi al 12% nel 2017.

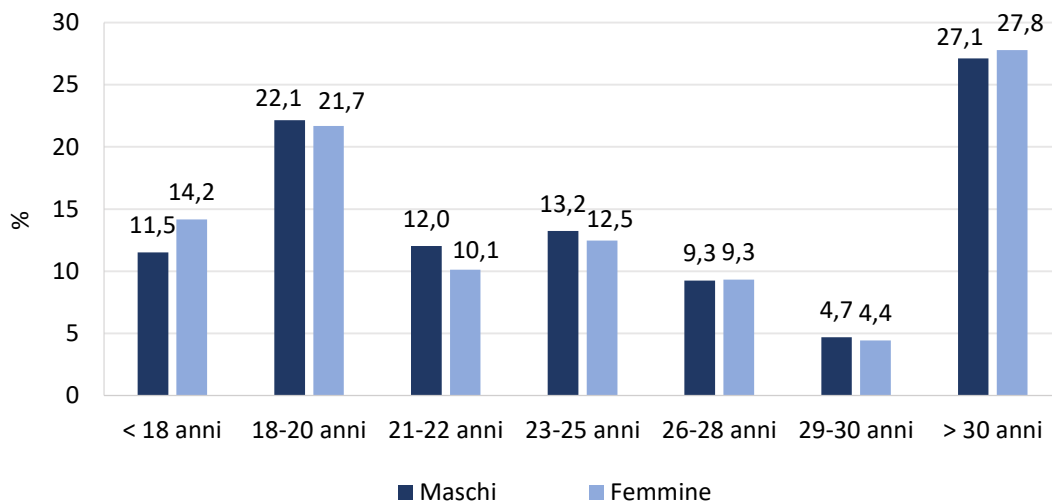
Fig.2.5.1 - Andamento temporale del numero assoluto di persone totali e minorenni segnalate ai sensi dell’art. 75 DPR n. 309/1990



Fonte: Ministero dell’Interno - Anni 2008 - 2017

Nel 2017 l’età media dei segnalati ai sensi dell’art. 75 DPR n. 309/1990 è di 24 anni. Il 72,8% dei segnalati ha meno di 30 anni e tra questi le classi di età maggiormente rappresentate sono quelle tra i 18 e i 20 anni (8.535 soggetti), pari al 22,1% di tutti i segnalati nell’anno. Non si rilevano sostanziali differenze tra i generi.

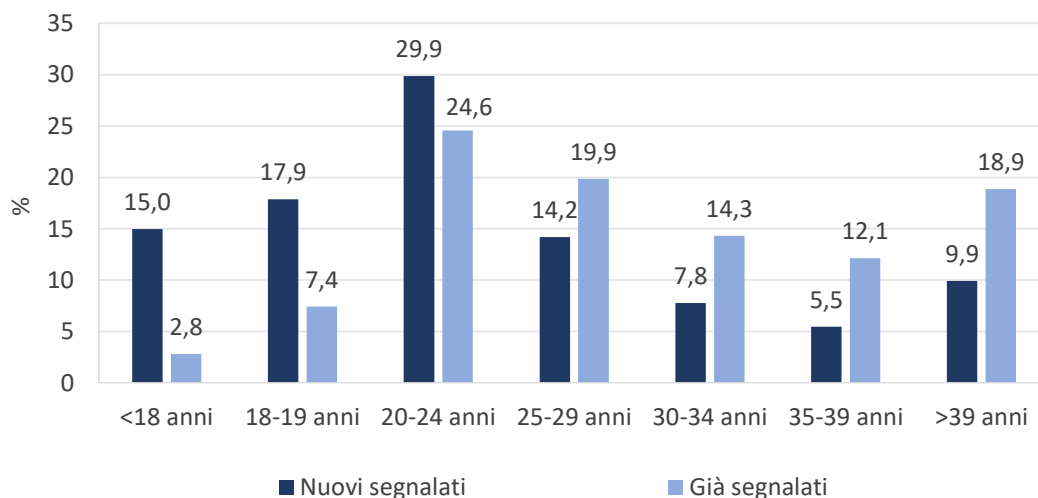
Fig. 2.5.2 - Distribuzione percentuale dei segnalati ai sensi dell’art. 75 DPR n. 309/1990 per genere ed età



Fonte: Ministero dell’Interno - Anno 2017

Il 27,6% delle segnalazioni pervenute nel 2017 ha riguardato soggetti già segnalati alle Prefetture - UTG: il 35% di queste ha riguardato soggetti con età inferiore a 25 anni e il 31%, invece, persone di 35 anni o più, contro rispettivamente il 63% e 15% delle nuove segnalazioni.

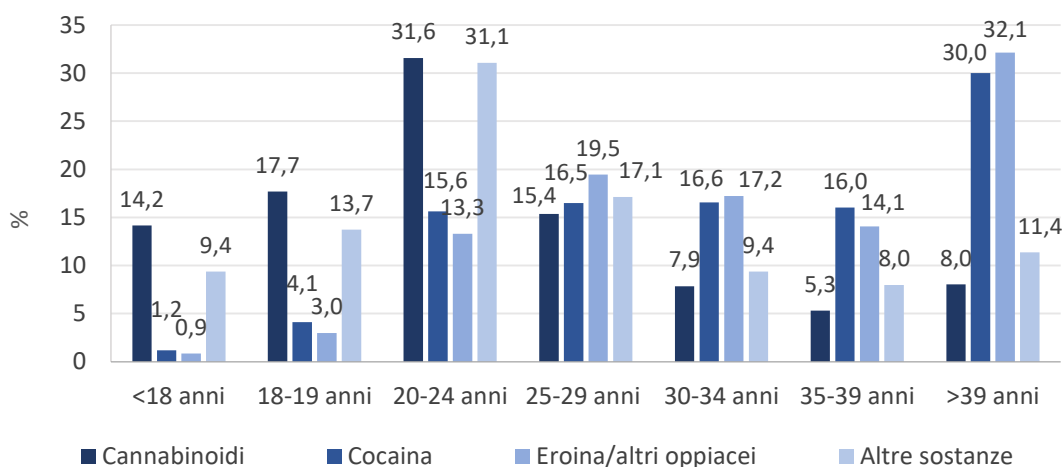
Fig. 2.5.3 - Distribuzione percentuale dei segnalati ai sensi dell’art. 75 DPR n. 309/1990 per tipologia di soggetto segnalato ed età



Fonte: Ministero dell’Interno - Anno 2017

Nel complesso il 78,7% delle segnalazioni ex art. 75 riguarda il possesso di sostanze illegali su base cannabinoide (M = 79%; F = 74,8%), il 14,4% la detenzione di cocaina/crack (M = 14,4%; F = 14,2%) e il 5,4% riporta eroina e altri oppiacei (M = 5,1%; F = 9%). La rimanente quota delle segnalazioni pervenute, pari all’1,3%, riguarda la detenzione per uso personale di altre sostanze (stimolanti, amfetamine, ecstasy e analoghi, allucinogeni e benzodiazepine). Tra i soggetti di età inferiore ai 25 anni la maggior parte delle segnalazioni ha riguardato il possesso di cannabinoidi e di altre sostanze (rispettivamente il 63% e il 54%), mentre tra i soggetti di età superiore a 39 anni le segnalazioni hanno riportato con maggior frequenza eroina/altri oppioidi e cocaina/crack (rispettivamente il 32% e il 30%).

Fig. 2.5.4 - Distribuzione percentuale delle segnalazioni pervenute ai sensi dell’art. 75 DPR n. 309/1990 per sostanze rilevate ed età

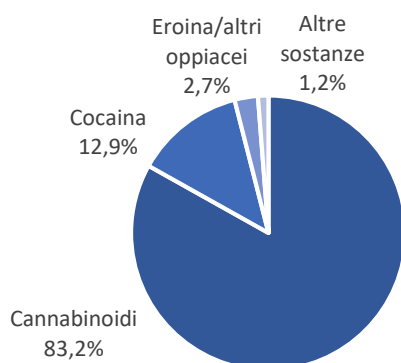


Fonte: Ministero dell’Interno - Anno 2017

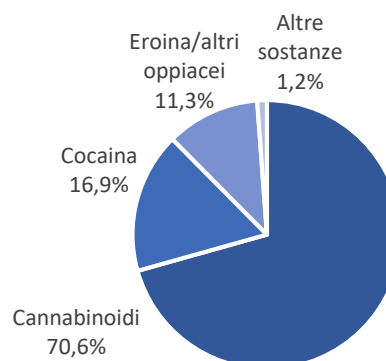
La percentuale di segnalazioni per il possesso di cannabinoidi è inferiore tra i soggetti già noti alle Prefetture - UTG rispetto a quella rilevata tra i soggetti mai segnalati negli anni precedenti. I soggetti già noti riportano, invece, una percentuale superiore di segnalazioni per cocaina ed eroina/altri oppiacei.

Fig. 2.5.5 - Distribuzione percentuale delle segnalazioni pervenute ai sensi dell’art. 75 DPR n. 309/1990 per tipologia di soggetto segnalato e sostanze rilevate

a) Soggetti mai segnalati



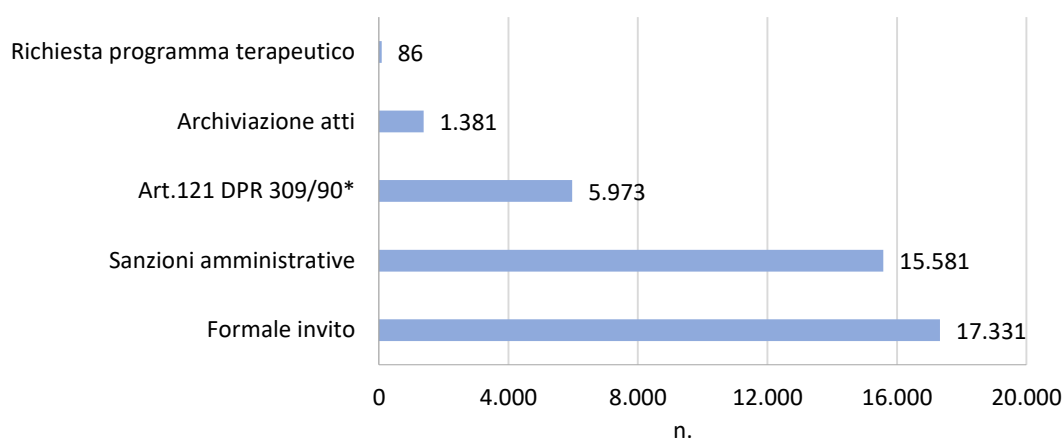
b) Soggetti già noti



Fonte: Ministero dell’Interno - Anno 2017

L’art. 75 DPR n. 309/1990 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 a non fare più uso, oppure 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 delle 40.524 segnalazioni pervenute nel 2017, il 42,8% si è concluso con un formale invito, il 38,5% ha previsto l’erogazione di sanzioni amministrative, il 44,1% delle quali senza lo svolgimento del colloquio a causa della mancata presentazione della persona segnalata (Fig. 2.5.6).

Fig. 2.5.6 - Provvedimenti adottati dalle Prefetture - UTG a seguito di segnalazione per art. 75 DPR n. 309/1990 per tipologia di provvedimento



*Segnalazione per consumo personale ai Servizi pubblici per le Dipendenze

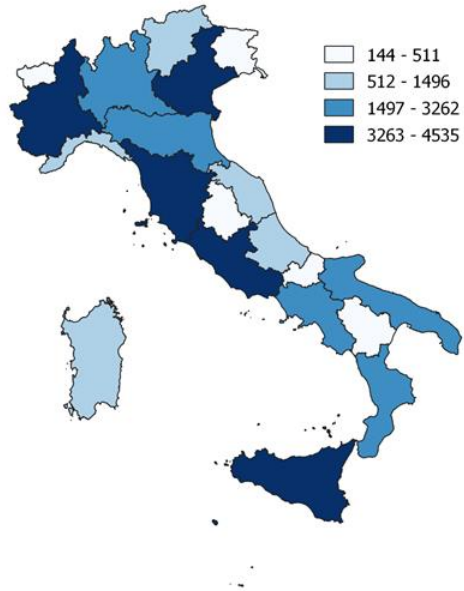
Fonte: Ministero dell’Interno - Anno 2017

In termini assoluti il maggior numero dei segnalati nel 2017 è stato rilevato in Piemonte (4.535), nel Lazio (4.510), in Sicilia (3.870) e in Toscana (3.756), mentre le regioni con il minor numero di segnalazioni sono Valle d’Aosta (144), Molise (223) e Friuli Venezia Giulia (251) (Fig. 2.5.7 a).

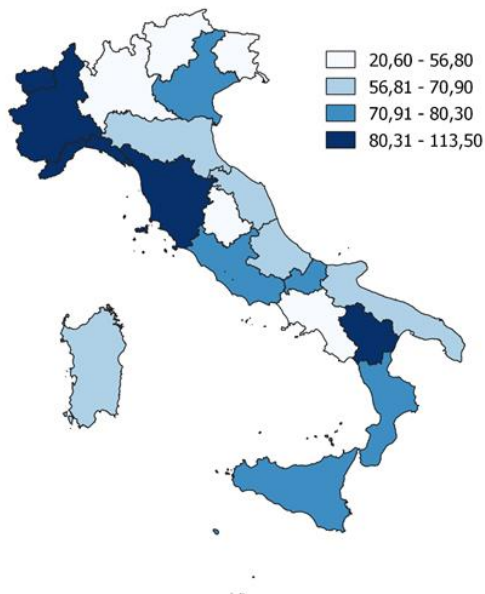
Passando da un confronto in termini assoluti ad un confronto in termini di numero di segnalati sulla popolazione residente, si osserva che il numero di segnalati per 100.000 abitanti è superiore a 80 in Valle d’Aosta, Piemonte, Toscana, Liguria e Basilicata, mentre in Friuli Venezia Giulia, Lombardia, Campania, Umbria e Trentino Alto Adige ci sono meno di 50 segnalazioni per 100.00 abitanti nel 2017 (Fig. 2.5.7 b).

Fig. 2.5.7 - Distribuzione regionale del numero assoluto di persone segnalate e del tasso di segnalati per 100.000 residenti

a) Numero assoluto segnalati



b) Tasso di segnalati per 100.000 residenti



Fonte: Ministero dell'Interno - Anno 2017

PARTE II

DIFFUSIONE E TENDENZE DEI CONSUMI

Elementi chiave

Consumi nella popolazione

Un terzo della popolazione fra i 15 ed i 64 anni ha sperimentato sostanze psicoattive illegali almeno una volta nel corso della propria vita e uno su dieci (circa 4 milioni) lo ha fatto nel corso del 2017. La maggioranza degli utilizzatori è di genere maschile. La cannabis è la sostanza più diffusa, il 10% della popolazione ne ha fatto uso almeno una volta nel corso dell'ultimo anno. Minore la percentuale di chi riferisce uso di cocaina (1,2%), di oppiacei (0,6%) e di spice (0,5%). Il trend dei consumi di cannabinoidi risulta in crescita con l'eccezione dei soggetti che riferiscono un uso frequente.

Il 34% degli studenti italiani (circa 880.000) ha provato almeno una sostanza psicoattiva illegale nel corso della propria vita e il 26% lo ha fatto nel corso del 2017. I ragazzi utilizzatori sono il doppio rispetto alle ragazze, ad eccezione della cannabis per la quale il rapporto maschi/femmine è di 1,5. Il 4% degli studenti utilizza sostanze psicoattive frequentemente (20 o più volte al mese nel caso della cannabis e/o 10 o più volte al mese per le altre sostanze). La cannabis è la sostanza più diffusa (utilizzata dal 34% degli studenti), seguita da spice (12%), altre NPS (4%) e cocaina (3,4%). L'1,6% degli studenti ha fatto uso di sostanze senza sapere cosa fossero, lo 0,4% ha utilizzato sostanze per via iniettiva.

Consumi in gruppi specifici

Nel 2017 sono stati sottoposti a controllo antidoping 1.211 atleti, di cui 6 sono risultati positivi ai principi attivi di sostanze come cannabis, cocaina e MDMA.

Dei 41.708 militari sottoposti a *drug-test* 79 sono risultati positivi, i dati indicano una riduzione sia dei test effettuati sia del numero dei militari sottoposti a screening.

Consumo ad alto rischio

Le stime condotte nel 2017 confermano un sensibile cambiamento nella composizione dei modelli di consumo delle sostanze psicoattive, a favore di un aumento di quelli più pericolosi per gli utilizzatori: aumentano infatti sia le frequenze d'uso che il poli-uso di tutte le sostanze, oltre che il cosiddetto uso problematico di cannabis. Si stimano oltre 200.000 utilizzatori ad alto rischio di oppiacei, 100.000 di cocaina e quasi 1.400.000 di cannabis.

Capitolo 3

CONSUMI NELLA POPOLAZIONE

3.1 Consumi nella popolazione generale

Fonte dei dati: Consiglio Nazionale delle Ricerche - Istituto di Fisiologia Clinica - Sezione di epidemiologia e ricerca sui servizi sanitari (IFC-CNR)

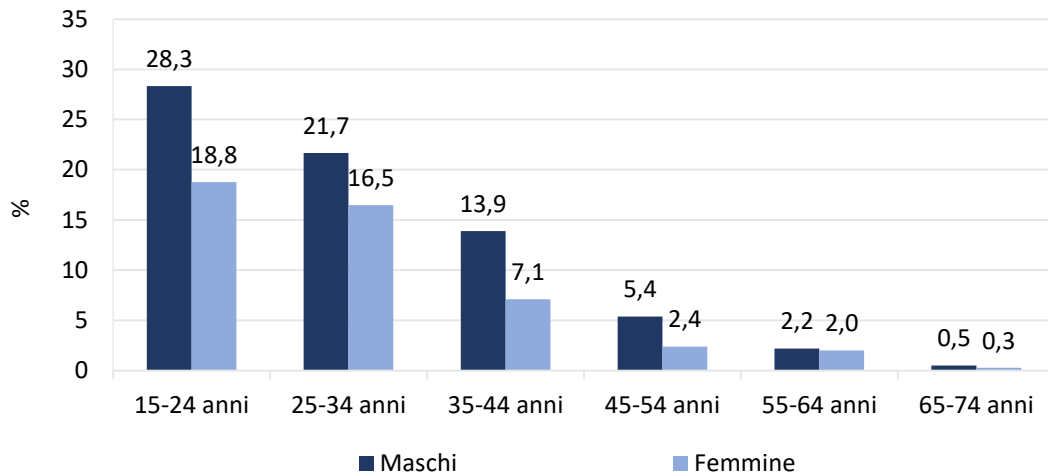
L'Italian Population Survey on Alcohol and other Drugs - IPSAD® ha lo scopo di monitorare i consumi di sostanze psicoattive nella popolazione generale. Il primo studio è stato condotto dalla Sezione di Epidemiologia e Ricerca sui Servizi Sanitari dell'Istituto di Fisiologia Clinica del Consiglio Nazionale delle Ricerche (IFC CNR) nel 2001 e ripetuto nel 2003, 2005, 2007, 2011, 2014 utilizzando la stessa metodologia. Nel 2017 grazie al progetto Monitoring del Dipartimento Politiche Antidroga - DPA, IFC CNR ha potuto attuare una nuova rilevazione a carattere nazionale, il disegno dello studio è stato strutturato secondo le linee guida fornite dall'European Monitoring Centre for Drug and Drug Abuse (EMCDDA) di Lisbona e permette di soddisfare il debito informativo del Paese relativamente al primo dei cinque indicatori epidemiologici proposti dall'Agenzia.

Lo studio è stato realizzato attraverso la somministrazione di un questionario anonimo inviato per posta a un campione casuale rappresentativo della popolazione italiana di età compresa tra i 15 e i 74 anni, costituito da circa 42.000 persone residenti. 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 31/12/2017 hanno risposto circa 13.000 persone residenti, cui si riferiscono i risultati riportati nel presente paragrafo.

Lo studio IPSAD®2017 stima che in Italia un terzo della popolazione residente di età compresa tra i 15 e i 64 anni abbia assunto almeno una sostanza psicoattiva illegale nel corso della propria vita (M = 39,5%; F = 27,2%) questa percentuale scende al 10,6% quando si fa riferimento al consumo nel corso del 2017. La prevalenza è maggiore per il genere maschile (M = 13,1%; F = 8,1%), con percentuali che diminuiscono all'aumentare dell'età. Prevalenze maggiori si osservano infatti tra i giovani adulti: il 23,7% dei 15-24enni (M = 28,3%; F = 18,8%) e il 19,1% dei 25-34enni (M = 21,7%; F = 16,5%) ne ha fatto uso nell'ultimo anno.

A partire dal 2013, lo studio IPSAD® prende in esame anche i consumi dei soggetti fra i 65 e i 74 anni, tra i quali il 6,8% riporta di aver fatto uso di sostanze psicoattive illegali almeno una volta nella vita e lo 0,4% di averle assunte negli ultimi 12 mesi (Fig. 3.1.1).

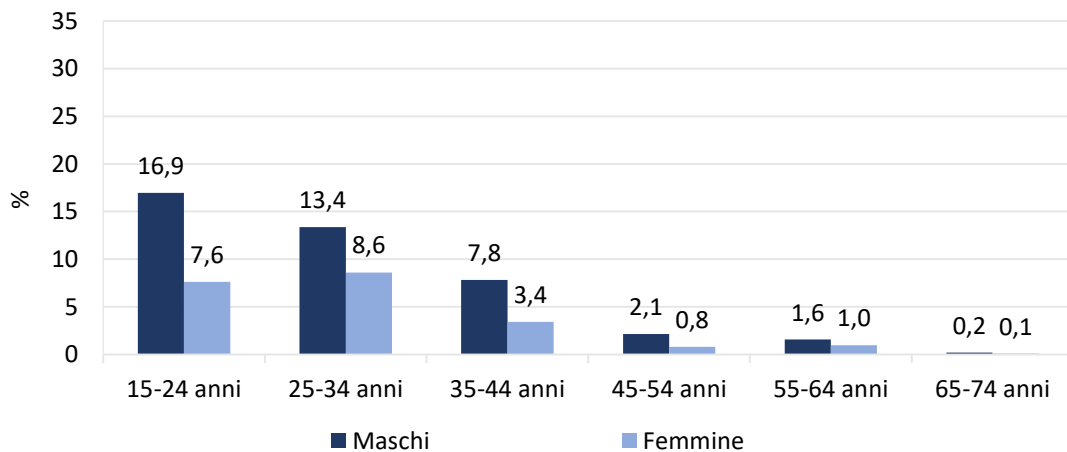
Fig. 3.1.1 - Prevalenza dell'uso di sostanze psicoattive negli ultimi 12 mesi nella popolazione generale



Fonte: IFC-CNR - Anno 2017

Il 5,6% dei rispondenti ha utilizzato sostanze illegali nel mese della rilevazione, con percentuali di consumo superiori tra i giovani adulti: sono il 12,4% dei 15-24enni e l'11% dei 25-34enni intervistati. Anche il consumo corrente risulta maggiore tra i maschi (M = 7,5%; F = 3,7%) in tutte le fasce di età (Fig. 3.1.2).

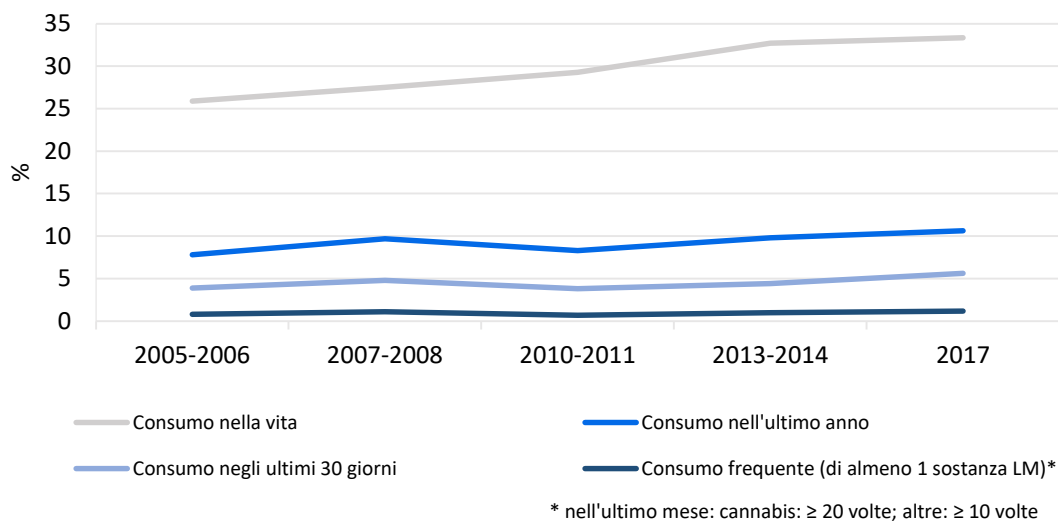
Fig. 3.1.2 - Prevalenza dell'uso di sostanze psicoattive negli ultimi 30 giorni nella popolazione generale



Fonte: IFC-CNR - Anno 2017

Confrontando i dati rilevati nelle precedenti edizioni dello studio, i trend dei consumi risultano in crescita sia relativamente all'ultimo anno sia all'ultimo mese, mentre il consumo frequente nell'ultimo mese (20 o più volte per la cannabis, 10 o più volte per le altre sostanze psicoattive) si mantiene stabile, interessando l'1% della popolazione generale (Fig. 3.1.3).

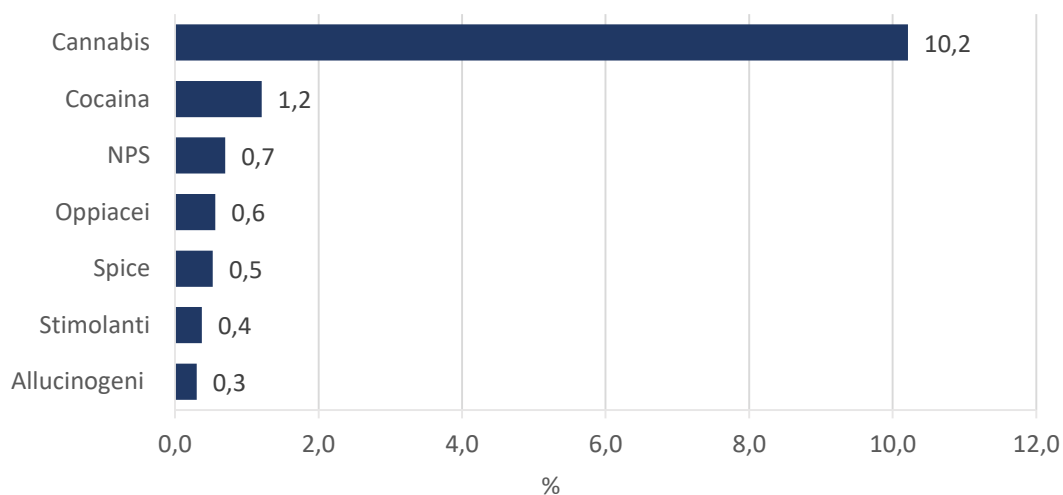
Fig. 3.1.3 - Trend dei consumi di sostanze psicoattive nella popolazione di 15-64 anni



Fonte: IFC-CNR - Anni 2005-2017

Nel 2017, il 10,1% della popolazione tra i 15 e i 64 anni riferisce di aver utilizzato almeno una volta cannabis, sostanza che si conferma al primo posto tra i consumi. La seconda sostanza utilizzata è la cocaina (1,2%). Le NPS, sostanze studiate per la prima volta in questa edizione dello studio, si attestano al terzo posto nella diffusione del consumo nella popolazione generale superando i consumi di eroina (Fig. 3.1.4).

Fig. 3.1.4 - Prevalenza dell'uso di sostanze psicoattive nell'ultimo anno nella popolazione di 15-64 anni

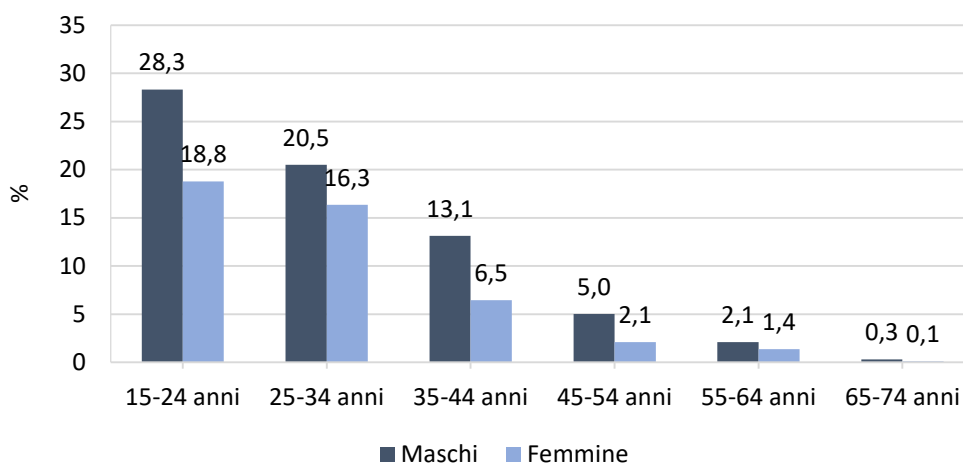


Fonte: IFC-CNR - Anno 2017

Cannabis

Un terzo della popolazione tra i 15 e i 64 anni riferisce di aver fatto uso di cannabis almeno una volta nella vita (M = 39,1%; F = 26,4%). Il 10,2% l'ha usata nel corso del 2017 (M = 12,6%; F = 7,8%), ossia circa 4 milioni di persone, mentre per il 5,5% il consumo è avvenuto nell'ultimo mese (M = 7,4%; F = 3,6%). Sono soprattutto i giovani adulti 15-34enni ad aver assunto cannabis: il 20,9% nel corso dell'anno e l'11,6% nell'ultimo mese, pari a circa 1,5 milioni. Le percentuali di consumo diminuiscono all'aumentare della fascia di età, passando dal 9,8% dei 35-44enni al 3,5% dei 45-54enni, all'1,7% tra i 55-64enni, fino allo 0,2% nella fascia 65-74 anni (Fig. 3.1.5).

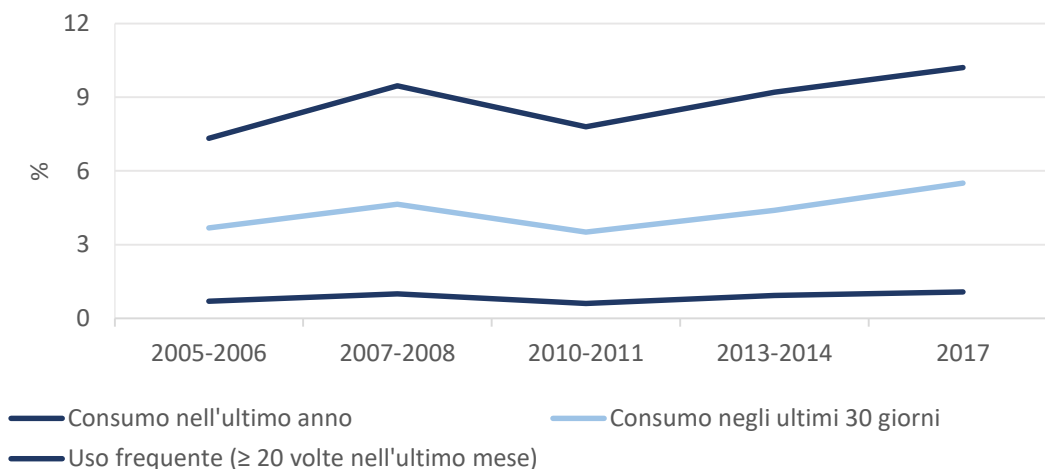
Fig. 3.1.5 - Uso di cannabis nell'ultimo anno per genere e fasce di età



Fonte: IFC-CNR - Anno 2017

L'analisi del trend mostra una ripresa dei consumi di cannabis a partire dal 2010 (Fig. 3.1.6) e un costante aumento fino alla rilevazione del 2017, sia per l'uso nell'ultimo anno, sia per il consumo nell'ultimo mese. Relativamente stabile invece il consumo frequente, che si attesta all'1,1% nel 2017.

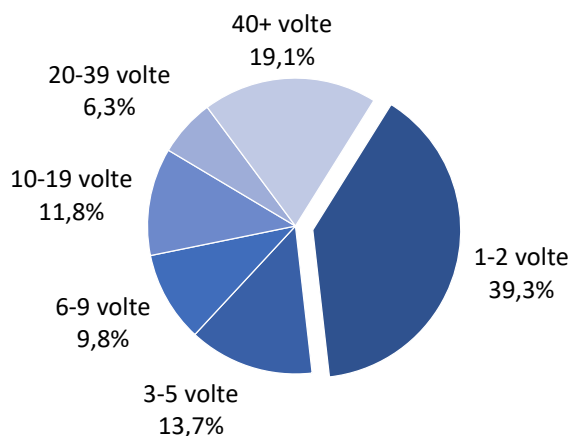
Fig. 3.1.6 - Trend dei consumi di cannabis nella popolazione di 15-64 anni



Fonte: IFC-CNR - Anni 2005-2017

Per quanto concerne il pattern di utilizzo poco più della metà dei consumatori (53%) ne ha fatto uso 5 volte o meno nel corso del 2017 (15-34enni: 51,4%; 35-64enni: 56,2%). Il 21,6% ne ha fatto uso da 6 a 20 volte (15-34enni: 22,4%; 35-64enni: 20,3%) e il 25,4% l'ha consumata 20 o più volte negli ultimi 12 mesi (15-34enni: 26,3%; 35-64enni: 23,5%).

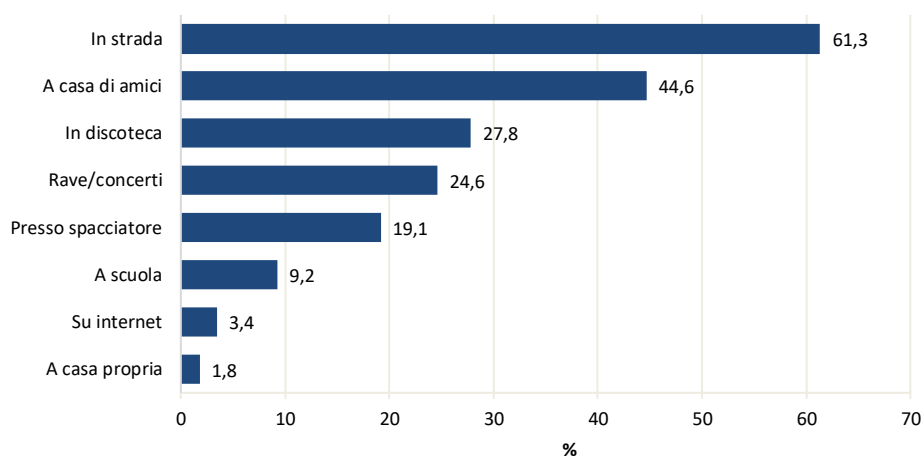
Fig. 3.1.7 - Frequenza di consumo di cannabis nell'anno



Fonte: IFC-CNR - Anno 2017

Per la maggior parte dei 15-64enni che hanno utilizzato cannabis nel corso della vita, la strada e gli spazi aperti sono i luoghi dove più facilmente si può reperire la sostanza (61,3%). Il 44,6% riferisce di poterla trovare facilmente a casa di amici, il 27,8% in discoteca e/o nei bar, il 24,6% durante manifestazioni pubbliche come concerti, rave ecc. Per il 19,1% risulta facile procurarsela rivolgendosi direttamente allo spacciatore e per il 9,2% a scuola o nelle vicinanze; il 3,4% riferisce di poterla acquistare tramite Internet¹ (Fig. 3.1.8).

Fig. 3.1.8 - Luoghi o contesti di reperimento di cannabis



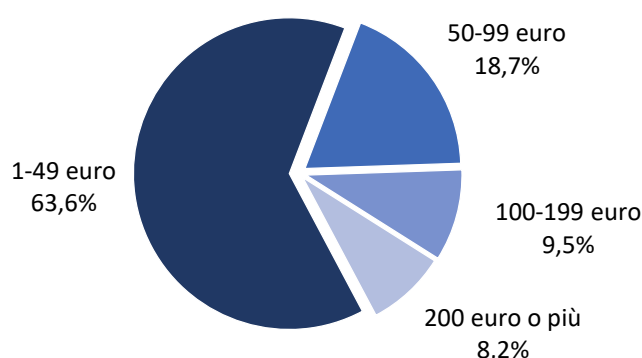
Fonte: IFC-CNR- Anno 2017

¹ La somma delle percentuali può superare il 100% in quanto riferite a una domanda con opzioni di risposta multipla.

Oltre il 48% dei 15-64enni ritiene “impossibile” potersi procurare cannabis, in particolare la popolazione adulta (15-34enni = 31,1%; 35-64enni = 57,3%). Per il 28,3% non ci sarebbe, invece, alcuna difficoltà, soprattutto per i più giovani: 44,1% contro il 19,9% dei 35-64enni.

Tra chi ha usato la sostanza nel mese precedente la rilevazione, il 63,6% ha speso meno di 50 euro, il 18,7% fino a 99 euro, mentre il restante 17,8% ha speso oltre 100 euro per l’acquisto di cannabis nell’ultimo mese. La percentuale di spesa tra i 50 e i 99 euro è maggiore tra i giovani adulti (15-34enni = 20,2%; 35-64enni = 15,6%), mentre vale il contrario per la spesa dai 100 euro o più (15-34enni = 14,2%; 35-64enni = 24,6%) (Fig. 3.1.9).

Fig. 3.1.9 - Spesa per cannabis negli ultimi 30 giorni



Fonte: IFC-CNR - Anno 2017

Attraverso il test di screening CAST - *Cannabis Abuse Screening Test*, lo studio IPSAD® ha potuto rilevare il livello di problematicità associato al consumo della sostanza. Sul totale dei 15-64enni che hanno assunto cannabis durante l’anno, il consumo è definibile come “problematico” per il 24,9% dei consumatori, circa 1 milione di persone nel 2017. Percentuali più alte di consumatori con profilo problematico si rilevano tra i maschi (M = 30,3%; F = 16,1%) e nella fascia di età 35-64 anni: 30,8% contro il 21,9% dei 15-34 anni. (Vedi Parte II.3.2 - Consumo problematico di cannabis).

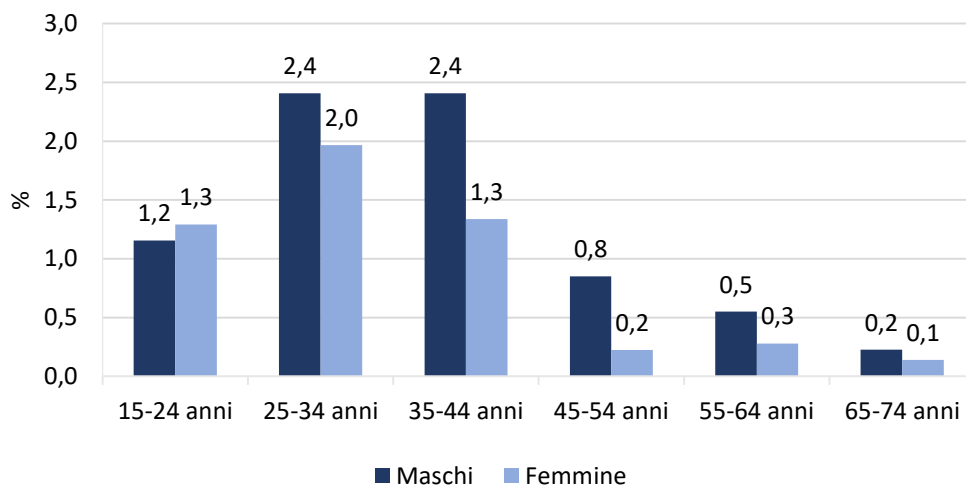
Cocaina

Oltre 2 milioni e mezzo di persone tra i 15 e i 64 anni (6,9%) hanno fatto uso di cocaina nel corso della propria vita. Tale percentuale è pari all’1,2% se si fa riferimento all’uso nel corso del 2017 (circa 500.000 persone) e scende allo 0,4% (oltre 150.000 soggetti) se si considerano coloro hanno assunto cocaina nel mese precedente la compilazione del questionario IPSAD®.

Tra i 25-34enni si osservano le prevalenze di consumo più consistenti: il 2,2% di questi riferisce di aver utilizzato cocaina durante l’anno (M = 2,4%; F = 2,0%), mentre tra i 35-44enni la percentuale è 1,9% (M = 2,4%; F = 1,3%) e nella fascia dai 15 ai 24 anni si attesta all’1,2% (M = 1,2%; F = 1,3%). Differenze di genere si osservano nelle fasce di età superiori ai 34 anni,

con prevalenze maschili che risultano superiori a quelle femminili, in particolare nella fascia di età 45-54 anni dove il rapporto M/F risulta quadruplo (M = 0,8%; F = 0,2%).

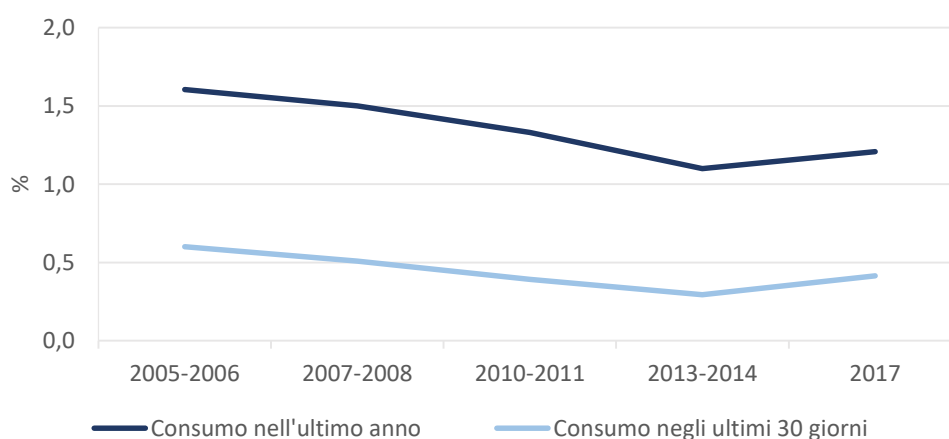
Fig. 3.1.10 - Consumo di cocaina nell'ultimo anno per genere e fasce di età



Fonte: IFC-CNR - Anno 2017

A partire dalla rilevazione del 2005-2006 si osserva un calo del consumo di cocaina, sia se si considera l'uso durante l'anno, sia per quello avvenuto nel corso dell'ultimo mese, con una lieve ripresa nell'ultima rilevazione (Fig. 3.1.11). È soprattutto il genere femminile a mostrare un lieve aumento dei consumi nell'anno (0,9%), che tornano ai livelli del 2005-2006, mentre per il genere maschile le percentuali si mantengono più basse (2005-2006 = 2,3%; 2013-2014 = 1,4%; 2017: 1,5%).

Fig. 3.1.11 - Trend dei consumi di cocaina tra la popolazione di 15-64 anni



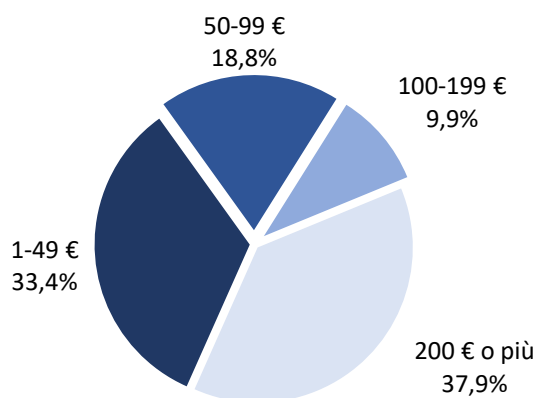
Fonte: IFC-CNR - Anni 2005-2017

Relativamente alle modalità di assunzione, la quasi totalità dei consumatori (98,4%) riferisce di aver assunto cocaina nel 2017 per via intranasale (*snorting*), il 45,7% fumandola, soprattutto i giovani adulti (15-34 anni = 55,2%; 35-64 anni = 33,9%). Viceversa l'assunzione per inalazione dei vapori, modalità utilizzata dal 9% dei consumatori, è maggiore tra i più adulti (13,9% contro il 5% nei 15-34enni). L'assunzione per via endovenosa è riferita esclusivamente dall'8,9% dei 35-64enni (cfr. nota 1).

Tra chi ne ha fatto uso nella vita, il 51,4% riferisce di poter reperire facilmente cocaina nei luoghi all'aperto o per strada, il 44,1% nei luoghi di aggregazione e divertimento, come discoteche e bar. Per il 30,2% risulta facile procurarsi la sostanza rivolgendosi a uno spacciatore, per il 27,2% in occasione di manifestazioni pubbliche, così come a casa di amici. Anche sul mercato *online* è possibile acquistare facilmente cocaina, modalità riferita dal 4% dei consumatori (cfr. nota 1).

Tra chi ha assunto cocaina nell'ultimo mese, il 33,4% ha speso meno di 50 euro, il 18,8% fino a 99 euro, il 9,9% tra i 100 e i 199 euro, mentre il restante 37,9% ha speso oltre 200 euro per acquistare cocaina negli ultimi 30 giorni. La percentuale decresce all'aumentare delle fasce di spesa tra i giovani adulti (15-34enni), mentre l'andamento è meno lineare tra i consumatori 35-64enni.

Fig. 3.1.12 - Spesa per cocaina negli ultimi 30 giorni

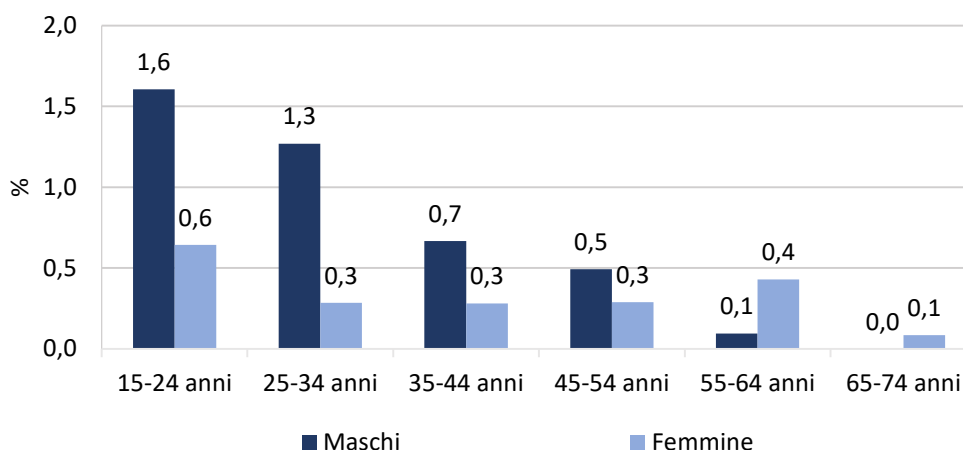


Fonte: IFC-CNR - Anno 2017

Eroina

Si stima che l'1,7% della popolazione 15-64enne (che corrisponde a circa 700.000 persone) abbia fatto uso di eroina o altri oppiacei almeno una volta nel corso della vita (15-34enni = 2,1%; 35-64enni = 1,6%). Lo 0,6% (quasi 220.000 persone) ha assunto eroina nel 2017 e lo 0,1% nell'ultimo mese. All'aumentare della fascia di età si osserva una diminuzione della prevalenza di consumo, che passa dall'1,1% nei 15-24enni allo 0,8% nella fascia tra i 25 e i 34 anni e allo 0,5% nella decade 35-44 anni. Il consumo risulta maggiore nel genere maschile per tutte le fasce di età eccetto tra i 55-64enni (M = 0,1%; F = 0,4%) e i 65-74enni (M = 0%; F = 0,1%) tra i quali l'uso di oppiacei riguarda quasi esclusivamente la popolazione femminile (Fig. 3.1.13).

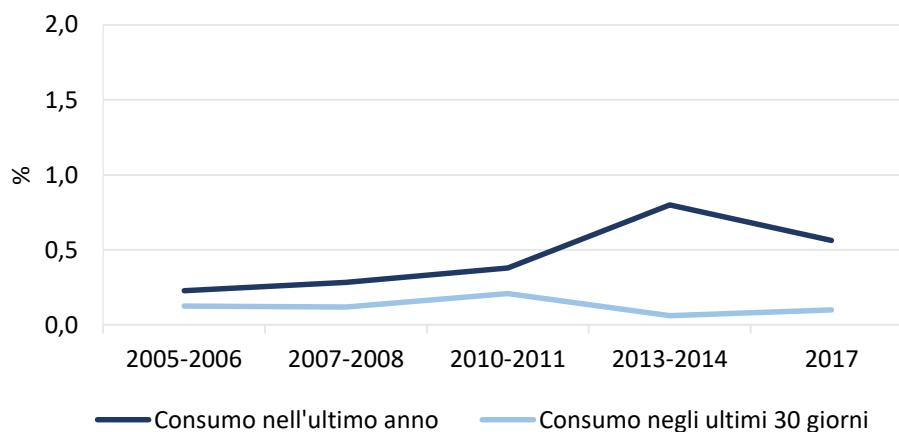
Fig. 3.1.13 - Consumo di oppiacei nell'ultimo anno per genere e fasce di età



Fonte: IFC-CNR - Anno 2017

Dopo un costante aumento nella prevalenza d'uso di oppiacei, osservato dal 2005 al 2014, nel corso dell'ultima rilevazione tale prevalenza fa registrare un leggero decremento. Il consumo corrente (ultimi 30 giorni) si mantiene stabile nel corso degli anni, senza sostanziali differenze tra le fasce di età (Fig. 3.1.14).

Fig. 3.1.14 - Trend dei consumi di oppiacei tra la popolazione di 15-64 anni



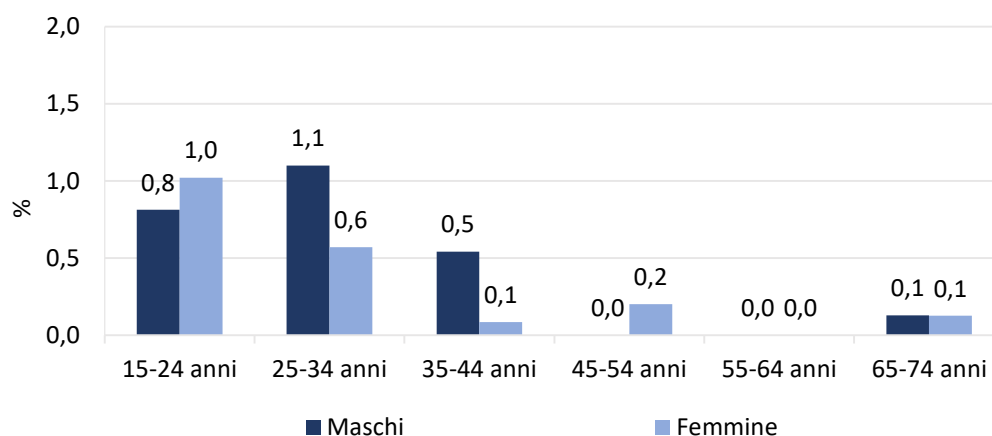
Fonte: IFC-CNR - Anni 2005-2017

Il 54,1% di coloro che hanno fatto uso nella vita riferisce di poter reperire facilmente eroina in luoghi aperti (strada, parchi, giardini pubblici), il 35,5% nei luoghi del divertimento (discoteca, bar ecc.), il 32,3% e il 28,1% rispettivamente recandosi da uno spacciatore o in occasione di eventi e manifestazioni come concerti, rave ecc. (cfr. nota 1). Per quasi il 72,3% della popolazione generale sarebbe impossibile procurarsi eroina, mentre per quasi il 6,1% sarebbe da piuttosto a molto facile reperirla nel giro di 24 ore.

Stimolanti

Il 3,5% della popolazione di 15-64 anni (pari a quasi 1 milione e 400 mila persone) ha utilizzato sostanze stimolanti, quali amfetamine ed ecstasy, almeno una volta nella vita. La prevalenza di consumo è dello 0,4% se si fa riferimento all'uso nell'ultimo anno (oltre 150.000 persone) e dello 0,1% per l'uso nell'ultimo mese. Tra i giovani adulti tali prevalenze risultano più elevate: si attesta allo 0,9% quella relativa all'assunzione nell'anno (circa 350.000 giovani adulti di 15-24 anni) e allo 0,1% nel mese precedente la rilevazione. Se in media non si osservano sostanziali differenze tra i generi, nel dettaglio delle varie fasce di età si possono notare consumi superiori tra i maschi nelle fasce 25-34, 35-44 e 65-74 anni rispetto alle coetanee, mentre consumi maggiori per il genere femminile nelle fasce 15-24 e 45-54 anni.

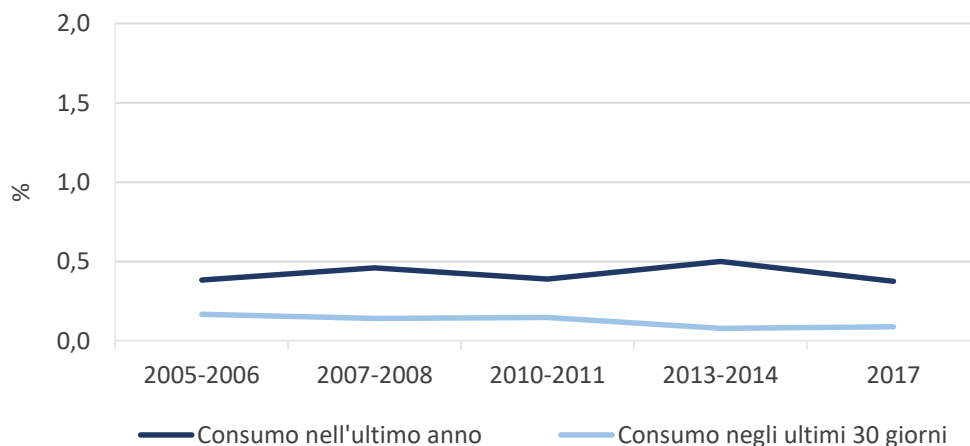
Fig. 3.1.15 - Consumo di stimolanti nell'ultimo anno per genere e fasce di età



Fonte: IFC-CNR - Anno 2017

Il consumo di stimolanti nella popolazione generale risulta pressoché costante negli anni, fatte salve le oscillazioni riferite alla rilevazione 2013-2014, dove la prevalenza di consumo nell'anno ha raggiunto lo 0,5%.

Fig. 3.1.16 - Trend del consumo di stimolanti tra la popolazione di 15-64 anni



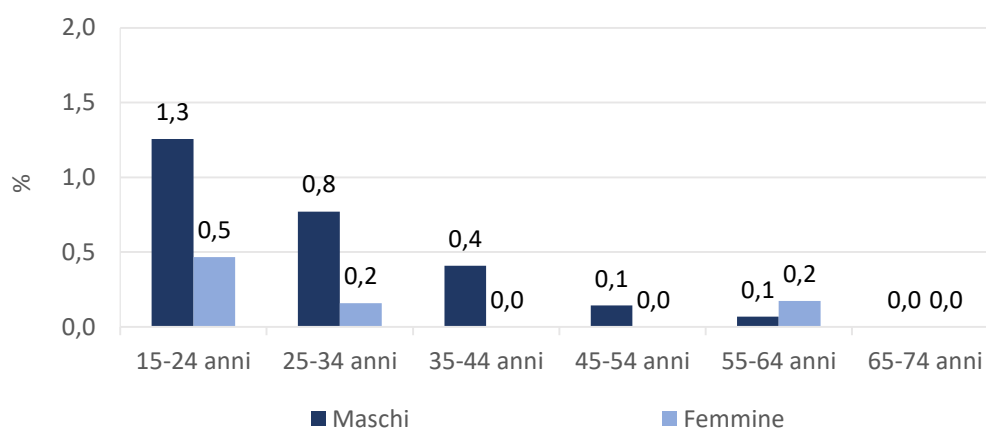
Fonte: IFC-CNR - Anni 2005-2017

Tra chi ha assunto stimolanti nella vita, il 62,6% riferisce di poterli reperire facilmente in luoghi di aggregazione come discoteche e bar, il 47,1% durante manifestazioni pubbliche come rave, concerti ecc., il 38,7% in luoghi aperti o per strada e il 38,3% da uno spacciatore. Il 7,6% riferisce di potersi procurare facilmente sostanze stimolanti su Internet (cfr. nota 1).

Allucinogeni

Il 3,2% dei 15-64enni residenti in Italia ha utilizzato sostanze allucinogene (come LSD, funghi allucinogeni ecc.) almeno una volta nel corso della propria vita, lo 0,3%, corrispondente a oltre 100.000 persone, lo ha fatto nell'anno e lo 0,1% negli ultimi 30 giorni. Si osserva un consumo più elevato tra i più giovani, con prevalenze che raggiungono lo 0,9% nell'anno (quasi 350.000 giovani tra i 15 e i 24 anni). In particolare il genere maschile mostra quote superiori rispetto alle coetanee nella popolazione 15-64 anni (M = 0,5%; F = 0,1%) e tra i giovani adulti 15-34enni (M = 1,0%; F = 0,3%).

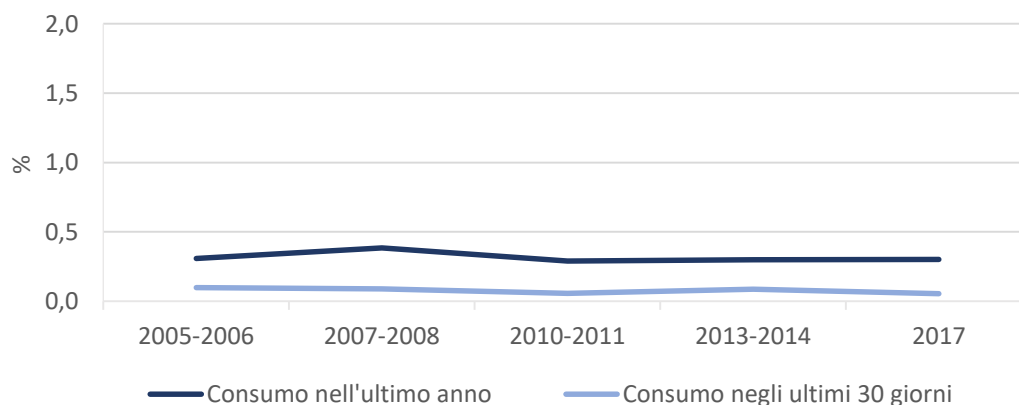
Fig. 3.1.17 - Consumo di allucinogeni nell'ultimo anno per genere e fasce di età



Fonte: IFC-CNR - Anno 2017

Non si osservano sostanziali variazioni nel consumo di allucinogeni nel corso delle rilevazioni (Fig. 3.1.18).

Fig. 3.1.18 - Trend dei consumi di allucinogeni tra la popolazione di 15-64 anni



Fonte: IFC-CNR - Anni 2005-2017

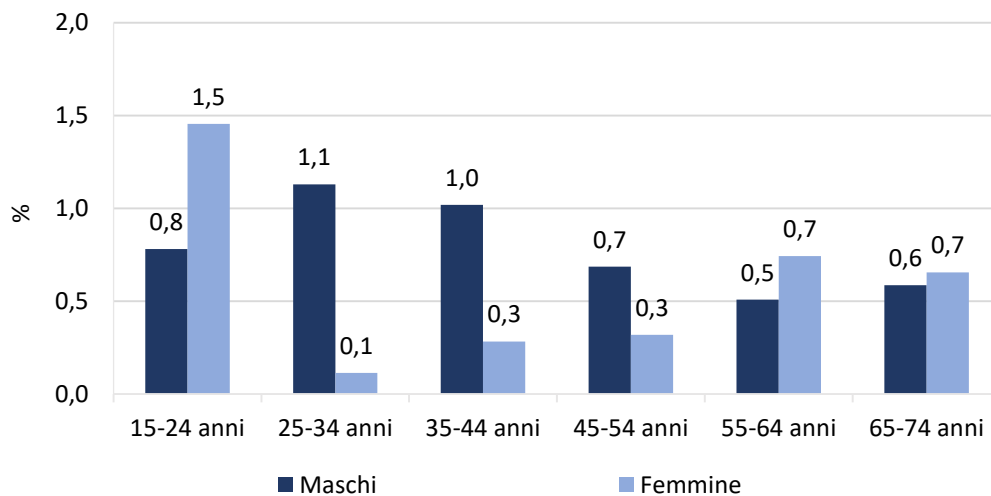
Tra chi ha assunto allucinogeni nella vita, il 41,2% riferisce di poterli reperire facilmente in luoghi di aggregazione come discoteche e bar, il 41% durante manifestazioni pubbliche come rave, concerti ecc., il 35,9% per strada o in luoghi aperti e il 31,2% da uno spacciatore. Il 15,9% riferisce di potersi procurare facilmente sostanze allucinogene tramite Internet (cfr. nota 1).

NPS - New Psychoactive Substance

Lo 0,7% della popolazione generale, che corrisponde a oltre 250.000 persone tra i 15 e i 64 anni, riferisce di aver utilizzato NPS, compresi cannabinoidi (*spice*) e catinoni sintetici, nei 12 mesi precedenti lo svolgimento dello studio IPSAD®. Il consumo risulta quasi doppio per il genere maschile (M = 0,8%; F = 0,5%). Se si guarda alle diverse fasce di età, si può osservare che per il genere femminile i consumi più alti si osservano nella popolazione più giovane (M = 0,8%; F = 1,5% tra i 15-24enni), scendono nella fascia di età 25-34 anni (M = 1,1%; F = 0,1%) e poi tornano a salire gradualmente nelle fasce successive. Viceversa, il genere maschile mostra un consumo maggiore nelle fasce 25-34 anni e 35-44 anni, attestandosi sotto l'1% in tutte le altre fasce di età (Fig. 3.1.19).

Tra i 15-64enni rispondenti allo studio, lo 0,1% riferisce di aver fatto uso di sostanze psicoattive nel corso della vita senza sapere cosa stava assumendo, senza differenze tra i generi.

Fig. 3.1.19 - Consumo di NPS nell'ultimo anno per genere e fasce di età



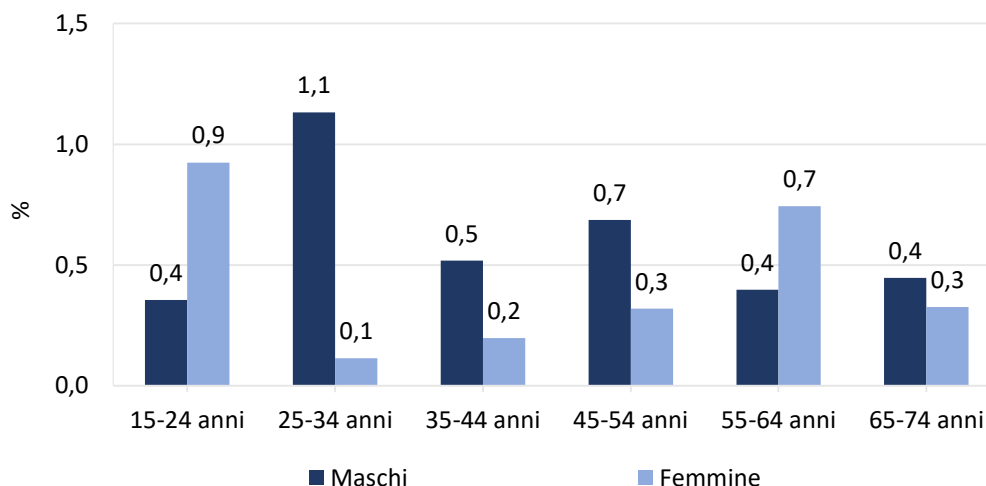
Fonte: IFC-CNR - Anno 2017

I cannabinoidi sintetici (*spice*)

Nel corso del 2017 i cannabinoidi sintetici, conosciuti in gergo con il nome di *spice*, sono stati utilizzati dallo 0,5% della popolazione tra i 15 e i 64 anni (M = 0,6%; F = 0,4%). Tra le varie fasce di età le prevalenze di consumo seguono un andamento simile a quello osservato tra le NPS in generale, con consumi femminili maggiori per le 15-24enni (M = 0,4%; F = 0,9%) e tra le 55-64enni (M = 0,4%; F = 0,7%), mentre il picco di utilizzo tra i maschi si registra nella fascia 25-34 anni (M = 1,1%; F = 0,1%) (Fig. 3.1.20). Tra coloro che negli ultimi

12 mesi hanno utilizzato spicce il 79,7% riferisce di averne fatto uso 1-2 volte nel corso dell'anno, 13,5% dalle 3 alle 5 volte e il 6,8% non oltre le 9 volte nel 2017.

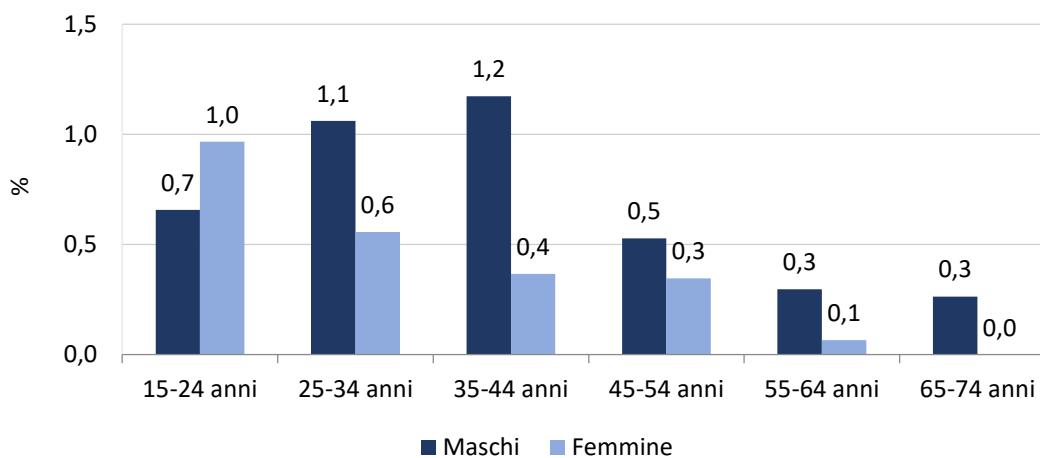
Fig. 3.1.20 - Consumo di spicce nell'ultimo anno per genere e fasce di età



Fonte: IFC-CNR - Anno 2017

Tra le altre NPS il cui uso è riferito dai rispondenti allo studio nel 2017, si trovano catinoni sintetici (come ad esempio il mefedrone) assunti dallo 0,1% dei 15-64enni negli ultimi 12 mesi, senza sostanziali differenze di genere, e le metamfetamine come MET, *shaboo*, *ice* ecc. il cui uso è riferito da oltre 200.000 persone (lo 0,6% della popolazione generale) (M = 0,7%; F = 0,4%), con consumi che diminuiscono all'aumentare della fascia di età, sia in generale sia per quanto riguarda il genere femminile, mentre per i maschi si osserva la prevalenza massima nella fascia dai 35 ai 44 anni (M = 1,2%; F = 0,4%).

Fig. 3.1.21 - Consumo di metamfetamine nell'ultimo anno per genere e fasce di età



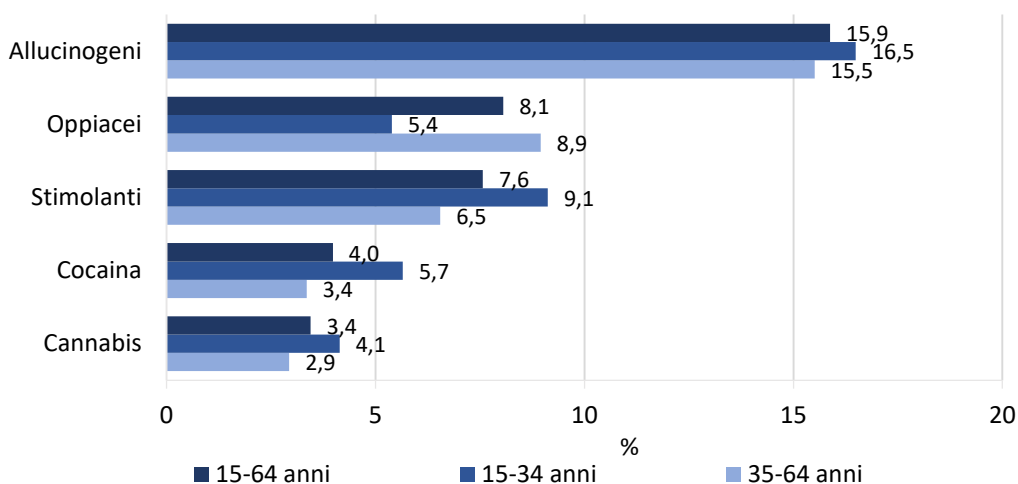
Fonte: IFC-CNR - Anno 2017

Reperimento di sostanze psicoattive via Internet

Tra tutti coloro che hanno fatto uso di sostanze stupefacenti nel corso della vita, è interessante notare come il reperimento via Internet sia differente a seconda della sostanza psicoattiva utilizzata. Le sostanze che più frequentemente i consumatori riferiscono di potersi procurare *online* sono gli allucinogeni (15,9%) senza sostanziali differenze tra le fasce di età (15-34 anni: 16,5%; 35-64 anni: 15,5%). Seguono gli oppiacei (8,1%) e gli stimolanti (7,6%). In questo caso si osservano differenze tra le fasce di età: sono i consumatori 35-64enni a riferire una maggiore facilità di reperimento di oppiacei su Internet rispetto ai 15-34enni (rispettivamente 8,9% e 5,4%); la proporzione si inverte nel caso del reperimento di stimolanti (15-34 anni: 9,1%; 35-64 anni: 6,5%).

Le sostanze psicoattive per le quali si osserva una quota minore di reperimento *online* sono cocaina (4,0%) e cannabis che si attestano rispettivamente al 4,0% (15-34 anni: 5,7%; 35-64 anni: 3,4%) e al 3,4% (15-34 anni: 4,1%; 35-64 anni: 2,9%).

Fig. 3.1.22 - Reperimento di sostanze psicoattive via Internet

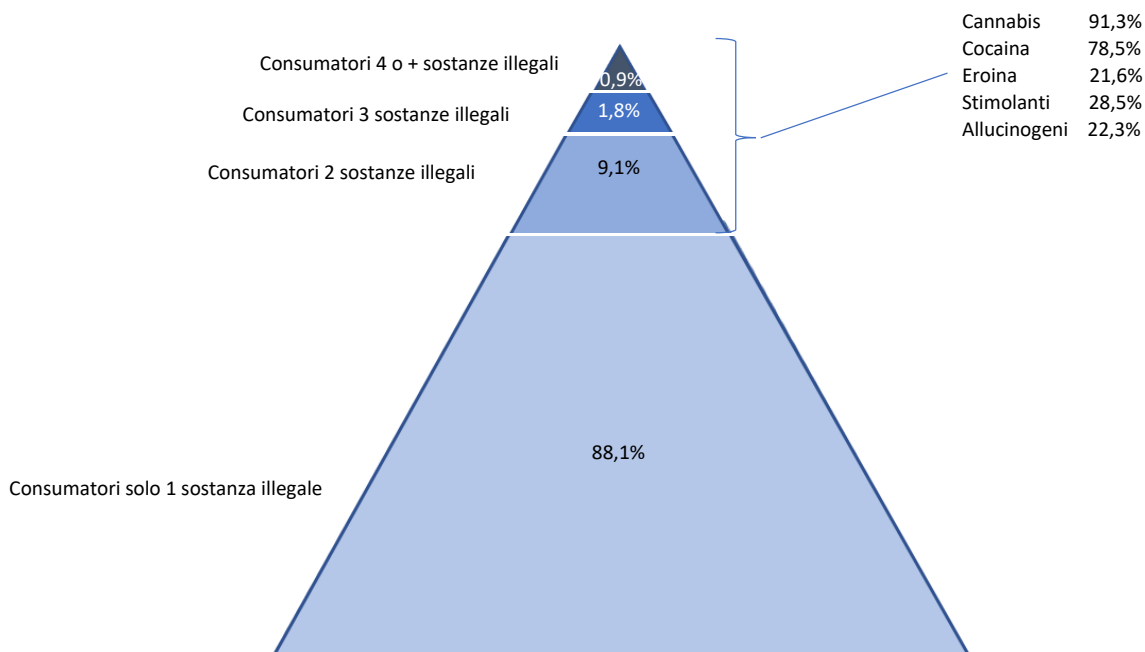


Fonte: IFC-CNR - Anno 2017

I poliutilizzatori di sostanze psicoattive

L'11,9% di quanti hanno riferito di aver assunto sostanze psicoattive illegali nel 2017, si configura come poliutilizzatore, avendo fatto uso di 2 o più sostanze. In particolare il 9,1% ne ha usate due, l'1,8% ne ha utilizzate tre e il restante 1% ha assunto quattro o più sostanze illegali negli ultimi 12 mesi (Fig. 3.1.23). Nella popolazione dei giovani adulti consumatori (15-34 anni) il 7,2% ha fatto uso di due tipi di sostanza psicoattiva nel 2017, percentuale che sale al 12,8% se si considera la fascia dai 35 ai 64 anni.

Fig. 3.1.23 - Poliuso tra i consumatori. Distribuzione per numero di sostanze utilizzate nell'ultimo anno



Fonte: IFC-CNR - Anno 2017

Tra gli utilizzatori di cannabis nell'anno, l'8,7% ha fatto uso anche di un'altra droga e il 2,5% ha assunto tre o più sostanze psicoattive. Tra i consumatori di altre droghe, invece, la maggioranza (58,3%) ha fatto uso di due sostanze psicoattive e il 17,4% ne ha assunte tre o più.

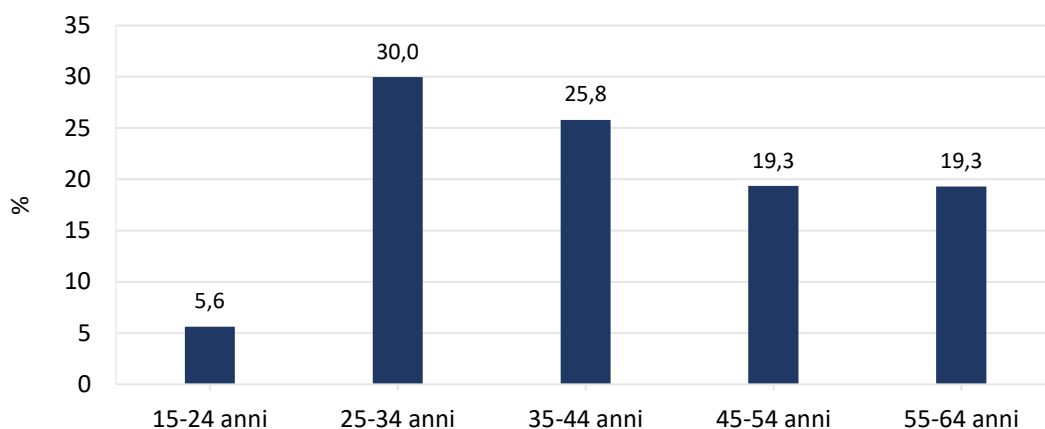
I poliutilizzatori si caratterizzano anche per aver intrapreso altri comportamenti a rischio: il 50,7% riferisce di essersi messo alla guida dopo aver assunto droghe, contro il 17,9% di chi ha fatto uso di una sola sostanza, il 44,7% riporta di essere stato coinvolto in rapporti sessuali non protetti e il 10,6% di aver avuto problemi con le Forze dell'Ordine e (contro rispettivamente il 22,2% e il 1,5% dei monoutilizzatori), inoltre il 52,1% riferisce di essersi ubriacato nell'ultimo mese, contro il 31,4% di chi ha assunto una sola sostanza.

Tra i poliutilizzatori anche il consumo di cannabis risulta più a rischio: per il 55,8% di questi il test di screening CAST - *Cannabis Abuse Screening Test* ha delineato un profilo di consumo a rischio/problematico, contro il 20,9% di chi ha assunto esclusivamente cannabis.

Utilizzatori che hanno chiesto assistenza per problemi droga-correlati

Sul totale della popolazione tra i 15 e i 64 anni sono lo 0,4% le persone che, nel corso della vita, hanno chiesto assistenza per risolvere problematiche droga-correlate. Tale prevalenza, che corrisponde a oltre 150.000 soggetti, è più alta nella popolazione maschile (0,5%) rispetto a quella femminile (0,3%). Tra coloro che si riferiscono di aver chiesto assistenza, le fasce di età maggiormente rappresentate risultano quelle tra i 25 e i 34 anni e tra i 35 e i 44 anni, che costituiscono rispettivamente il 30,0% e il 25,8%.

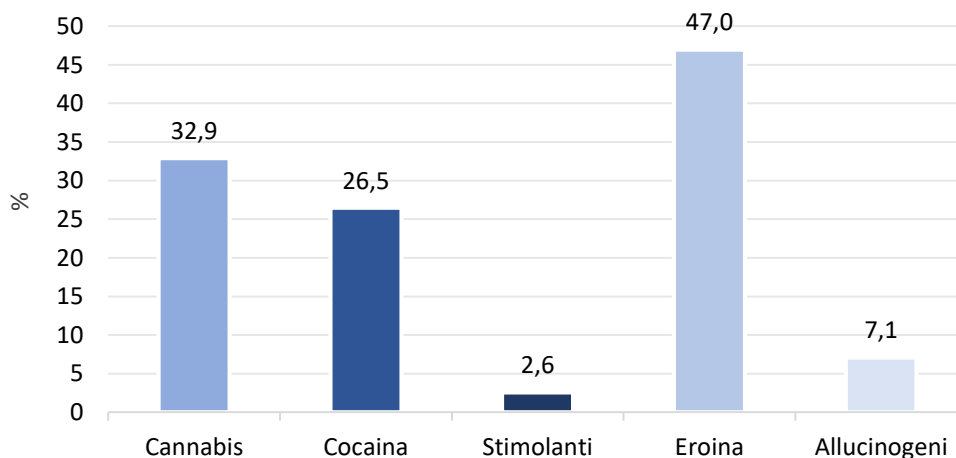
Fig. 3.1.24 - Distribuzione percentuale per età delle persone che hanno richiesto assistenza nella vita per problematiche droga-correlate



Fonte: IFC-CNR - Anno 2017

La distribuzione per tipo di sostanza (Fig. 3.1.25) mostra che la maggioranza di questi soggetti ha richiesto assistenza per problemi legati al consumo di eroina (47,0%), a seguire coloro che hanno chiesto aiuto a causa dell'uso di cannabis (32,9%), cocaina (26,5%), allucinogeni (7,1%) e stimolanti (2,6%).

Fig. 3.1.25 - Percentuale di soggetti che hanno chiesto assistenza per problematiche droga-correlate per tipologia di sostanza



Fonte: IFC-CNR - Anno 2017

Tra coloro che, nella vita, si sono rivolti ai servizi socio-sanitari per problematiche correlate al consumo di sostanze, il 45,1% riferisce di non aver fatto uso di droghe negli ultimi 12 mesi, il 35,3% di averne assunta una, il 19,6% riferisce poliutilizzo nell'anno.

3.2 Consumi nella popolazione studentesca

Fonte dei dati: Consiglio Nazionale delle Ricerche - Istituto di Fisiologia Clinica - Sezione di epidemiologia e ricerca sui servizi sanitari (IFC-CNR)

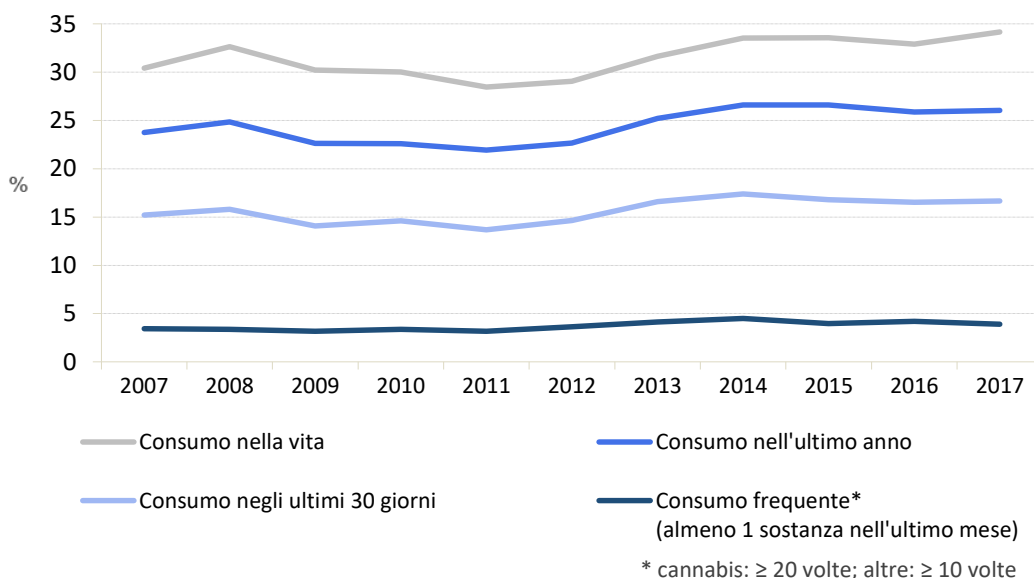
Le informazioni relative all'uso di sostanze illegali nella popolazione studentesca sono fornite dallo studio campionario ESPAD®Italia, che analizza i consumi psicoattivi (alcol, tabacco e sostanze illegali) e altri comportamenti a rischio, come l'uso di Internet e il gioco d'azzardo, tra gli studenti di età compresa tra i 15 e i 19 anni che frequentano le scuole secondarie di secondo grado. Lo studio rappresenta un solido standard per il monitoraggio a livello europeo ed essendo condotto da 20 anni, permette di studiare l'andamento della diffusione di consumi psicoattivi e comportamenti a rischio, nonché di valutare l'effetto di fattori economici, sociali e culturali sui vari aspetti dei fenomeni analizzati.

Lo studio ESPAD®Italia si inserisce nell'omonimo progetto europeo European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs. Più comunemente conosciuto come progetto ESPAD, questo studio transnazionale ha come obiettivo il monitoraggio epidemiologico dell'uso di alcol, tabacco e altre sostanze ad azione psicoattiva, così come la valutazione di altri comportamenti a rischio, tra gli studenti 16enni europei. Lo studio è stato condotto per la prima volta nel 1995 in 26 paesi e ripetuto ogni quattro anni. All'ultima rilevazione condotta nel 2015 hanno partecipato 33 nazioni. Inizialmente promosso dal Consiglio Svedese per l'informazione su alcol e altre droghe (CAN), nel corso degli anni è stato sempre più supportato dall'agenzia europea European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA) come preziosa fonte di informazioni per il primo degli indicatori epidemiologici chiave per il monitoraggio dell'uso di sostanze psicoattive in Europa.

Secondo i risultati dello studio ESPAD®Italia condotto nel 2017, il 34,2% degli studenti (percentuale che, riportata alla totalità degli studenti di 15-19 anni, equivale a circa 880.000 ragazzi) ha riferito di aver utilizzato almeno una sostanza psicoattiva illegale nel corso della propria vita (M = 39,7%; F = 28,4%). Il 26% (M = 31,1%; F = 20,7%) ha invece riportato di averne fatto uso nel corso dell'ultimo anno (circa 670.000 ragazzi). Tra questi ultimi, l'89,5% ha assunto una sola sostanza illegale e il restante 10,5% è definibile "poliutilizzatore", avendo assunto 2 o più sostanze. Il 16,7% degli studenti ha utilizzato sostanze psicoattive illegali nel mese in cui è stato condotto lo studio (M = 20,9%; F = 12,3%) e il 3,9% ne ha fatto un uso frequente (M = 5,9%; F = 1,8%), ha cioè utilizzato 20 o più volte cannabis e/o 10 o più volte le altre sostanze illegali (cocaina, stimolanti, allucinogeni, eroina) negli ultimi 30 giorni. Sono quasi 41.000 gli studenti (pari all'1,6% di tutti gli studenti 15-19enni) che hanno riferito di aver assunto una o più sostanze senza sapere cosa fossero: per il 58,5% si è trattato di un'esperienza circoscritta a 1-2 volte, mentre il 23,5% ha fatto uso di sostanze di cui ignorava la composizione per oltre 10 volte.

Il confronto con i risultati delle precedenti rilevazioni evidenzia come negli ultimi cinque anni il consumo nel corso della vita sia leggermente aumentato, mentre per le altre forme di consumo si è assistito a una sostanziale stabilizzazione (Fig. 3.2.1).

Fig. 3.2.1 - Trend dei consumi di sostanze psicoattive nella popolazione studentesca

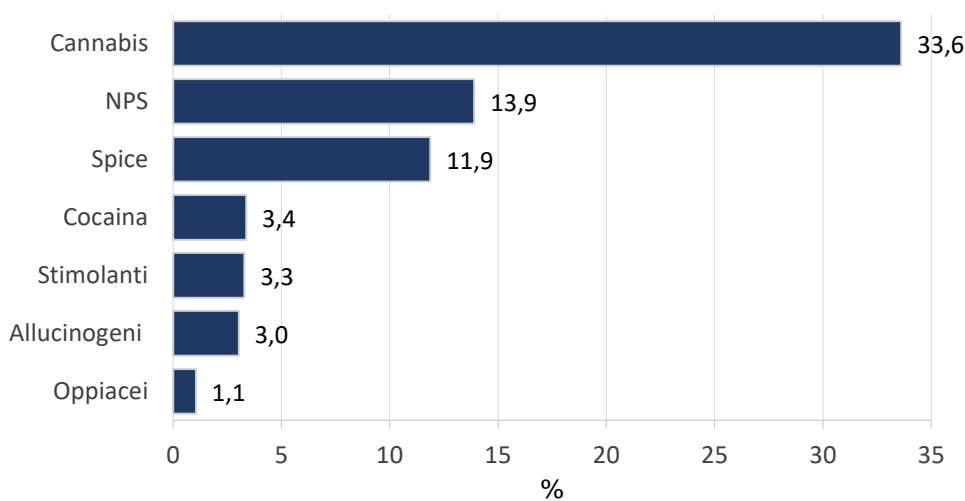


Fonte: IFC-CNR - Anni 2007-2017

Lo 0,7% degli studenti italiani ha usato sostanze psicoattive per via iniettiva almeno una volta nella propria vita (M = 0,8%; F = 0,5%). Lo 0,4% lo ha fatto nel corso del 2017 (M = 0,5%; F = 0,5%). La percentuale di studenti che ha assunto sostanze per via iniettiva negli ultimi 30 giorni è dello 0,3%, sovrapponibile a quella annuale.

La cannabis rimane la sostanza illegale maggiormente utilizzata nella vita, seguita, nell'ordine, dalle New Psychoactive Substances (NPS), spice, cocaina, stimolanti, allucinogeni e, infine, eroina. L'uso di sostanze psicoattive risulta più diffuso tra i maschi, con percentuali doppie rispetto a quelle femminili, fatta eccezione per la cannabis per la quale il rapporto di genere risulta di 1,5.

Fig. 3.2.2 - Uso di sostanze psicoattive nella vita



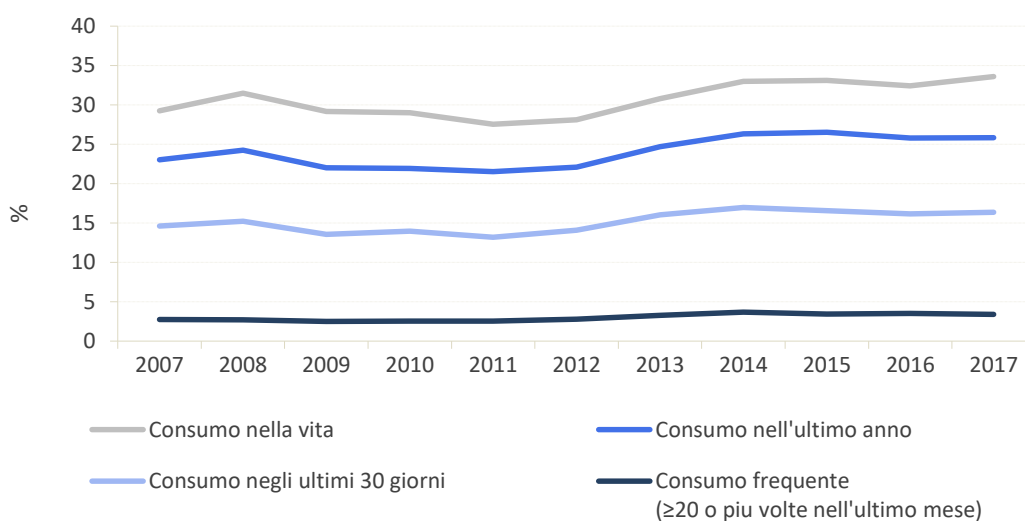
Fonte: IFC-CNR - Anno 2017

Cannabis

Il 33,6% degli studenti, circa 870.000 15-19enni, ha utilizzato cannabis almeno una volta nella vita (M = 39%; F = 28%), il 25,8% (circa 670.000) l'ha usata nel corso del 2017 (M = 30,8%; F = 20,6%), il 16,4% (circa 420.000) ha riferito di averla consumata nel corso del mese di svolgimento dello studio (M = 20,5%; F = 12,1%) e il 3,4% riferisce un utilizzo frequente in quanto l'ha assunta 20 o più volte nell'ultimo mese (M = 5,2%; F = 1,5%).

Dopo una ripresa dei consumi registrata dal 2011 al 2014, dal 2015 si osserva una sostanziale stabilizzazione dei consumi.

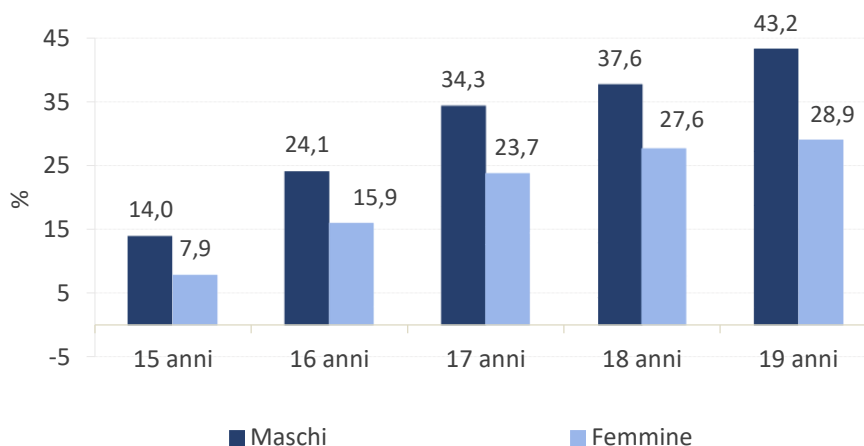
Fig. 3.2.3 - Consumo di cannabis



Fonte: IFC-CNR - Anni 2007-2017

Gli studenti che riferiscono di aver usato cannabis nel corso dell'anno sono oltre il 30% dei ragazzi e quasi il 21% delle ragazze. Le prevalenze aumentano con l'età: per il genere maschile vanno dal 14% tra i 15enni al 43,2% tra i 19enni, mentre per il genere femminile dal 7,9% al 28,9%.

Fig. 3.2.4 - Consumo di cannabis nell'ultimo anno per genere ed età

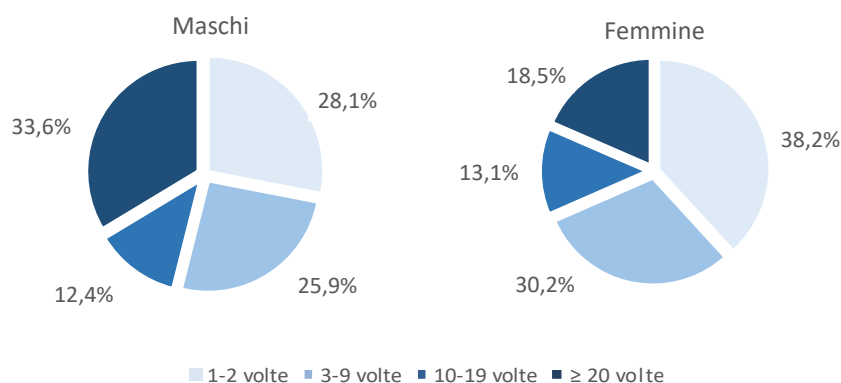


Fonte: IFC-CNR - Anno 2017

Pattern di consumo

Tra gli studenti che nel 2017 hanno fatto uso di cannabis, quasi la metà (48%) riferisce di aver consumato la sostanza per non più di 5 volte durante l'anno, con una percentuale leggermente superiore tra le ragazze (F = 55,3%; M = 43,6%). Il 12,7% ha invece consumato cannabis fra 10 e 19 volte, mentre per il 27,7% degli studenti il consumo annuo è stato più assiduo: 20 o più volte, soprattutto tra i ragazzi (M = 33,6%; F = 18,5%).

Fig. 3.2.5 - Frequenza di consumo di cannabis

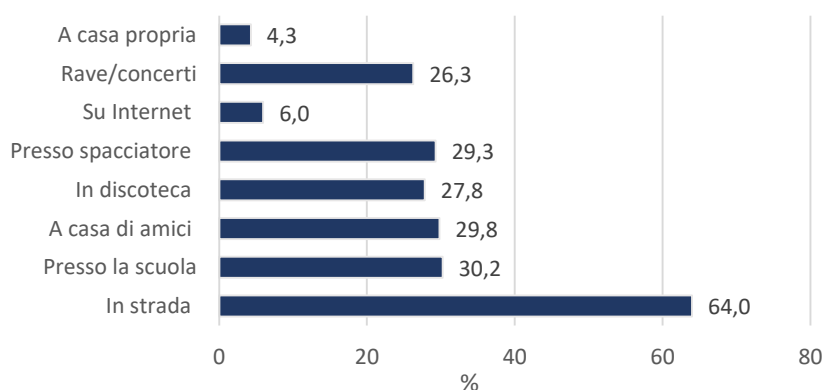


Fonte: IFC-CNR - Anno 2017

Tra coloro che hanno consumato cannabis durante l'anno, la maggior parte (89,9%) ne ha fatto un uso esclusivo; il 5% ha usato anche un'altra sostanza illegale e il 5% ne ha assunte altre 2 o più. In particolare, tra i "poliutilizzatori" il 64% riferisce di aver assunto anche cocaina, il 59% stimolanti, il 51% allucinogeni e il 24% eroina².

Il 64% degli studenti che ha fatto uso di cannabis nel 2017 riferisce di essersi procurato la sostanza per strada, il 30% circa nei pressi della scuola, quasi il 30% l'ha reperita a casa di amici, ancora quasi il 30% rivolgendosi a uno spacciatore, il 28% in discoteca e il 26% durante concerti e rave³. Il 6% riferisce di aver acquistato cannabis via Internet, percentuale che raggiunge il 10% tra gli studenti che ne fanno un uso frequente (20 o più volte nel mese).

Fig. 3.2.6 - Luoghi o contesti in cui si procura cannabis chi ne ha fatto uso nell'anno



Fonte: IFC-CNR - Anno 2017

² La somma supera il 100% perché alcuni studenti associano più sostanze.

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

Il 38,9% degli studenti che hanno utilizzato cannabis nel corso del 2017 riferisce come abituale il consumo della sostanza con gli amici. Tale quota raggiunge il 56% tra i consumatori nell'ultimo mese e il 90,9% tra chi, nell'ultimo mese, ha riportato un uso frequente.

Percezione dell'accessibilità e del rischio

Oltre il 43% degli studenti ritiene che, qualora lo volesse, saprebbe dove reperire facilmente la cannabis, in particolare i ragazzi (M = 48,6%; F = 38,6%) e gli studenti più grandi (dal 25,5% dei 15enni al 56,9% dei 19enni). Il 39% di tutti gli studenti ritiene che sia facile poter recuperare la sostanza soprattutto in strada e negli spazi aperti, e a seguire la scuola (19%). Per quanto riguarda la percezione del rischio associato al consumo di cannabis, il 19,3% degli studenti considera pericoloso provare ad usarla, il 22,6% consumarla occasionalmente e per il 55,6% è pericoloso il consumo regolare. Sono soprattutto le studentesse a valutare rischioso il consumo della sostanza, sia rispetto all'uso sperimentale (F = 21,6% vs M = 17%) sia a quello occasionale (F = 25,7% vs M = 19,5%) e regolare (F = 64,7%; M = 46,8%). In entrambi i generi all'aumentare dell'età diminuisce la percezione del rischio associato al consumo di cannabis.

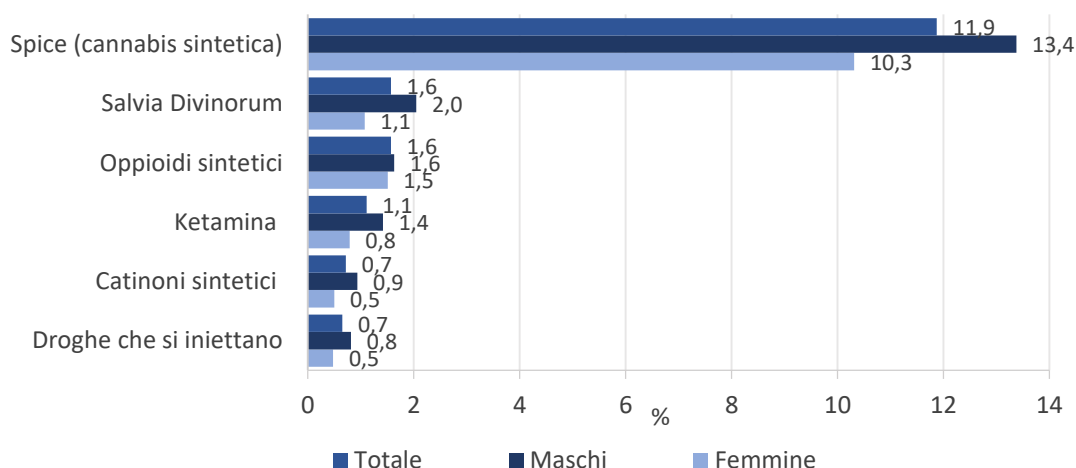
Il consumo problematico di cannabis

Attraverso l'inserimento in ESPAD del test di screening CAST - *Cannabis Abuse Screening Test*, è stato possibile rilevare la problematicità associata al consumo della sostanza: sul totale degli studenti che hanno assunto cannabis durante l'anno, il 22,6%, risulta avere un consumo definibile "problematico", si registrano differenze in termini di genere (M = 25,7%; F = 17,7%) (Vedi Parte II.3.2 Consumo problematico di cannabis).

NPS-New Psychoactive Substance

Il 13,9% degli studenti (M = 15,7%; F = 12,1%), ossia circa 360.000 ragazzi, ha riferito di aver utilizzato almeno una volta nel corso della propria vita una o più delle cosiddette NPS tra le quali si ascrivono cannabinoidi sintetici, catinoni sintetici e oppioidi sintetici. Il dato registra un aumento rispetto al 2016, dove si attestava all'11,6%. Fra le NPS le sostanze più diffuse sono quelle attribuibili alla categoria dei cannabinoidi sintetici (conosciuti come spice), consumati almeno una volta dall'11,9% degli studenti.

Fig. 3.2.7 - Consumo di NPS nella vita per genere ed età



Fonte: IFC-CNR - Anno 2017

Sono oltre 100.000, pari al 3,9% di tutti gli studenti tra i 15 e i 19 anni, i giovani che hanno riferito il consumo di altre NPS (erano 2,8% nel 2016). Tra chi le ha assunte, la maggior parte (63,7%) riferisce di averle consumate come un miscuglio di erbe, ma anche sotto forma di pasticche (36,8%), polveri e cristalli (34% per entrambe le tipologie); meno diffuse quelle in forma liquida (22,6%) (cfr. nota 3).

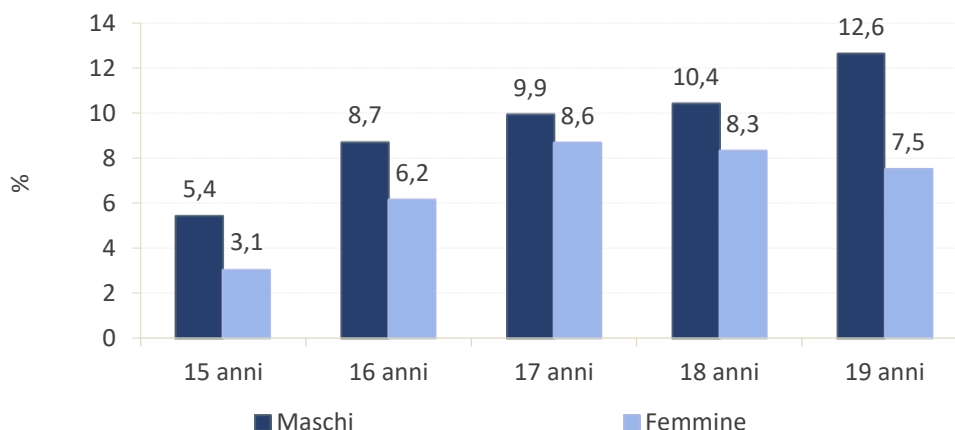
Tra i consumatori (almeno una volta) di NPS, il 91,5% ha fatto uso anche di cannabis, il 15% ha utilizzato sostanze stimolanti, il 13,7% ha assunto cocaina, l'11,6% ha usato almeno una volta allucinogeni e il 5,5% ha fatto uso di eroina (cfr. nota 2).

Il 57,5% degli studenti, senza differenze di genere, ritiene che provare NPS comporti rischi elevati, con percentuali che aumentano al crescere dell'età: si passa dal 49,5% dei 15enni al 63,6% dei 19enni.

Cannabinoidi sintetici (spice)

In Italia sono circa 307.000 gli studenti di 15-19 anni (pari all'11,9% della popolazione studentesca) che hanno utilizzato cannabinoidi sintetici almeno una volta nella vita (M = 13,4%; F = 10,3%). L'8,1% li ha assunti nel corso dell'anno (M = 9,5%; F = 6,7%) e il 4,9% nel mese precedente lo studio (M = 5,7%; F = 3,9%). Sono soprattutto gli studenti di genere maschile (9,5% contro il 6,7% del genere femminile) ad averli utilizzati, con quote che aumentano progressivamente dai 15 ai 19 anni.

Fig. 3.2.8 - Consumo nell'ultimo anno di spice per genere ed età

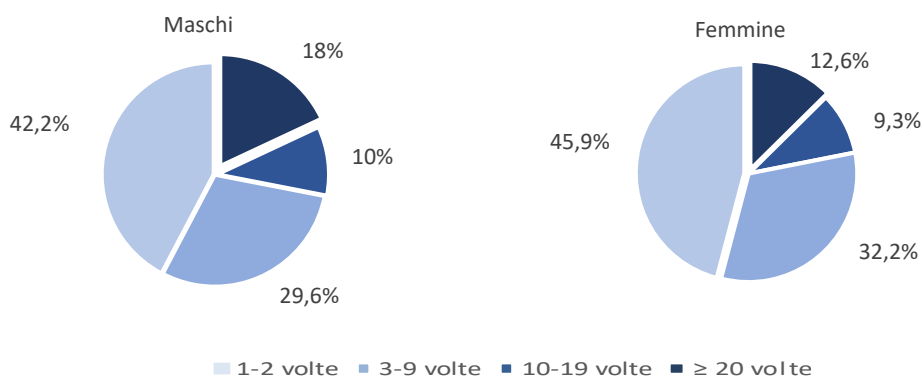


Fonte: IFC-CNR - Anno 2017

Il 98% di chi ha utilizzato cannabinoidi sintetici nell'anno riferisce di aver usato anche cannabis, mentre risultano inferiori le percentuali di coloro che alla spice associano altre sostanze stupefacenti illegali: il 12% circa ha usato anche cocaina e/o altre sostanze stimolanti, il 9,7% allucinogeni e il 5,5% eroina.

Tra coloro che hanno utilizzato spice durante l'ultimo anno, il 60,9% l'ha consumata al massimo 5 volte (M = 59,7%; F = 62,8%), mentre per il 15,8% il consumo è stato più assiduo (20 o più volte nell'anno), in particolare per i ragazzi (17,9% contro il 12,6% delle coetanee).

Fig. 3.2.9 - Frequenza di consumo di spice nell'anno



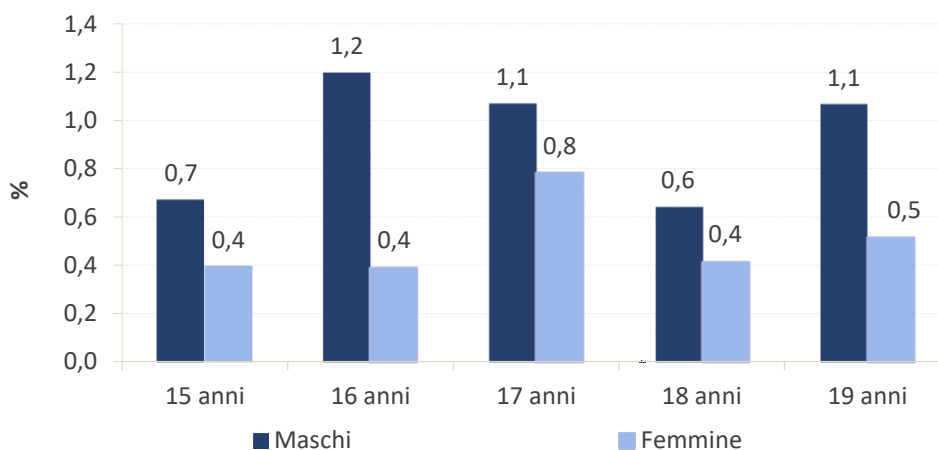
Fonte: IFC-CNR - Anno 2017

Catinoni sintetici

Lo 0,7% degli studenti di 15-19 anni, che equivale a circa 18.000 ragazzi, ha riferito di aver utilizzato almeno una volta nella vita catinoni sintetici. Tra gli studenti di genere maschile si osservano le quote superiori di consumatori (M = 0,9%; F = 0,5%), per tutte le classi di età.

Non si registrano differenze sostanziali tra gli utilizzatori minorenni (0,8%) e maggiorenni (0,7%). Il dato di utilizzo di catinoni sintetici almeno una volta nella vita risulta in calo rispetto al 2016, dove si attestava all'1,2% nella popolazione giovanile scolastica.

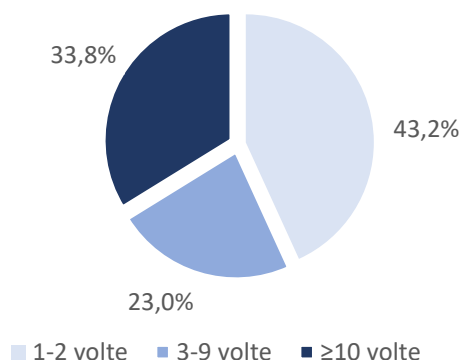
Fig. 3.2.10 - Consumo nella vita di catinoni sintetici per genere ed età



Fonte: IFC-CNR - Anno 2017

Fra i consumatori di queste sostanze la maggior parte ha fatto esclusivamente un uso sperimentale (43,2%), esiste tuttavia una quota di studenti che riporta un uso superiore alle 10 volte (33,8%).

Fig. 3.2.11 - Frequenza di consumo di cantinoni sintetici nella vita



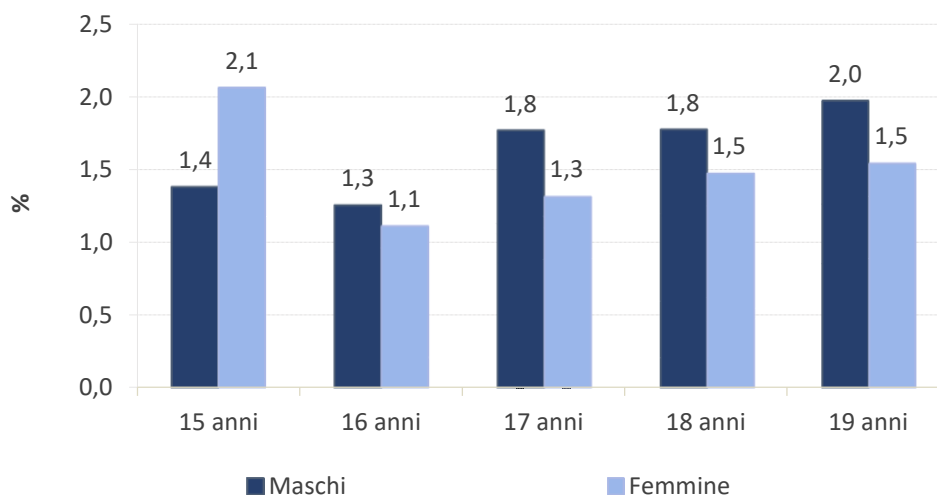
Fonte: IFC-CNR - Anno 2017

Oppioidi sintetici (painkillers)

L'1,6% degli studenti, ossia circa 41.000, almeno una volta nella vita ha utilizzato farmaci analgesici oppioidi di sintesi (come l'ossicodone e il fentanile) per "sballare" (cosiddetti painkillers), quota che risulta inferiore a quella rilevata nel 2016 (2,5%). Le prevalenze di consumo risultano sostanzialmente simili tra i generi (M = 1,6%; F = 1,5%) così come tra le diverse età.

È interessante notare come per questa specifica sostanza le studentesse riferiscano un utilizzo della sostanza molto vicino a quello dei coetanei e, in particolare le studentesse di 15 anni consumo più dei ragazzi.

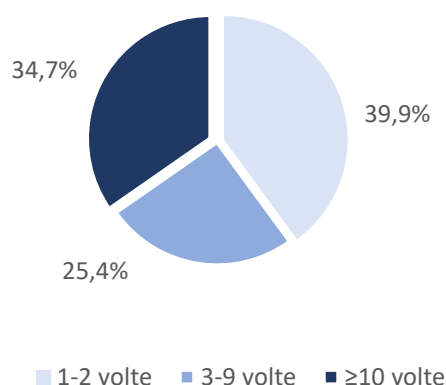
Fig. 3.2.12 - Consumo nella vita di oppioidi sintetici (painkillers) per genere ed età



Fonte: IFC-CNR - Anno 2017

La maggior parte di chi ha utilizzato *painkillers* nella vita lo ha fatto al massimo 2 volte (39,9%), mentre il 34,7% ne ha fatto uso 20 o più volte.

Fig. 3.2.13 - Frequenza di consumo di oppioidi sintetici (*painkillers*) nella vita



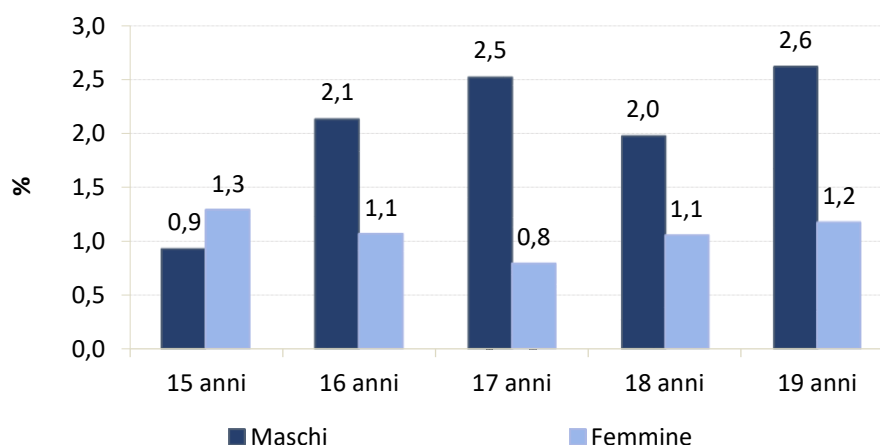
Fonte: IFC-CNR - Anno 2017

Salvia Divinorum

L'1,6% degli studenti, cioè circa 41.000, ha riferito di aver utilizzato *Salvia Divinorum* almeno una volta nella vita, quota leggermente inferiore a quella rilevata nel 2016 (2,1%). Il consumo risulta più diffuso nel genere maschile (M = 2%; F = 1,1%), con quote che nei maschi aumentano al crescere dell'età, mentre nelle femmine rimangono costanti ma sono più alte rispetto ai coetanei nella classe dei 15enni (M = 0,9%; F = 1,3%).

È interessante sottolineare che per quanto riguarda i 15enni, i consumi tra le ragazze sono superiori rispetto a quelli rilevati tra i coetanei.

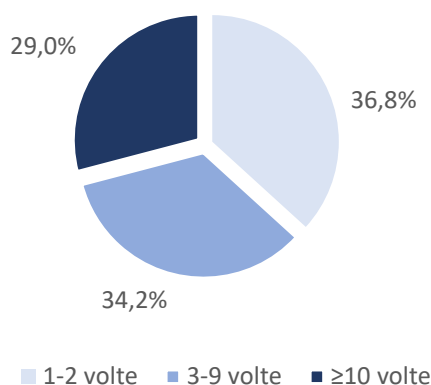
Fig. 3.2.14 - Consumo nella vita di *Salvia Divinorum* per genere ed età



Fonte: IFC-CNR - Anno 2017

Per il 37% circa degli utilizzatori il consumo di questa sostanza è stato di tipo sperimentale (non più di 2 volte), mentre per il 29% è stato più frequente (10 o più volte).

Fig. 3.2.15 - Frequenza di consumo di Salvia Divinorum nella vita

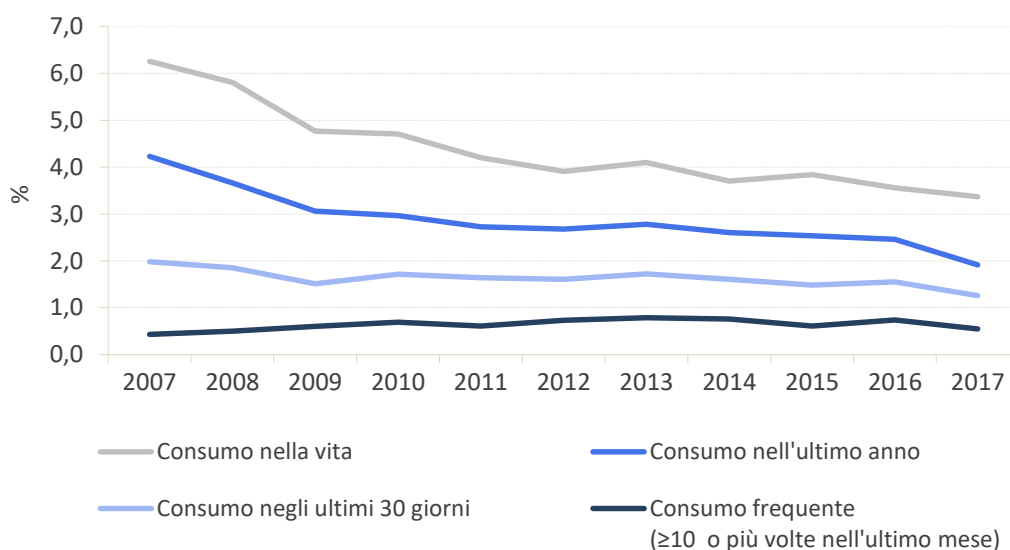


Fonte: IFC-CNR - Anno 2017

Cocaina

Gli studenti che riferiscono di aver utilizzato cocaina almeno una volta nella vita corrispondono al 3,4% di tutti gli studenti (cioè poco più di 88.000), l'1,9% ha fatto uso della sostanza nel corso del 2017 (49.000 studenti) e l'1,3% l'ha usata nel mese precedente alla compilazione del questionario (circa 33.000 studenti). Tali percentuali mostrano un andamento decrescente dal 2013, mentre risulta stabile la quota di studenti che nell'ultimo mese ha utilizzato cocaina frequentemente, cioè 10 o più volte: nell'ultima rilevazione è pari allo 0,5%, corrispondente a circa 13.000 studenti.

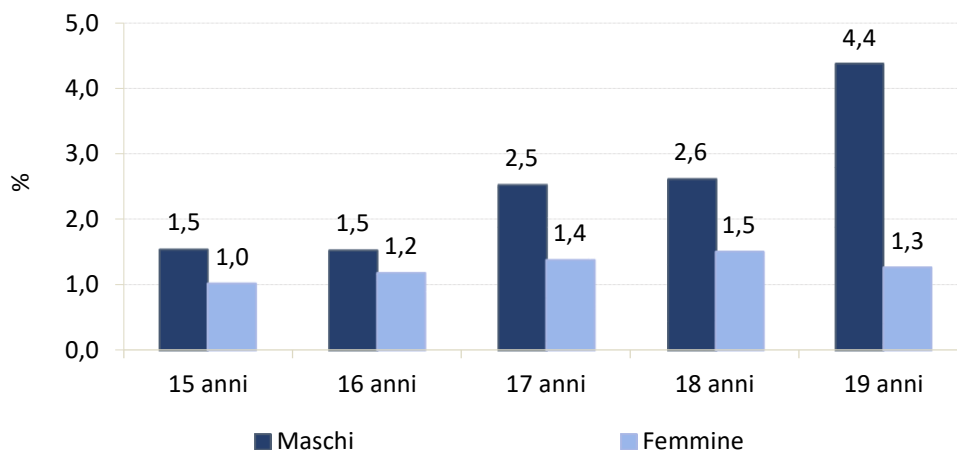
Fig. 3.2.16 - Trend dei consumi di cocaina nella popolazione studentesca



Fonte: IFC-CNR - Anni 2007-2017

Le prevalenze di consumo risultano superiori nel genere maschile, con un rapporto maschi/femmine che è circa doppio per consumo nella vita (M = 4,3%; F = 2,4%), e per il consumo riferito all'ultimo anno (M = 2,6%; F = 1,3%) e aumenta nel caso dell'uso nell'ultimo mese (M = 1,8%; F = 0,7%).

Fig. 3.2.17 - Consumo nell'ultimo anno di cocaina per genere ed età

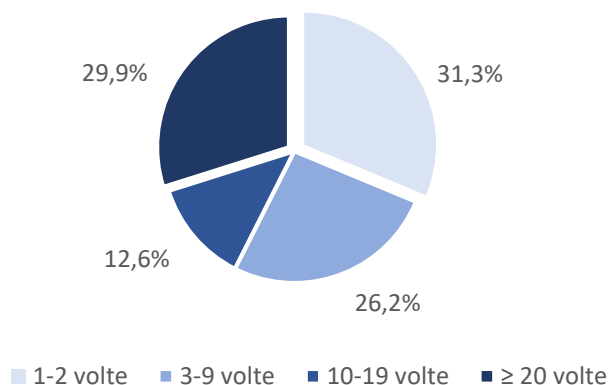


Fonte: IFC-CNR - Anno 2017

Pattern di consumo

Tra gli studenti che hanno utilizzato cocaina nel 2017, il 31,3% l'ha utilizzata 1-2 volte durante l'anno e il 26% dalle 3 alle 9 volte, mentre il 42,6% l'ha consumata più frequentemente, 10 o più volte negli ultimi 12 mesi. Tra coloro che hanno utilizzato cocaina durante l'anno, il 7% risulta averne fatto un uso esclusivo, il 30,3% ha utilizzato anche un'altra sostanza psicoattiva illegale, mentre il restante 62,7% ha consumato durante l'anno almeno altre 2 sostanze illegali. Tra i "poliutilizzatori", il 94% ha utilizzato anche cannabis, il 59% stimolanti, il 54% allucinogeni e il 30% ha associato il consumo di eroina (cfr. nota 1). Il 51,7% degli studenti consumatori di cocaina riferisce di potersi procurare facilmente la sostanza in strada e il 39,7% rifornendosi da uno spacciatore, il 38,5% in discoteca e il 32,8% durante concerti e *rave*; per il 12% è possibile procurarsi facilmente cocaina in Internet (cfr. nota 3).

Fig. 3.2.18 - Frequenza di consumo di cocaina nell'anno



Fonte: IFC-CNR - Anno 2017

Percezione dell'accessibilità e del rischio

Per quanto riguarda la percezione della facilità di reperimento della cocaina, il 14,2% degli studenti, in particolare i maschi (16,6% vs 11,9% delle coetanee), ritiene sia facile potersela procurare, quota che aumenta con l'età: il 9,2% dei 15enni (in entrambi i generi) contro il 19,2% dei 19enni (M = 24%; F = 14,6%).

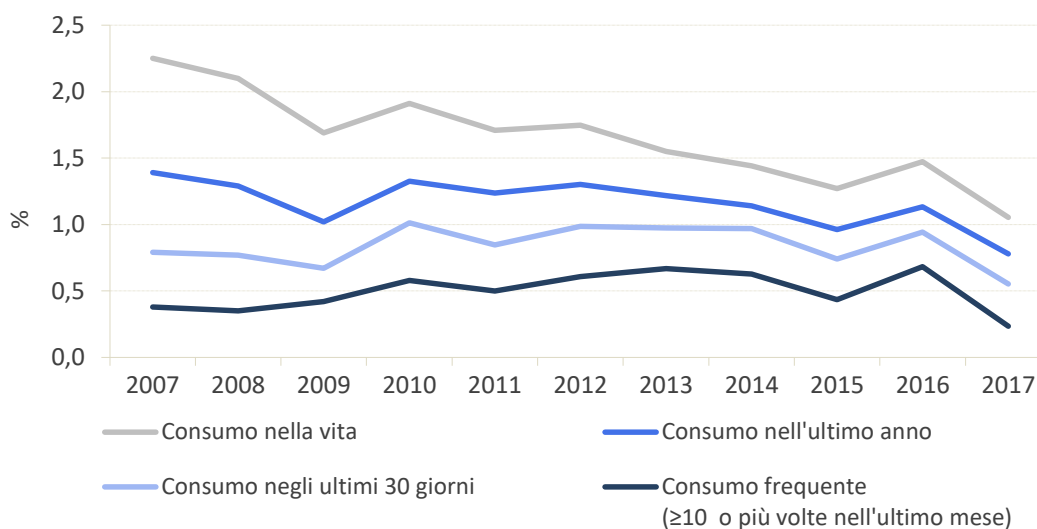
Il 64,6% degli studenti, senza sostanziali differenze di genere (M = 63,3%; F = 65,7%) ritiene rischioso provare ad assumere cocaina con quote che, a differenza di quanto osservato per la cannabis, aumentano con l'età: il 70,4% dei 19enni (M = 67,5%; F = 73,7%) ritiene, infatti, rischioso provare la cocaina, contro il 57,8% dei 15enni (senza differenze di genere).

Eroina

L'1,1% degli studenti riferisce di aver fatto uso di eroina almeno una volta nella vita (circa 28.000 studenti); lo 0,8% l'ha assunta almeno una volta nel 2017 (oltre 20.000) e lo 0,6% nel mese precedente la compilazione del questionario (15.500).

Si registra un leggero decremento, rispetto al 2016, di coloro che riferiscono di aver provato questa sostanza sia nella vita sia durante l'anno sia nel corso dell'ultimo mese. Il consumo di eroina ha coinvolto in particolare gli studenti maschi, per quanto riguarda il consumo sia nella vita (M = 1,2%; F = 0,9%) sia durante l'anno (M = 0,9%; F=0,7%) sia nell'ultimo mese (M = 0,7%; F = 0,4%).

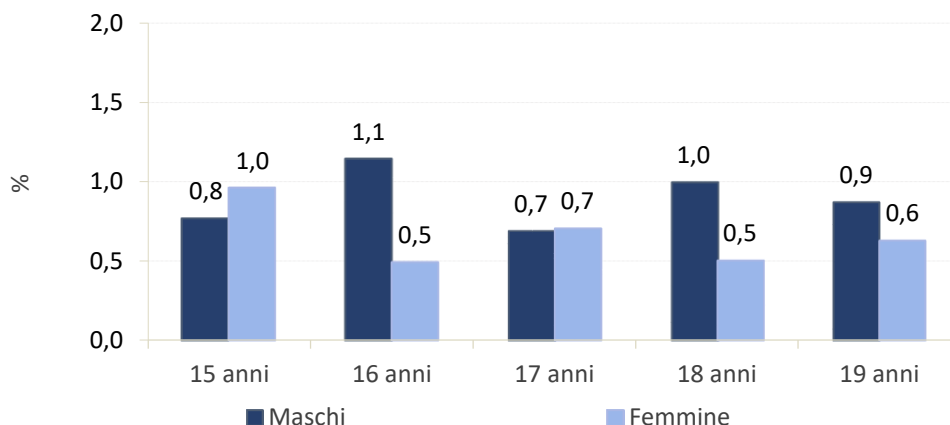
Fig. 3.2.19 - Consumo di eroina



Fonte: IFC-CNR - Anni 2007-2017

Le prevalenze di studenti che hanno utilizzato eroina durante l'anno tra i maschi raggiungono i valori massimi nei 16enni (0,9%) e 18enni (0,8%). Le ragazze fanno registrare prevalenze più alte dei coetanei nella classe delle 15enni (M = 0,8%; F = 1,0%) e pari tra i 17enni (M e F = 0,7%).

Fig. 3.2.20 - Consumo di eroina nell'ultimo anno per genere ed età



Fonte: IFC-CNR - Anno 2017

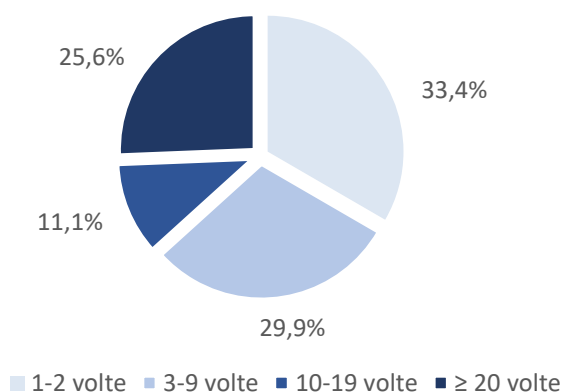
Pattern di consumo tra gli studenti

Il 64% degli studenti che hanno fatto uso di eroina almeno una volta nella vita riferisce di averla fumata, per il 37,8% la modalità di assunzione è stata per via intranasale e per il 28,5% per via iniettiva (cfr. nota 3).

Tra gli studenti che hanno riferito di aver usato eroina durante l'ultimo anno, per circa la metà il consumo è stato circoscritto a non più di 5 volte, mentre per il 36,7% l'utilizzo è stato di 10 o più volte. Il 79% dei consumatori di eroina ha utilizzato anche altre sostanze stupefacenti durante l'anno: il 91% ha consumato anche cannabis, l'81% cocaina, il 72% sostanze stimolanti, il 66% allucinogeni (cfr. nota 2).

Fra coloro che hanno utilizzato eroina il 31% riferisce di potersi procurare facilmente la sostanza recandosi direttamente da uno spacciatore, il 28% in strada e negli spazi aperti, il 25% in discoteca e il 22% in occasione di concerti e rave (cfr. nota 3).

Fig. 3.2.21 - Frequenza di consumo di eroina nell'anno



Fonte: CNR - Anno 2017

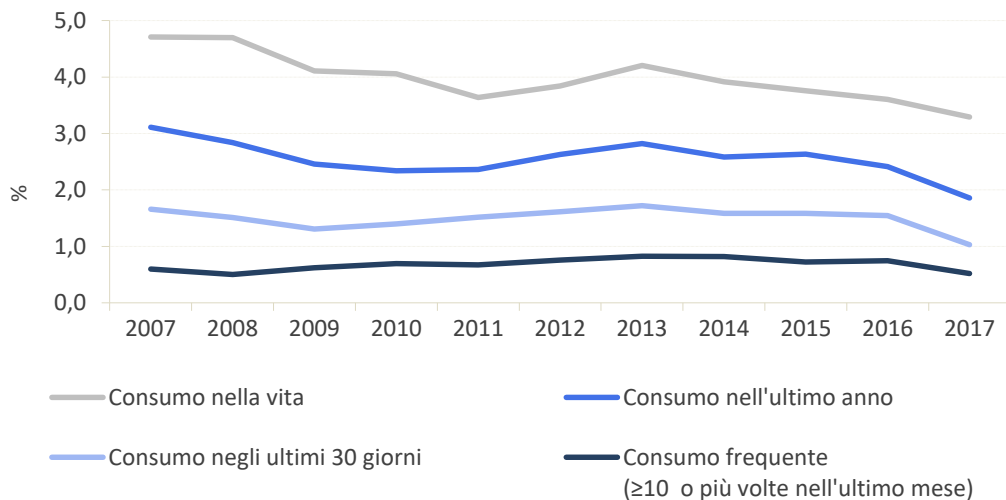
Percezione dell'accessibilità e del rischio

Il 6,5% di tutti gli studenti ritiene che, qualora lo volesse, potrebbe facilmente procurarsi eroina, senza sostanziali differenze di genere e di età. Quasi il 65% degli studenti ritiene rischioso provare a utilizzare eroina (M = 63,9%; F = 65,7%), con quote che, in entrambi i generi, aumentano progressivamente con l'aumentare dell'età: dal 57,6% dei 15enni (M = 57,3%; F = 57,9%) al 66,1% dei 17enni (M = 64%; F = 68,1%) al 71,2% dei 19enni (M = 69%; F = 73,5%).

Stimolanti

Il 3,3% degli studenti (pari a 85.000 giovani) ha riferito di aver utilizzato sostanze stupefacenti stimolanti (quali amfetamine, ecstasy, GHB, MD e MDMA) almeno una volta nella vita, mostrando negli ultimi 5 anni una costante diminuzione: si passa dal 4,2% del 2013 al 3,6% nel 2016. Stesso andamento decrescente si osserva sia per il consumo durante l'anno, che dal 2,8% del 2013 passa all'1,9% nel 2017 (corrispondente a quasi 50.000 studenti), sia per il consumo nell'ultimo mese, passato dall'1,7% del 2013 all'1% del 2017, pari a circa 26.000 ragazzi. Per quanto riguarda il consumo frequente di stimolanti, nel 2017 riferisce di averli assunti 10 o più volte nell'ultimo mese lo 0,5% degli studenti (che equivale a circa 13.000 di tutti gli studenti). Tale quota risulta in lieve diminuzione negli ultimi 5 anni (era lo 0,8% nel 2013).

Fig. 3.2.22 - Trend dei consumi di stimolanti nella popolazione studentesca

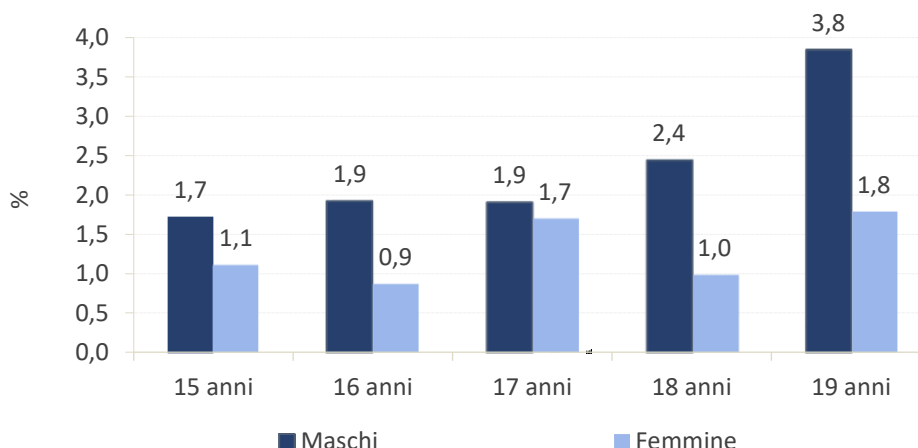


Fonte: IFC-CNR - Anni 2007-2017

Il consumo di sostanze stimolanti durante l'ultimo anno ha riguardato il 2,4% degli studenti di genere maschile e l'1,3% delle ragazze, con quote che aumentano al crescere dell'età. Tra gli studenti più grandi le percentuali maschili doppiano quelle femminili (18 anni: M = 2,4%; F = 1%; 19 anni: M = 3,8%; F = 1,8%).

Gli studenti che riferiscono di aver fatto uso di stimolanti sono prevalentemente di genere maschile ed è proprio fra i ragazzi che i consumi aumentano proporzionalmente al crescere dell'età. Fra gli studenti di 19 anni il 4% ne riferisce l'uso. A differenza dei coetanei sono le studentesse di 17 anni a riferire prevalenze di uso maggiore.

Fig. 3.2.23 - Consumo di stimolanti nell'ultimo anno per genere ed età



Fonte: IFC-CNR - Anno 2017

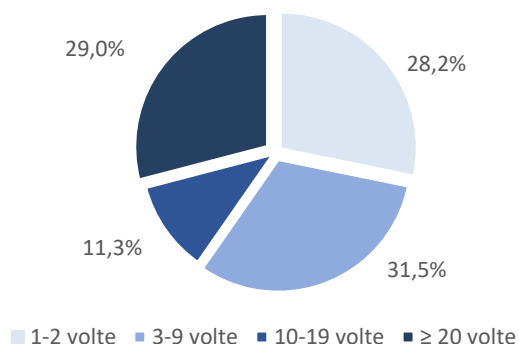
Pattern di consumo tra gli studenti

Per la metà degli studenti che riferiscono di aver utilizzato sostanze stimolanti durante l'anno (il 49,7%) si è trattato di un consumo occasionale, limitato a non più di 5 volte, per il 21% dalle 6 alle 19 volte e per il 29% è stato frequente, 20 o più volte nell'anno.

L'11% ha fatto un uso esclusivo di stimolanti durante l'anno, mentre la restante quota (89%) ha consumato anche altre sostanze stupefacenti: di questi ultimi, il 94% ha utilizzato cannabis, il 64% cocaina, il 56% allucinogeni e il 27% eroina (cfr. nota 2).

Tra coloro che hanno utilizzato stimolanti, il 37% riferisce che la strada e gli spazi aperti sono luoghi nei quali è facile poterseli procurare, seguiti da discoteca (33%), concerti o rave (30%) e direttamente da uno spacciatore (29%). Per il 14,5% dei consumatori, inoltre, le sostanze stimolanti si possono facilmente reperire via Internet (cfr. nota 3).

Fig. 3.2.24 - Frequenza di consumo di stimolanti nell'anno



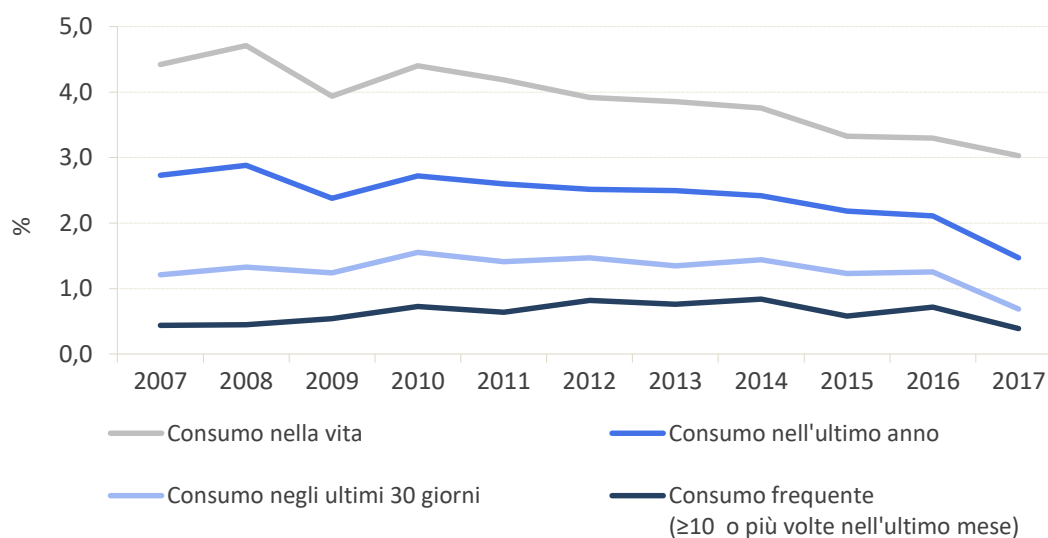
Fonte: IFC-CNR - Anno 2017

Percezione dell'accessibilità e del rischio

Oltre l'11% degli studenti ritiene sia facile potersi procurare sostanze stimolanti, con quote che risultano superiori nel genere maschile (13,4% vs F = 9,8%) e che aumentano con l'età, con differenze di genere che risultano particolarmente accentuate tra i 19enni: 20,5% tra i ragazzi e 13,1% tra le coetanee. Il 60% degli studenti ritiene rischioso anche solo provare a utilizzare queste sostanze, con quote che risultano sempre superiori tra le ragazze (61,3% vs 58,8% dei maschi) e che aumentano progressivamente con l'età: 51,4% dei 15enni (M = 51,7%; F = 51,2%); 61% dei 17enni (M = 58,5%; F = 63,5%); 66,8% dei 19enni (M = 64,9%; F = 68,9%).

Allucinogeni

Il 3,3% degli studenti di 15-19 anni (poco più di 27.000) almeno una volta nella vita ha utilizzato sostanze allucinogene, quali ad esempio LSD e funghi allucinogeni, l'1,9% (circa 20.000 studenti) lo ha fatto durante l'anno, l'1% nell'ultimo mese (14 mila studenti) e per lo 0,5% si è trattato di consumarle frequentemente, ossia 10 o più volte nel mese (6.000 studenti). Negli ultimi anni si osserva una diminuzione delle percentuali di utilizzatori, rispetto sia al consumo nella vita sia nell'ultimo anno e nell'ultimo mese, così come di quello frequente.

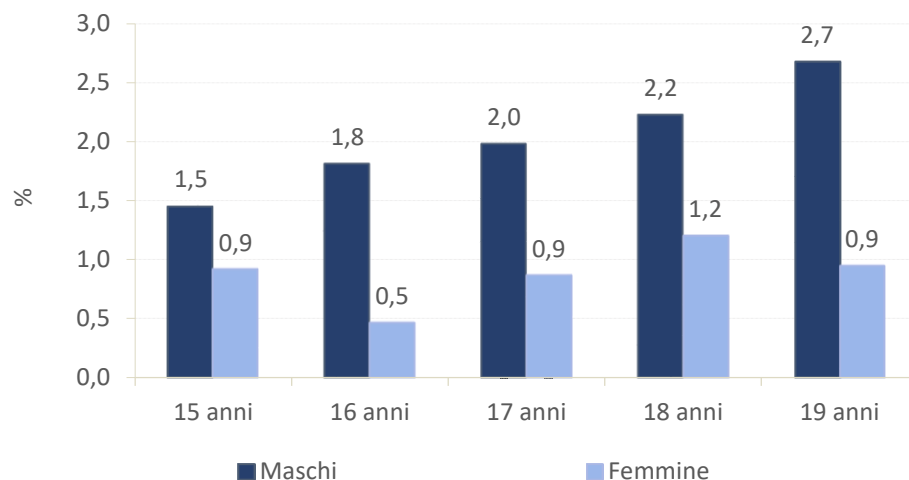
Fig. 3.2.25 - Trend dei consumi di allucinogeni nella popolazione studentesca

Fonte: IFC-CNR - Anni 2007-2017

Il genere maschile prevale in tutte le tipologie di consumo, con un rapporto M/F pari a 1,5 per il consumo nella vita (M = 3,8%; F = 2,2%), a 2,3 per il consumo nell'anno (M = 2%; F=0,9%) a 3,5 per il consumo corrente (M = 1,1%; F=0,3%).

Le quote di coloro che hanno riferito di aver utilizzato allucinogeni durante l'anno aumentano con l'età: passano dall'1,2% dei 15enni, all'1,4% dei 17enni, all'1,9% dei 19enni.

Fig. 3.2.26 - Consumo di allucinogeni per genere ed età

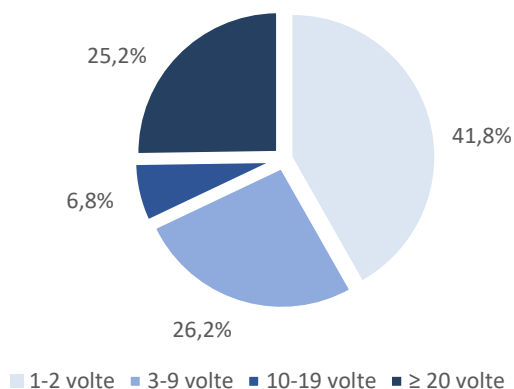


Fonte: IFC-CNR - Anno 2017

Pattern di consumo tra gli studenti

Tra i consumatori quasi il 60% ha assunto allucinogeni per non più di 5 volte durante l'anno, un quarto riferisce di averlo fatto 20 o più volte e il 17% tra le 6 e le 19 volte. Per procurarsi la sostanza, il 36,9% degli studenti riferisce di essersi rivolto al mercato della strada e il 33,6% direttamente ad uno spacciatore, il 29,2% durante concerti o rave e il 26,8% in discoteca (cfr. nota 2).

Fig. 3.2.27 - Frequenza di consumo di allucinogeni nell'anno



Fonte: IFC-CNR - Anno 2017

Percezione della accessibilità e del rischio

Il 9,3% della popolazione studentesca ritiene che, qualora lo volesse, potrebbe facilmente recuperare sostanze allucinogene, in particolare i maschi (11,1% contro 7,3% delle femmine), con quote che aumentano al crescere dell'età: dal 5,3% dei 15enni al 13,2% dei 19enni. Il 59% degli studenti considera rischioso anche solo provare ad usare allucinogeni (F = 60,6%; M = 57%).

I poliutilizzatori di sostanze stupefacenti

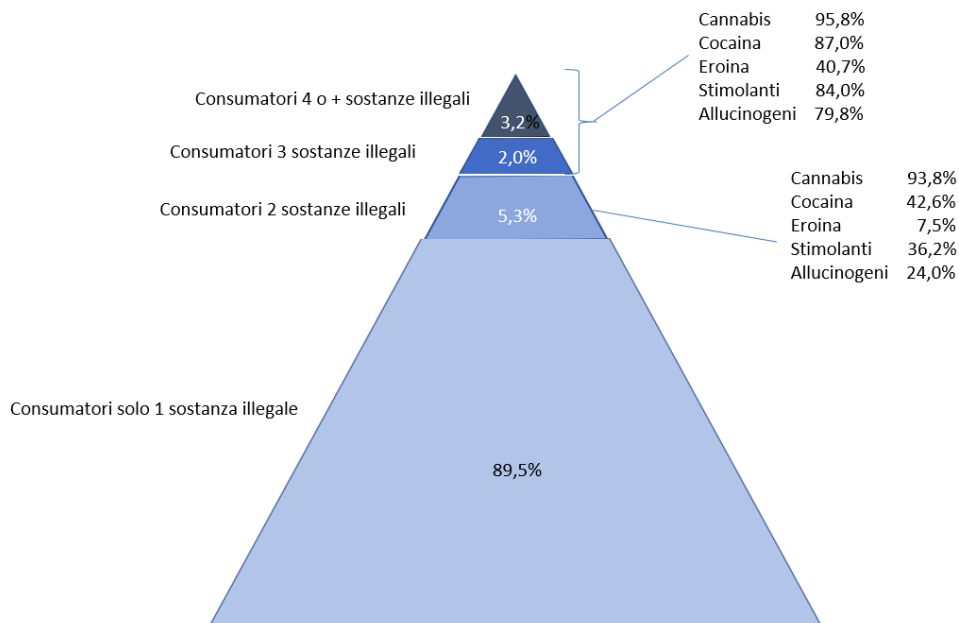
Il 10,5% dei circa 670.000 studenti consumatori nell'ultimo anno di almeno una sostanza psicoattiva illegale (pari al 26% di tutti gli studenti di 15-19 anni) ha utilizzato due o più sostanze illegali: il 5,3% ne ha utilizzate due, per il 2% sono state tre le sostanze assunte e quattro o più per la restante parte (3,2%). Tra gli studenti che hanno utilizzato cannabis durante l'anno, l'83% ha fatto un uso esclusivo della sostanza, mentre tra i consumatori di altre droghe la maggior parte ha utilizzato tre o più sostanze: la cannabis risulta consumata dalla quasi totalità dei consumatori delle altre sostanze illegali.

Tra i poliutilizzatori anche il consumo di cannabis risulta più a rischio: per il 56,5% di questi il test di screening *Cannabis Abuse Screening Test* (CAST) ha delineato un profilo di consumo a rischio/problematico (contro il 19,6% tra chi ha usato esclusivamente cannabis).

I poliutilizzatori, si differenziano anche per il consumo delle sostanze psicoattive lecite: il 17,5% ha usato alcolici tutti i giorni o quasi rispetto all'8,3% dei consumatori di una sola sostanza illegale; il 46,6% si è ubriacato almeno una volta negli ultimi 30 giorni (contro il 22,9% dei monoutilizzatori), il 74,9% ha fumato quotidianamente sigarette e il 38,3% ha utilizzato psicofarmaci senza prescrizione medica (contro rispettivamente il 53% e il 14,7% dei monoutilizzatori).

Coloro che hanno utilizzato due o più sostanze illecite si caratterizzano anche per aver intrapreso altri comportamenti a rischio: il 70,6% ha partecipato a risse, il 47,4% riferisce di aver avuto rapporti sessuali non protetti e il 33,2% ha avuto problemi con le Forze dell'Ordine, così come il 23,6% ha avuto incidenti alla guida di veicoli e il 22,1% è stato portato al pronto soccorso o ricoverato per intossicazione da uso di alcol e/o di sostanze.

Fig. 3.2.28 - Distribuzione percentuale per numero di sostanze utilizzate nell'ultimo anno tra i poliutilizzatori



Fonte: IFC-CNR - Anno 2017

Le caratteristiche dei poliutilizzatori “frequenti”

Il rischio connesso all’utilizzo di più sostanze aumenta considerevolmente quando si associa ad un’alta frequenza di consumi.

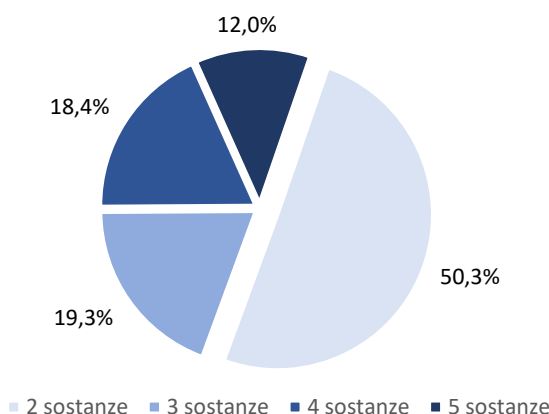
Nel corso del 2017 poco meno del 4% degli studenti ha riferito un consumo frequente di sostanze psicoattive, ha ovvero utilizzato cannabis 20 o più volte e/o altre sostanze 10 o più volte nel corso di un mese. Un quinto di questi studenti (19,9%) ha inoltre utilizzato più sostanze. Nella metà dei casi, le sostanze utilizzate sono state due; il 19,3% ne ha usate tre e il 30,4% ne ha assunte quattro o più (Fig. 3.2.29).

Questo gruppo di soggetti, inoltre, nella metà dei casi ha messo in atto altri comportamenti potenzialmente pericolosi: il 55,5% ha praticato tre o più volte *binge drinking*, aver cioè fatto 5 o più bevute di fila (comportamento praticato dal 41% degli utilizzatori frequenti di una sola sostanza illegale), il 53,8% si è ubriacato (rispetto al 35,1% dei monoutilizzatori frequenti) e il 49,2% ha assunto psicofarmaci non prescritti (rispetto all’11,2% dei monoutilizzatori frequenti).

Inoltre, il 74,4% di questi ragazzi risulta avere un consumo problematico di cannabis e il 37,9% presenta un profilo di giocatore d’azzardo “problematico”. Queste percentuali sono più basse tra gli studenti che fanno un uso frequente di una sola sostanza.

I poliutilizzatori frequenti si caratterizzano, inoltre, per aver guidato sotto effetto di sostanze stupefacenti (38,2%) e/o essere stati passeggeri di conducenti che guidavano pur avendo assunto sostanze (60,4%), aver danneggiato volontariamente beni pubblici o privati (40,6%) e/o aver filmato (con il cellulare) una scena violenta (26,2%). Questo gruppo di studenti si distingue anche per la qualità delle relazioni interpersonali e familiari: il 56,7% ha avuto rapporti sessuali non protetti (vs 36,4% di chi fa uso frequente di una sola sostanza), il 43,7% riferisce di avere gravi problemi nel rapporto con gli amici (vs 27,8%) e il 53,1% anche con i genitori e il 43,7% con gli insegnanti (vs 37,5% e 33,4% rispettivamente).

Fig. 3.2.29 - Distribuzione percentuale per numero di sostanze utilizzate nell’ultimo mese tra i poliutilizzatori



Fonte: IFC-CNR - Anno 2017

Capitolo 4

CONSUMI IN GRUPPI SPECIFICI

4.1 Consumi di sostanze psicoattive nei praticanti attività sportive

Fonte dei dati: Istituto Superiore di Sanità (ISS)- Centro Nazionale Dipendenze e Doping (CNDD)

La legge n. 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 compresi 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 citate 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 (di seguito "sostanze in doppia lista").

Nel 2017 la Sezione per la Vigilanza e il controllo sul Doping e per la tutela della salute nelle attività sportive (SVD), istituita presso il Ministero della Salute in attuazione dell'art. 3 comma 1 della legge n. 376/2000, ha effettuato controlli antidoping nel contesto di 257 manifestazioni sportive, sulla matrice biologica urinaria di atleti praticanti attività sportive non agonistiche e attività amatoriali giovanili anche agonistiche, in diverse discipline e pratiche sportive. Sono stati sottoposti a controllo antidoping 1.211 atleti, di cui 821 maschi (67,8%) e 390 femmine (32,2%). L'età media della popolazione atletica sottoposta a controllo è di circa 28 anni (M = 28,6 anni; F = 25,7 anni).

Complessivamente 6 atleti (lo 0,5% del campione) sono risultati positivi a sostanze vietate secondo quanto previsto sia dal DPR n. 309/1990 che secondo quanto previsto dalla legge n. 376/2000. Questi 6 atleti sono tutti di genere maschile (0,7% degli atleti maschi controllati) con un'età media di 27 anni (Tab. 4.1.1).

Tab. 4.1.1 - Distribuzione degli atleti controllati secondo il genere e l'esito delle analisi (positivi totali e positivi per sostanze in doppia lista)

	Atleti controllati (N)	Atleti positivi (N)	Atleti positivi per sostanze in doppia lista N (%)
Maschi	821	26	6 (0,7%)
Femmine	390	4	0
Totale	1.211	30	6 (0,5%)

Fonte: Istituto Superiore di Sanità - Anno 2017

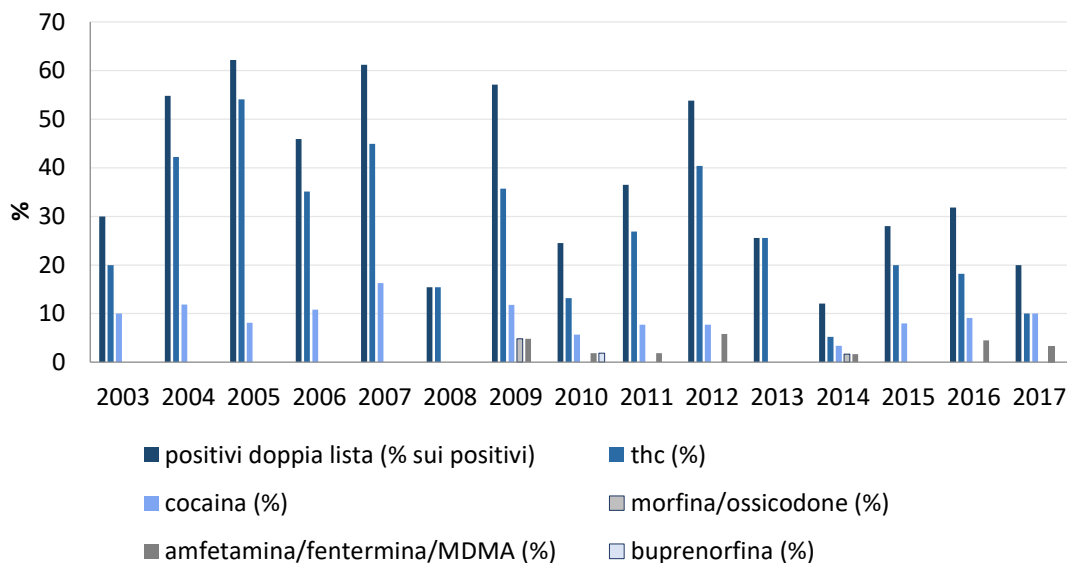
Nel corso del 2017, relativamente alle sostanze rilevate ai controlli antidoping e inserite anche nelle Tabelle delle sostanze stupefacenti o psicotrope soggette alla vigilanza e al controllo del Ministero della Salute, si segnalano i seguenti principi attivi:

- cannabis e derivati (3 atleti)
- cocaina (2 atleti)
- associazione cocaina + MDMA (3,4-metilenediossimetanfetamina) (1 atleta).

La Fig. 4.1.1 mostra l'andamento delle positività registrate nel corso degli anni 2003-2017 relativamente alle sostanze vietate, sia secondo quanto previsto dal DPR n. 309/1990 che dalla legge n. 376/2000. In questa figura i valori indicati si riferiscono alla percentuale delle sostanze "in doppia lista" rispetto al totale delle positività rilevate nell'anno di riferimento. Come mostrato in Fig. 4.1.1., le sostanze "in doppia lista" hanno sempre rappresentato una percentuale non irrilevante tra gli atleti risultati positivi ai controlli antidoping. La percentuale minore è stata registrata nel 2014 (il 12,1% delle positività è relativo a principi attivi "in doppia lista"), le più elevate nel 2005 (62,2%) e nel 2007 (61,2%). Nel 2005, anno in cui la percentuale di positività ai controlli antidoping è stata pari al 2,0%, i principi attivi maggiormente rilevati sono stati cannabis e derivati (54,1%) e cocaina (8,1%).

Nel 2017 la percentuale di sostanze vietate secondo le due leggi sopra citate hanno rappresentato il 20% delle positività rilevate ai controlli antidoping.

Fig. 4.1.1 - Distribuzione delle positività rilevate per le sostanze in doppia lista



Fonte: Istituto Superiore di Sanità - Anni 2003-2017

4.2 Casi di positività all'uso di sostanze stupefacenti tra gli appartenenti alle Forze Armate e all'Arma dei Carabinieri

Fonte dei dati: Ministero della Difesa - Ispettorato Generale della Sanità Militare - Osservatorio Epidemiologico della Difesa

Nel corso del 2017 è proseguita, in continuità con quanto attuato negli ultimi anni, la strategia di contrasto all'uso di sostanze stupefacenti nel contesto militare, condivisa sia a livello Interforze che di singola Forza Armata/Arma dei Carabinieri (FA/CC). A tutti i livelli organizzativi si è proseguito nell'opera di sensibilizzazione, prevenzione e controllo, al fine di assolvere alla prioritaria esigenza di assicurare 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. La fase di accertamento dell'uso di sostanze stupefacenti è stata realizzata mediante:

- riscontro documentale di trattamenti socio sanitari avvenuti per condizioni di tossicodipendenza o comunque legati all'uso/abuso di dette sostanze;
- riscontro diretto di segni/sintomi fisici o psichici clinici di assunzione abituale di sostanze stupefacenti e/o psicotrope, di intossicazione in atto;
- riscontro di cataboliti specifici nei liquidi biologici e nei tessuti.

Il personale militare sospetto assuntore di sostanze stupefacenti e/o psicotrope è stato sottoposto ad accurati controlli di laboratorio, attraverso metodiche e protocolli atti a garantire le previste condizioni di sicurezza sia per la salute, sia per i risultati ottenuti, sia infine per il rispetto della privacy. I medesimi controlli vengono inoltre effettuati in fase pre-affidamento di mansioni/attività a rischio e, sul personale risultato idoneo, si prosegue mediante accertamenti periodici e di follow-up. Su tutto il personale, indipendentemente dall'incarico/mansione, vengono altresì effettuati accertamenti a campione, in percentuali variabili dal 3 al 5% della forza effettiva.

Nel 2017 nel complesso delle FFAA/CC sono stati effettuati 248.868 *drug test* coinvolgendo 41.708 militari; tra questi sono risultati positivi 79 soggetti, pari allo 0,2% dei testati (Tab. 4.2.1). Rispetto all'anno precedente, i dati pervenuti nel complesso delle FFAA/CC indicano una riduzione sia nel numero dei test effettuati (2016: 304.314 test) sia nel numero dei militari sottoposti a screening (2016: 49.934 militari) cui si contrappone un aumento dei positivi in termini sia assoluti (2016: 67 soggetti positivi) sia percentuali (2016: 0,13%).

Tab. 4.2.1 - Numero di *drug test* effettuati, di militari sottoposti a screening, di soggetti risultati positivi e percentuale di positività per FA/CC e categoria di personale

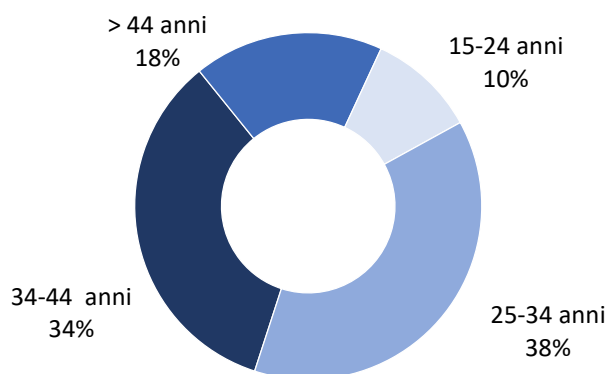
FFAA/CC	Categoria di personale		Test di screening effettuati	Soggetti sottoposti a test	Soggetti risultati positivi	% di positività
Esercito	Militari in Servizio Permanente Effettivo	Ufficiali	7.861	1.123	1	0,09
		Sottoufficiali	20.629	2.947	4	0,14
		Truppa	94.822	13.546	37	0,27
	Militari Ferma Volontaria		20.566	2.938	6	0,20
	Totale		143.878	20.554	48	0,24
Marina Militare	Militari in Servizio Permanente Effettivo	Ufficiali	4.819	495	0	0,00
		Sottoufficiali	18.463	1.751	4	0,23
		Truppa	15.724	1.495	5	0,33
	Militari Ferma Volontaria		5.271	538	0	0,00
	Totale		44.277	4.279	9	0,21
Aeronautica Militare	Militari in Servizio Permanente Effettivo	Ufficiali	11.606	3.772	3	0,08
		Sottoufficiali	32.140	7.727	5	0,06
		Truppa	11.498	4.068	1	0,02
	Militari Ferma Volontaria		2.700	793	0	0,00
	Totale		57.944	16.360	9	0,06
Carabinieri	Militari in Servizio Permanente Effettivo	Ufficiali	196	33	0	0,00
		Sottoufficiali	780	151	1	0,66
		Truppa	1.793	331	12	3,63
	Militari Ferma Volontaria		-	-	-	-
	Totale		2.769	515	13	2,52
Totale	Militari in Servizio Permanente Effettivo	Ufficiali	24.482	5.423	4	0,07
		Sottoufficiali	72.012	12.576	14	0,11
		Truppa	123.837	19.440	55	0,28
	Militari Ferma Volontaria		28.537	4.269	6	0,14
	Totale		248.868	41.708	79	0,19

Fonte: Ministero della Difesa - Anno 2017

I dati evidenziano che, proporzionalmente alla popolazione di ogni FA, il maggiore numero di controlli viene effettuato nell'ambito dell'Aeronautica Militare. Tale dato è influenzato significativamente dal fatto che i dati includono i test effettuati presso gli Istituti di Medicina Aerospaziale su tutto il personale aeronavigante e su quello addetto a supporto dell'attività di volo, personale che comprende anche quello delle altre FA/CC. Inoltre, per quanto riguarda l'Arma dei Carabinieri, i dati non sono comprensivi del numero di "aspiranti" Carabinieri sottoposti a *drug test* in fase concorsuale, corrispondenti a 8.396 soggetti, dei quali nessuno è risultato positivo.

Tra il personale militare risultato positivo ai *drug test* effettuati (per il 70% appartenente alla categoria “truppa” in servizi permanente effettivo), il 38% è rappresentato da soggetti di età compresa tra i 25 e i 34 anni e il 34% tra i 35 e i 44 anni (Fig. 4.2.1).

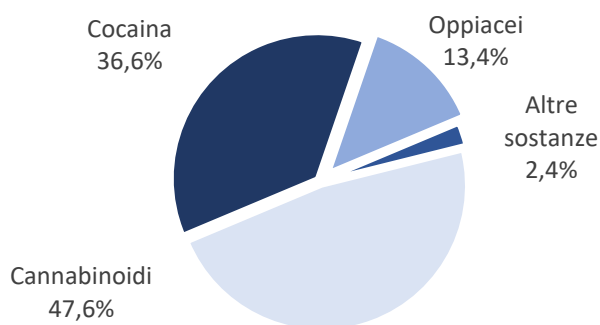
Fig. 4.2.1 - Distribuzione percentuale per classe di età dei militari risultati positivi ai *drug test*



Fonte: Ministero della Difesa - Anno 2017

Sono i cannabinoidi e la cocaina le sostanze psicoattive maggiormente rilevate ai test di *screening* effettuati: rappresentando rispettivamente il 47,6% e 36,6%; seguono gli oppiacei con il 13,4% (Fig. 4.2.2).

Fig. 4.2.2 - Distribuzione percentuale delle sostanze rilevate ai *drug test*



Fonte: Ministero della Difesa - Anno 2017

I dati riferiti al 2017 evidenziano una sostanziale stabilità dell'incidenza di positività nel personale delle Forze Armate e dell'Arma dei Carabinieri. Tutte le FFAA/CC, da sempre sensibili alla problematica per le ovvie ricadute in termini di operatività e di efficienza del personale, risultano attuare adeguate procedure di prevenzione primaria, sottoponendo il proprio personale a controlli periodici. Ciò comporta una notevole sensibilizzazione di tutto il personale, inclusi gli effetti dissuasivi già verso il semplice contatto occasionale con le sostanze stupefacenti (per una descrizione più dettagliata, si veda Parte V - 10.2).

Capitolo 5

CONSUMO AD ALTO RISCHIO

5.1 Danno associato al consumo delle sostanze psicoattive nella popolazione studentesca

Fonte dei dati: Consiglio Nazionale delle Ricerche - Istituto di Fisiologia Clinica - Sezione di epidemiologia e ricerca sui servizi sanitari

Gli indici di “frequenza globale del consumo delle sostanze psicoattive” (Frequency of Use Score - FUS) e di “misura del danno globale” (Poly-Drug Score - PDS) permettono di misurare gli effetti dannosi causati dall'uso di droghe. Questi indicatori consentono di stimare i profili di rischio per gruppi selezionati di individui permettendo di effettuare confronti, sia nel tempo che tra gruppi diversi.

Nel 2010 è stato definito a livello internazionale un sistema di attribuzione di punteggi di danno per ciascuna sostanza, dei “pesi”, valutando gli elementi relativi alla tossicità acuta, a quella cronica, alla dipendenza e al danno sociale. Tali punteggi permettevano di misurare il danno comportato dall'uso, non considerando però l'eventuale utilizzo di più sostanze. A partire dai punteggi di danno è stata impostata una metodologia per stimare gli effetti e le conseguenze globali negative che l'uso di più sostanze diverse ha sulla salute: questi possono essere quantificati attraverso gli indici FUS e PDS, che definiscono, rispettivamente, la frequenza globale del consumo delle sostanze e la misura del danno globale che l'assunzione di queste provoca. 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 rispettivi punteggi di danno⁴.

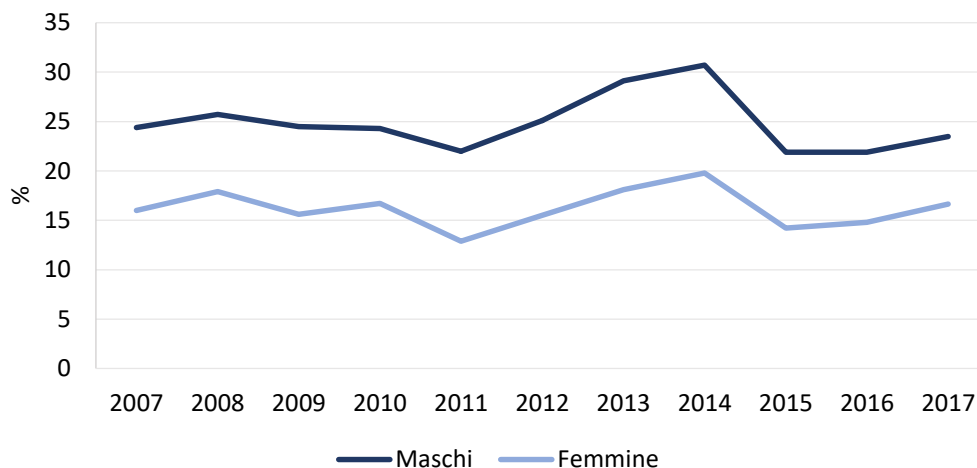
Gli indici FUS e PDS permettono quindi di capire con che modalità, più o meno dannose, sono state consumate le sostanze psicoattive e sono stati calcolati sulla popolazione studentesca di 15-19 anni che ha utilizzato almeno una sostanza psicoattiva nei 30 giorni antecedenti lo svolgimento dello studio condotto negli anni dal 2007 al 2017 (dati ESPAD®Italia). Le sostanze considerate sono state: cannabis, eroina, cocaina, stimolanti, allucinogeni, psicofarmaci senza prescrizione medica e anabolizzanti.

Questi indici, mostrati insieme alla proporzione di utilizzatori, consentono di avere un quadro più completo dell'uso di sostanze psicoattive, aggiungendo all'informazione quantitativa fornita dalla prevalenza, quella sugli effetti dannosi che derivano dall'uso.

⁴ Per una descrizione più dettagliata si rimanda a Mammone et al. 2014 e Jan van Amsterdam et al. 2015: European rating of drug harms. *J Psychopharmacol*.

Nell'ultimo decennio la prevalenza d'uso nei 30 giorni antecedenti lo studio di almeno una delle sostanze considerate per questa analisi ha avuto un andamento altalenante, ma negli ultimi anni la tendenza è all'aumento, sia per i maschi che per le femmine. Tra le femmine si registrano prevalenze d'uso più basse dei maschi.

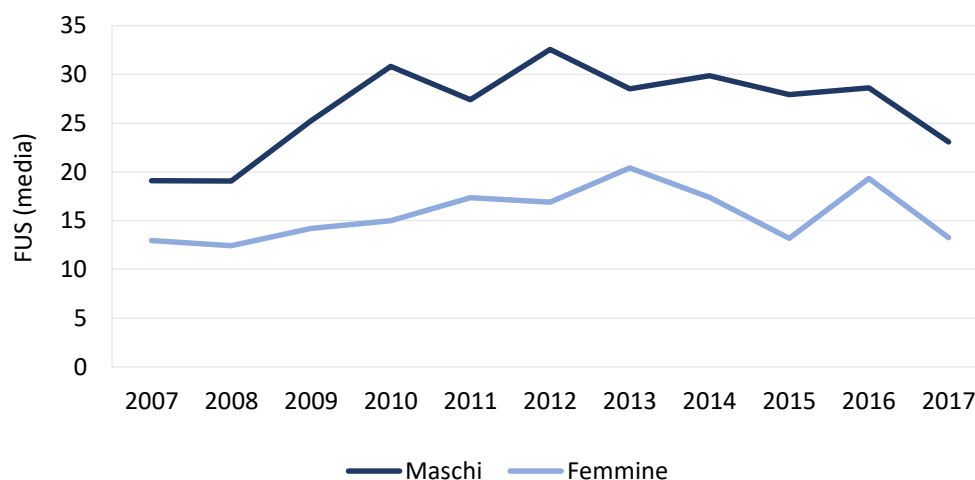
Fig. 5.1.1 - Andamento temporale della prevalenza del consumo negli ultimi 30 giorni di sostanze psicoattive nella popolazione studentesca



Fonte: IFC-CNR - Anni 2007-2017

Esaminando l'andamento della media dell'indice di frequenza globale FUS e confrontandolo con l'andamento della prevalenza, si può osservare che mediamente la frequenza globale d'uso delle sostanze è andata aumentando, in particolar modo dal 2007. Il trend negli anni successivi è stato variabile. È aumentata la quota di utilizzatori e questi hanno consumato con frequenze tendenzialmente stabili. Tra i maschi si sono rilevate frequenze d'uso globali mediamente più alte di quelle delle femmine.

Fig. 5.1.2 - Andamento temporale della media dell'indice FUS nella popolazione studentesca

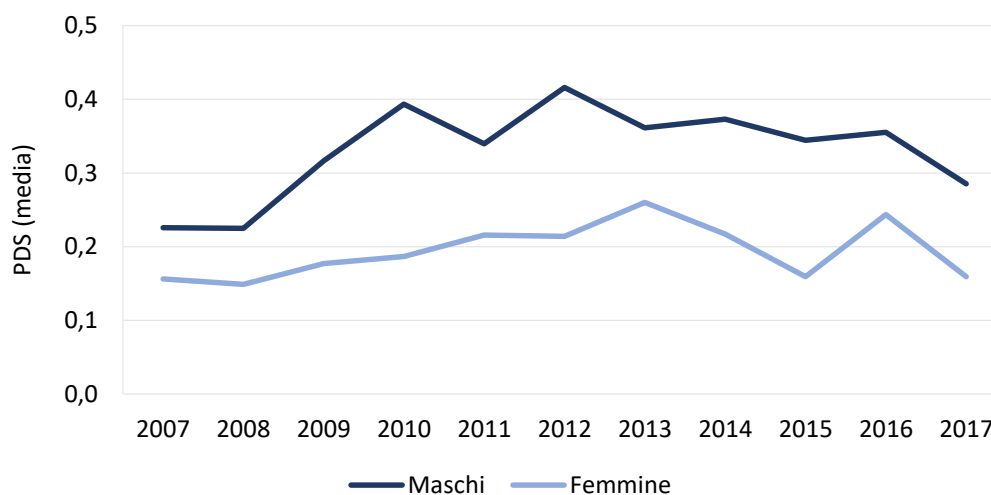


Fonte: IFC-CNR - Anni 2007-2017

Anche l'indice PDS che quantifica gli effetti dannosi derivanti dall'uso di sostanze mostra un andamento simile all'indice di frequenza. L'andamento della sua media calcolata nella popolazione studentesca è stato crescente nell'ultimo decennio, in particolar modo dal 2007, per poi assumere anch'esso un andamento altalenante e tendenzialmente stabile.

Tra i maschi si registrano valori del PDS maggiori rispetto alle femmine, ad indicare tra questi un maggior danno.

Fig. 5.1.3 - Andamento temporale della media dell'indice PDS nella popolazione studentesca



Fonte: IFC-CNR - Anni 2007-2017

5.2 Consumo problematico di cannabis

Fonte dei dati: Consiglio Nazionale delle Ricerche - Istituto di Fisiologia Clinica - Sezione di epidemiologia e ricerca sui servizi sanitari

Nel contesto degli studi IPSAD® ed ESPAD®Italia è stato possibile stimare il consumo problematico di cannabis attraverso lo specifico test di screening CAST - *Cannabis Abuse Screening Test*. Tale strumento standardizzato, che segue le indicazioni fornite dall'European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA), consente di rilevare i profili di rischio sulla base di 6 domande che descrivono il comportamento d'uso (Fig. 5.2.1).

Si definiscono consumatori problematici quei soggetti che, per le quantità e le modalità di utilizzo della sostanza, potrebbero necessitare di un sostegno clinico per gestire gli effetti del consumo. È importante sottolineare che il test non rappresenta l'equivalente di una diagnosi clinica di dipendenza; esso tuttavia permette di identificare quella quota di utilizzatori che potrebbero in futuro necessitare di assistenza socio-sanitaria.

Fig. 5.2.1 - Test di screening CAST - *Cannabis Abuse Screening Test*⁵

Ti sono capitate le seguenti situazioni negli ULTIMI 12 MESI?

(Segna una sola casella per ogni riga)

	Mai	Di rado	Di tanto in tanto	Piuttosto spesso	Molto spesso
a) Hai fumato cannabis prima di mezzogiorno?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Hai fumato cannabis da solo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Hai avuto problemi di memoria dopo aver fumato cannabis?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Gli amici o i tuoi familiari ti hanno detto che dovresti ridurre il tuo uso di cannabis?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Hai provato a ridurre o a smettere di consumare cannabis senza riuscirci?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) Hai avuto problemi a causa del tuo uso di cannabis (discussioni, risse, incidenti, brutti voti a scuola)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

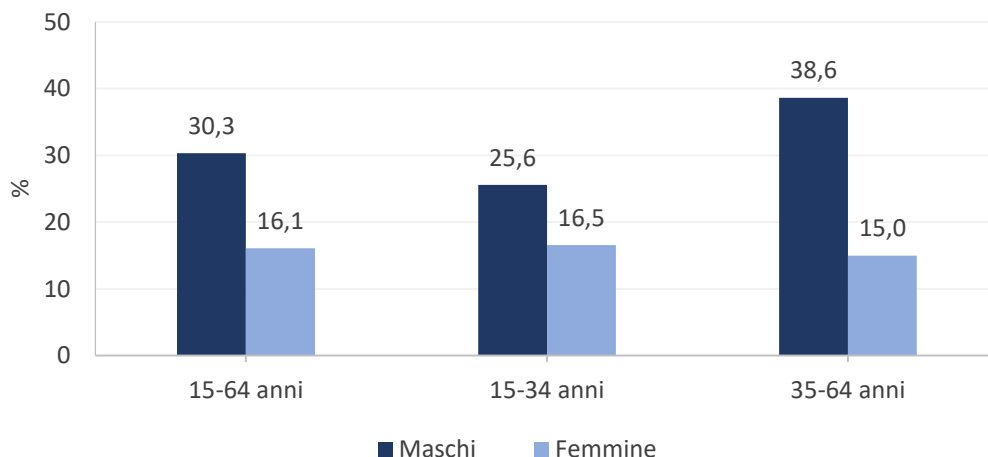
Fonte: IFC-CNR

⁵ Bastiani L, Siciliano V, Curzio O, Luppi C, Gori M, Grassi M, Molinaro S. Optimal scaling of the CAST and of SDS Scale in a national sample of adolescents. *Addict Behav.* 2013 Apr;38(4):2060-7.

Uso problematico nella popolazione generale

Nello studio IPSAD® il test di screening ha evidenziato che nella popolazione generale circa 1 milione di persone, ovvero il 24,9% dei 15-64enni che hanno assunto cannabis durante l'anno, presenta una forma di consumo definibile come "problematico". Percentuali superiori si osservano per il genere maschile rispetto alle coetanee (M = 30,3%; F = 16,1%) e per la classe di età fra i 35 e i 64 anni, dove sono il 30,8% i soggetti con un profilo di consumo "problematico" rispetto al 21,9% dei 15-34enni (Fig. 5.2.2).

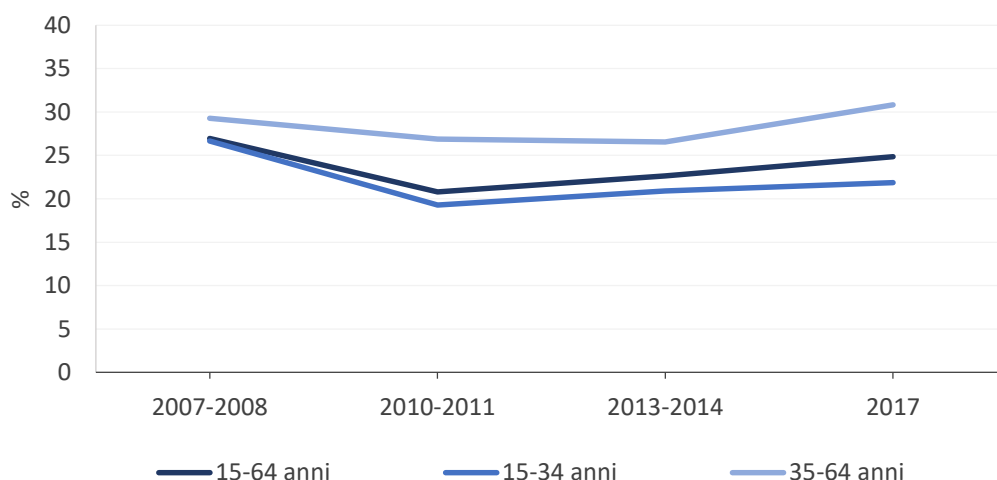
Fig. 5.2.2 - Consumo problematico di cannabis tra gli utilizzatori per genere ed età



Fonte: IFC-CNR - Anni 2017

L'analisi del trend permette di osservare come a seguito di una iniziale diminuzione della quota dei consumatori con profilo problematico di cannabis fra il 2007 e il 2011, nelle ultime due rilevazioni il dato torna a salire, con un aumento che riguarda soprattutto la popolazione più adulta (15-34 anni = 21,9%; 35-64 anni = 30,8%) (Fig. 5.2.3).

Fig. 5.2.3 - Trend del consumo problematico di cannabis tra gli utilizzatori per età nella popolazione generale



Fonte: IFC-CNR - Anni 2007-2017

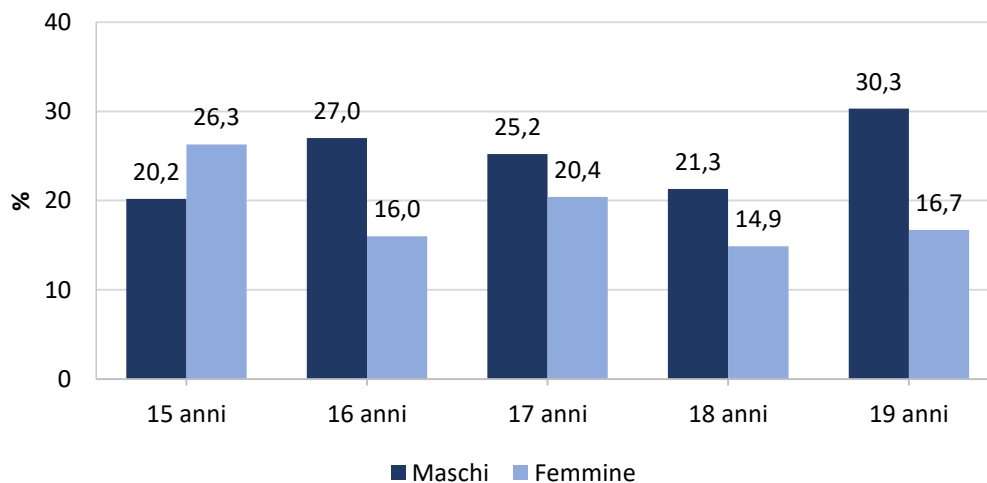
La quasi totalità dei consumatori con comportamento d’uso problematico ritiene che procurarsi cannabis sia estremamente facile (83,7%). La maggioranza riferisce di poterla facilmente reperire a casa di amici (67,0%) e per strada o negli spazi aperti come parchi, giardini ecc. (61,2%). Il 43,7% riporta di procurarsela facilmente da uno spacciatore e per il 6,6% dei “problematici” è possibile procurarsi cannabis anche attraverso l’acquisto *online*⁶.

Gli utilizzatori di cannabis con un profilo d’uso problematico mostrano caratteristiche distintive rispetto a quelli con un profilo non problematico. Il 36,9% dei problematici riferisce un consumo frequente della sostanza (20 o più volte nell’ultimo mese) rispetto al 2,7% degli utilizzatori con profilo d’uso non problematico. Il 15,2% dei problematici riporta inoltre di aver speso più di 100 euro nell’ultimo mese per l’acquisto della sostanza e il 25,5% si caratterizza come utilizzatore di due o più sostanze psicoattive illegali nel corso dell’anno contro, rispettivamente, l’1,1% e il 6,7% dei “non problematici”. Il 24,3% dei consumatori problematici è anche un forte fumatore (11 o più sigarette al giorno) e il 71,1% ha avuto almeno un episodio di *binge drinking* nell’ultimo anno (sei o più bevute alcoliche in un’unica occasione).

Consumo problematico nella popolazione studentesca

Dall’analisi del profilo d’uso nella popolazione studentesca (ESPAD®Italia) si osserva che nel 2017, sul totale degli studenti che hanno assunto cannabis durante l’anno, circa 150.000 studenti (22,6%) sono caratterizzati da un consumo definibile “problematico”. Fra i ragazzi si osserva una percentuale più alta di soggetti con profilo di consumo problematico rispetto alle coetanee (M = 25,7%; F = 17,7%). Se tra i ragazzi la quota di consumo problematico tende ad aumentare al crescere dell’età, tra le ragazze si osserva invece un andamento meno lineare, con percentuali più alte tra le 15enni (M = 20,2%; F = 26,3%) e più basse tra le 18enni (M = 21,3%; F = 14,9%) (Fig. 5.2.4).

Fig. 5.2.4 - Consumo problematico di cannabis tra gli studenti utilizzatori, distribuzione per genere ed età

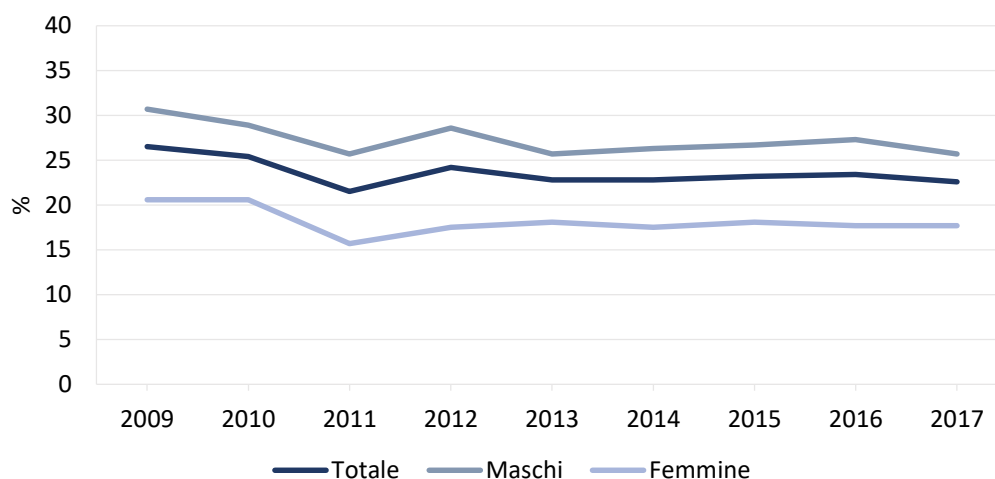


Fonte: IFC-CNR - Anno 2017

⁶ La somma delle percentuali può superare il 100% in quanto riferite a una domanda con opzioni di risposta multipla.

Dall'analisi del trend si osserva una diminuzione del consumo problematico tra il 2009 e il 2011 (dal 26,8% al 21,5%) tra gli studenti che hanno assunto cannabis negli ultimi 12 mesi; il dato torna a salire nella rilevazione ESPAD®Italia 2012 (24,2%) per poi stabilizzarsi attorno al 23% negli anni successivi. La lieve diminuzione registrata nel 2017 sembra insistere soprattutto a carico del genere maschile (Fig. 5.2.5).

Fig. 5.2.5 - Trend del consumo problematico di cannabis per genere tra gli studenti consumatori



Fonte: IFC-CNR - Anni 2009-2017

La quasi totalità degli studenti con profilo d'uso problematico, ritiene che procurarsi cannabis sia estremamente facile (90,8%). Il 75,8% riferisce di reperirla facilmente per strada e il 49,6% presso uno spacciatore. Per l'8,6% degli studenti problematici è possibile procurarsi facilmente cannabis su Internet⁷.

Gli studenti con un profilo problematico di consumo della cannabis si caratterizzano per aver intrapreso anche altri comportamenti a rischio: il 41% di questi ragazzi riferisce un consumo frequente della sostanza (20 o più volte nell'ultimo mese) rispetto al 5,1% tra gli studenti consumatori con un profilo d'uso non problematico. Circa il 20% dei consumatori problematici dichiara di aver speso più di 90 euro nell'ultimo mese per l'acquisto della sostanza, contro l'1,6% dei "non problematici". Inoltre il 26% si configura come poliutilizzatore di sostanze psicoattive illegali (avendo assunto due o più tipi di sostanze negli ultimi 12 mesi), il 26,6% è anche un forte fumatore (11 o più sigarette al giorno), il 13,4% beve alcolici tutti i giorni o quasi e il 5% ha utilizzato frequentemente psicofarmaci senza prescrizione medica nell'ultimo mese (10 o più volte). Fumare abitualmente cannabis insieme agli amici è un'abitudine che riguarda la maggior parte dei consumatori problematici (74,5%) e, tra questi, circa la metà lo fa tutti i giorni o quasi.

⁷ La somma delle percentuali può superare il 100% in quanto riferite a una domanda con opzioni di risposta multipla.

5.3 Consumo di sostanze ad alto rischio

Fonte dei dati: Responsabile dell'indicatore HRDU

L'uso di sostanze ad alto rischio *High Risk Drug Use* - HRDU è definito come l'uso intenso di sostanze psicoattive che causa danni alla persona stessa e agli altri, inclusa la dipendenza, problemi penali, psicologici e/o sociali. Con il termine HRDU si intende infatti il gruppo di soggetti consumatori "gravi" per rischio di problemi di salute o per comportamento a rischio sia di tipo sociale che criminale. È un indice statistico che stima la prevalenza di quella parte dei consumatori che, in relazione all'uso di sostanze stupefacenti, necessiterebbe di un intervento assistenziale socio-sanitario o di interventi di prevenzione indicata e secondaria.

La difficoltà fondamentale nella valutazione dell'indicatore HRDU risiede nella necessità di definire e stimare le varie popolazioni di utilizzatori di droghe ad alto rischio, che sono popolazioni "nascoste". Si rende, quindi, necessario l'utilizzo di modelli statistico - probabilistici in grado di stimare una popolazione nascosta sulla base delle informazioni indirette, ma correlate al fenomeno.

In Italia, fino al 2014, sono stati effettuati studi locali mirati alla conoscenza diretta di tali popolazioni, come le interviste a soggetti in assistenza pubblica o privata e nei servizi a bassa soglia, che hanno permesso di stimare la prevalenza di uso ad alto rischio con metodi di cattura-ricattura fino al 2015. Successivamente, sono stati utilizzati dati amministrativi per ottenere delle stime *proxy* e valutazioni qualitative delle reali popolazioni obiettivo.

Per il 2017, al fine di produrre stime *proxy* di HRDU per le sostanze stupefacenti eroina, cannabis e cocaina, sono stati utilizzati i dati provenienti dagli archivi del Ministero dell'Interno riguardanti i soggetti segnalati alle prefetture ai sensi dell'art. 75 del DPR n. 309/1990 per detenzione di sostanze stupefacenti ad uso personale. Poiché la popolazione dei segnalati non identifica una popolazione HRDU ma una popolazione "vicina", la stima che si può ottenere della popolazione a rischio di segnalazione può solo essere considerata una *proxy* della popolazione HRDU. La stima di un singolo anno non è quindi sufficientemente informativa, ma se per alcuni anni si può stimare sia la prevalenza di HRDU che la popolazione a rischio di segnalazione per art. 75 del DPR n. 309/1990, si può valutare il rapporto tra le prevalenze delle due popolazioni stimate e, successivamente, utilizzare la stima della popolazione a rischio di segnalazione per art. 75 del DPR n. 309/1990 per determinare la stima di HRDU per calibrazione, con l'ipotesi che il coefficiente di calibrazione sia stabile per alcuni anni.

Nella Tab. 5.3.1 sono riportate le stime della popolazione a rischio di segnalazione per art. 75 del DPR n. 309/1990 e della popolazione HRDU ottenuta per calibrazione, poiché nel 2015 erano state ottenute entrambe le stime da cui si è potuto determinare il coefficiente di calibrazione.

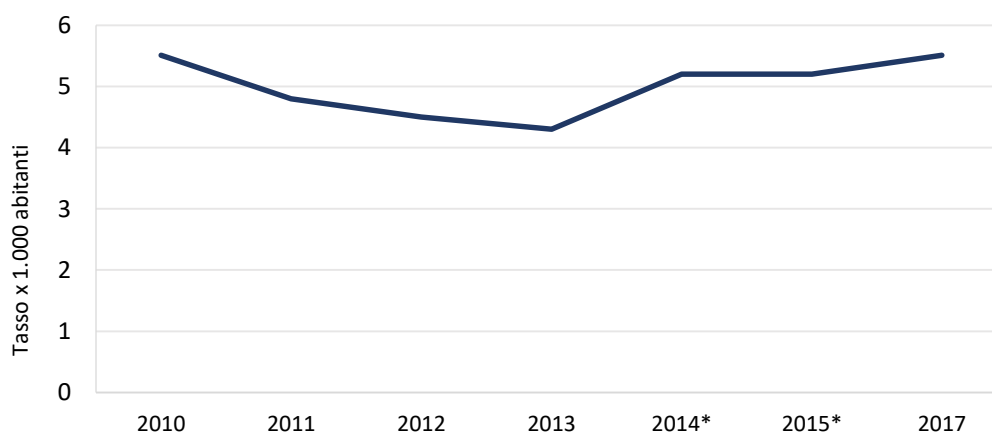
Tab. 5.3.1 - Stime di prevalenza di uso ad alto rischio per calibrazione

Sostanza primaria	Stima 2017 popolazione a rischio di segnalazione per art. 75	Coefficiente di calibrazione 2014	Stima HRDU (2017)	Tasso x 1.000 residenti 15-64 anni	differenza % della prevalenza dal 2014 al 2017
Cannabis	235.370	5,93	1.395.199	35,89	+74%
Cocaina	167.000	0,59	98.500	2,53	+9,44%
Oppiacei	196.300	1,08	214.042	5,51	+4,45%

Fonte: Responsabile dell'indicatore HRDU - Anno 2017

Per quanto riguarda la cannabis, per il 2017 sono stati stimati circa 1.400.000 utilizzatori ad alto rischio, pari a circa 36 soggetti ogni mille residenti tra i 15 e i 64 anni. Per la cocaina, il tasso di utilizzatori ad alto rischio passa a quasi 3 soggetti ogni mille residenti, con una prevalenza di 98.500 utilizzatori, mentre per gli oppiacei sono stati stimati circa 214.000 utilizzatori ad alto rischio corrispondenti a quasi 6 soggetti ogni mille residenti di età compresa tra i 15 e i 64 anni. Per questi ultimi, essendo state effettuate costantemente le stime nel tempo ad eccezione dell'anno 2016, è riportato il trend in Fig. 5.3.1.

Fig. 5.3.1 - Andamento temporale della stima di utilizzatori di oppiacei ad alto rischio



* Per gli anni 2014 e 2015 le stime sono riferite solo agli utilizzatori di eroina

Fonte: Responsabile dell'indicatore HRD - Anno 2017

Tra il 2010 e il 2013 il tasso di utilizzatori di oppiacei ad alto rischio è diminuito da quasi 6 utilizzatori ogni mille residenti di età compresa tra i 15 e i 64 anni a più di 4 ogni mille; successivamente, la quota è aumentata fino al 2017.

PARTE III

OFFERTA E DOMANDA DI TRATTAMENTO

Elementi chiave

Organizzazione dei servizi

I servizi pubblici per le dipendenze (SerD) sono 570, dislocati in 611 sedi ambulatoriali. Gli operatori dedicati sono 7.186: per ciascun operatore risultano in carico circa 18 utenti, con una forte variabilità interregionale.

Le strutture socio-riabilitative private accreditate presenti sul territorio nazionale sono 922, il 70,4% sono residenziali, il 16,3% semi-residenziali, il 13,3% ambulatoriali. Il 58% delle strutture è dislocato nelle regioni settentrionali.

Oltre ai tradizionali servizi ambulatoriali e alle comunità terapeutiche per le tossicodipendenze, distribuiti in modo capillare sul territorio nazionale, alcune Regioni hanno implementato specifici servizi trattamentali, pubblici e del privato-sociale accreditato, di primo livello, come centri a bassa soglia, *drop-in* e/o unità mobili, che favoriscono sia il contatto precoce con giovani consumatori sia l'aggancio con i soggetti tossicodipendenti che sfuggono ai servizi tradizionali.

Domanda di trattamento

Nel 2017 gli utenti in carico ai SerD sono stati 129.945, il 16% dei quali risulta trattato per la prima volta. L'età media dell'utenza trattata è 39 anni, mostrando un progressivo invecchiamento: il 53% dell'utenza in carico nell'anno ha 40 anni o più (8,5% del 1997). Il 63% è in carico per uso primario di eroina e il 21% di cocaina, mostrando rispettivamente un evidente calo e un aumento rispetto agli anni passati.

I soggetti in trattamento presso le strutture socio-riabilitative private accreditate nel 2017 sono state 15.412, circa 500 in più rispetto al 2016. Trentino Alto Adige, Emilia Romagna, Marche, Umbria e Lazio mostrano tassi più elevati di soggetti in trattamento (3 per 10.000 abitanti).

I soggetti tossicodipendenti presenti in carcere al 31 dicembre 2017 erano 14.706, pari al 25,5% dell'intera popolazione carceraria, senza sostanziali variazioni rispetto agli anni precedenti. In Liguria, Emilia Romagna, Veneto e Lombardia si registrano le quote più elevate di detenuti tossicodipendenti.

L'efficacia delle misure alternative, misurata nella percentuale di revoche, è molto alta, le revoche sono infatti pari al 10,2% degli affidamenti. I soggetti tossicodipendenti condannati che hanno usufruito di una misura alternativa sono stati 3.146 e coloro che hanno usufruito di una sanzione sostitutiva del lavoro di pubblica utilità sono stati 447.

Capitolo 6

ORGANIZZAZIONE DEI SERVIZI

6.1 Servizi pubblici per le Dipendenze

Fonte dei dati: Ministero della Salute - Direzione generale della digitalizzazione, del sistema informativo sanitario e della statistica; Direzione generale della prevenzione sanitari.

Commissione Salute della Conferenza delle Regioni e delle Province Autonome - sottogruppo Dipendenze

Nel 2017 dalla rilevazione del sistema informativo nazionale per le dipendenze (SIND) risultano presenti sul territorio nazionale 570 Servizi per le Dipendenze (SerD), dislocati in 611 sedi ambulatoriali (pari al 95,9% delle sedi esistenti) attivate per rendere il servizio più accessibile. Una delle peculiarità dei SerD è la composizione multiprofessionale delle equipe. Questo elemento è di fondamentale importanza per affrontare il trattamento delle dipendenze, contraddistinto da estrema complessità e mutevolezza.

Dai dati SIND riferiti all'anno 2016 (ultimo dato disponibile), gli operatori dedicati in parte o esclusivamente alla cura delle dipendenze connesse alle sostanze illegali sono stati 7.186, corrispondenti a 11,9 operatori ogni 100.000 residenti, mostrando una ampia variabilità interregionale (Tab. 6.1.1). Il 52% delle figure professionali operanti nei SerD è di tipo sanitario (medici e infermieri professionali), mentre il restante 48% è composto da figure professionali, quali psicologi, assistenti sociali, educatori professionali.

Tab. 6.1.1 - Numero di SerD, di sedi ambulatoriali, percentuale dei rispondenti e numero operatori

Regione/PA	N. SerD	N. Sedi ambulatoriali rispondenti	Operatori (Anno 2016)			
			Totale	N. per sede	N. utenti/operatore	Tasso per 100.000 residenti
Abruzzo	11	11	127	11,5	34,4	9,6
Basilicata	6	6	90	15,0	12,9	15,8
Calabria	16	16	209	13,1	6,3	10,6
Campania	43	43	456	10,6	25,7	7,8
Emilia Romagna	42	47	732	15,6	13,0	16,5
Friuli Venezia Giulia	6	12	288	24,0	8,1	23,6
Lazio	40	40	537	13,4	25,3	9,1
Liguria	16	16	285	17,8	15,2	18,2
Lombardia	82	87	1.010	11,6	20,9	10,1
Marche	14	14	239	17,1	24,5	15,5
Molise	0	1	28	28,0	18,3	9,0
PA Bolzano	4	4	74	18,5	17,6	14,1
PA Trento	1	3	---	---	---	---
Piemonte	74	94	566	6,0	22,3	12,9
Puglia	55	55	496	9,0	17,5	12,2
Sardegna	21	21	320	15,2	5,8	19,4
Sicilia	51	51	492	9,6	11,1	9,7
Toscana	39	39	494	12,7	25,2	13,2
Umbria	11	11	1.27	11,5	23,8	14,3
Valle d'Aosta	1	3	30	10,0	9,2	23,6
Veneto	37	37	586	15,8	13,1	11,9
Italia	570	611	7.186	11,8	18,1	11,9

Fonte: SIND -Anno 2017

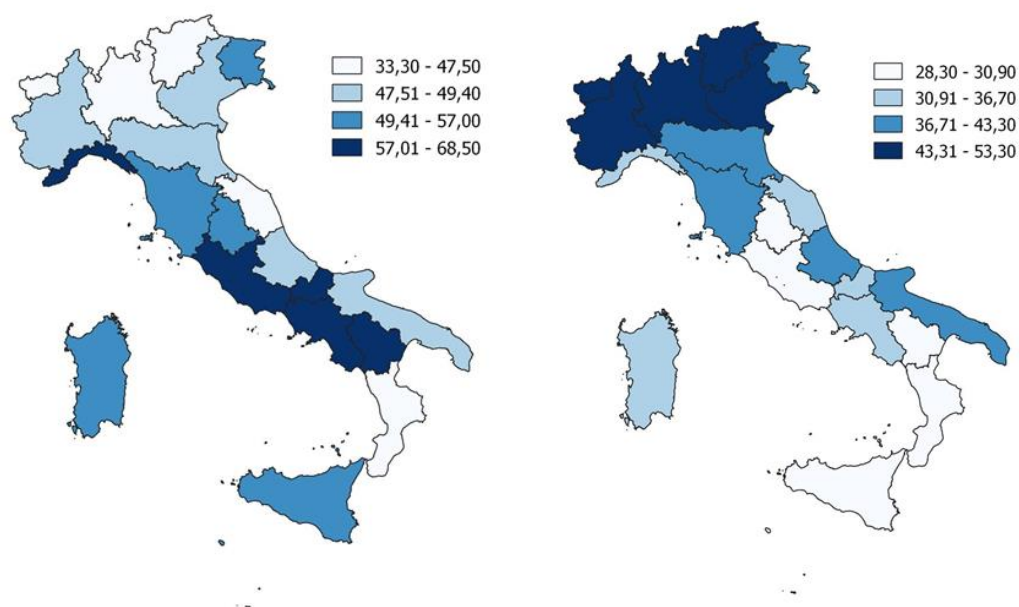
Si osservano importanti differenze tra regioni: la quota degli operatori sanitari (medici e infermieri) risulta compresa tra 33% e 69%, rilevata rispettivamente nelle regioni Valle d'Aosta e Lazio (Fig. 6.1.1).

La variabilità interregionale si evidenzia anche considerando il rapporto tra il numero di utenti in carico e il numero complessivo di operatori: se a livello nazionale si rilevano circa 18 utenti ogni operatore, a livello regionale tale valore risulta compreso tra un minimo di 5,8 e un massimo di 34,4 (Tab. 6.1.1 a).

Fig. 6.1.1 - Figure professionali sul totale degli operatori del SerD

a) % operatori sanitari sul totale

b) % operatori psicosociali sul totale



Fonte: SIND - Anno 2016

6.2 Servizi del privato sociale accreditato

Fonte dei dati: Ministero dell'Interno - Centro Studi, Ricerca e Documentazione del Dipartimento per le Politiche del personale

Ogni anno in Italia il Ministero dell'Interno effettua due rilevazioni puntuali sulle strutture socio-riabilitative del privato sociale accreditato. La prima è effettuata il 30 giugno e la seconda il 31 dicembre. Le strutture socio-riabilitative sono classificate secondo tre tipologie di offerta: strutture residenziali (con ospitalità e attività permanenti e continuative per 365 giorni e 24 ore al giorno), strutture semi-residenziali (ovvero con ospitalità e attività per un minimo di 40 ore settimanali, e strutture ambulatoriali (nelle quali l'ospitalità e le attività sono inferiori alle 40 ore settimanali). Alla data del 31/12/2017 in Italia risultano esistenti 922 strutture socio-riabilitative private accreditate.

Tab. 6.2.1 - Numero di servizi socio-riabilitative per le dipendenze rilevate e numero di soggetti presenti al 31/12/2017

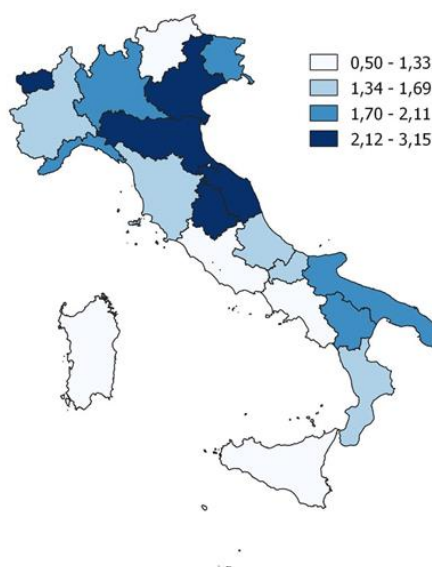
Regioni	Residenziali		Semi Residenziali		Ambulatoriali	
	Sedi	Soggetti	Sedi	Soggetti	Sedi	Soggetti
Abruzzo	11	123	2	16	5	35
Basilicata	5	94	2	9	3	17
Calabria	19	341	6	16	1	1
Campania	17	404	5	34	9	81
Emilia Romagna	86	2.290	16	97	6	191
Friuli Venezia Giulia	5	36	1	1	12	15
Lazio	21	436	7	140	3	2.455
Liguria	24	314	5	22	3	4
Lombardia	133	2.428	13	147	10	120
Marche	28	466	14	92	6	116
Molise	5	50	0	0	0	0
Piemonte	59	793	5	73	5	91
Puglia	31	340	4	47	16	287
Sardegna	14	357	0	0	5	77
Sicilia	14	330	5	55	3	13
Toscana	39	644	9	87	4	82
Trentino Alto Adige	5	64	1	265	0	0
Umbria	19	438	5	43	1	8
Valle d'Aosta	3	20	1	19	0	0
Veneto	70	1.020	30	189	11	26
Totale	608	10.988	131	1352	103	3.619

Fonte: Ministero dell'Interno - Anno 2017

A livello territoriale il 58% delle strutture socio-riabilitative private accreditate presenti in Italia è dislocato nelle regioni del Nord. Il 19% del totale delle strutture si trova nelle regioni centrali e il restante 23% nelle regioni del Sud e nelle Isole.

Questo dato corrisponde in media a 1,5 strutture ogni 100.000 residenti. Il 70% delle strutture socio-riabilitative private accreditate presenti sul territorio nazionale è di tipo residenziale. Le strutture semi-residenziali invece rappresentano il 16% del totale, mentre il restante 13% è costituito da strutture ambulatoriali (Fig. 6.2.1).

Fig. 6.2.1 - Tasso per 100.000 abitanti delle strutture socio-riabilitative



Fonte: Ministero dell'Interno - Anno 2017

La distribuzione regionale del numero di strutture esistenti per 100.000 residenti mostra che le regioni a più alta frequenza di strutture si colloca nell'area centro settentrionale del Paese, mentre il Sud e le Isole hanno in media meno strutture per residente. In particolare Valle d'Aosta, Veneto, Emilia Romagna, Marche e Umbria hanno più di due strutture per 100.000 residenti, mentre Trentino Alto Adige, Lazio, Campania e Sicilia, hanno meno di una struttura per 100.000 residenti.

6.3 Offerta di trattamento dei Servizi pubblici e privati per le Dipendenze

Fonte dei dati: Regioni e Province Autonome

La rete dei servizi preposti alla prevenzione, diagnosi, cura, riabilitazione e reinserimento delle dipendenze si articola in:

- servizi a bassa soglia: organizzati attraverso unità mobili di strada, centri di pronta/prima accoglienza, *drop-in*, ecc., offrono interventi assistenziali specialistici di primo soccorso, socio-educativi e di *counselling* principalmente diretti a soggetti tossicodipendenti, nuovi e/o cronici, che difficilmente si rivolgono o che vengono intercettati dalle strutture specialistiche territoriali;
- servizi ambulatoriali: i servizi pubblici per le dipendenze (SerD) e/o i servizi privati multidisciplinari integrati (SMI), presenti anche all'interno degli istituti penitenziari, offrono consulenza e assistenza specialistica, medica e psicologica attraverso l'attuazione di programmi terapeutico-riabilitativi rivolti sia ai consumatori sia ai familiari;
- centri/comunità semiresidenziali: centri diurni, pubblici e/o privati, con programmi di trattamento che si integrano con quelli erogati dai servizi ambulatoriali;
- comunità terapeutiche residenziali: strutture, pubbliche e/o private, articolate in diverse tipologie sulla base del tipo di utenza trattata e dei programmi trattamentali offerti.

Il modello organizzativo dell'offerta di trattamento si articola in.

- strutture di pronta accoglienza: offrono programmi di primo livello, incentrati sull'analisi del problema, sull'avvio di un percorso di disintossicazione e sull'accompagnamento a percorsi più strutturati;
- servizi pedagogico-riabilitativi: offrono percorsi trattamentali completi di disassuefazione dalle sostanze e di superamento della dipendenza, tramite interventi con una forte componente di tipo pedagogico-educativa;
- servizi terapeutico-riabilitativi: offrono programmi di trattamento di disassuefazione dalle sostanze e di superamento della dipendenza basati su interventi di tipo anche psicologico;
- servizi specialistici per specifiche tipologie di utenza come, ad esempio, minori tossicodipendenti, nuclei familiari, soggetti con figli, utenti con comorbidità psichiatrica (psicopatologia associata al consumo di sostanze).

In questo paragrafo vengono descritte le informazioni sull'offerta di trattamento raccolte grazie ai referenti competenti per le dipendenze patologiche delle Regioni Basilicata, Calabria, Campania, Emilia Romagna, Friuli Venezia Giulia, Liguria, Lombardia, Marche, Molise, Piemonte, Sardegna, Sicilia, Toscana, Umbria, Valle d'Aosta, Veneto e delle Province Autonome (PA) di Bolzano e Trento. Le informazioni relative alle Regioni Abruzzo, Lazio e Puglia non vengono descritte in quanto i dati non sono pervenuti in tempo utile.

La presenza sul territorio di servizi pubblici a bassa soglia è stata riferita dalle Regioni Campania e Umbria (1 struttura in ciascuna) e dalla PA di Bolzano (2 strutture); a livello privato sociale, invece, risultano presenti nelle Regioni Marche e Toscana (2 e 5 strutture rispettivamente). I centri *drop-in* pubblici risultano presenti nell'ambito delle regioni Emilia Romagna e Piemonte (3 e 4 strutture rispettivamente); quelli gestiti dalle organizzazioni del privato-sociale accreditato sono state riferite dalle Regioni Campania (1), Lombardia (9), PA di Bolzano (1) e Toscana (4).

La quasi totalità dei servizi di bassa soglia presenti nelle Regioni e PA rispondenti svolge attività di *counselling* e di sostegno psicosociale; la maggior parte di quelli presenti nell'ambito delle Regioni Marche e Toscana erogano anche rispettivamente trattamenti per utenti in doppia diagnosi e trattamenti farmacologici sostitutivi (Tab. 6.3.1).

Tab. 6.3.1 - Grado di disponibilità/accesso al trattamento/attività dei servizi a bassa soglia

Regione/PA	Case management	Screening dei disturbi psichiatrici	Trattamento/counselling psicosociale	Trattamento per utenti in doppia diagnosi	Inserimento in comunità terapeutiche	Trattamenti farmacologici sostitutivi
Basilicata						
Calabria						
Campania	1	1	3	1	2	2
Emilia Romagna						1
Friuli Venezia Giulia						
Liguria						
Lombardia						
Marche	4	2	4	4	5	5
Molise						
PA Bolzano	4	7	4	7	7	7
PA Trento						
Piemonte	7		4			
Sardegna	6	6	6	6	7	
Sicilia						
Toscana	4	7	4	7	4	4
Umbria	3	5	4	5	5	6
Valle d'Aosta	5	5	5	5	5	5
Veneto						

1 = Meno del 25% di questo tipo di strutture fornisce questo servizio

2 = Tra il 25% e il 50% di questo tipo di strutture fornisce questo servizio

3 = Tra il 50% e il 75% di questo tipo di strutture fornisce questo servizio

4 = Più del 75% di questo tipo di strutture fornisce questo servizio

5 = Non fornito, nessuna necessità percepita

6 = Non fornito, nonostante il bisogno percepito

7 = Nessuna informazione disponibile

Fonte: Regioni e Province Autonome - Anno 2017

La maggior parte dei centri *drop-in* svolge attività di *counselling* e sostegno psicosociale. La quasi totalità di quelli presenti in Toscana eroga anche trattamenti farmacologici sostitutivi e favorisce l'inserimento in comunità terapeutiche (Tab. 6.3.2).

Tab. 6.3.2 - Grado di disponibilità/accesso al trattamento/attività dei centri *drop-in*

Regione/PA	Case management	Screening dei disturbi psichiatrici	Trattamento/ counselling psicosociale	Trattamento per utenti in doppia diagnosi	Inserimento in comunità terapeutiche	Trattamenti farmacologici sostitutivi
Basilicata						
Calabria						
Campania	1	1	1	7	1	1
Emilia Romagna						
Friuli Venezia Giulia						
Liguria						
Lombardia						
Marche	4	2	4	5	5	5
Molise						
PA Bolzano	4	5	4	5	5	5
PA Trento						
Piemonte	7		4			
Sardegna	6	6	6	6	7	
Sicilia						
Toscana	4	7	4	7	4	4
Umbria						
Valle d'Aosta	5	5	5	5	5	5
Veneto						

1 = Meno del 25% di questo tipo di strutture fornisce questo servizio

2 = Tra il 25% e il 50% di questo tipo di strutture fornisce questo servizio

3 = Tra il 50% e il 75% di questo tipo di strutture fornisce questo servizio

4 = Più del 75% di questo tipo di strutture fornisce questo servizio

5 = Non fornito, nessuna necessità percepita

6 = Non fornito, nonostante il bisogno percepito

7 = Nessuna informazione disponibile

Fonte: Regioni e Province Autonome - Anno 2017

Sul territorio nazionale risultano operanti 77 unità mobili, riferite dalle Regioni Campania (11, 9 delle quali pubbliche), Emilia Romagna (29 unità, tutte pubbliche), Lombardia e Toscana (17 e 7 rispettivamente, tutte gestite da organizzazioni del privato sociale accreditato), Marche (1 pubblica e 5 del privato sociale accreditato), Piemonte, Sicilia e Provincia Autonoma di Bolzano (1 pubblica per ciascuna Regione/PA), Umbria (3 pubbliche), Veneto (1 unità mobile pubblica: il dato si riferisce alla sola Azienda ULSS 3-Serenissima, della quale fa parte la Città Metropolitana di Venezia).

Le unità mobili svolgono principalmente attività di tipo assistenziale e di *counselling* psicosociale. Le unità mobili riferite dalla regione Toscana per la maggior parte si occupano anche di erogare trattamenti farmacologici sostitutivi e di inserimenti in comunità terapeutiche, mentre quella riferita dalla regione Sicilia, anche se in minima parte, si occupa di utenti con disturbi psichiatrici (Tab. 6.3.3).

Tab. 6.3.3 - Grado di disponibilità/accesso al trattamento/attività delle unità mobili

Regione/PA	Case management	Screening dei disturbi psichiatrici	Trattamento/counselling psicosociale	Trattamento per utenti in doppia diagnosi	Inserimento in comunità terapeutiche	Trattamenti farmacologici sostitutivi
Basilicata						
Calabria						
Campania	1	1	2	1	1	1
Emilia Romagna						
Friuli Venezia Giulia						
Liguria						
Lombardia			4			
Marche	4	5	4	5	5	5
Molise						
PA Bolzano						
PA Trento						
Piemonte	7		4			
Sardegna	6	6	6	6	6	
Sicilia	5	2	4	2	1	6
Toscana	4	7	4	7	4	4
Umbria	5	5	4	5	5	6
Valle d'Aosta	5	5	5	5	5	5
Veneto						

1 = Meno del 25% di questo tipo di strutture fornisce questo servizio

2 = Tra il 25% e il 50% di questo tipo di strutture fornisce questo servizio

3 = Tra il 50% e il 75% di questo tipo di strutture fornisce questo servizio

4 = Più del 75% di questo tipo di strutture fornisce questo servizio

5 = Non fornito, nessuna necessità percepita

6 = Non fornito, nonostante il bisogno percepito

7 = Nessuna informazione disponibile

Fonte: Regioni e Province Autonome - Anno 2017

La distribuzione dei servizi ambulatoriali territoriali, pubblici e del privato sociale, risulta capillare in tutto il territorio nazionale, seppur con alcune differenze a livello regionale, come ad esempio la presenza di servizi ambulatoriali privati riferita unicamente dalla PA di Bolzano e dalla Regione Lombardia. I servizi ambulatoriali presenti negli istituti penitenziari sono stati riferiti da tutte le regioni rispondenti, fatta eccezione per Calabria, Friuli Venezia Giulia, Liguria, Umbria e Valle d'Aosta (Tab. 6.3.4).

Tab. 6.3.4 - Numero assoluto dei servizi ambulatoriali e all'interno del carcere specificamente dedicati al trattamento delle tossicodipendenze

Regione/PA	Servizi ambulatoriali (SerD/SMI)		Servizi all'interno delle carceri	
	Pubbliche	Private	Pubbliche	Altro
Basilicata	6			3
Calabria				
Campania	49		8	
Emilia Romagna	43		9	
Friuli Venezia Giulia	15			
Liguria	16			
Lombardia	80	12	19	
Marche	14		6	
Molise	6		3	
PA Bolzano	4	3	1	
PA Trento	3		1	
Piemonte	79		12	
Sardegna	19		6	
Sicilia	29		12	
Toscana	39		18	
Umbria	11			
Valle d'Aosta	1			
Veneto	38		8	

Fonte: Regioni e Province Autonome - Anno 2017

La quasi totalità dei servizi ambulatoriali, anche quelli presenti all'interno delle carceri, svolge attività di *counselling*, eroga trattamenti psicosociali e specifici per utenti in doppia diagnosi, trattamenti farmacologici sostitutivi, effettua screening dei disturbi psichiatrici e valutazioni per l'inserimento in comunità terapeutiche (Tab. 6.3.5. e 6.3.6).

Tab. 6.3.5 - Grado di disponibilità/accesso al trattamento/attività dei servizi ambulatoriali (SerD, SMI ecc.)

Regione/PA	Case management	Screening dei disturbi psichiatrici	Trattamento/counselling psicosociale	Trattamento per utenti in doppia diagnosi	Inserimento in comunità terapeutiche	Trattamenti farmacologici sostitutivi
Basilicata	4	5	4	4	4	4
Calabria						
Campania	3	3	4	3	4	4
Emilia Romagna	4	4	4	4	4	4
Friuli Venezia Giulia		4	4	4	4	4
Liguria	4	4	4	4	4	4
Lombardia	4	4	4	4	4	4
Marche	4	4	4	4	4	4
Molise	4	3	4	3	4	4
PA Bolzano	4	2	3	3	4	4
PA Trento	4	4	4	4	4	4
Piemonte	7	4	4	4	4	4
Sardegna	4	4	4	4	4	
Sicilia	4	4	4	4	4	4
Toscana	4	4		4	4	4
Umbria	4	4	4	4	4	4
Valle d'Aosta	4	6	4	4	4	4
Veneto	4	7	4		4	4

1 = Meno del 25% di questo tipo di strutture fornisce questo servizio

2 = Tra il 25% e il 50% di questo tipo di strutture fornisce questo servizio

3 = Tra il 50% e il 75% di questo tipo di strutture fornisce questo servizio

4 = Più del 75% di questo tipo di strutture fornisce questo servizio

5 = Non fornito, nessuna necessità percepita

6 = Non fornito, nonostante il bisogno percepito

7 = Nessuna informazione disponibile

Fonte: Regioni e Province Autonome - Anno 2017

Tab. 6.3.6 - Grado di disponibilità/accesso al trattamento/attività dei servizi all'interno del carcere

Regione/PA	Case management	Screening dei disturbi psichiatrici	Trattamento/counselling psicosociale	Trattamento per utenti in doppia diagnosi	Inserimento in comunità terapeutiche	Trattamenti farmacologici sostitutivi
Basilicata	4	5	4	4	4	4
Calabria						4
Campania	2	2	4	2	3	
Emilia Romagna	4	4	4	4	4	4
Friuli Venezia Giulia		4	4	4	5	4
Liguria						4
Lombardia	4	4	4	4	4	
Marche	4	4	4	4	5	4
Molise						4
PA Bolzano	5	4	4	4	5	
PA Trento	4	4	4	4	4	4
Piemonte	7	5	4	5		
Sardegna	4	4	4	4	4	4
Sicilia	3	3	3	3	4	4
Toscana	4	4	4	7	4	4
Umbria						
Valle d'Aosta	5	5	5	5	5	5
Veneto						

- 1 = Meno del 25% di questo tipo di strutture fornisce questo servizio
 2 = Tra il 25% e il 50% di questo tipo di strutture fornisce questo servizio
 3 = Tra il 50% e il 75% di questo tipo di strutture fornisce questo servizio
 4 = Più del 75% di questo tipo di strutture fornisce questo servizio
 5 = Non fornito, nessuna necessità percepita
 6 = Non fornito, nonostante il bisogno percepito
 7 = Nessuna informazione disponibile

Fonte: Regioni e Province Autonome - Anno 2017

Rispetto alle comunità terapeutiche, di tipo sia residenziale sia semi-residenziale, e ai centri diurni, tutte le regioni rispondenti, fatta eccezione per Calabria e Valle d'Aosta, ne riferiscono la presenza nei propri ambiti territoriali (Tab. 6.3.7).

Tab. 6.3.7 - Numero assoluto delle comunità terapeutiche residenziali, semiresidenziali/diurne e dei servizi di pronta accoglienza specificamente dedicati al trattamento delle tossicodipendenze

Regione/PA	Comunità terapeutiche residenziali			Comunità terapeutiche semi-residenziali/diurne		Pronta accoglienza	
	Pubbliche	Private	Altro	Pubbliche	Private	Pubbliche	Altro
Basilicata		6			2		
Calabria							
Campania	3	17	3		5		
Emilia Romagna		67		3			
Friuli Venezia Giulia		3		3			
Liguria	13			1			
Lombardia		165			13		
Marche		32		1	11		
Molise		3					
PA Bolzano		3			1		
PA Trento		4		1			
Piemonte	3	77			9		
Sardegna	2	4	4 + CT minori			1	
Sicilia	4	5			1		
Toscana	9	39		1	4		3
Umbria		18		2	3		
Valle d'Aosta							
Veneto	3	35			11		7

Fonte: Regioni e Province Autonome - Anno 2017

La maggior parte delle comunità terapeutiche sono di tipo residenziale gestite del privato-sociale accreditato, per la quasi totalità offrono trattamenti di tipo psicosociale e farmacologico sostitutivo, così come effettuano screening di tipo psichiatrico e si occupano di utenza in doppia diagnosi (Tab. 6.3.8, 6.3.9 e 6.3.10).

Tab. 6.3.8 - Grado di disponibilità/accesso al trattamento/attività delle comunità terapeutiche residenziali

Regione/PA	Case management	Screening dei disturbi psichiatrici	Trattamento/counselling psicosociale	Trattamento per utenti in doppia diagnosi	Inserimento in comunità terapeutiche	Trattamenti farmacologici sostitutivi
Basilicata	7	7	7	7	7	7
Calabria						
Campania	2	1	3	1	1	3
Emilia Romagna	4	4	4	4	4	4
Friuli Venezia Giulia		4	4	4	4	4
Liguria	4	4	4	4		2
Lombardia	4	4	4	3		4
Marche	4	2	4	2	4	5
Molise	4	2	4	2		2
PA Bolzano	5	4	3	4	5	4
PA Trento		4	4	4		4
Piemonte	7	1	4	1		4
Sardegna	4	4	4	4	4	
Sicilia	4	1	3	1	4	2
Toscana	4	4	4	4	4	4
Umbria	4	4	4	3		3
Valle d'Aosta	5	5	5	5	5	5
Veneto					4	4

1 = Meno del 25% di questo tipo di strutture fornisce questo servizio

2 = Tra il 25% e il 50% di questo tipo di strutture fornisce questo servizio

3 = Tra il 50% e il 75% di questo tipo di strutture fornisce questo servizio

4 = Più del 75% di questo tipo di strutture fornisce questo servizio

5 = Non fornito, nessuna necessità percepita

6 = Non fornito, nonostante il bisogno percepito

7 = Nessuna informazione disponibile

Fonte: Regioni e Province Autonome - Anno 2017

Tab. 6.3.9 - Grado di disponibilità/accesso al trattamento/attività delle comunità terapeutiche semi-residenziali

Regione/PA	Case management	Screening dei disturbi psichiatrici	Trattamento/counselling psicosociale	Trattamento per utenti in doppia diagnosi	Inserimento in comunità terapeutiche	Trattamenti farmacologici sostitutivi
Basilicata	7	7	7	7	7	7
Calabria						
Campania	2	1	2	1	7	2
Emilia Romagna	2					
Friuli Venezia Giulia		4	4	4	4	4
Liguria	4	4	4	4	4	1
Lombardia	4		4			
Marche	4	5	4	2	4	5
Molise						
PA Bolzano	5	4	3	4	5	4
PA Trento						
Piemonte	7		4			
Sardegna	6	6	6	6	6	
Sicilia						
Toscana	4	4	4	4	4	4
Umbria	4	4	4	3	4	4
Valle d'Aosta	5	5	5	5	5	5
Veneto					4	4

1 = Meno del 25% di questo tipo di strutture fornisce questo servizio

2 = Tra il 25% e il 50% di questo tipo di strutture fornisce questo servizio

3 = Tra il 50% e il 75% di questo tipo di strutture fornisce questo servizio

4 = Più del 75% di questo tipo di strutture fornisce questo servizio

5 = Non fornito, nessuna necessità percepita

6 = Non fornito, nonostante il bisogno percepito

7 = Nessuna informazione disponibile

Fonte: Regioni e Province Autonome - Anno 2017

Tab. 6.3.10 - Grado di disponibilità/accesso al trattamento/attività dei servizi di pronta accoglienza

Regione/PA	Case management	Screening dei disturbi psichiatrici	Trattamento/counselling psicosociale	Trattamento per utenti in doppia diagnosi	Inserimento in comunità terapeutiche	Trattamenti farmacologici sostitutivi
Basilicata						
Calabria						
Campania	1	1	1	1	1	1
Emilia Romagna						
Friuli Venezia Giulia						
Liguria						
Lombardia	4	4	4	3	4	4
Marche	4	7	7	7	7	5
Molise						
PA Bolzano						
PA Trento						
Piemonte	7		4			
Sardegna	4	6	4	4	4	
Sicilia						
Toscana	4	4	4	7	4	4
Umbria						
Valle d'Aosta	5	5	5	5	5	5
Veneto					4	4

- 1 = Meno del 25% di questo tipo di strutture fornisce questo servizio
 2 = Tra il 25% e il 50% di questo tipo di strutture fornisce questo servizio
 3 = Tra il 50% e il 75% di questo tipo di strutture fornisce questo servizio
 4 = Più del 75% di questo tipo di strutture fornisce questo servizio
 5 = Non fornito, nessuna necessità percepita
 6 = Non fornito, nonostante il bisogno percepito
 7 = Nessuna informazione disponibile

Fonte: Regioni e Province Autonome - Anno 2017

Oltre ai trattamenti specificatamente rivolti all'utenza tossicodipendente, la maggior parte delle Regioni riferisce un'ampia disponibilità e copertura di percorsi trattamentali differenziati sulla base delle diverse tipologie di utenza. In particolare, per bambini e adolescenti 8 Regioni sulle 18 rispondenti riferiscono che questo tipo di utenza è totalmente presa in carico; in 6 regioni, invece, il trattamento è erogato alla maggior parte, ma non a tutti. Nelle restanti 4 regioni tale utenza risulta scarsamente trattata. Per le famiglie con bambini, in 7 regioni questo tipo di utenza risulta completamente presa in carico, mentre in 8 regioni questo trattamento è riservato solo ad una quota, se pur estesa, di utenza e in 2 risulta scarsa o assente.

Per quanto riguarda i soggetti in doppia diagnosi, 10 regioni su 18 rispondenti riferiscono per questo tipo di utenza una disponibilità trattamentale completa (tutte o quasi tutte le persone vengono trattate), mentre in 6 regioni tale disponibilità risulta estesa (molte persone ma non tutte) e in 2 scarsa (poche persone ricevono trattamenti specifici).

Rispetto agli utenti con procedimenti/reati droga-correlati non reclusi in carcere, 11 regioni sulle 18 rispondenti riferiscono un'ampia disponibilità di trattamenti per questo tipo di utenza, 5 riferiscono una disponibilità più contenuta e in 2 regioni risulta scarsa o assente. Per gli utenti con più di 40 anni di età la maggior parte delle regioni rispondenti (10 su 18) riferisce una completa presa in carico di questo tipo di utenza, mentre in 6 regioni tale disponibilità risulta riservata alla maggior parte, ma non a tutti, degli utenti over 40 e in 2 regioni tale disponibilità risulta scarsa.

Le donne in stato di gravidanza e *post-partum* in 10 regioni sulle 18 rispondenti risultano totalmente prese in carico, mentre in 5 regioni sono limitatamente trattate e 3 in regioni lo sono scarsamente. Per le persone senza fissa dimora, 6 regioni riferiscono una copertura totale, 8 una copertura estesa, mentre in 4 regioni la copertura è da scarsa ad assente.

Rispetto all'utenza *sex workers*, 6 regioni hanno riferito una copertura totale e altrettante 6 una copertura estesa, per 6 risulta da scarsa ad assente. Persone transessuali, bisessuali, omosessuali in 7 su 18 delle regioni hanno una copertura totale, in 5 una copertura estesa, mentre in 6 regioni la copertura è da scarsa ad assente. Per i migranti, 1 delle 18 regioni (Campania) rispondenti riferisce una copertura totale, la Sardegna riferisce copertura ridotta nel resto delle regioni l'informazione non è disponibile. Relativamente alle persone con abuso di cocaina che non si rivolgono ai servizi ordinari, la Regione Campania riferisce una copertura totale, la Sardegna riferisce copertura ridotta, mentre per il resto delle regioni l'informazione non è disponibile.

Per gli adolescenti e giovani che consumano droghe nei contesti del divertimento, la Regione Campania riferisce una copertura totale e la Sardegna una copertura ridotta; per il resto delle regioni l'informazione non è disponibile.

Rispetto all'erogazione del trattamento farmacologico sostitutivo, 8 regioni su 18 hanno riferito non esserci alcun tempo di attesa, mentre in 6 regioni tali tempi risultano inferiori a due settimane, a causa principalmente di risorse limitate o per l'espletamento di procedure formali.

6.4 Servizi e attività di limitazione del rischio e di riduzione del danno

Fonte dei dati: Regioni e Province Autonome

L'obiettivo di questo contributo è di fornire una panoramica delle attività di limitazione dei rischi e di riduzione del danno (LdR/RdD) svolte in ambito regionale. I dati analizzati si riferiscono alle richieste presenti nei Questionari Strutturati predisposti dall'European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA) e relativi alle attività svolte per la limitazione dei rischi e il contenimento dei danni correlati al consumo di sostanze psicoattive, quali ad esempio le malattie e le infezioni trasmissibili, le overdosi e i decessi correlati, oltre a quelle che favoriscono sia il contatto con i consumatori precoci e l'invio ai servizi specifici per le dipendenze sia il contatto con quei consumatori che sfuggono ai servizi tradizionali.

I questionari sono stati compilati dai referenti regionali competenti per le dipendenze patologiche, a seguito della richiesta inoltrata dal Dipartimento politiche antidroga.

In questo paragrafo vengono descritte le informazioni sull'offerta di trattamento raccolte grazie ai referenti competenti per le dipendenze patologiche delle Regioni Basilicata, Calabria, Campania, Emilia Romagna, Friuli Venezia Giulia, Liguria, Lombardia, Marche, Molise, Piemonte, Sardegna, Sicilia, Toscana, Umbria, Valle D'Aosta, Veneto e delle Province Autonome (PA) di Bolzano e Trento. Le informazioni relative alle Regioni Abruzzo, Lazio e Puglia non vengono descritte in quanto i dati non sono pervenuti in tempo utile.

Nella maggior parte delle 18 Regioni rispondenti le attività di LdR/RdD risultano principalmente svolte dai servizi ambulatoriali territoriali per le dipendenze (SerD e SMI) e dai servizi a bassa soglia, soprattutto dalle unità mobili. In maniera differenziale nelle regioni le attività di LdR/RdD risultano svolte anche da servizi di salute mentale, strutture residenziali (comunità terapeutiche e/o strutture ospedaliere), farmacie, servizi di prima accoglienza e *drop-in*, e/o da *equipe* di operatori professionali che intervengono nei luoghi del divertimento.

Le principali attività erogate nell'ambito della LdR/RdD riguardano principalmente la distribuzione di materiale informativo specifico risulta trasversale a 16 regioni sulle 18 rispondenti, mentre risultano leggermente meno diffuse le attività di distribuzione di materiali specifici quali, siringhe e aghi sterili monouso (14 regioni/18 rispondenti), acqua per preparazioni iniettabili (10/18), preservativi (13/18), salviette imbevute di alcol (9/18). I programmi di scambio di siringhe e aghi monouso sono presenti in 12 regioni sulle 18 rispondenti.

Meno diffuse risultano attività quali la distribuzione di contenitori sterili per la miscelazione e/o cartine di alluminio (6 regioni per ciascuna attività) o ancora di filtri e/o di kit sterili per inalazione (ad esempio pipette) (svolte da 5 regioni rispettivamente) o di acido citrico/ascorbico (3 regioni).

Tab. 6.4.1 - Materiali distribuiti e attività di LdR/RdD in ambito regionale

Regione/PA	Materiali informativi	Siringhe	Scambio siringhe	Salviette alcol	Acqua per preparazioni iniettabili	Contenitori sterili per miscelazione	Filtri
Basilicata							
Calabria	X	X	X	X	X	X	X
Campania	X	X	X				
Emilia Romagna	X	X	X	X	X		
Friuli Venezia Giulia	X	X	X	X	X	X	X
Liguria	X	X	X				
Lombardia	X	X	X	X	X	X	
Marche	X	X	X	X	X	X	
Molise	X	X	X	X	X	X	X
PA Bolzano	X	X					
PA Trento	X	X	X	X	X		X
Piemonte	X						
Sardegna	X	X	X				
Sicilia	X	X	X	X	X		
Toscana	X						
Umbria	X	X	X		X		
Valle d'Aosta							
Veneto *	X	X		X	X	X	X

Regione/PA	Acido citrico ascorbico	Disinfettanti	Preservativi	Kit sterili inalazione	Cartine di alluminio	Naloxone	Accoglienza	Chill out
Basilicata								
Calabria	X	X	X		X			
Campania								
Emilia Romagna		X	X			X	X	X
Friuli Venezia Giulia	X	X	X	X	X	X		
Liguria			X			X		
Lombardia			X			X		
Marche		X	X	X	X	X	X	X
Molise		X	X	X	X	X	X	X
PA Bolzano								
PA Trento		X	X	X	X	X		
Piemonte						X		
Sardegna			X			X		
Sicilia		X	X			X		
Toscana			X					
Umbria	X		X	X				
Valle d'Aosta								
Veneto *		X	X		X	X		

* il dato si riferisce unicamente alla Az. ULSS 3-Serenissima che comprende la Città Metropolitana di Venezia

Fonte: Regioni e Province Autonome - Anno 2017

Al fine di limitare i rischi e ridurre i danni correlati al consumo delle sostanze psicoattive, i principali programmi e prassi attuati per la prevenzione della trasmissione delle malattie infettive hanno riguardato il *counselling* individuale sul rischio di malattie infettive droga-correlate (riferito da 17 delle 18 regioni rispondenti), le campagne di screening per l'epatite B (16 regioni), per l'epatite C (14 regioni) e per HIV/AIDS (12 regioni).

Le campagne di vaccinazione HBV rivolte a gruppi di persone a rischio sono state attuate in 9 regioni sulle 18 rispondenti, coinvolgendo gran parte, ma non tutte, le persone tossicodipendenti che ne facevano richiesta; 14 regioni hanno erogato trattamenti farmacologici per epatite C e 15 trattamenti antiretrovirali HIV. Inoltre, nell'ottica della prevenzione alle overdosi, 17 Regioni su 18 rispondenti hanno attuato corsi di formazione/training di sopravvivenza indirizzati a soggetti tossicodipendenti così come quelli per "l'uso sicuro e/o l'uso iniettivo sicuro" e la distribuzione di "kit sniffo sicuro", con una copertura che interessa la parte dei soggetti consumatori che ne abbisognano.

Tab. 6.4.2 (a) - Grado di disponibilità/accessibilità agli interventi/trattamenti di LdR/RdD

Regione/PA	Corsi per uso sicuro	Programmi peer to peer	Training per prevenzione decessi droga-correlati	Training per gestione delle overdosi	Pill testing/ Drug checking	Kit sniffo sicuro	Formazione per peer support	Counselling individuale su rischio malattie infettive
Basilicata	5	5	5	5	5	5	5	1
Calabria	4	3	4	4	6	6	2	3
Campania	4	4	4	4	5	4	4	1
Emilia Romagna	6	6	6	6	5	3	6	1
Friuli Venezia Giulia	5	1	5	5	5	5	2	1
Liguria								
Lombardia	3	3	4	4	4	4	4	3
Marche	4	5	4	4	4	4	5	1
Molise	5	4	3	5	5	5	5	1
PA Bolzano	4	5	5	4	5	4	5	1
PA Trento	5	5	5	5	5	5	5	2
Piemonte	4	4	4	4	4	4	4	2
Sardegna	5	4	5	5	4	5	4	2
Sicilia	4	4	4	4	4	5	4	2
Toscana	3	3	3	3	5	5	3	1
Umbria	3	4	2	2	5	4	5	3
Valle d'Aosta	6	4	5	6	5	5	5	2
Veneto *	4	6	4	4	6	6	6	1

1 = Meno del 25% di questo tipo di strutture fornisce questo servizio

2 = Tra il 25% e il 50% di questo tipo di strutture fornisce questo servizio

3 = Tra il 50% e il 75% di questo tipo di strutture fornisce questo servizio

4 = Più del 75% di questo tipo di strutture fornisce questo servizio

5 = Non fornito, nessuna necessità percepita

6 = Non fornito, nonostante il bisogno percepito

7 = Nessuna informazione disponibile

* il dato si riferisce unicamente alla Az. ULSS 3-Serenissima che comprende la Città Metropolitana di Venezia

Fonte: Regioni e Province Autonome - Anno 2017

Tab. 6.4.2 (b) - Grado di disponibilità/accessibilità agli interventi/trattamenti di LdR/RdD

Regione/PA	Counselling individuale su rischio malattie infettive	Testing/ screening HBV	Campagna vaccinazione HBV per gruppi a rischio	Testing/ screening HCV	Trattamento farmacologico HCV	Trattamento antiretrovirale HIV	Test rapidi/ screening sierologici HIV/AIDS
Basilicata	1	1	5	1	5	5	5
Calabria	3	6	6	6	4	6	6
Campania	1	2	3	1	3	3	2
Emilia Romagna	1	1	1	1	1	1	1
Friuli Venezia Giulia	1	2	5	1	2	1	2
Liguria		4	4	4	2	2	3
Lombardia	3	3	4	3	3	3	4
Marche	1	1	4	2	2	2	3
Molise	1	1	3	1	3	4	4
PA Bolzano	1	1	2	1	3	1	1
PA Trento	2	2	5	3	2	1	1
Piemonte	2	2	2	2	1	1	2
Sardegna	2	2	4	2	4	4	4
Sicilia	2	2	3	2	3	3	3
Toscana	1	2	1	2	2	2	2
Umbria	3	2	3	3	2	2	2
Valle d'Aosta	2	1	4	1	5	5	5
Veneto *	1	1	1	1	1	1	1

1 = Meno del 25% di questo tipo di strutture fornisce questo servizio

2 = Tra il 25% e il 50% di questo tipo di strutture fornisce questo servizio

3 = Tra il 50% e il 75% di questo tipo di strutture fornisce questo servizio

4 = Più del 75% di questo tipo di strutture fornisce questo servizio

5 = Non fornito, nessuna necessità percepita

6 = Non fornito, nonostante il bisogno percepito

7 = Nessuna informazione disponibile

* il dato si riferisce unicamente alla Az. ULSS 3-Serenissima che comprende la Città Metropolitana di Venezia

Fonte: Regioni e Province Autonome - Anno 2017

Alcune regioni hanno riferito il numero di siringhe distribuite e di soggetti contattati durante l'anno (Tab. 6.4.3).

Tab. 6.4.3 – Numero siringhe distribuite e soggetti contattati

Regioni/PA	N. siringhe distribuite	N. utenti contattati	N. nuovi utenti contattati
Campania	65010	1440	625
Emilia Romagna	39.000	24.500	---
Lombardia	259.282	53.211	3.422
Marche	26.320	3.709	75
PA Bolzano	46.059	252 (20.406 contatti)	32
Piemonte	31846	19497	
Toscana	34040	43414	
Veneto *	13.888		

* il dato si riferisce unicamente alla Az. ULSS 3-Serenissima che comprende la Città Metropolitana di Venezia

Fonte: Regioni e Province Autonome - Anno 2017

Dal 1991 in Italia è stata implementata la distribuzione di Naloxone ai consumatori e ad oggi questa strategia si affianca, per quanto riguarda la prevenzione delle overdosi da oppiacei, ai trattamenti con farmaci sostitutivi con finalità di riduzione del rischio.

Nella maggioranza dei casi, il naloxone fa parte dell'equipaggiamento standard delle ambulanze e il personale che vi opera è addestrato all'uso di questo farmaco; circa il 50% delle Regioni riferisce l'uso del naloxone limitato agli ospedali, ai reparti di emergenza e/o ai veicoli di emergenza e al personale medico.

La distribuzione del naloxone risulta inserito nei programmi *peer to peer* e viene distribuito dalle unità mobili e dai *drop-in* in 5 Regioni sulle 18 rispondenti.

Capitolo 7

DOMANDA DI TRATTAMENTO

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

Fonte dei dati: Ministero della Salute - Direzione generale della digitalizzazione, del sistema informativo sanitario e della statistica; Direzione generale della prevenzione sanitaria.

Commissione Salute della Conferenza delle Regioni e delle Province Autonome - sottogruppo Dipendenze.

La raccolta e l'analisi dei dati sull'utenza dei Servizi per le Dipendenze patologiche (SerD) sono gestite a livello nazionale dal Ministero della Salute e a livello locale dalle singole Regioni e Province Autonome. Nel contesto del Nuovo Sistema Informativo Sanitario (NSIS) è stato definito il Sistema Informativo Nazionale Dipendenze (SIND) con le finalità e secondo le indicazioni del D.M. 11 giugno 2010 "Istituzione del sistema informativo nazionale per le dipendenze" di monitoraggio, valutazione, supporto alla redazione della Relazione al Parlamento e degli altri rapporti epidemiologici derivanti dagli obblighi informativi nei confronti dell'Osservatorio Europeo. Il Decreto disciplina nel dettaglio la rilevazione delle informazioni relative agli interventi sanitari e socio-sanitari erogati da operatori afferenti al Servizio Sanitario Nazionale nell'ambito dell'assistenza rivolta alle persone che fanno uso di sostanze stupefacenti o psicotrope (esclusi alcol o tabacco come uso primario o comportamenti quali il gioco d'azzardo, che saranno oggetto di monitoraggio nel prossimo futuro); descrive inoltre le modalità di trasmissione, con cadenza annuale, di tali dati dalle Regioni e Province Autonome al NSIS.

Per ogni assistito in trattamento presso i SerD, vengono inviate, in forma aderente alle disposizioni del DPR 9 ottobre 1990, n. 309 o comunque priva di dati direttamente identificativi, una serie di informazioni riguardanti le caratteristiche degli assistiti, la situazione patologica, l'uso di sostanze e le prestazioni erogate dai Servizi. Oggetto di rilevazione, in particolare, è il singolo assistito per il quale siano soddisfatti i seguenti requisiti:

- accesso al servizio (SerD), con specificazione se in ambito penitenziario;
- accertamento documentato (esame di laboratorio o diagnosi eseguiti nel periodo di riferimento per la nuova utenza, oppure precedenti al periodo di riferimento per l'utenza già nota) dell'uso di sostanze psicotrope (esclusi alcol o tabacco come uso primario) con frequenza occasionale, saltuaria o giornaliera;
- erogazione di almeno una prestazione riferibile a definiti gruppi omogenei di prestazioni (compreso l'invio in strutture socio-riabilitative) nel periodo di riferimento.

L'unità di rilevazione del sistema informativo SIND è il singolo contatto dell'assistito con il servizio per il quale siano soddisfatti i tre requisiti precedentemente elencati. Per ciascun assistito devono essere rilevati tutti i contatti con i SerD presenti nella regione/provincia autonoma (PA) nel periodo di osservazione. Con il termine "contatto" si intende la presa in carico assistenziale all'interno della quale sia stata erogata almeno una prestazione tra quelle previste nei gruppi omogenei di prestazioni. Il numero di assistiti non coincide con la totalità degli utenti in trattamento presso i SerD che, nella maggioranza delle Regioni e PA, hanno in carico anche utenza in trattamento per alcol, tabacco e gioco d'azzardo patologico, nonché utenza per accertamenti e consulenze.

Per una corretta interpretazione dei dati è necessario sottolineare che nelle edizioni precedenti della Relazione al Parlamento relative agli anni 2008-2013, i dati mancanti sull'utenza in trattamento venivano integrati con numeri stimati. A partire dal 2014 vengono presentati unicamente i dati pervenuti dai SerD che hanno risposto al flusso informativo SIND. Tale sistema, secondo le indicazioni del decreto istitutivo, è entrato a regime a decorrere dal 1° gennaio 2012. La copertura informativa è aumentata progressivamente nel corso degli anni: per l'anno 2017 è pari al 95,9% su scala nazionale delle sedi ambulatoriali rilevate.

Nel corso del 2017 i SerD hanno assistito complessivamente 129.945 soggetti tossicodipendenti, fra i quali 20.676 sono nuovi utenti (16%) e 109.269 sono soggetti che risultavano già in carico dagli anni precedenti (84%). L'86,1% dei soggetti in trattamento per problemi droga-correlati è di genere maschile (rapporto M/F pari a 6,2), tale percentuale è pari all'86,5% tra i nuovi utenti e all'86,1% tra quelli già in carico (Tab. 7.1.1). Gli assistiti in trattamento hanno mediamente 39 anni, con un'età media più bassa (circa 32 anni) fra i soggetti trattati per la prima volta durante il 2017. Relativamente alla tipologia di presa in carico si osservano differenze di età anche fra i generi con una popolazione femminile tendenzialmente più giovane (nuove utenti: quasi 31 anni; già in carico: 39 anni).

Tab. 7.1.1 - Utenti in carico per genere e tipologia di utente

Caratteristiche	Anno 2017			Anno 2016		
	N.	%	Età media (anni)	N.	%	Età media (anni)
Nuovi utenti maschi	17.879	86,5	32,4	18.775	86,7	32,2
Nuovi utenti femmine	2.797	13,5	30,7	2.889	13,3	30,5
Totale nuovi utenti	20.676		32,1	21.664		32,0
Già in carico maschi	94.049	86,1	40,6	105.865	86,3	40,7
Già in carico femmine	15.220	13,9	39,0	16.867	13,7	39,1
Totale utenti già in carico	109.269		40,4	122.732		40,5
Totale maschi	111.928	86,1	39,3	124.640	86,3	39,4
Totale femmine	18.017	13,9	37,7	19.756	13,7	37,8
Rapporto M/F		6,2			6,3	
Utenti Totale	129.945		39,1	144.396		39,2

Fonte: SIND - Anni 2016 - 2017

Il 71,8% dei soggetti in trattamento ha tra 30 e 54 anni, il 19,2% ha meno di 30 anni, e la restante parte (9%) ha più di 54 anni. Il tasso di soggetti in trattamento presso i SerD è particolarmente elevato nella fascia di età tra i 30 e i 49 anni, esso infatti risulta pari a 45 persone ogni 10.000 residenti, con una forte predominanza maschile: tra i soggetti di genere maschile sono 79,3 utenti ogni 10.000 abitanti nel medesimo intervallo di età, mentre tra i soggetti di genere femminile il valore di tale indicatore è di 11,4/10.000.

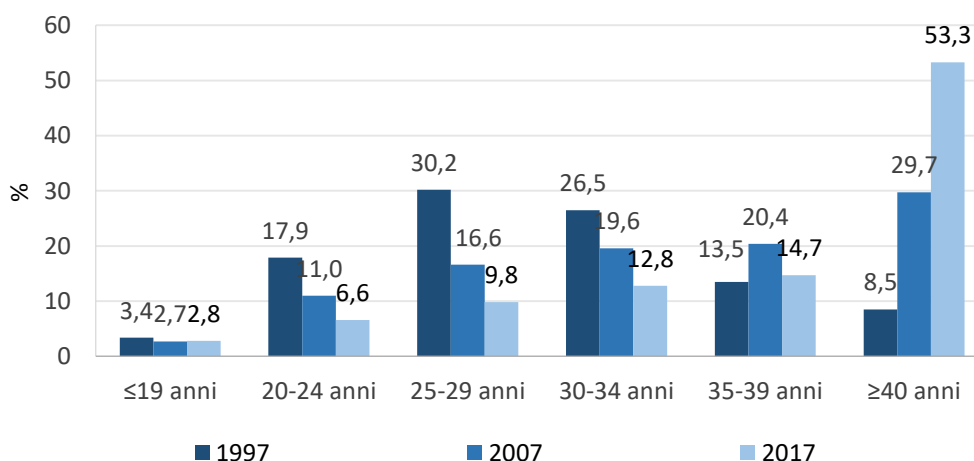
Tab. 7.1.2 - Soggetti in trattamento per classi di età, genere e tipologia di utente

Classi di età	Nuovi utenti (%)		Utenti già in carico (%)		N. utenti/10.000 abitanti		
	Maschi	Femmine	Maschi	Femmine	Maschi	Femmine	Totale
Meno di 15 anni	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Da 15 a 19 anni	10,4	14,4	1,2	2,0	19,8	5,1	12,7
Da 20 a 24 anni	15,4	19,6	4,5	6,7	44,7	10,8	28,3
Da 25 a 29 anni	15,5	16,0	8,2	11,7	63,4	13,9	39,1
Da 30 a 34 anni	15,5	13,6	12,1	14,3	81,0	14,8	48,1
Da 35 a 39 anni	14,1	11,7	15,0	14,5	84,3	12,9	48,7
Da 40 a 44 anni	11,8	9,7	17,0	14,2	77,4	10,3	43,8
Da 45 a 49 anni	8,6	6,0	17,9	13,4	75,8	8,9	42,0
Da 50 a 54 anni	5,2	4,2	14,3	12,6	60,3	8,3	33,9
Da 55 a 59 anni	2,1	2,5	6,9	7,2	33,6	5,4	19,1
Da 60 a 64 anni	0,9	1,0	2,3	2,5	12,9	2,1	7,3
Oltre 65 anni	0,6	1,1	0,7	0,9	1,4	0,2	0,7
Totale N.	17.879	2.797	94.049	15.220	38,0	5,8	21,4

Fonte: SIND - Anno 2017

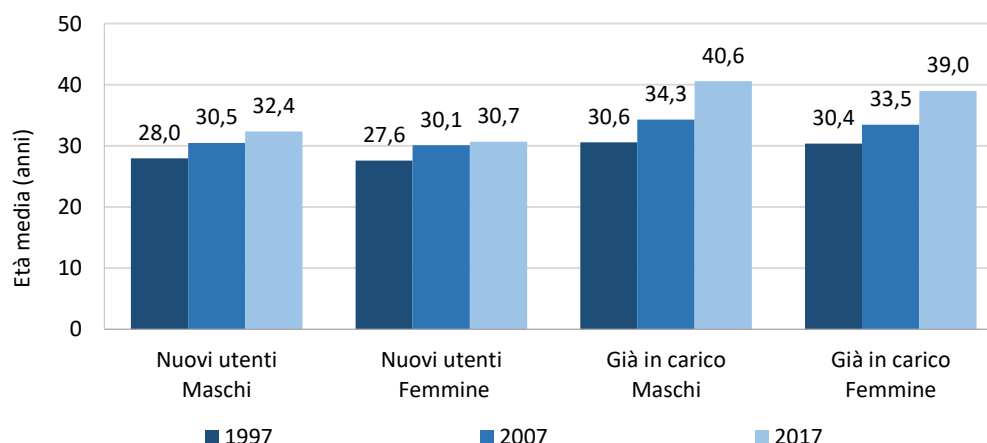
A livello nazionale, si osserva nel tempo un progressivo e costante invecchiamento della popolazione tossicodipendente in trattamento: la percentuale di assistiti di età superiore ai 39 anni passa dall'8,5% del 1997, al 29,7% del 2007 e al 53,3% del 2017; parallelamente si osserva una diminuzione delle classi di età più giovani (Fig. 7.1.1).

Fig. 7.1.1 - Distribuzione temporale della percentuale di utenti in carico per classe di età



Fonte: SIND - Anni 1997-2007-2017

L'invecchiamento dell'utenza si osserva anche considerando i soggetti in trattamento sulla base del genere e della tipologia di presa in carico (nuovi utenti/già in carico).

Fig. 7.1.2 - Andamento temporale dell'età media degli utenti secondo la tipologia di presa in carico e il genere

Fonte: SIND - Anni 1997-2007-2017

Complessivamente in Italia nel 2017 sono stati assistiti 21 soggetti ogni 10.000 abitanti (38/10.000 maschi e 6/10.000 femmine), con un *range* di valori compreso tra 6,7 e 38 utenti ogni 10.000 residenti registrati rispettivamente nelle regioni Calabria e Marche.

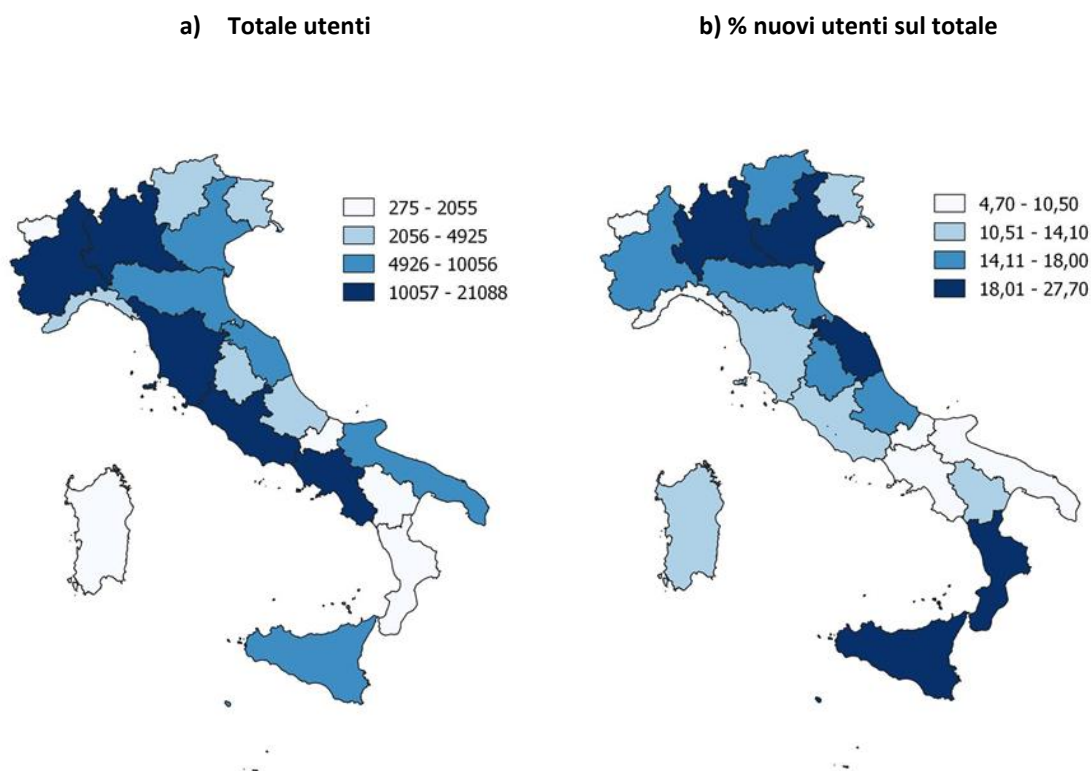
Tab. 7.1.3 - Utenti in carico per tipologia di utente e tasso regionale ogni 10.000 abitanti

Regione/ PA	Utenza 2017				Utenza 2016
	Nuovi Utenti	Utenti già in carico	N. utenti/ 10.0000 abitanti	Nuovi utenti/ Totale (%)	Totale
Abruzzo	706	3.660	33	16,20%	4.510
Basilicata	134	1.031	20,4	11,50%	1.251
Calabria	290	1.021	6,7	22,10%	3.157
Campania	934	10.769	20	8,00%	12.231
Emilia Romagna	1.380	8.127	21,4	14,50%	10.541
Friuli Venezia Giulia	273	2.053	19,1	11,70%	2.561
Lazio	1.900	11.676	23	14,00%	11.956
Liguria	441	3.896	27,7	10,20%	5.424
Lombardia	5.057	16.031	21	24,00%	24.626
Marche	1.620	4.228	38	27,70%	5.676
Molise	34	477	16,5	6,70%	663
PA Bolzano	298	1.003	24,8	22,90%	1.301
PA Trento	103	722	15,3	12,50%	-
Piemonte	1.782	10.849	28,8	14,10%	12.607
Puglia	706	7.989	21,4	8,10%	9.333
Sardegna	195	1.650	11,2	10,60%	3.760
Sicilia	1.182	4.303	10,8	21,50%	8.334
Toscana	1.717	10.719	33,2	13,80%	12.453
Umbria	462	2.558	34	15,30%	3.016
Valle d'Aosta	13	262	21,7	4,70%	306
Veneto	1.449	6.245	15,7	18,80%	10.690
ITALIA	20.676	109.269	21,4	15,90%	144.396

Fonte: SIND - Anno 2017

In alcune regioni si osserva, inoltre, una percentuale maggiore di nuovi utenti sul totale, dato che potrebbe indicare una maggiore capacità attrattiva dei servizi: si rilevano infatti percentuali che oscillano tra il 24% della Lombardia e il 4,7% della Valle d'Aosta.

Fig. 7.1.3 - Distribuzione regionale Utenti SerD



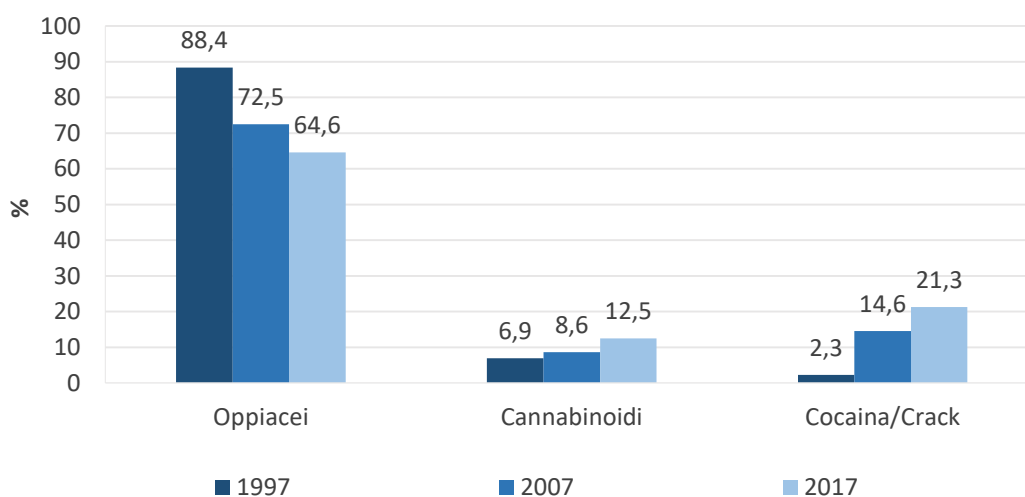
Fonte: SIND - Anno 2017

Nel 2017 il 62,7% degli utenti trattati ha fatto uso, come sostanza primaria, di eroina, il 20,6% di cocaina e il 12,5% di cannabinoidi (Tab. 7.1.3). Per quanto riguarda l'uso secondario, nel 2017 le sostanze assunte più frequentemente sono state cocaina (17,4%), cannabinoidi (17,3%) e alcol (8,4%).

L'uso di sostanze sintetiche, fra cui le NPS, rappresenta meno dell'1% della domanda di trattamento come sostanza primaria, percentuale che raggiunge il 5% se si guarda alla sostanza secondaria.

La percentuale di utilizzatori primari trattati per uso di oppiacei (Fig. 7.1.4) è costantemente diminuita (dall'88,4% del 1997 al 64,6% del 2017), mentre la percentuale di coloro che abusano di cocaina è gradualmente aumentata (dal 2,3% del 1997 al 21,3% del 2017). Anche il ricorso ai cannabinoidi è aumentato nel tempo (dal 6,9% del 1997 al 12,5% del 2017).

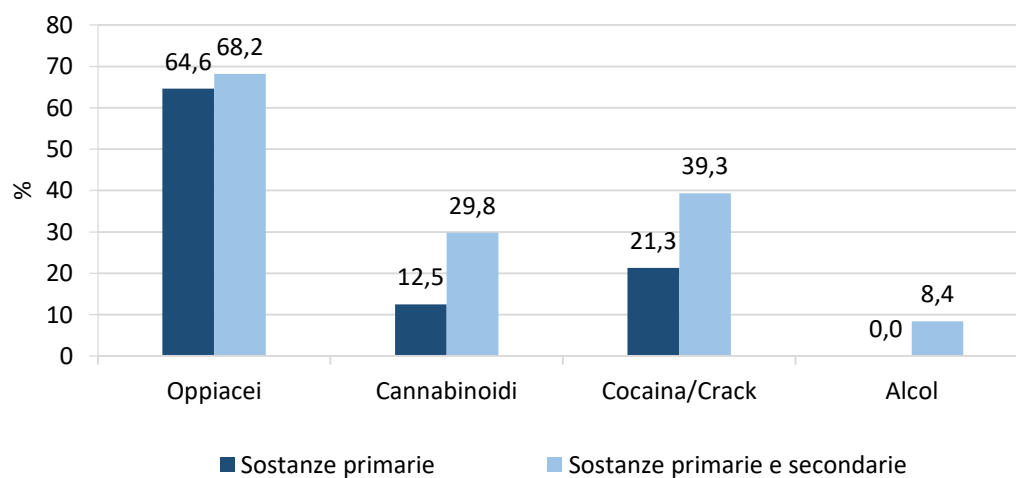
Fig. 7.1.4 - Distribuzione degli utenti trattati nei SerD per sostanza primaria



Fonte: SIND - Anni 1997-2007-2017

Considerando gli assistiti in trattamento per singola sostanza primaria o secondaria il quadro muta sostanzialmente rispetto all'analisi per sola sostanza primaria: la cocaina aumenta al 38,0% e i cannabinoidi al 29,8%. Non si modifica invece in maniera sostanziale la quota (64,9%) dei soggetti in trattamento per eroina (Fig. 7.1.5 e Tab. 7.1.4).

Fig. 7.1.5 - Distribuzione degli utenti tossicodipendenti trattati nei SerD per sostanza primaria e secondaria



Fonte: SIND - Anno 2017

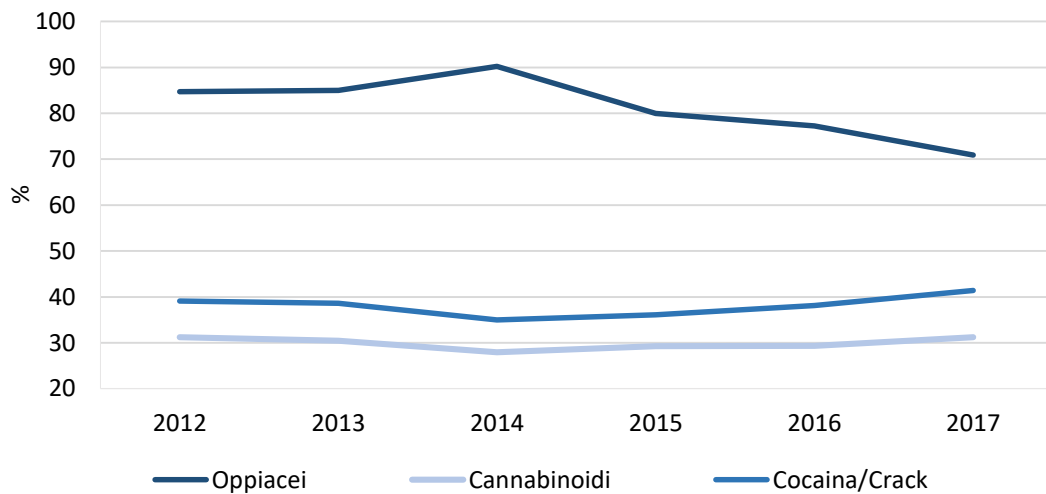
Tab. 7.1.4 - Utenti tossicodipendenti trattati nei SerD per sostanza primaria e/o secondaria

Sostanze	Primaria		Secondaria		Primaria o Secondaria	
	N.	%	N.	%	N.	%
Eroina	81.423	62,7	2.860	2,2	84.283	64,9
Metadone non prescritto	955	0,7	1.259	1,0	2.214	1,7
Morfina non prescritta	51	0,0	18	0,0	69	0,1
Altri oppiacei non prescritti	1.239	1,0	352	0,3	1.591	1,2
Buprenorfina non prescritta	233	0,2	193	0,1	426	0,3
Cocaina	26.827	20,6	22.557	17,4	49.384	38,0
Crack	947	0,7	704	0,5	1.651	1,3
Anfetamine non prescritte	157	0,1	1.127	0,9	1.284	1,0
Ecstasy ed analoghi	147	0,1	2.488	1,9	2.635	2,0
Altri stimolanti	57	0,0	71	0,1	128	0,1
Metamfetamine	19	0,0	89	0,1	108	0,1
Mefedrone	2	0,0	10	0,0	12	0,0
Barbiturici non prescritti	218	0,2	570	0,4	788	0,6
Benzodiazepine non prescritte	372	0,3	1.233	0,9	1.605	1,2
Altri ipnotici e sedativi non prescritti	74	0,1	167	0,1	241	0,2
Lsd	23	0,0	887	0,7	910	0,7
Altri allucinogeni	57	0,0	570	0,4	627	0,5
Inalanti volatili	13	0,0	124	0,1	137	0,1
Cannabinoidi	16.217	12,5	22.479	17,3	38.696	29,8
Cannabinoidi sintetici (gruppo Jwh)	19	0,0	41	0,0	60	0,0
Ghb	1	0,0	11	0,0	12	0,0
Ketamina	50	0,0	342	0,3	392	0,3
Altre Sostanze Illegali	805	0,6	447	0,3	1.252	1,0
Steroidi non prescritti	1	0,0	3	0,0	4	0,0
Altri farmaci e/o sostanze dopanti non prescritti	38	0,0	20	0,0	58	0,0
Altri farmaci psicotropi non prescritti	11	0,0	26	0,0	37	0,0
Alcol			10.901	8,4	10.901	8,4
Tabacco			1.567	1,2	1.567	1,2
Totale soggetti	129.956	100,0				

Fonte: SIND - Anno 2017

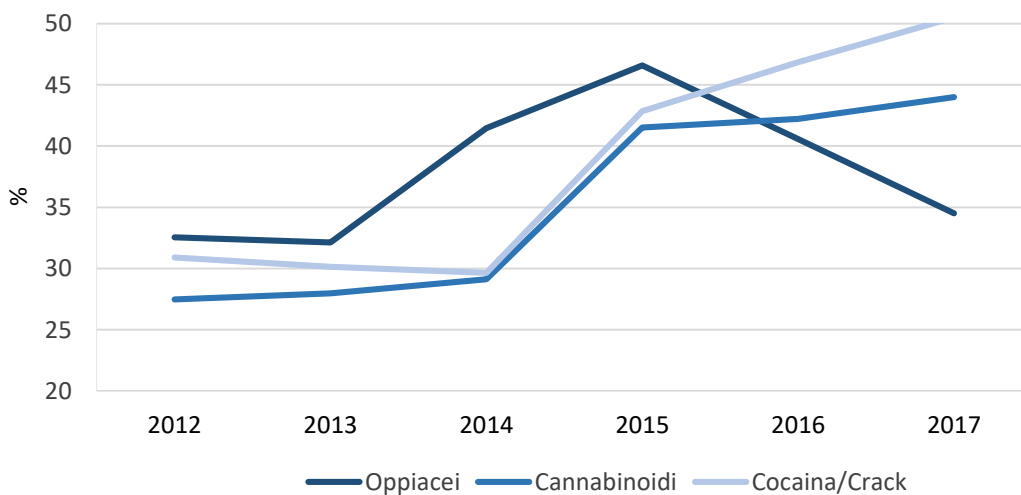
L'andamento temporale dei soggetti in trattamento per sostanza, primaria o secondaria, distinguendo gli utenti per tipologia, evidenzia negli anni più recenti la costante diminuzione della quota di soggetti che usano oppiacei e l'aumento di coloro che usano cannabinoidi e soprattutto cocaina/crack (Fig. 7.1.6). Tali trend sono più accentuati considerando solo i nuovi utenti (Fig. 7.1.7).

Fig. 7.1.6 - Distribuzione percentuale per sostanza (primaria o secondaria) degli utenti tossicodipendenti trattati nei SerD



Fonte: SIND - Anni 2012-2017

Fig. 7.1.7 - Distribuzione percentuale per sostanza (primaria o secondaria) dei nuovi utenti tossicodipendenti trattati nei SerD

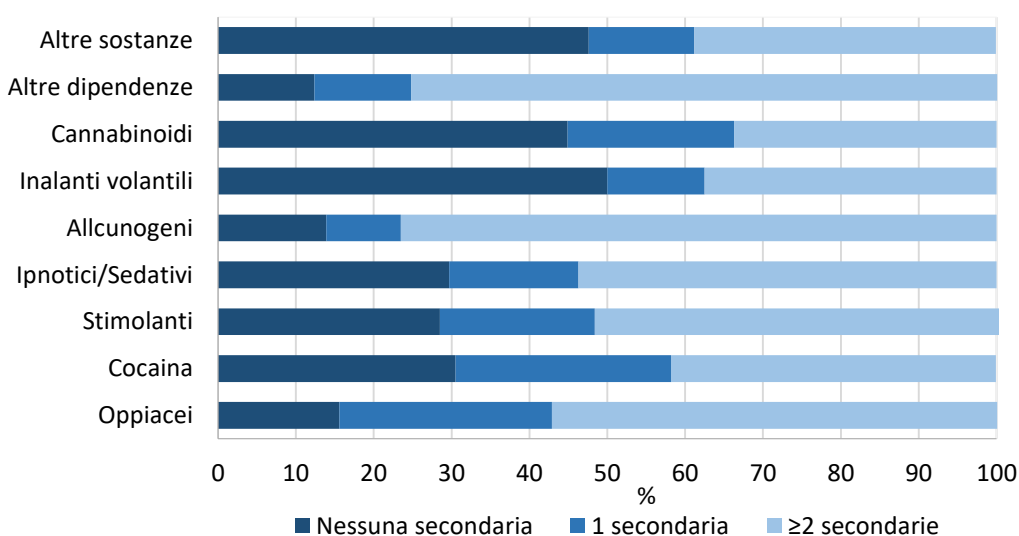


Fonte: SIND - Anni 2012-2017

Per quanto concerne la poliassunzione di sostanze, analizzando gli assistiti in base alla sostanza primaria, si osserva che tra coloro che assumono cannabinoidi il 44,9% fa uso esclusivo di tale sostanza, il 21,4% ricorre anche a un'altra sostanza e il 33,7% ad almeno altre due sostanze.

Gli assistiti che usano cocaina come sostanza primaria dichiarano di utilizzarla come unica sostanza nel 30,5% dei casi; il 27,7% vi associa un'altra sostanza e il 41,7% più sostanze. Tra gli assuntori primari di oppiacei il 15,6% assume tali sostanze esclusivamente, il 27,3% associate a una sola altra tipologia di sostanze e il 57,2% insieme con altre due sostanze o più.

Fig. 7.1.8 - Distribuzione dei soggetti in funzione della sostanza primaria e della presenza di poliassunzione nei SerD



Fonte: SIND - Anno 2017

Trattamenti

Per quanto riguarda gli assistiti con dipendenza da sostanze illegali e/o psicofarmaci non prescritti, il 49,9% dei soggetti ha avuto prestazioni farmacologiche con una media di 179 prestazioni per utente, il 76,8% ha ricevuto prestazioni sanitarie diverse da quelle farmacologiche e il 73,0% prestazioni di tipo psicosociali, con una media rispettivamente di 19 e 14 prestazioni per utente. Il 74,1% degli utenti ha usufruito di prestazioni di tipologia diversa da quelle sanitarie e psicosociali (in media 14 per utente) e il 2,3% è stato inserito in Comunità terapeutica. Il dato riferito agli inserimenti in Comunità terapeutiche risulta tuttavia sottodimensionato rispetto alla realtà dei pazienti inseriti nel percorso (Tab. 7.1.5).

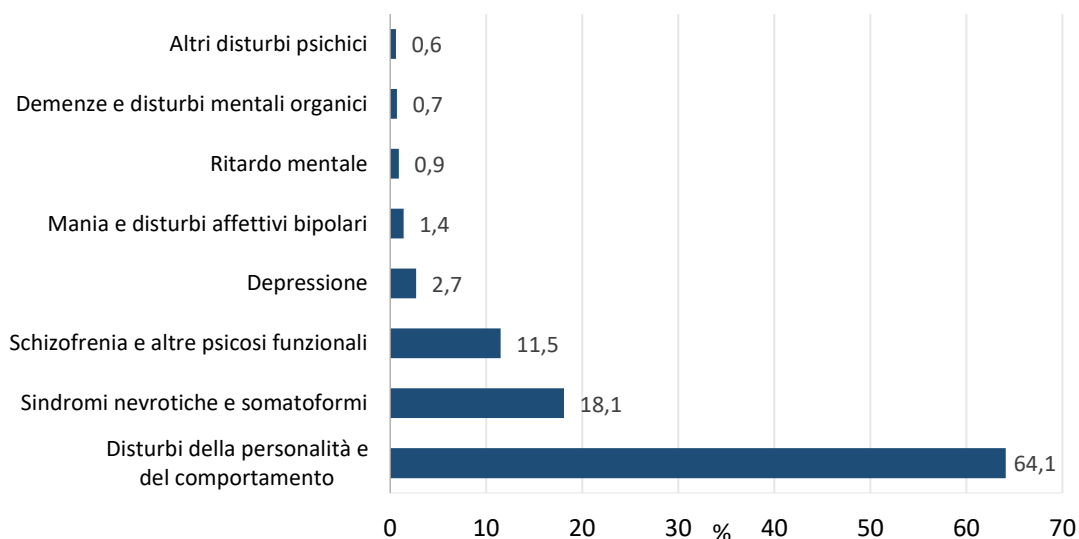
Tab. 7.1.5 - Numero di soggetti e di prestazioni totali e medie per utente erogate per tipologia di prestazione

Tipologia prestazione	N. utenti	% su totale utenti (n=124.872)	N. prestazioni	Prestazioni per utente
Farmacologico	62.331	49,9%	11.170.191	179,2
Sanitario	95.878	76,8%	1.831.148	19,1
Altro	92.505	74,1%	1.337.412	14,5
Psicosociale	91.132	73,0%	1.295.088	14,2
Inserimento in Comunità Terapeutica	2.849	2,3%	9.264	3,3
Totale			15.643.103	125,3

Fonte: SIND - Anno 2017

Nota: Il totale ha dimensione regionale e non coincide con quello calcolato in riferimento ai singoli SerD: un assistito che si rivolge a 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 (124.872).

Nel 2017 hanno presentato almeno una patologia psichiatrica¹ 9.925 assistiti (9.086 nel 2016) pari al 7,9% degli assistiti in trattamento presso i SerD. Il 64,1% è affetto da disturbi della personalità e del comportamento, il 18,1% da sindromi nevrotiche e somatoformi, l'11,5% da schizofrenia e altre psicosi funzionali, il 2,7% da depressione e l'1,4% da mania e disturbi affettivi bipolari (Fig. 7.1.9).

Fig. 7.1.9 - Distribuzione percentuale per tipologia di patologia psichiatrica concomitante negli utenti in trattamento nei SerD

Fonte: SIND - Anno 2017

Nota: La percentuale è calcolata sul totale di coloro che presentano una patologia psichiatrica concomitante

¹ 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).

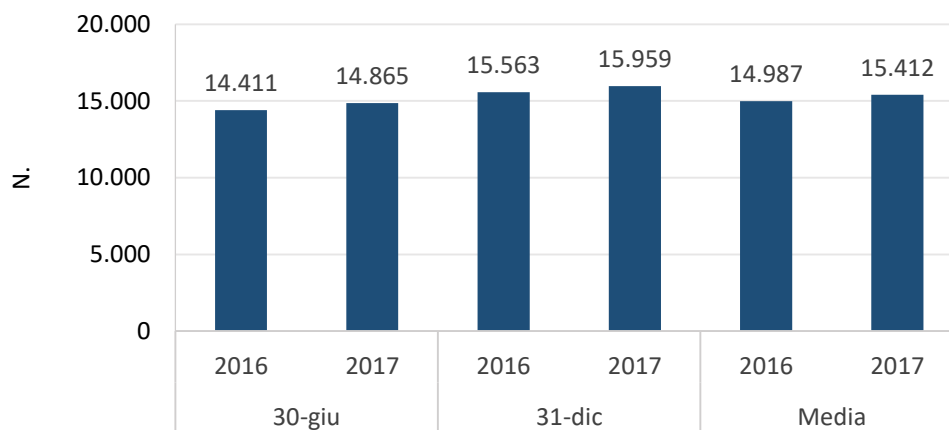
7.2 Utenti in carico ai Servizi del privato sociale accreditato

Fonte dei dati: Ministero dell'Interno - Dipartimento per le politiche del personale - Centro Studi, Ricerca e Documentazione

Le informazioni relative alle persone in trattamento presso le strutture private accreditate sono raccolte nell'ambito delle due rilevazioni, al 30 giugno e al 31 dicembre, effettuate ogni anno dal Ministero dell'Interno.

I dati elaborati per l'anno 2017 sono relativi a 842 strutture rilevate, rispetto alle 922 esistenti sul territorio nazionale (il 91%). In media nel 2017 le persone in trattamento presso strutture socio-riabilitative private accreditate sono state 15.412 (14.865 al 30 giugno e 15.959 al 31 dicembre 2017). Attraverso la lettura dei dati relativi ai due semestri è possibile verificare come il numero degli utenti presso le strutture socio-riabilitative sia in aumento rispetto a quello rilevato nell'anno precedente (Fig. 7.2.1). Infatti nell'anno 2016 il numero medio di utenti in trattamento presso le strutture socio-riabilitative private accreditate è stato di 14.987 (14.411 al 30 giugno e 15.563 al 31 dicembre 2016).

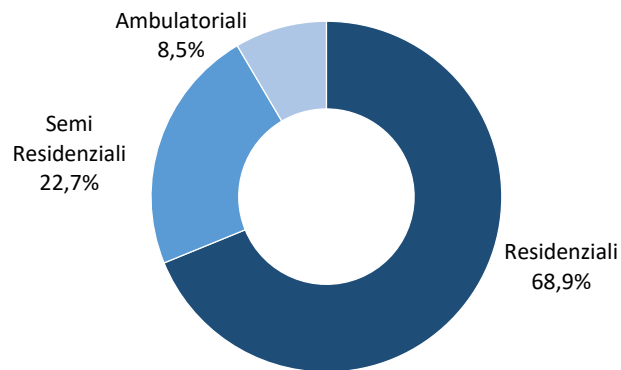
Fig. 7.2.1 - Persone in trattamento presso strutture socio-riabilitative private accreditate nel 2016-2017 (rilevazione al 30 giugno, rilevazione al 31 dicembre e media)



Fonte: Ministero dell'Interno - Anni 2016-2017

Con riguardo alla localizzazione, il maggior numero di utenti si è registrato in Lazio (3.031), Lombardia (2.695), Emilia Romagna (2.578), dove solo la comunità di San Patrignano accoglie 1.145 utenti, e in Veneto (1.235). Il rapporto tra utenti maschi e femmine continua ad evidenziare, come per gli anni precedenti, una preponderante presenza maschile pari, mediamente, all'83% circa del totale degli utenti. Al 31 dicembre 2017 il 68,9% degli utenti è risultato in trattamento presso strutture residenziali, il 22,7% in strutture ambulatoriali e il rimanente 8,5% in strutture semi-residenziali (Fig. 7.2.2).

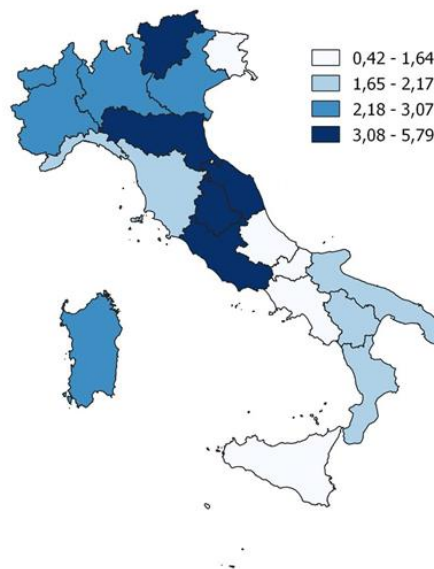
Fig. 7.2.2 - Distribuzione dei soggetti in trattamento per tipologia di struttura



Fonte: Ministero dell'Interno - Anno 2017

La distribuzione regionale del numero di persone in trattamento per 10.000 residenti mostra come le regioni coi valori più elevati si collochino nell'area centro settentrionale del Paese (Fig. 7.2.3). Più in dettaglio, in Trentino Alto Adige, Emilia Romagna, Marche, Umbria e Lazio ci sono in media più di 3,1 utenti per 10.000 residenti al 31 dicembre 2017. Nelle regioni Friuli Venezia Giulia, Abruzzo, Molise, Campania e Sicilia il numero di utenti per 10.000 residenti al 31 dicembre 2017 è inferiore a 1,65.

Fig. 7.2.3 - Distribuzione regionale del numero di persone in trattamento presso strutture socio-riabilitative private per 10.000 residenti



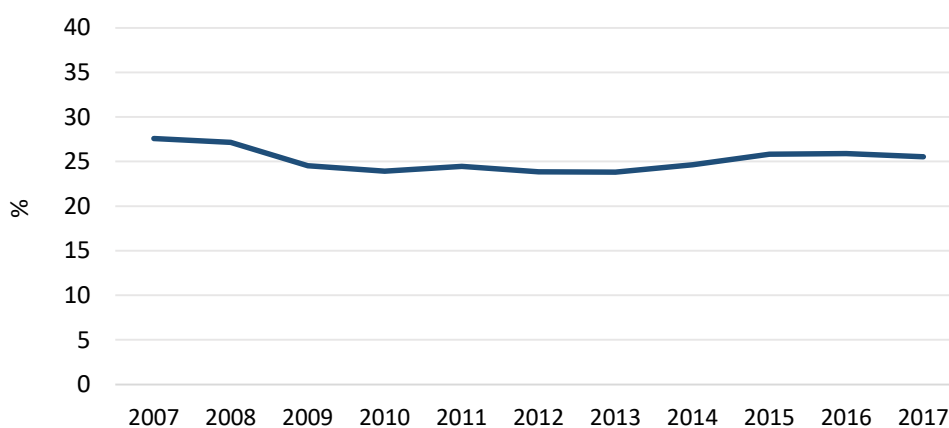
Fonte: Ministero dell'Interno - Anno 2017

7.3 Soggetti tossicodipendenti in carcere

Fonte dei dati: Ministero della Giustizia - Dipartimento Amministrazione Penitenziaria, Dipartimento per la Giustizia Minorile e di Comunità; Regioni e Province Autonome.

Negli istituti penitenziari al 31/12/2017 erano presenti 14.706 soggetti tossicodipendenti², che rappresentavano un quarto dell'intera popolazione carceraria (25,5%). La percentuale di detenuti tossicodipendenti rispetto al totale dei detenuti è rimasta stabile nel tempo (Fig. 7.3.1).

Fig. 7.3.1 - Trend della percentuale di detenuti tossicodipendenti presenti al 31/12 di ciascun anno, rispetto al totale dei detenuti



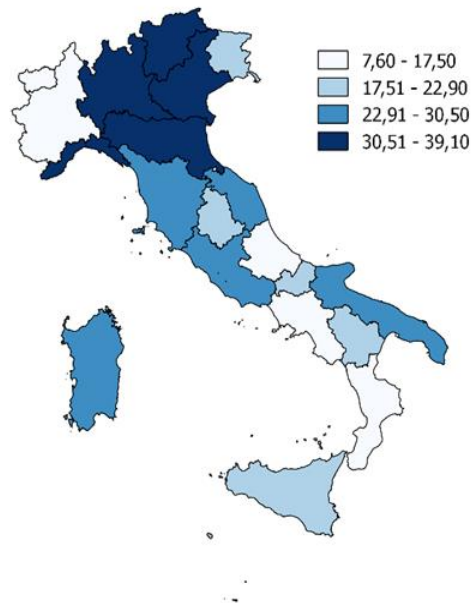
Fonte: Ministero della Giustizia - Anni 2007-2017

I tossicodipendenti presenti in carcere sono per la quasi totalità uomini (96%) e per circa un terzo (32%) di nazionalità straniera. Tra gli stranieri il 97% è di genere maschile.

Le regioni con la quota più alta di tossicodipendenti tra tutti i detenuti sono state Liguria (39%), Emilia Romagna (39%), Veneto (37%) e Lombardia (36%), mentre Calabria (8%), Valle d'Aosta (8%) e Piemonte (16%) registrano le quote più basse (Fig. 7.3.2).

² Detenuti con problemi droga correlati, che comprendono anche detenuti con una diagnosi di dipendenza.

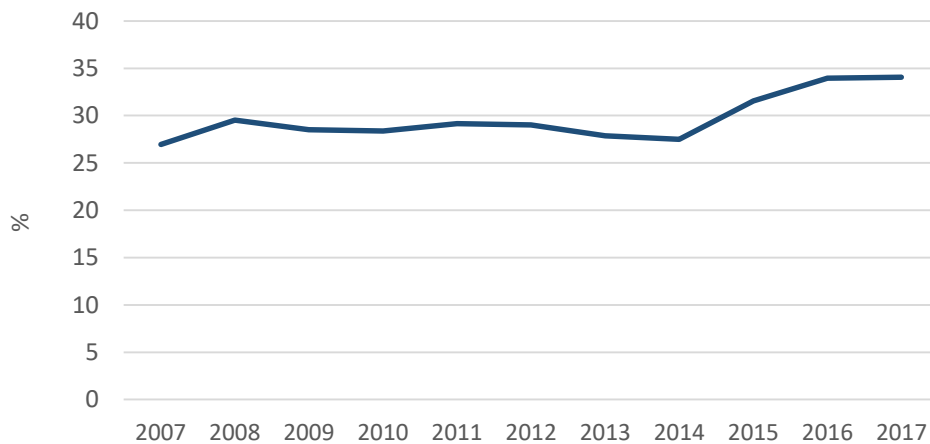
Fig. 7.3.2 - Distribuzione regionale della percentuale di tossicodipendenti presenti in carcere il 31/12/2017 rispetto al totale dei detenuti



Fonte: Ministero della Giustizia - Anno 2017

Durante il 2017 gli ingressi in carcere dalla libertà di soggetti tossicodipendenti sono stati 16.394. La percentuale di detenuti tossicodipendenti entrati rispetto al totale degli ingressi, dopo un periodo di stabilità intorno al 29%, dal 2014 è aumentata e per il 2017 è risultata pari al 34% (Fig. 7.3.3).

Fig. 7.3.3 - Trend della percentuale degli ingressi in carcere dalla libertà di detenuti tossicodipendenti durante il corso dell'anno, rispetto al totale dei detenuti

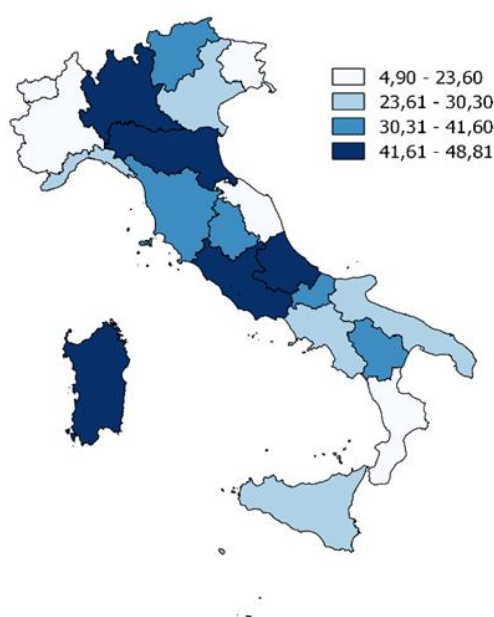


Fonte: Ministero della Giustizia - Anni 2007-2017

I tossicodipendenti entrati in carcere dalla libertà nel 2017 sono stati prevalentemente di genere maschile (95%) e di nazionalità italiana (63%).

Con riferimento alla distribuzione regionale della percentuale di tossicodipendenti entrati in carcere rispetto al totale degli ingressi nel 2017, si rileva che le regioni con la più alta quota di ingressi sono state Lombardia (49%), Sardegna (48%), Emilia Romagna (46%) e Lazio (46%). Le regioni con la quota più bassa di ingressi in carcere di tossicodipendenti, invece, sono state Valle d'Aosta (5%), Calabria (11%), Marche (19%) e Friuli Venezia Giulia (20%).

Fig. 7.3.4 - Distribuzione regionale della percentuale degli ingressi in carcere dalla libertà di detenuti tossicodipendenti, rispetto al totale dei detenuti



Fonte: Ministero della Giustizia - Anno 2017

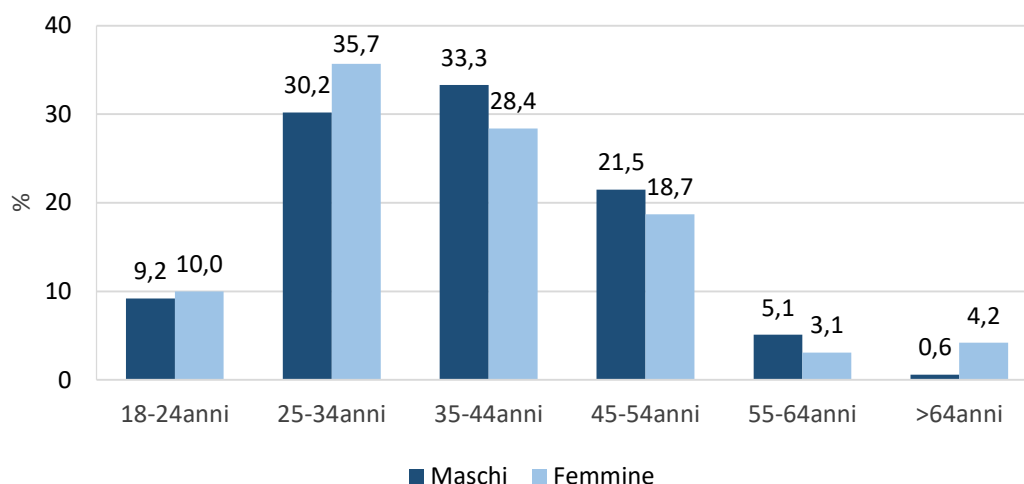
La sanità penitenziaria dal 2008 è di competenza del Ministero della Salute, i dati di flusso collezionati presso il Ministero non sono tuttavia ancora disponibili, vengono quindi di seguito descritte le informazioni raccolte grazie ai referenti competenti per le dipendenze patologiche delle Regioni e delle Province Autonome.

Le elaborazioni che seguono sono state effettuate sulla base delle informazioni fornite dalle Regioni Basilicata, Provincia Autonoma di Bolzano, Provincia Autonoma di Trento, Calabria, Campania, Emilia Romagna, Friuli Venezia Giulia, Liguria, Lombardia, Marche, Molise, Piemonte, Sardegna, Sicilia, Toscana, Umbria, Valle d'Aosta e Veneto che riguardano circa 11.000 detenuti tossicodipendenti in carico ai servizi per le dipendenze.

Tra i detenuti tossicodipendenti presenti in carcere durante l'anno 2017, al 77% è stata accertata una diagnosi di dipendenza, mentre per il rimanente 23% si tratta di consumatori senza diagnosi certificata.

La distribuzione per classi di età mostra che tra le detenute tossicodipendenti si osservano le percentuali più alte di soggetti tra i 18 e i 34 anni (46% contro 39% degli uomini) e la quota più alta di soggetti di 65 anni o più (4% contro 1% degli uomini).

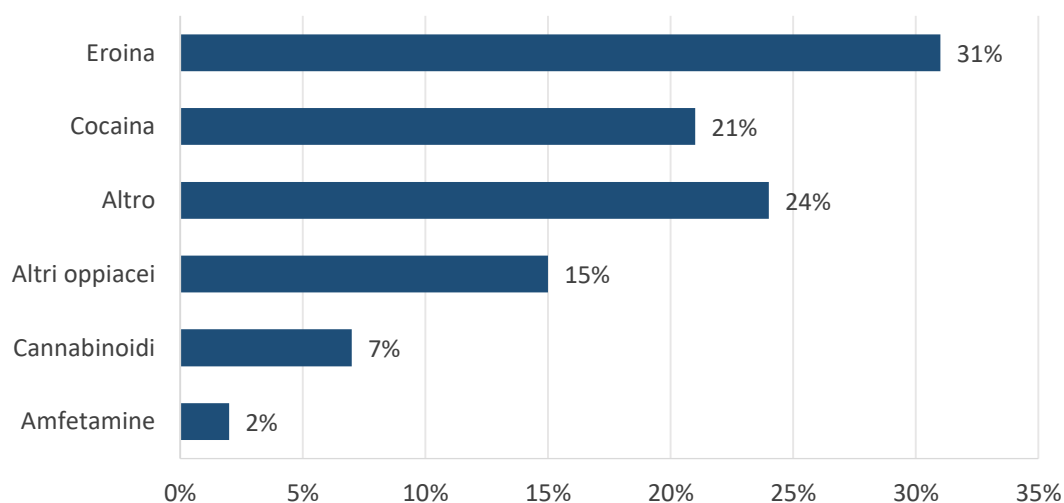
Fig. 7.3.5 - Distribuzione percentuale dei detenuti tossicodipendenti per classe di età e genere



Fonte: Regioni e Province Autonome - Anno 2017

Le sostanze primarie sono l'eroina nel 31% dei casi e la cocaina nel 21%. Meno usate come sostanze primarie tra i detenuti tossicodipendenti gli altri oppiacei (15%), i cannabinoidi (7%) e le amfetamine (2%). Poco meno di un quarto dei detenuti tossicodipendenti usa primariamente altre sostanze. Il 30% dei detenuti con problemi sanitari droga-correlati sono poliutilizzatori.

Fig. 2.3.6 - Distribuzione percentuale delle sostanze utilizzate dai detenuti tossicodipendenti



Fonte: Regioni e Province Autonome. Anno 2017

Il 17% dei detenuti tossicodipendenti ha usato sostanze per via iniettiva. In particolare, gli oppiacei sono stati usati per via iniettiva dal 75% di questi, mentre il 24% ha usato la cocaina.

Il 18% dei detenuti con dipendenza accertata è stato sottoposto a trattamenti di tipo farmacologico: di questi il 62% è stato sottoposto a trattamento sostitutivo prevalentemente con metadone. I trattamenti psicosociali e il *counselling* sono stati erogati rispettivamente al 25% e al 13% dei tossicodipendenti in carcere, mentre il trattamento integrato ha coinvolto il 44% di essi. Il 37% dei soggetti in trattamento integrato ha usufruito di un trattamento sostitutivo, anche in questo caso prevalentemente con metadone.

I test infettivologici per HIV, HCV e HBV sono stati effettuati su circa il 45% dei detenuti con diagnosi di dipendenza e di questi il 4% è risultato HIV positivo, il 12% positivo all'HBV e il 21% all'HCV.

Minori nel circuito penale con problemi droga-correlati

Il contrasto all'uso di sostanze stupefacenti e gli interventi sugli utilizzatori di sostanze vengono realizzati nell'ambito della Giustizia Minorile in stretta collaborazione con il Sistema Sanitario Nazionale e la sua articolazione territoriale. Nello specifico, i servizi per le dipendenze (SerD) stabiliscono rapporti di collaborazione sia con i servizi minorili della Giustizia, che con la rete dei servizi sociali coinvolti nel trattamento e nel recupero dei tossicodipendenti.

I Servizi Minorili della Giustizia, già al momento dell'ingresso dei minori e giovani adulti in area penale, attivano il servizio sanitario locale per lo svolgimento di accertamenti diagnostici ed interventi di tipo farmacologico, nonché per la presa in carico dei soggetti che usano sostanze stupefacenti.

I programmi di intervento assicurano la salute del minorenne in area penale attraverso: la definizione di protocolli operativi con i Servizi Sanitari territoriali per la gestione degli interventi nei tempi previsti dal provvedimento dell'Autorità Giudiziaria minorile; l'implementazione di specifiche attività di prevenzione, informazione ed educazione mirate alla riduzione del rischio di patologie correlate all'uso di droghe; la segnalazione al Ser.D. e l'immediata presa in carico dei minori sottoposti a provvedimento penale da parte dello stesso con la garanzia della necessaria continuità assistenziale; la formulazione di percorsi di riabilitazione e recupero individualizzati per coloro che fanno uso di sostanze, indipendentemente dal riconoscimento della condizione di effettiva tossicodipendenza; la formulazione di percorsi specifici per coloro i quali presentano anche patologie correlate all'uso di sostanze; la realizzazione di iniziative di formazione congiunta tra operatori sanitari e della Giustizia.

Nel 2017 sono stati collocati in comunità terapeutiche per tossicodipendenti 90 minori entrati nel circuito penale. Di questi, l'88% erano maschi e il 29% stranieri.

I collocamenti in comunità per tossicodipendenti in doppia diagnosi sono stati 6 e 10 sono stati quelli in comunità socioeducative. Inoltre, 4 soggetti tossicodipendenti sono stati collocati in comunità socioeducative per soggetti in doppia diagnosi.

7.4 Misure alternative per i soggetti tossicodipendenti in carcere

Fonte dei dati: Ministero della Giustizia - Dipartimento per la Giustizia Minorile e di Comunità - Direzione Generale per l'Esecuzione penale esterna e di messa alla prova

Il trattamento delle persone tossicodipendenti sottoposte a provvedimenti dell'Autorità Giudiziaria privativi o limitativi della libertà personale assume caratteri peculiari nell'ordinamento penitenziario italiano, rispetto alla restante tipologia dei soggetti in esecuzione penale. L'ordinamento italiano prevede infatti dei percorsi ad hoc per i tossicodipendenti sottoposti a provvedimenti di condanna a pena detentiva, come previsto dagli artt. 90 e 94 del DPR n. 309/1990, recanti rispettivamente la disciplina della sospensione dell'esecuzione della pena detentiva e dell'affidamento in prova in casi particolari.

Inoltre, per effetto di quanto stabilito nell'art. 73 co. 5 bis del DPR n. 309/1990, introdotto dall'art. 4 bis, co. 1 lett. g) del DL 272/2005, convertito con modifiche dalla Legge n. 49/2006, per reati ex art. 73 co. 5 DPR n. 309/1990, commessi da persone tossicodipendenti o da assuntori di sostanze stupefacenti o psicotrope, può essere applicata con sentenza di condanna la sanzione sostitutiva del lavoro di pubblica utilità, in luogo della pena detentiva. Tali misure costituiscono il modo di assicurare ai condannati tossicodipendenti modalità di esecuzione della condanna, prevalentemente caratterizzate da aspetti terapeutici volti alla tutela della salute, ma anche della sicurezza pubblica.

L'ordinamento penitenziario prevede, inoltre, misure alternative alla detenzione disciplinate dalla legge n. 354/1975 e successive modifiche e integrazioni, quali l'affidamento in prova al servizio sociale, la detenzione domiciliare, la semilibertà, che possono essere comunque applicate alle persone tossicodipendenti, che non hanno avuto accesso a misure alternative specifiche, principalmente per mancanza di requisiti richiesti dalla legge, e in particolare quello del reperimento di un posto presso una Comunità terapeutica accreditata, residenziale o semiresidenziale. Un ruolo molto importante, soprattutto per il buon esito del percorso di riabilitazione del reo, è quello rivestito dagli Uffici di Esecuzione Penale Esterna (UEPE) sia nella fase propedeutica di accesso alla misura alternativa alla detenzione, che nella fase dell'esecuzione della misura stessa per le azioni di sostegno alla persona, controllo di ottemperanza alle prescrizioni e rispondenza al programma trattamentale.

Al 31 dicembre 2017, il totale dei soggetti in misura specifica per tossicodipendenti (art. 94 DPR n. 309/1990) era pari a 3.146. I soggetti con sanzione sostitutiva del lavoro di pubblica utilità erano 447. Tra il 2007 e il 2017 gli affidamenti in prova per tossicodipendenti sono aumentati, così come i lavori di pubblica utilità per tossicodipendenti (Tab. 7.4.1).

Tab. 7.4.1 - Affidamenti in prova e lavori di pubblica utilità per tossicodipendenti

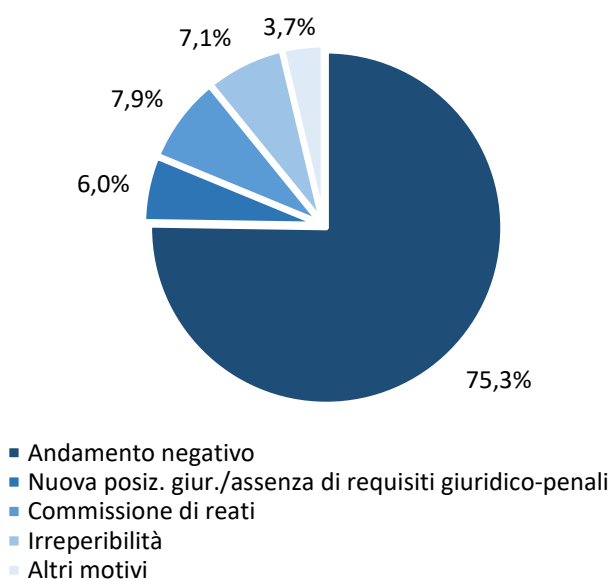
Anno	Affidamento in prova per tossicodipendenti	Lavoro di pubblica utilità per tossicodipendenti
2007	757	---
2008	1.090	---
2009	1.597	---
2010	2.366	---
2011	3.059	---
2012	3.150	404
2013	3.328	230
2014	3.259	268
2015	3.053	365
2016	2.991	386
2017	3.146	447

Fonte: Ministero della Giustizia - Anni 2007-2017

Di particolare rilevanza sono i dati inerenti l'efficacia delle misure alternative alla detenzione per i soggetti tossicodipendenti, dai quali risulta che la percentuale di revoche dell'affidamento terapeutico per esito negativo nel 2017 è complessivamente pari al 10,2% (618 revoche su 6.059 affidamenti terapeutici). Tale percentuale si riduce al 6,8% nel caso di tossicodipendenti che accedono alla misura alternativa direttamente dallo stato di libertà, e arriva all'11,6% per coloro che vi accedono dallo stato di detenzione.

Il 75,3% delle revoche nel 2017 ha avuto luogo per andamento negativo, il 6% per nuova posizione giuridica o assenza di requisiti giuridico-penali, il 7,9% per commissione di reati, il 7,1% per irreperibilità e il restante 3,7% per altri motivi (Fig. 7.4.1).

Fig. 7.4.1 - Revoche degli affidamenti terapeutici



Fonte: Ministero della Giustizia - Anno 2017

PARTE IV

DANNI CORRELATI AL CONSUMO DI SOSTANZE STUPEFACENTI

Elementi chiave

Malattie infettive

Il 38,5% dei soggetti in trattamento presso i SerD sono stati testati per HIV nel corso del 2017: di questi ne sono risultati positivi 2.359, corrispondenti a poco meno del 2% di tutti i soggetti in cura. Una percentuale inferiore dell'utenza è stata testata per HBV e per HCV, rispettivamente il 19,6% e il 18,8% dell'utenza totale.

L'analisi del trend temporale evidenzia una costante diminuzione dei casi di epatiti virali acute di tipo B e C tra i soggetti tossicodipendenti. In particolare il numero di casi di epatite B è diminuito molto rapidamente dal 1991 al 2002, plausibilmente grazie alla strategia vaccinale adottata. Si registra inoltre un sensibile aumento dei casi di epatite A.

Nel 2016 sono state notificate 96 nuove diagnosi di HIV tra i consumatori di sostanze psicoattive per via iniettiva, in decremento rispetto agli anni precedenti. I casi di AIDS sono stati 78, un terzo dei soggetti IDU arriva allo stadio di AIDS conclamata ignorando la propria sieropositività.

Ricoveri ospedalieri, incidenti stradali e mortalità

I ricoveri direttamente droga-correlati nel 2016 (ultimo dato disponibile) sono stati 6.575: il trend è in aumento dal 2013, in controtendenza rispetto al calo generalizzato delle dimissioni ospedaliere. Il 45% è attribuibile al consumo di oppioidi, il 39,6% a quello di cocaina, l'11,9% di cannabinoidi, il restante 3,2% di amfetamine o allucinogeni.

Nel corso del 2016 (ultimo dato disponibile) sono state contestate 4.742 violazioni per guida sotto l'influenza di sostanze stupefacenti (art. 187 Codice della Strada): il dato è in crescita rispetto agli anni precedenti. Per quanto riguarda le rilevazioni dei Carabinieri, gli incidenti stradali con lesioni a persone dove almeno un conducente era sotto l'effetto di sostanze psicoattive sono stati 831 (pari al 2,6% del totale degli incidenti rilevati) ed hanno provocato 1.331 feriti e 26 vittime.

Nel 2017, i decessi direttamente attribuibili all'uso di sostanze stupefacenti sono stati 294, con un aumento di quasi il 10 % rispetto al 2016. In oltre il 50% dei casi, la sostanza correlata al decesso è stata l'eroina.

I decessi correlati all'uso di sostanze stupefacenti nel 2015 (ultimo dato disponibile) sono stati 251, dato che risulta in forte diminuzione dal 2005. Il dato aumenta a 572 decessi se si considerano anche quei casi in cui l'utilizzo della sostanza ha contribuito al decesso, ma non è stato l'unica causa. L'età media dei soggetti deceduti è di circa 43 anni.

Capitolo 8

MALATTIE INFETTIVE

8.1 Malattie infettive tra i soggetti tossicodipendenti in trattamento

Fonte dei dati: Ministero della Salute - Direzione generale della digitalizzazione, del sistema informativo sanitario e della statistica; Ministero della Salute - Direzione generale della prevenzione sanitaria; Commissione Salute della Conferenza delle Regioni e delle Province Autonome - sottogruppo Dipendenze

I dati riportati nel presente paragrafo si riferiscono agli utenti tossicodipendenti trattati durante l'anno dai Servizi per le Dipendenze (SerD). La raccolta e l'analisi dei dati sono gestite a livello nazionale dal Ministero della Salute e a livello locale dalle singole Regioni e Province Autonome (PA), nell'ambito del Nuovo Sistema Informativo Sanitario (NSIS) e attraverso il Sistema Informativo Nazionale Dipendenze (SIND) (istituito con D.M. 11 giugno 2010). 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 sarà essenziale ottenere una raccolta di dati omogenei.

L'estrema variabilità nella proporzione di utenti testati risente della mancata rilevazione di questo tipo di informazione per criticità nella fase di registrazione sui sistemi informatici.

Nel 2017 gli assistiti testati per *HIV* sono stati 48.025¹, pari al 38,5% del totale dei soggetti in trattamento. Sono risultati positivi 2.359 soggetti, corrispondenti all'1,9% del totale dei trattati, con un *range* di valori compresi tra lo 0% della PA di Trento e il 6,1% della regione Lombardia (Tab.1.1.1).

I soggetti testati per *HBV* sono stati 24.485, il 19,6% dell'utenza totale: per lo 0,4% degli utenti trattati (497 soggetti) il test ha avuto esito positivo², mostrando una importante variabilità interregionale. La proporzione di utenti positivi ai marker per *HBV* varia tra lo 0% e l'1,1%, valori riscontrati rispettivamente nelle regioni Marche ed Emilia Romagna.

Le criticità riferite alla fase di registrazione informatica, unita alla difforme esecuzione e registrazione della vaccinazione anti-*HBV* a livello regionale, possono avere influito sulla importante variabilità nella percentuale di positivi (Tab. 8.1.1).

¹ Nell'analisi delle patologie infettive il dato ha una dimensione regionale e quindi un assistito, pur rivolgendosi a SerD diversi della stessa regione, viene rilevato una sola volta: il totale ammonta a 124.872 soggetti. Nell'analisi dell'utenza per genere ed età il dato è rilevato a livello di SerD e quindi un assistito può essere contato più volte se si rivolge a più SerD: per l'anno 2016 tale numero ammonta a 129.945 utenti.

² Gli utenti sono considerati positivi qualora sia soddisfatta 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 23.437 gli assistiti testati per il virus *HCV*, pari al 18,8% del totale degli utenti in trattamento. Il 7,5% dei trattati (9.313 soggetti) è risultato positivo, con un'importante variabilità territoriale: la proporzione di utenti positivi per il virus *HCV* è compresa tra 0,5% e 1,1% rilevati, anche in questo caso, rispettivamente nelle regioni Marche ed Emilia Romagna (Tab. 8.1.1).

Tab. 8.1.1 - Numero assoluto di utenti in carico, di quelli testati e di quelli risultati positivi al test HIV, HBV e HCV

Regione/PA	N. utenti in carico	HIV		HBV		HCV	
		N. testati	N. positivi	N. testati	N. positivi	N. testati	N. positivi
Abruzzo	3.822	2.784	21	925	13	881	316
Basilicata	1.100	-	-	365	5	384	116
Calabria	1.318	755	10	63	1	64	9
Campania	11.482	1.541	16	1.221	39	1.231	441
Emilia Romagna	9.507	7.277	360	6.744	106	6.778	2.954
Friuli Venezia Giulia	2.238	2.053	61	1.491	19	1.243	657
Lazio	12.609	-	-	477	18	578	315
Liguria	4.152	3.116	235	718	11	641	295
Lombardia	20.131	12.941	1.218	3.623	67	2.875	1.005
Marche	5.854	1.359	44	116	1	186	28
Molise	508	192	3	87	3	85	32
PA Bolzano	1.281	1.503	27	-	-	-	-
PA Trento	821	1.130	0	-	-	-	-
Piemonte	12.291	2.211	23	1.474	22	1.333	497
Puglia	8.201	1362	34	1.001	45	1.102	446
Sicilia	5.154	2.554	117	1.022	44	1.006	373
Sardegna	1.760	36	10	-	-	-	-
Toscana	11.876	2.275	0	1.383	35	1.382	500
Umbria	2.847	1.140	40	1.024	17	926	523
Valle d'Aosta	275	86	1	-	-	13	5
Veneto	7.645	3.710	139	2.751	51	2.729	801
ITALIA	124.872	48.025	2.359	24.485	497	23.437	9.313

Fonte: SIND - Anno 2017

Limitando l'analisi agli utilizzatori di sostanze stupefacenti per via iniettiva, i cosiddetti *Injecting Drug Users* (IDU), soggetti a più alto rischio di malattie infettive, la percentuale degli utenti testati aumenta e raggiunge il 24,2% per il test HBV e il 23% per HCV (Tab. 8.1.2).

Tab. 8.1.2 - Numero assoluto di utenti IDU e di testati per HBV e HCV

Regione/PA	N. utenti IDU	N. IDU testati	
		HBV	HCV
Abruzzo	699	163	150
Basilicata	393	112	109
Calabria	81	0	-
Campania	4.086	404	409
Emilia Romagna	4.421	3.617	3.619
Friuli Venezia Giulia	1061	885	729
Lazio	5.578	248	323
Liguria	451	84	71
Lombardia	3.546	777	551
Marche	1486	51	80
Molise	62	19	20
PA Bolzano	425	-	-
PA Trento	128	-	-
Piemonte	4.363	480	400
Puglia	3.323	411	480
Sicilia	557	254	265
Sardegna	469	-	-
Toscana	5.247	609	604
Umbria	1180	616	549
Valle d'Aosta	-	-	-
Veneto	1.327	670	598
ITALIA	38.883	9.400	8.957

Fonte: SIND - Anno 2017

Analizzando l'utenza sulla base delle principali sostanze d'uso iniettivo, la percentuale di soggetti testati per HBV risulta del 26% e 29% tra coloro che usano rispettivamente eroina e/o cocaina. Rispetto al test per HCV tali percentuali si attestano al 24% tra gli IDU di eroina e del 27% per IDU di cocaina³ (Tab. 8.1.3).

Tab. 8.1.3 - Numero assoluto di utenti IDU di eroina e/o cocaina e testati per HBV e HCV

Sostanza	N. utenti IDU	IDU testati per HBV		IDU testati per HCV	
		N.	%	N.	%
Eroina	14.750	3.786	25,7	3.566	24,2
Cocaina	4.146	1.189	28,7	1.119	27,0

Fonte: SIND - Anno 2017

³ Un assistito può essere contato più volte se usa più sostanze per via iniettiva

8.2 Diffusione delle epatiti virali acute in soggetti tossicodipendenti

Fonte dei dati: Istituto Superiore di Sanità (ISS) - Centro Nazionale per la Salute Globale - Dipartimento di Malattie Infettive

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 in rapporto alle condizioni socio-economiche della popolazione. I tipi virali più frequentemente coinvolti sono detti virus epatitici maggiori: HAV, HBV, HCV, HDV, HEV.

Per tutti i casi di epatite virale, in Italia è prevista la notifica obbligatoria in classe II, secondo il decreto ministeriale 15 dicembre 1990: il medico segnalatore deve comunicare il caso, entro 48 ore dall'osservazione, alla Azienda Sanitaria Locale (ASL) di competenza, la quale a sua volta provvede, previa validazione della diagnosi, all'invio alla Regione; quest'ultima invia la segnalazione al Ministero della Salute e all'ISTAT.

In Italia è inoltre attiva dal 1985 una sorveglianza speciale denominata Sistema Epidemiologico Integrato dell'epatite Virale Acuta - SEIEVA, coordinata dal Centro Nazionale per la Salute Globale e dal Dipartimento di Malattie Infettive dell'Istituto Superiore di Sanità, che raccoglie informazioni più dettagliate sui casi e consente così la valutazione dell'incidenza, nonché la comprensione e la stima del contributo relativo dei diversi fattori di rischio di epatite acuta. La partecipazione alla sorveglianza SEIEVA è su base volontaria: attualmente aderisce l'80% delle ASL italiane distribuite su tutto il territorio nazionale (con l'eccezione della Regione Molise), alle quali afferisce attualmente il 78,2% della popolazione italiana. Il numero di ASL partecipanti e conseguentemente la popolazione sorvegliata sono in costante aumento. Attraverso un questionario epidemiologico SEIEVA vengono raccolte informazioni sui principali fattori di rischio per le epatiti virali acute, ivi compresa la tossicodipendenza. I tossicodipendenti, soprattutto quelli che assumono droghe per via iniettiva, in particolare per l'uso di siringhe contaminate, sono ad aumentato rischio di epatite virale a trasmissione parenterale (B, C e Delta).

Oggetto di questa relazione sono i casi di epatite A, B, C e Delta in soggetti tossicodipendenti, indipendentemente dalla modalità di assunzione della droga, segnalati al SEIEVA negli anni dal 1991 al 2017. Viene inoltre presentata un'analisi più dettagliata riferita al periodo 2013-2017.

Al sistema di sorveglianza SEIEVA durante il 2017 sono stati segnalati 173 casi di epatite A in soggetti tossicodipendenti (M = 157 casi; F = 14 casi; 2 casi "non noti"), 13 di epatite B (tutti di genere maschile), 16 di epatite C (M = 14 casi; F = 2 casi) e nessun caso di epatite delta. L'età mediana dei soggetti tossicodipendenti segnalati per epatite A risulta di 32 anni, mentre quella dei casi di epatite B e C risulta di 40 e 29 anni rispettivamente.

Dei 173 soggetti tossicodipendenti segnalati con epatite A, 30 casi (M = 23 casi; F = 7 casi) sono utilizzatori di sostanze psicoattive per via endovenosa (*Injecting Drug User* - IDU): si tratta di soggetti nel complesso meno giovani, con un'età mediana di 37 anni, rispetto al

totale dei segnalati nell'anno. Tra i casi di epatite B e C segnalati nel 2017, i soggetti IDU sono stati rispettivamente 2 e 15 (M = 13 casi; F = 2 casi), con un'età mediana di 50 anni e 30 anni.

Tab. 8.2.1 - Caratteristiche socio-demografiche dei casi di epatite acuta A, B e C in soggetti tossicodipendenti

	HAV (173 casi) N.	HBV (13 casi) N.	HCV (16 casi) N.
Età			
≤19 anni	7	0	2
20-29 anni	30	2	5
30-39 anni	62	4	6
40-49 anni	28	4	2
≥50 anni	6	3	---
Non noto			
Mediana (anni)	31,9	39,9	28,9
Genere			
Maschi	157	13	14
Femmine	14	-	2
Non noto	2	-	-
Cittadinanza			
Italiana	156	8	14
Altro	8	4	2
Non nota	9	1	---

Fonte: ISS - SEIEVA - Anno 2017

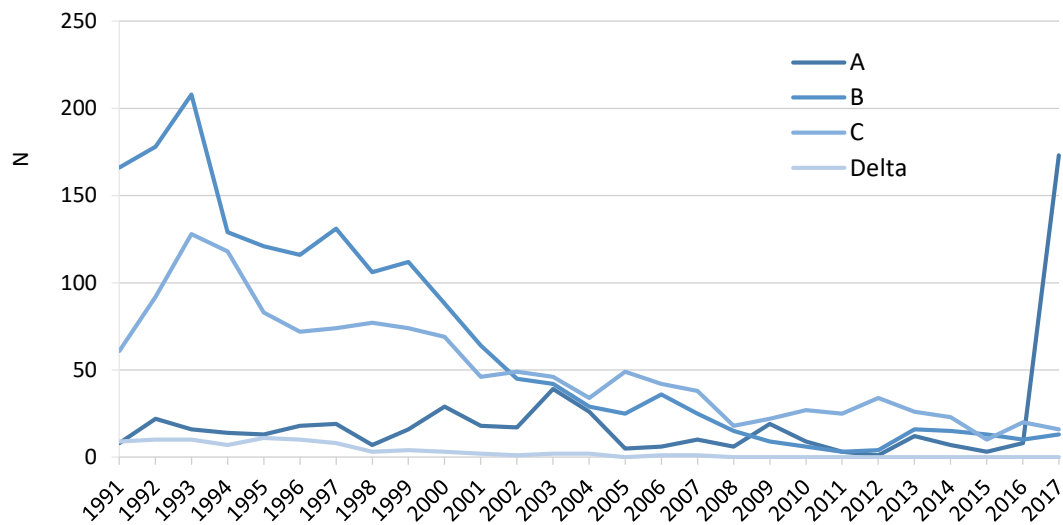
L'analisi dei trend temporali dal 1991 al 2017, evidenzia una costante diminuzione dei casi di epatite B e C. In particolare il numero di casi di epatite B è diminuito molto rapidamente nei primi 10 anni di osservazione e, dal 2002, i casi di epatite C risultano più numerosi dei casi di epatite B, plausibilmente grazie alla strategia vaccinale anti-epatite B adottata in Italia a partire dal 1991.

Nello stesso periodo sono stati segnalati complessivamente 524 casi di epatite A, 1.725 casi di epatite B e 1.373 casi di epatite C, in soggetti facenti uso di droghe. Per quanto riguarda l'epatite Delta, sono stati segnalati 84 casi nel periodo 1991-2007. Ulteriori 124 casi risultati positivi al virus Delta, presentavano una coinfezione con il virus B: inclusi, quindi, tra i casi di epatite B acuta.

Per quanto riguarda l'epatite Delta, responsabile in passato di epidemie tra i tossicodipendenti, negli ultimi anni al SEIEVA non sono più stati notificati casi in tossicodipendenti.

Durante il periodo 1991-2017, il numero di casi di epatite A in tossicodipendenti rimane pressoché costante negli anni, con frequenti picchi in corrispondenza di focolai epidemici (Fig.8.2.1). In particolare, da agosto 2016 a fine 2017 si è verificata in Italia, e anche in altri paesi europei, una importante epidemia di epatite A che ha coinvolto comunità di soggetti omosessuali di genere maschile (MSM) e in Italia ha colpito più di 3.000 persone. L'epidemia ha comportato un ingente aumento di casi anche tra tossicodipendenti, tra i quali nel 2017 sono stati osservati 173 casi: il numero annuo più alto registrato dal SEIEVA, dall'inizio della sorveglianza.

Fig. 8.2.1 - Numero di casi di epatite virale acuta (A, B, C e Delta) in soggetti tossicodipendenti, per anno di insorgenza dei sintomi



Fonte: ISS - SEIEVA - Anni 1991-2017

È utile sottolineare che i dati descritti tendono leggermente a sottostimare la diminuzione del rischio di infezione rispetto all'analisi dell'incidenza di malattia: negli anni, infatti, il numero di ASL partecipanti alla sorveglianza è aumentato e conseguentemente la popolazione di riferimento. Non è stato possibile calcolare le incidenze di malattia in questo specifico gruppo di popolazione, non potendoci avvalere di denominatori affidabili e di stime precise sul numero di tossicodipendenti per regione.

Nel periodo di osservazione si sono verificati 3 decessi fra i casi di epatite A in soggetti tossicodipendenti, 5 fra i casi di epatite B, nessuno fra i casi di epatite C e Delta. In particolare, per quanto riguarda l'epatite A, l'analisi ha evidenziato una letalità significativamente maggiore nei tossicodipendenti (0,6%) rispetto a chi non assume droghe (0,05%).

Nel periodo 2013-2017, sono stati segnalati al SEIEVA 375 casi di epatite virale acuta in soggetti che riportavano consumo di droghe: la maggior parte (54,1%; 203 casi) era attribuibile al virus A, a causa dell'epidemia tra gli MSM; nel 25,3% (95 casi) si è trattato di epatite C e nel 17,9% (67 casi) di epatite B. I restanti 10 casi sono stati 1 epatite E e 9 nonA-nonE o Unknown. Il numero maggiore di casi di epatite virale acuta in soggetti tossicodipendenti si è registrato in Lombardia, Lazio, Toscana e Veneto.

Tab. 8.2.2 - Numero di nuove diagnosi di epatite virale acuta in soggetti tossicodipendenti (2013-2017)

Regione/PA	A		Epatite B		C	
	N.	%	N.	%	N.	%
Abruzzo	3	1,5	1	1,5	0	0
Basilicata	0	0	0	0	1	1,1
Calabria	1	0,5	0	0	1	1,1
Campania	4	2	0	0	2	2,1
Emilia Romagna	15	7,4	13	19,4	8	8,4
Friuli Venezia Giulia	6	3	0	0	6	6,3
Lazio	30	14,8	16	23,9	11	11,6
Liguria	4	2	0	0	3	3,2
Lombardia	49	24,1	10	14,9	11	11,6
Marche	5	2,5	1	1,5	5	5,3
Molise	-	-	-	-	-	-
PA Bolzano	0	0	0	0	1	1,1
PA Trento	1	0,5	0	0	1	1,1
Piemonte	5	2,5	5	7,5	8	8,4
Puglia	15	7,4	1	1,5	3	3,2
Sardegna	4	2	1	1,5	0	0
Sicilia	8	3,9	0	0	0	0
Toscana	26	12,8	15	22,4	23	24,2
Umbria	3	1,5	1	1,5	0	0
Valle d'Aosta	0	0	0	0	1	1,1
Veneto	24	11,8	3	4,5	10	10,5
Totale	203	100,0	67	100,0	95	100,0

Fonte: ISS - SEIEVA - Anni 2013-2017

I casi di epatite virale acuta tra i soggetti tossicodipendenti sono stati per la maggior parte giovani adulti, di età più elevata tra i casi di epatite B, plausibilmente a causa della vaccinazione dell'obbligo introdotta nel 1991 e per la quale, ad oggi, 37 coorti di nascita sono protette contro l'epatite B. La maggior parte dei casi osservati in soggetti tossicodipendenti erano di genere maschile.

Tab. 8.2.3 - Caratteristiche socio-demografiche dei casi di epatite acuta A, B e C in soggetti tossicodipendenti

	Epatite							
	A		B		C		Totale	
	203 (55,6%)		67 (18,4%)		95 (26,0%)		365 (100,0%)	
	N.	%	N.	%	N.	%	N.	%
Età								
≤19	12	5,9	0	0,0	11	11,6	23	6,3
20-29	83	41,1	13	19,4	42	44,2	138	37,9
30-39	68	33,7	23	34,3	23	24,2	114	31,3
40-49	32	15,8	23	34,3	17	17,9	72	19,8
≥50	7	3,5	8	11,9	2	2,1	17	4,7
Mediana (range)	30 (17-65)		39 (20-56)		28 (16-55)		32 (16-65)	
Genere								
Maschi	182	90,6	62	92,5	69	72,6	313	86,2
Femmine	19	9,4	5	7,5	26	27,4	50	13,8
Nazionalità								
Italiana	181	94,3	47	71,2	86	91,5	314	89,2
Altro	11	5,7	19	28,8	8	8,5	38	10,8

Fonte: ISS - SEIEVA - Anni 2013-2017

Per quanto riguarda l'incidenza del fenomeno secondo la nazionalità, tra i casi di epatite A segnalati in soggetti tossicodipendenti la percentuale di stranieri è inferiore a quella nella popolazione generale. La percentuale di stranieri tra i casi di epatite C rispecchia la distribuzione che essi hanno nella popolazione generale: circa l'8% 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 28,8% dei quali sono stranieri. Riguardo l'area di provenienza, la maggior parte dei casi di epatite in tossicodipendenti stranieri proveniva dall'Africa (9 casi di B e 4 di C) o dall'Europa dell'Est (7 casi di B e 3 di C).

Per i casi di epatite A o B la principale modalità di assunzione delle sostanze stupefacenti è l'inalazione, mentre il 50% dei pazienti affetti da epatite C riporta un'assunzione per via endovenosa ed il 32,5% un'assunzione endovenosa e per inalazione: nel complesso oltre l'80% dei casi di epatite C acuta in soggetti tossicodipendenti riportava una assunzione di droghe per via endovenosa.

Tab. 8.2.4 - Distribuzione percentuale della modalità di assunzione per tipologia di diagnosi di epatite virale acuta

Modalità di assunzione	Tipo di epatite			Totale %
	A %	B %	C %	
Endovena	12,1	17,7	50,0	22,6
Inalazione	61,9	72,6	17,5	52,7
Endovenosa/Inalazione	4,4	4,8	32,5	11,1
Altro	21,6	4,8	0,0	13,6

Fonte: ISS - SEIEVA - Anni 2013-2017

Nella tabella 8.2.5 sono descritti gli ulteriori fattori di rischio riportati dalla popolazione in esame, nel periodo di incubazione compatibile con la malattia. Un'alta percentuale di casi riporta partner sessuali multipli, soprattutto tra i casi di epatite A e B. Tra i casi di epatite A quasi il 70% degli uomini riportava rapporti sessuali con persone dello stesso genere; questa percentuale si avvicina al 20% tra i casi di epatite B e C. Tra i casi di epatite C, il 23,1% ha un convivente o partner sessuale con epatite cronica di tipo C. Una percentuale rilevante di casi, soprattutto di epatite A e B (18%) riporta una coinfezione con il virus HIV.

Tab. 8.2.5 - Fattori di rischio aggiuntivi riportati dai casi di epatite virale acuta A, B e C in soggetti tossicodipendenti

Fattore di rischio	Epatite					
	A		B		C	
	N	%	N	%	N	%
≥ 3 partner sessuali	80	50,0	21	42,0	11	20,4
MSM (solo maschi)	101	69,7	8	17,8	7	18,9
Tatuaggio	40	19,7	6	9,1	12	13,9
Piercing	23	11,3	2	3,0	9	10,6
Convivente HBsAg+	4	2,3	4	9,3	1	1,6
Convivente HCV+	7	3,9	1	2,3	15	23,1
Viaggio in zona endemica per Epatite A	8	4,1	1	1,6	0	0,0
Positivo per HIV	25	18,1	4	11,8	6	9,1

Fonte: ISS - SEIEVA - Anni 2013-2017

Sia l'epatite A sia l'epatite B sono malattie prevenibili attraverso la vaccinazione; in entrambi i casi, infatti, esiste un vaccino sicuro ed efficace nella prevenzione delle infezioni. Al contrario non è stato ancora sviluppato un vaccino per prevenire l'infezione causata dal virus C dell'epatite (HCV).

In Italia la vaccinazione contro l'epatite B è stata introdotta nel 1991 per tutti i nuovi nati ed i dodicenni, pertanto ha coinvolto tutte le coorti di nascita a partire dal 1980. Inoltre entrambe le vaccinazioni sono fortemente raccomandate ed offerte gratuitamente ai soggetti appartenenti a gruppi a rischio di contrarre l'infezione, tra cui i tossicodipendenti. Pertanto, tutti i casi di epatite A e B notificati nell'ultimo quinquennio al SEIEVA avrebbero potuto essere prevenuti attraverso la vaccinazione. Un'alta percentuale di casi di epatite A (35,8%) e B (45,5%) in tossicodipendenti, era in contatto con i SerD, questo avrebbe dovuto facilitare l'accesso alla vaccinazione.

Dall'analisi dei dati della sorveglianza SEIEVA si evince che i casi di epatite virale acuta in soggetti tossicodipendenti hanno avuto un evidente calo negli ultimi venti anni. Nel periodo di studio si osserva in particolare una tendenza verso la riduzione soprattutto dei casi di epatite B per la quale si è passati dai circa 200 casi annui nei primi anni (1991-1993) a 13 casi segnalati nel 2017. Questa importante diminuzione è sicuramente attribuibile all'obbligo vaccinale per epatite B introdotto in Italia per legge nel 1991 per tutti i nuovi nati ed i dodicenni (la vaccinazione dei dodicenni è stata sospesa nel 2003 al ricongiungimento delle 2 coorti target del programma vaccinale).

Il raggiungimento di coperture vaccinali uguali o superiori al 95% ha favorito l'interruzione della circolazione virale e contribuito alla drastica diminuzione dell'incidenza di malattia. In aggiunta all'obbligo vaccinale per i bambini, ai tossicodipendenti sono fortemente raccomandate le vaccinazioni anti-epatite A e anti-epatite B e la loro offerta è garantita nell'ambito del percorso assistenziale previsto per loro all'interno di strutture sanitarie specifiche, quali i SerD. Continuano tuttavia ad essere notificati ogni anno casi in questo gruppo di popolazione.

Dai dati della sorveglianza dell'ultimo quinquennio emerge che il 35% dei casi in tossicodipendenti di epatite acuta A e oltre il 45% dei casi di epatite acuta B vengono seguiti dai SerD. Solo alcuni di questi Servizi offrono direttamente a tale categoria di soggetti le vaccinazioni anti-epatite A e anti-epatite B, mentre i restanti demandano tale compito ai servizi territoriali di vaccinazione che non effettuano offerta attiva, creando un'importante barriera all'accesso alla vaccinazione.

8.3 HIV e AIDS tra i consumatori per via iniettiva

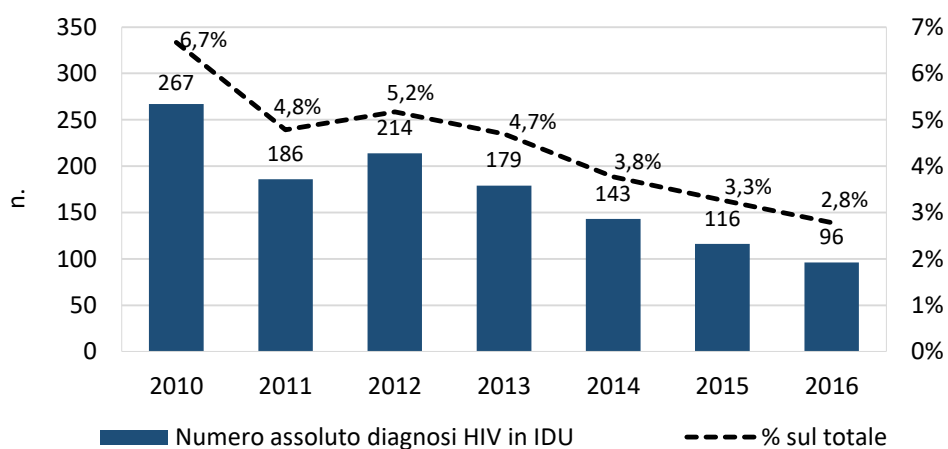
Fonte dei dati: Istituto Superiore di Sanità (ISS) - Centro Operativo AIDS (COA); Reparto di Epidemiologia del Dipartimento Malattie infettive

Il Sistema di sorveglianza delle nuove diagnosi di infezione da HIV è stato istituito con il Decreto del Ministero della Salute del 31 marzo 2008 e dal 2012 tutte le Regioni hanno attivato un Sistema di sorveglianza raggiungendo così una copertura del 100%. Il Decreto Ministeriale ha affidato al Centro Operativo AIDS (COA) il compito di raccogliere le segnalazioni, gestire e analizzare i dati e assicurare il ritorno delle informazioni al Ministero della Salute. Al Sistema di sorveglianza vengono notificati i casi a cui viene fatta per la prima volta la diagnosi di infezione da HIV, a prescindere dalla presenza di sintomi AIDS-correlati

I dati vengono raccolti dalle regioni ed inviati al COA che provvede all'analisi periodica e alla pubblicazione e diffusione di un rapporto annuale. Tali dati sono soggetti a continui aggiornamenti, passibili di correzioni, riallocazioni di casi in seguito a verifiche puntuali e a integrazioni di informazioni mancanti o incongruenti relative ad anni pregressi. La revisione e l'aggiornamento dei dati potrebbero quindi determinare delle variazioni nelle tabelle riportate di seguito se confrontate con quelle riportate nelle precedenti Relazioni al Parlamento.

In Italia nell'anno 2016 sono state notificate 96 nuove diagnosi di HIV tra i consumatori di sostanze psicoattive per via iniettiva, i cosiddetti IDU (*Injecting Drug Users*), corrispondenti al 2,8% di tutte le nuove diagnosi (3.451 casi) pervenute al COA e riferite all'anno in esame. Negli anni tale quota registra un progressivo decremento: dal 6,7% delle diagnosi totali nel 2010 al 4,7% nel 2013 a quasi il 3% nel 2016.

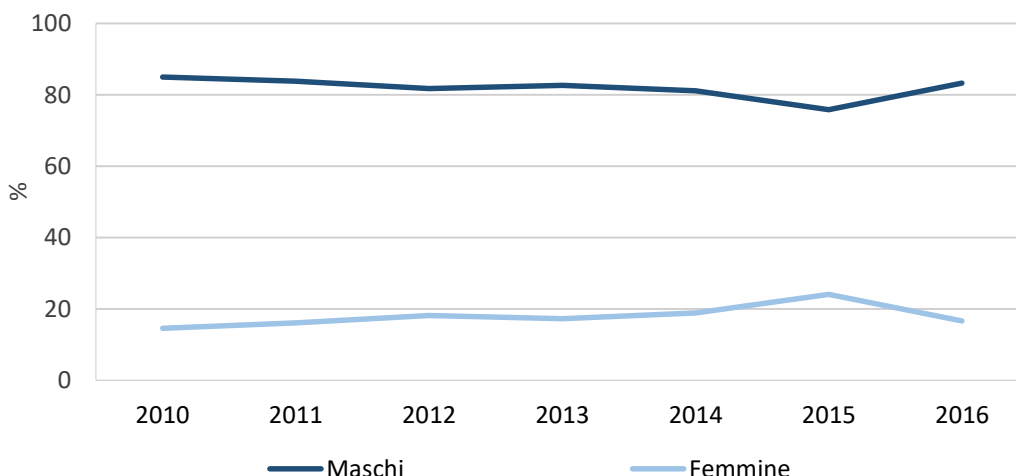
Fig. 8.3.1 - Distribuzione del numero delle nuove diagnosi HIV tra soggetti IDU e percentuale sul totale delle diagnosi HIV notificate nell'anno



Fonte: Istituto Superiore di Sanità - Anni 2010-2016

Dal 2010, l'83,3% delle nuove diagnosi di HIV tra gli IDU ha riguardato consumatori di genere maschile, proporzione che rimane costante negli anni, fatta eccezione per l'anno 2015 durante il quale la quota raggiunge il 76%.

Fig. 8.3.2 - Distribuzione percentuale delle diagnosi HIV tra soggetti IDU secondo il genere

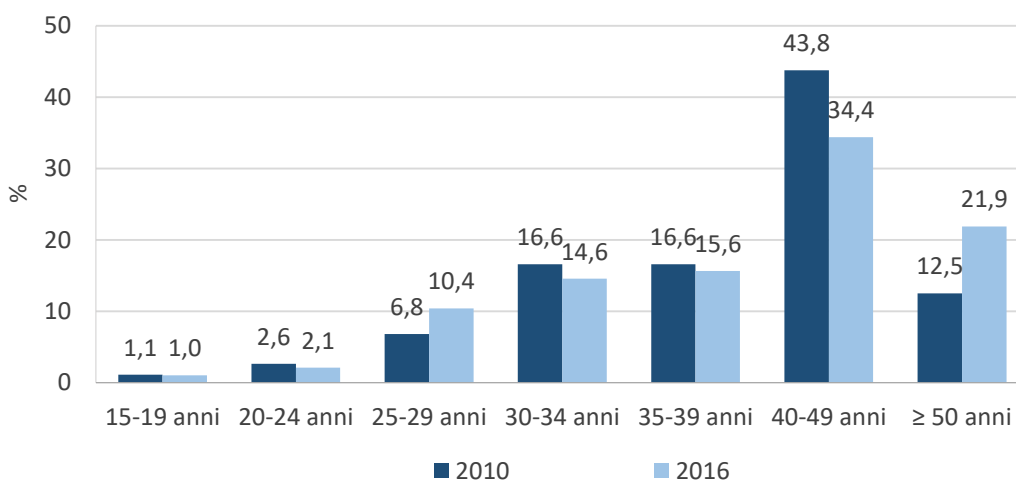


Fonte: Istituto Superiore di Sanità - Anni 2010-2016

L'età mediana al momento della diagnosi di infezione da HIV dei casi IDU registrati al 2010 risulta di 41 anni, senza differenze di genere, risultando sostanzialmente costante nel tempo, fatta eccezione per il valore massimo di 43,5 anni raggiunto nel 2014 tra le donne.

L'incidenza dei nuovi casi di HIV tra gli IDU aumenta con l'età fino a raggiungere il picco massimo fra i 40 ed i 49 anni (34%), dopodiché l'incidenza di soggetti HIV positivi tende a ridursi, è tuttavia proprio fra i soggetti over 50 che si rileva un incremento di nuovi casi (12,5% nel 2010; 21% nel 2014; 22% nel 2016).

Fig. 8.3.3 - Distribuzione percentuale delle diagnosi HIV tra soggetti IDU per classi di età. Confronto anni 2010-2016



Fonte: Istituto Superiore di Sanità - Anni 2010 e 2016

Il 19,8% delle persone diagnosticate con HIV è di nazionalità straniera (19 casi), per la maggior parte provenienti da Paesi dell'Europa Orientale (9 casi) e dell'Africa (6 casi); i restanti 4 casi provengono da Paesi asiatici e dell'America centro-meridionale.

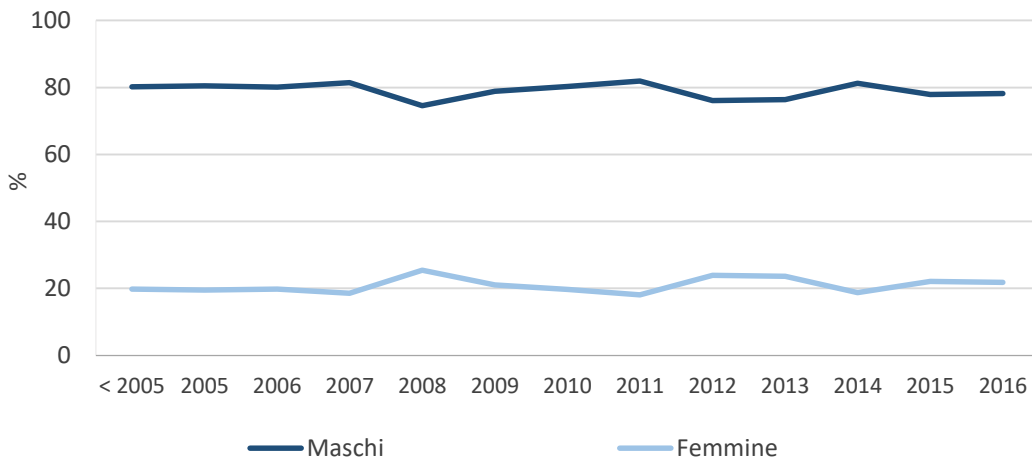
Le nuove diagnosi di HIV tra i soggetti IDU di nazionalità straniera rappresentano l'1,6% di tutte le nuove diagnosi riferite a soggetti stranieri (1.224 soggetti); tra i soggetti IDU di nazionalità italiana tale quota rappresenta il 3,5%. Gli uomini IDU di nazionalità straniera con nuova diagnosi HIV risultano più giovani rispetto agli italiani: la loro età mediana è di 31 anni (contro i 44 anni degli uomini di nazionalità italiana). Considerando solo i casi notificati per i quali è stato riportato il motivo del test (che rappresentano l'88,5% dei 96 casi), il 25% delle persone IDU con nuova diagnosi HIV ha eseguito il test per la presenza di sintomi HIV-correlati, il 22% a seguito di un comportamento sessuale a rischio, il 21% su proposta dei SerD e il 4% delle strutture penitenziarie o comunità terapeutiche. Al 14% è stata accertata la diagnosi durante un ricovero ospedaliero o accertamento sanitario per altra patologia e al 9% durante i controlli di routine. Considerando le nuove diagnosi che riportano il numero di linfociti CD4 alla prima diagnosi di infezione da HIV (pari al 90,6% dei casi segnalati), si rileva che il 27,6% dei nuovi casi IDU riporta un numero di linfociti inferiore a 200 cell/ μ L, mentre per il 43,7% risulta inferiore a 350 cell/ μ L.

In Italia, la raccolta sistematica dei dati sui casi di Sindrome da Immunodeficienza Acquisita (AIDS) è iniziata nel 1982 e nel giugno 1984 è stata formalizzata in un Sistema di sorveglianza nazionale attraverso il quale vengono segnalati i casi di malattia diagnosticati dalle strutture cliniche del Paese. Con il Decreto Ministeriale del 28/11/1986, l'AIDS è divenuta una malattia infettiva a notifica obbligatoria. Dal 1987, il Sistema di sorveglianza è gestito dal COA che provvede alla raccolta e archiviazione nel Registro Nazionale AIDS (RNAIDS), all'analisi periodica dei dati e alla pubblicazione e diffusione di un rapporto annuale. I criteri di diagnosi di AIDS adottati sono stati, fino al 1993, quelli della definizione di caso della *WHO/Centers for Disease Control and Prevention* (CDC) del 1987.

A partire dal 1/7/1993, la definizione di caso adottata in Italia si attiene alle indicazioni del Centro Europeo della WHO che, alla lista iniziale di patologie, aggiunge altre tre patologie indicative di AIDS: la tubercolosi polmonare, la polmonite ricorrente e il carcinoma invasivo della cervice uterina. La distribuzione temporale dei casi è influenzata dal ritardo di notifica, cioè dal tempo che intercorre tra la data della diagnosi e il momento in cui la notifica perviene al COA, determinando una sottostima transitoria nel numero di nuovi casi, particolarmente evidente nell'ultimo anno di diagnosi. Anche questo sistema di sorveglianza è continuamente aggiornato dal flusso delle segnalazioni in entrata determinando variazioni e correzioni: per tale motivo i dati riportati nel presente paragrafo e riferiti agli anni precedenti al 2016 potrebbero avere subito delle variazioni rispetto a quanto riportato nelle Relazioni precedenti.

Nel 2016 sono stati diagnosticati 78 casi di AIDS tra soggetti consumatori di sostanze psicoattive per via iniettiva: 61 diagnosi riguardano uomini (78,2%) e 10 sono relative a soggetti di nazionalità straniera (pari al 12,8% dei casi totali), con proporzione per genere che rimane sostanzialmente stabile nel corso degli anni.

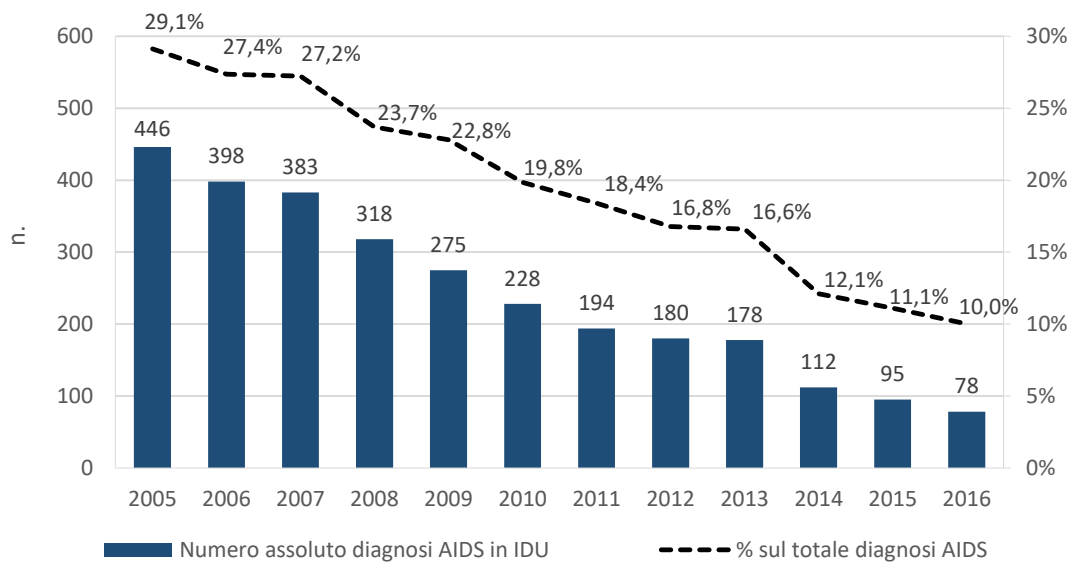
Fig. 8.3.4 - Distribuzione percentuale delle nuove diagnosi di AIDS tra soggetti IDU secondo il genere



Fonte: Istituto Superiore di Sanità - Anni fino al 2016

Le nuove diagnosi di AIDS tra i soggetti IDU nel 2016 rappresentano il 10% di tutti i casi di AIDS notificati nell'anno (778 casi): se nel totale dei casi di AIDS registrati al RNAIDS il 51% è rappresentato da soggetti IDU, tale quota mostra una progressiva diminuzione nel corso degli anni (fino al 2005 le diagnosi di AIDS tra i soggetti IDU rappresentavano il 58% del totale).

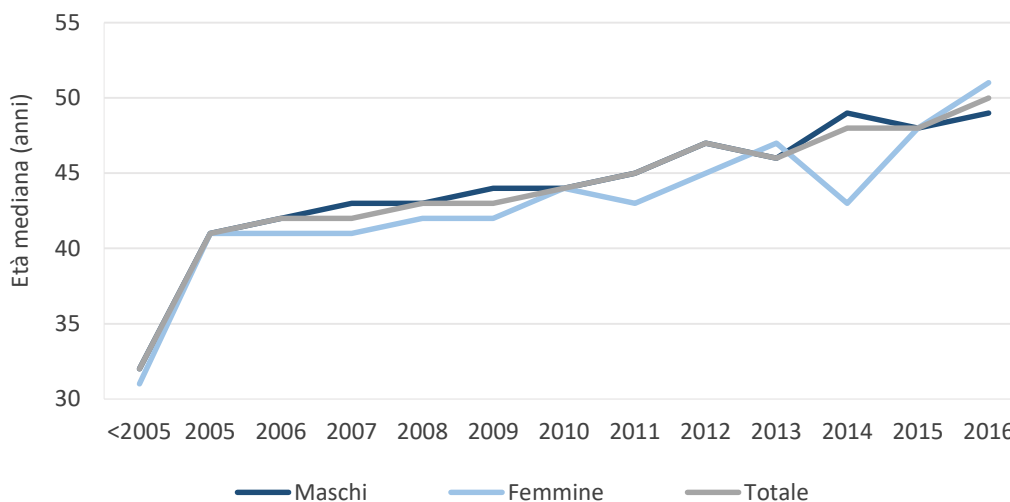
Fig. 8.3.5 - Distribuzione assoluta delle diagnosi AIDS tra soggetti IDU e percentuale sul totale delle diagnosi AIDS notificate nell'anno



Fonte: Istituto Superiore di Sanità - Anni 2005-2016

L'età mediana alla diagnosi di AIDS tra gli IDU è pari a 50 anni (M = 49 anni; F = 51 anni) mostrando un aumento progressivo nel tempo in entrambi i generi. Se infatti prima del 2005 l'età mediana era di 32 anni per gli uomini e 31 per le donne, nel 2010 ha raggiunto i 44 anni in entrambi i generi e nel 2013 rispettivamente i 46 e 47 anni.

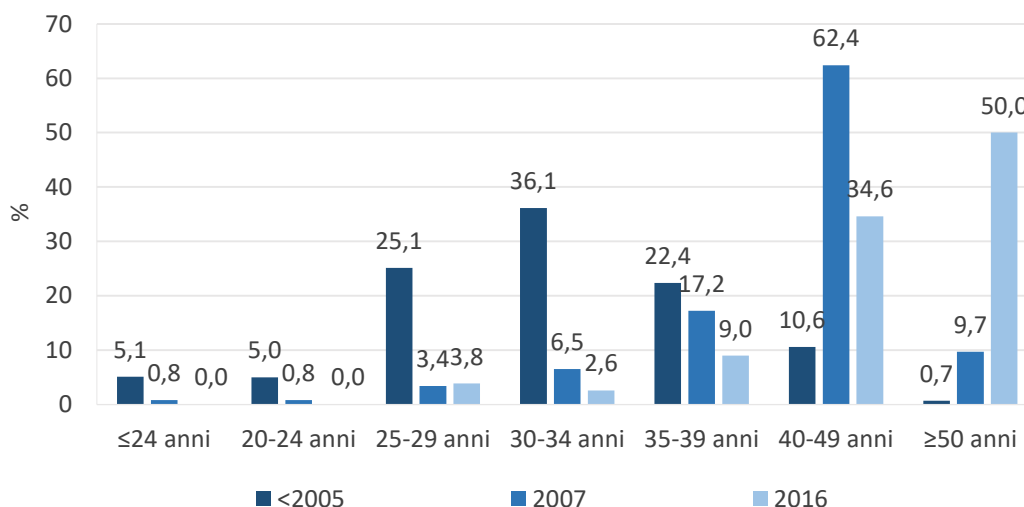
Fig. 8.3.6 - Età mediana dei nuovi casi di AIDS tra soggetti IDU secondo il genere



Fonte: Istituto Superiore di Sanità - Anni fino al 2016

Il 50% dei nuovi casi di AIDS tra gli IDU risulta avere più di 49 anni inoltre nella classe di età 40-49 anni si concentra il 35% dei nuovi casi. Negli anni si registra un aumento considerevole della quota dei casi di età superiore a 49 anni: prima del 2005 tale quota corrispondeva allo 0,7% per passare al 9,7% nel 2007 e alla metà dei casi nel 2016.

Fig. 8.3.7 - Distribuzione percentuale delle diagnosi AIDS tra soggetti IDU per classi di età

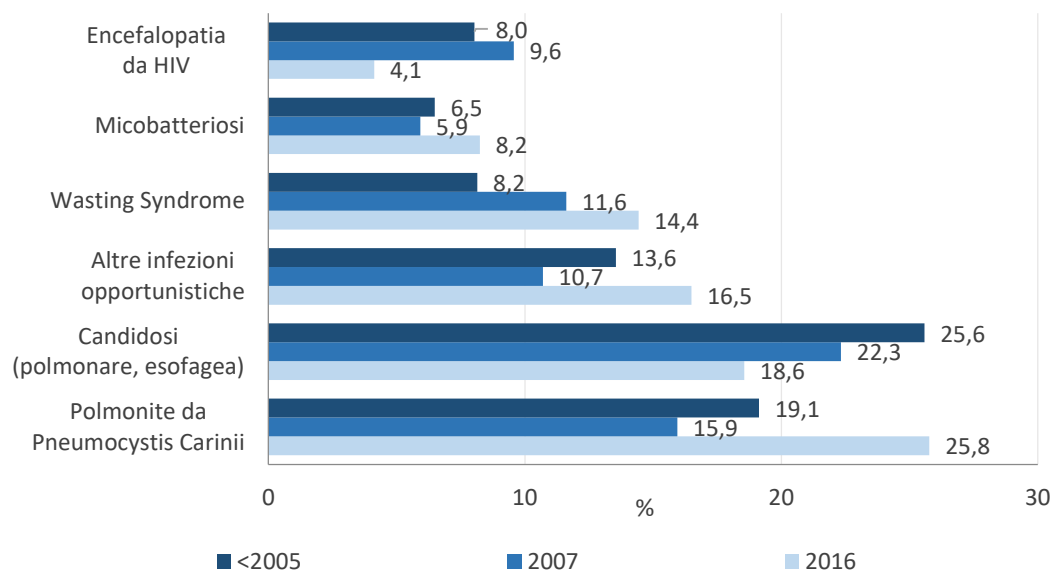


Fonte: Istituto Superiore di Sanità - Anni fino al 2005, 2007 e 2016

Il 29% delle patologie indicative di AIDS tra gli IDU è rappresentato dal gruppo delle infezioni parassitarie e il 21% da quella delle fungine, mostrando per queste ultime una diminuzione nel tempo: fino al 2005 le infezioni fungine costituivano il 29% delle patologie presenti all'esordio della malattia. La principale patologia indicativa di AIDS tra gli IDU è la polmonite da *Pneumocystis carinii*, registrata nel 25,8% dei casi, seguono la candidosi polmonare ed esofagea (del gruppo delle infezioni fungine), altre infezioni opportunistiche, la wasting syndrome e la micobatteriosi disseminata o extrapolmonare (rispettivamente 18,6%, 16,5%, 14,4% e 8,2% dei casi).

Nel tempo si registra un aumento delle patologie di polmonite da *Pneumocystis carinii* e della wasting syndrome (fino al 2005 rappresentavano rispettivamente il 19% e 8-9%) e, nello stesso tempo, un calo delle candidosi polmonari ed esofagee (fino al 2005 corrispondevano al 26-27% dei casi).

Fig. 8.3.8 - Distribuzione percentuale delle patologie indicative di AIDS più frequenti tra i nuovi casi di AIDS in IDU



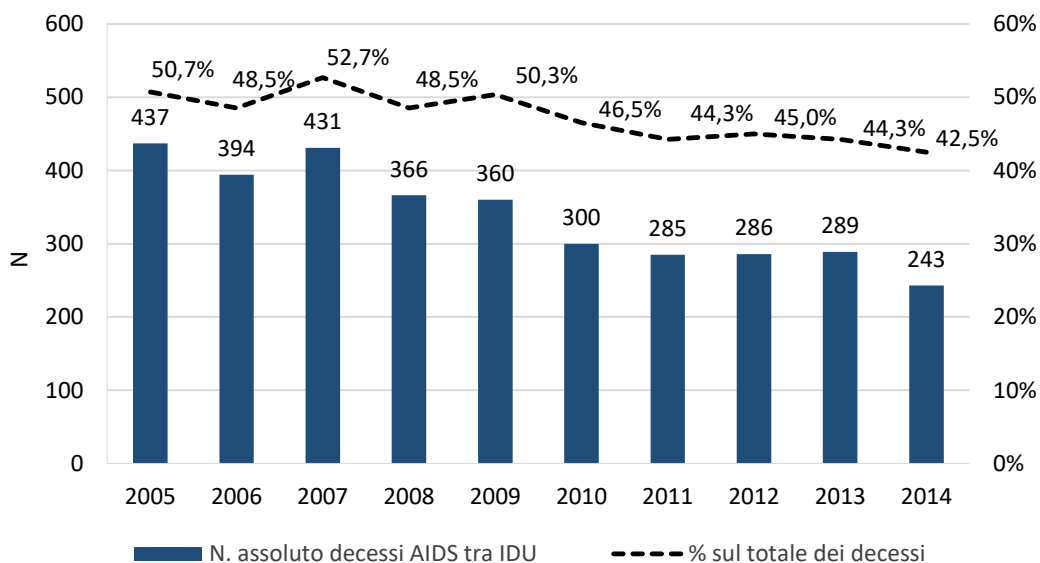
Fonte: Istituto Superiore di Sanità - Anni fino al 2005, 2007 e 2016

Per il 30% dei nuovi casi di AIDS in IDU la diagnosi di AIDS è avvenuta a 6 mesi o meno dal primo test HIV positivo, suggerendo che quasi un terzo degli IDU arriva allo stadio di AIDS conclamato ignorando la propria sieropositività. La quota di questi soggetti è in costante aumento, passando dal 15% degli anni fino al 2005 al 18% nel 2007 a valori che oscillano tra il 22% e il 31% negli anni successivi.

La segnalazione di decesso per AIDS non è obbligatoria. Per questo motivo dal 2006 il COA, in collaborazione con l'ISTAT e con l'IRCCS Centro di Riferimento Oncologico di Aviano, ha avviato uno studio per aggiornare lo stato in vita di tutte le persone incluse nel RNAIDS. I dati delle persone con AIDS diagnosticate tra il 1999 e il 2016 sono stati incrociati, attraverso una procedura automatizzata e anonima di *record linkage*, con quelli del Registro di mortalità dell'ISTAT. Pertanto, i dati sulla mortalità in persone con AIDS sono stati validati fino al 2014, ultimo anno disponibile nel database di mortalità dell'ISTAT.

Nel 2014 i decessi di soggetti IDU inclusi nel registro RNAIDS sono stati 243, pari al 42,5% delle persone facenti parte del registro nazionale e decedute nell'anno. Nel corso degli anni oltre a diminuire nel complesso il numero dei decessi AIDS-correlati, sono diminuiti anche i decessi di IDU con AIDS così come la quota di decessi in persone con AIDS attribuibili alla modalità iniettiva di assunzione delle sostanze (negli anni antecedenti al 2005 la quota raggiungeva il 64,2%).

Fig. 8.3.9 - Numero di decessi tra i soggetti IDU inclusi nel RNAIDS e percentuale sul totale dei decessi per AIDS avvenuti nell'anno



Fonte: Istituto Superiore di Sanità - Anni 2005-2014

Capitolo 9

RICOVERI OSPEDALIERI, INCIDENTI STRADALI E MORTALITÀ

9.1 Ricoveri ospedalieri droga-correlati

Fonte dei dati: Elaborazioni Istituto nazionale di Statistica (ISTAT) su dati del Ministero della Salute

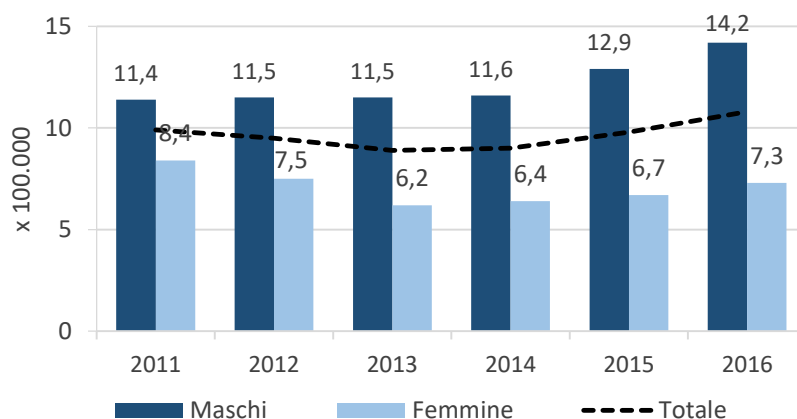
Nota: i dati sono riferiti al 2016, annualità più recente resa disponibile dal soggetto originatore del contributo

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, basato su un unico percorso di trattamento, peraltro incentrato solo sulla fase di acuzie, presenta a tutt'oggi molti limiti. È 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.

La mole di contatti con il Servizio Sanitario Nazionale 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.

Dall'analisi delle Schede di Dimissione Ospedaliera (SDO) risulta che nel 2016 in Italia i ricoveri con diagnosi principale droga-correlata sono stati 6.575, corrispondenti a 10,8 ricoveri ogni 100.000 residenti. La frequenza di ricoveri negli uomini è quasi doppia rispetto alle donne (M = 4.283; F = 2.292). L'andamento temporale dei tassi annuali di ospedalizzazione, totali e per genere, conferma il trend in aumento dal 2013, in controtendenza rispetto al calo generalizzato delle dimissioni ospedaliere nel loro complesso. Nell'ultimo anno l'incremento rispetto al 2015 è stato pari al 10% ed è stato leggermente più elevato nel genere maschile, passando da 12,9 a 14,2 ricoveri per 100.000 residenti maschi (Fig. 9.1.1).

Fig. 9.1.1 - Andamento temporale dei tassi di ospedalizzazione per ricoveri con diagnosi principale droga-correlata. Tassi standardizzati per 100.000 residenti

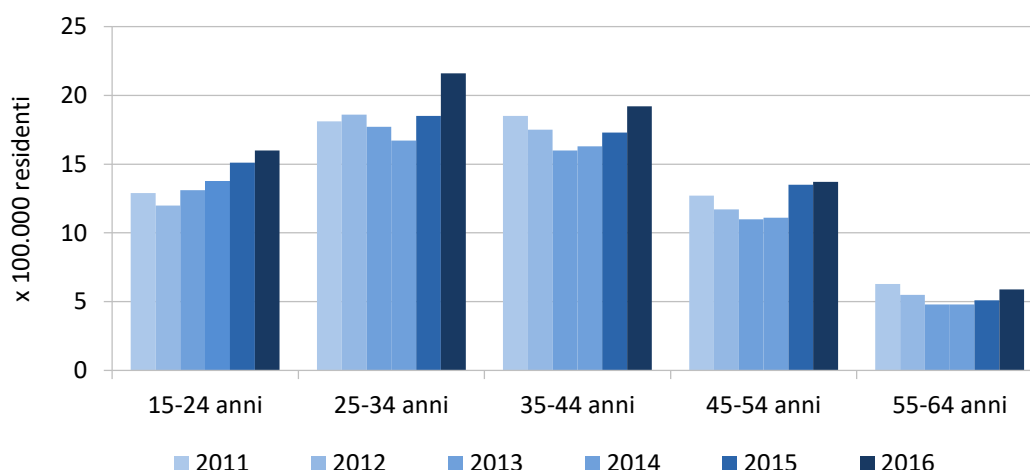


Fonte: Elaborazioni ISTAT su dati del Ministero della Salute - Anni 2011-2016

Rispetto alle classi età, quasi la metà dei ricoveri con diagnosi principale droga-correlata (48,8%) riguarda pazienti tra i 25 e i 44 anni. I tassi di ospedalizzazione più elevati si registrano nella classe di età 25-34 anni (21,6 per 100.000 residenti) e 35-44 anni (19,2).

In queste fasce di età è significativo l'aumento dei tassi rispetto al 2015. Si evidenzia inoltre come, a partire dal 2012, il tasso di ospedalizzazione della fascia di età 15-24 anni sia in costante aumento, passando da 12 a 16 per 100.000 residenti (Fig. 9.1.2).

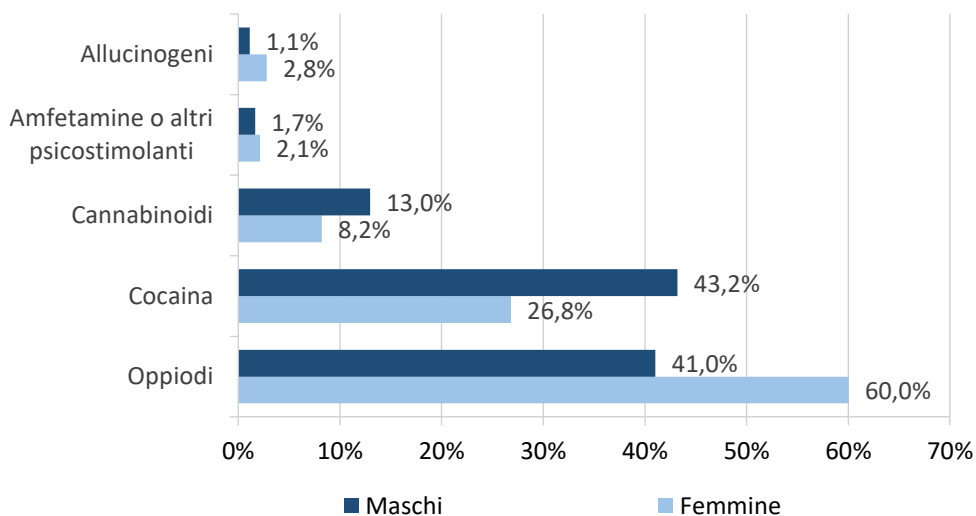
Fig. 9.1.2 - Andamento temporale dei tassi di ospedalizzazione per ricoveri con diagnosi principale droga-correlata. Tassi specifici per età per 100.000 residenti



Fonte: Elaborazioni ISTAT su dati del Ministero della Salute - Anni 2011-2016

L'analisi dei ricoveri, effettuata rispetto alla sostanza stupefacente riportata in diagnosi principale, risulta fortemente influenzata dall'elevata percentuale di SDO che fanno riferimento a sostanze miste o non specificate. Complessivamente, nel 2016 il 58,5% delle SDO con diagnosi principale droga-correlata appartiene a questa categoria (50,5% per gli uomini e 73,5% per le donne). Il 18,8% della restante quota di ricoveri droga-correlati è riferibile al consumo di oppioidi, il 16,4% di cocaina, il 4,9% di cannabis e l'1,4% per altre. Tali percentuali, rapportate ai ricoveri con sostanza stupefacente specificata, corrispondono rispettivamente al 45,3%, 39,6%, 11,9% e 3,2% e nel confronto di genere, tra gli uomini risulta una percentuale maggiore di ricoveri per consumo di cocaina e cannabinoidi, mentre tra le donne risulta superiore quella per oppioidi, amfetamine o allucinogeni (Fig. 9.1.3).

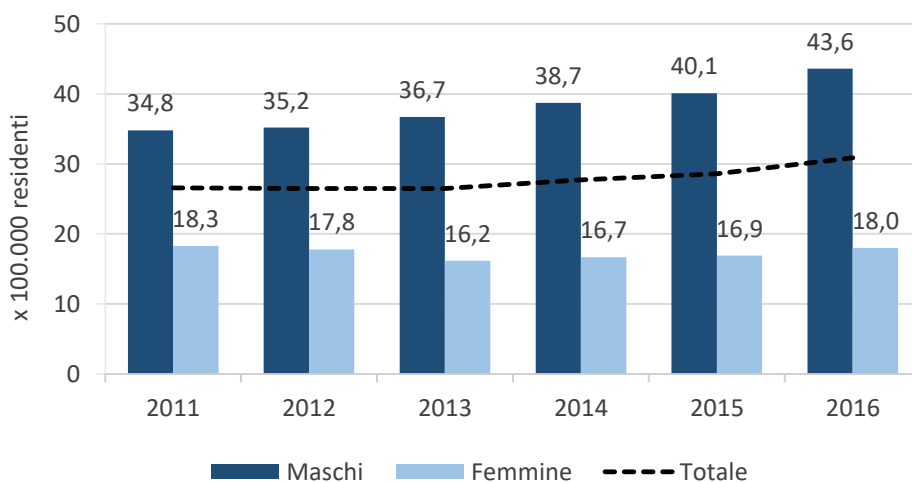
Fig. 9.1.3 - Distribuzione percentuale per genere dei ricoveri con diagnosi principale droga-correlata e sostanza stupefacente specificata



Fonte: Elaborazioni ISTAT su dati del Ministero della Salute - Anno 2016

Considerando tutte le diagnosi riportate nelle SDO (principali o secondarie), i ricoveri droga-correlati nel 2016 passano da 6.575 (facendo riferimento alla sola diagnosi principale), a 18.934. Il 70,3% di questi ultimi riguarda il genere maschile e il 49,1% persone di età compresa tra 25 e 44 anni. Il tasso di ospedalizzazione per diagnosi multiple droga-correlate ammonta a 30,9 ricoveri per 100.000 residenti e negli uomini risulta quasi 2,5 volte superiore a quello femminile (M = 43,6; F = 18,0). Negli anni si osserva un aumento dei tassi di ospedalizzazione per diagnosi multiple (che nel 2015 risultava dell'8,0%), soprattutto tra gli uomini (nel 2015 il tasso risulta dell'8,7% e nelle donne del 6,5%).

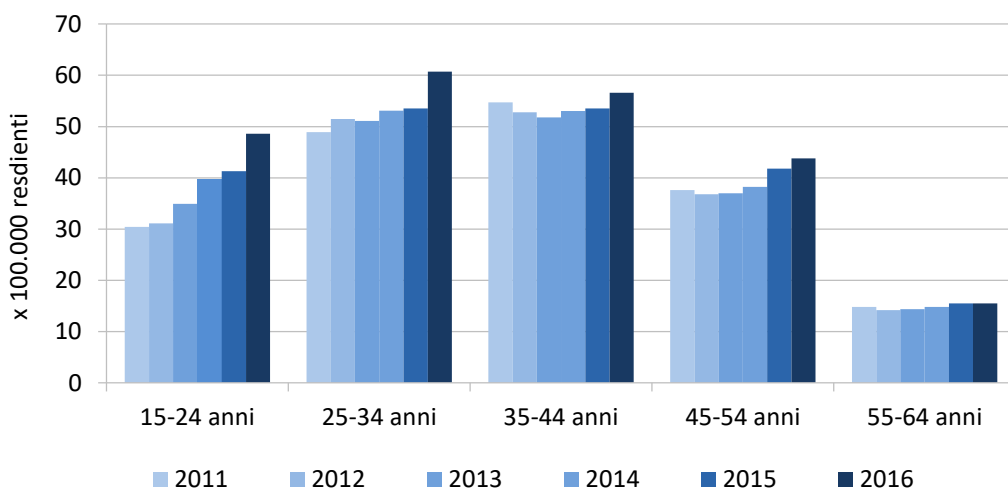
Fig. 9.1.4 - Andamento temporale dei tassi di ospedalizzazione per ricoveri con diagnosi principale o secondaria droga-correlata. Tassi standardizzati per 100.000 residenti



Fonte: Elaborazioni ISTAT su dati del Ministero della Salute - Anni 2011-2016

L'analisi estesa a tutte le diagnosi conferma per le fasce d'età 25-34 anni e 35-44 anni tassi di ospedalizzazione più elevati, pari rispettivamente a 60,7 e 56,6 ogni 100.000 residenti. L'andamento temporale mostra un aumento del tasso di ospedalizzazione nella fascia 15-34 anni: per i 15-24enni si passa da 41,3 ricoveri per 100.000 residenti nel 2015 a 48,6 ricoveri per 100.000 residenti nel 2016, per i 25-34enni da 53,5 a 60,7 ricoveri ogni 100.000 residenti.

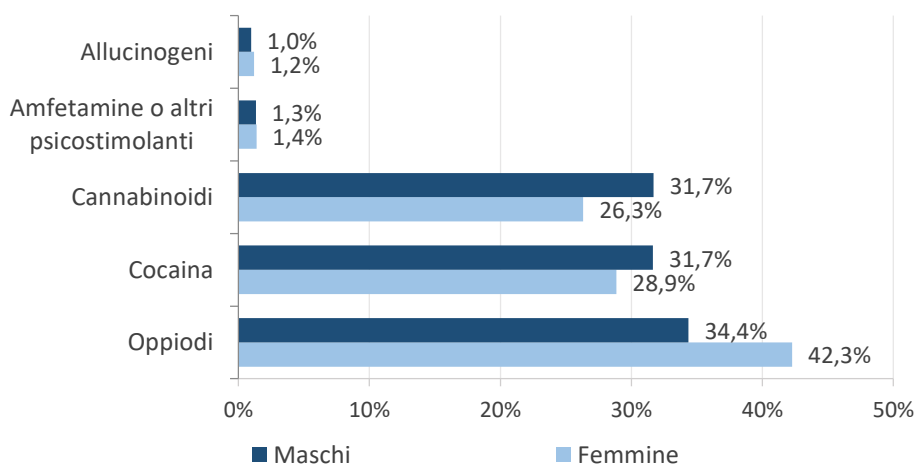
Fig. 9.1.5 - Andamento temporale dei tassi di ospedalizzazione per ricoveri con diagnosi principale o secondaria droga-correlata. Tassi specifici per età per 100.000 residenti



Fonte: Elaborazioni ISTAT su dati del Ministero della Salute - Anni 2011-2016

Tra le diagnosi con almeno una sostanza specificata il 36,1% delle dimissioni è riferibile al consumo di oppioidi, il 31,0% a quello di cocaina, il 30,5% di cannabinoidi e il restante 2,3% di amfetamine o allucinogeni. Le differenze di genere, rispetto all'analisi riferita alla diagnosi principale, si attenuano, pur confermando tra gli uomini una maggiore frequenza di ricoveri per consumo di cocaina e cannabinoidi.

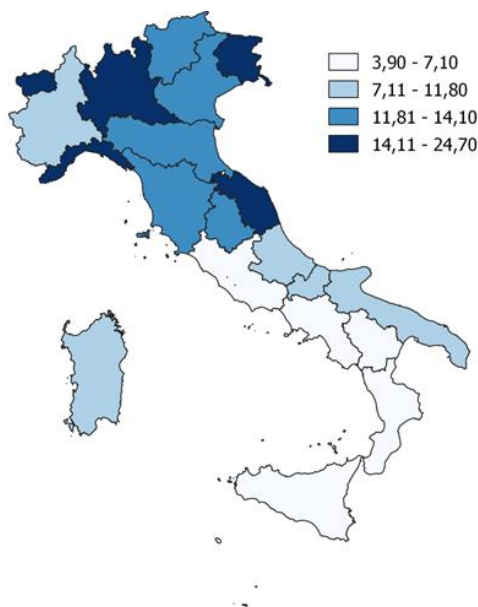
Fig. 9.1.6 - Distribuzione percentuale dei ricoveri con diagnosi principale o secondaria droga-correlata e sostanza stupefacente specificata per genere



Fonte: Elaborazioni ISTAT su dati del Ministero della Salute - Anno 2016

I tassi regionali dei ricoveri con diagnosi principale droga-correlata mostrano i valori maggiori nelle regioni del centro-nord (ad esclusione del Piemonte), mentre nelle regioni centro-meridionali della fascia tirrenica, dal Lazio alla Sicilia si osservano quelli più bassi.

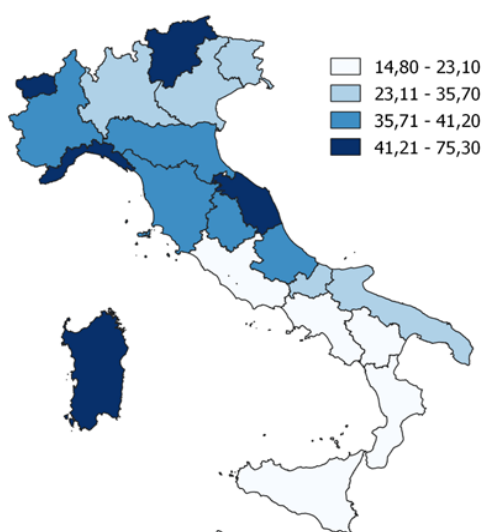
Fig. 9.1.7 - Distribuzione regionale dei tassi di ospedalizzazione per ricoveri con diagnosi principale droga-correlata. Tassi standardizzati per 100.000 residenti



Fonte: Elaborazioni ISTAT su dati del Ministero della Salute - Anno 2016

Un andamento simile si rileva nella distribuzione territoriale dei tassi di ospedalizzazione per ricoveri con diagnosi principale o secondaria droga-correlata.

Fig. 9.1.8 - Distribuzione regionale dei tassi di ospedalizzazione per ricoveri con diagnosi principale o secondaria droga-correlata. Tassi standardizzati per 100.000 residenti



Fonte: Elaborazioni ISTAT su dati del Ministero della Salute - Anno 2016

9.2 Incidenti stradali droga-correlati

Fonte dei dati: Istituto nazionale di Statistica (ISTAT) - Direzione centrale per le statistiche sociali e il censimento della popolazione - Servizio Sistema integrato salute, assistenza, previdenza e giustizia

Nota: i dati sono riferiti al 2016, annualità più recente resa disponibile dal soggetto originatore del contributo

La rilevazione degli incidenti stradali condotta dall'ISTAT, con la compartecipazione dell'Automobile Club d'Italia (ACI) e delle Regioni aderenti a un Protocollo di intesa, oltre ai dati sui principali aspetti dell'evento, raccoglie informazioni anche sulla circostanza presunta di incidente stradale, limitatamente ai conducenti dei primi due veicoli coinvolti.

Nel 2016, in Italia si sono verificati 175.791 incidenti stradali con lesioni a persone, che hanno provocato il decesso di 3.283 persone (entro il 30° giorno) e il ferimento di altre 249.175. Rispetto al 2015, il numero di incidenti aumenta dello 0,7%, quello dei feriti dello 0,9%. Il numero dei deceduti si riduce rispetto al 2015 (-145 unità, pari a -4,2%): il tasso di mortalità stradale passa da 55,6 a 54,2 morti per milione di abitanti tra il 2015 e il 2016 e, rispetto al 2010, le vittime della strada diminuiscono del 20,2%. Nell'ambito dei comportamenti errati di guida, il 41,5% delle circostanze accertate o presunte dagli organi di rilevazione nel 2016 è dovuto a distrazione, mancato rispetto delle regole di precedenza e velocità troppo elevata, mentre il 5,6% è attribuito ad "altre cause", tra le quali risultano comprese quelle dovute all'alterazione dello stato psicofisico del conducente o del pedone, risultando sostanzialmente invariate rispetto all'anno precedente.

La rilevazione ISTAT degli incidenti stradali, pur consentendo di produrre un ricco set di informazioni, presenta alcuni gap di informazione e difficoltà nel reperimento dei dati e, a causa del numero considerato sottostimato di casi comunicati dagli Organi di rilevazione, l'Istat ha scelto, nel 2010, di sospendere la diffusione dei dati puntuali sugli incidenti stradali dettagliati per le circostanze legate allo stato psicofisico alterato (stato di ebbrezza e uso di sostanze stupefacenti e psicotrope). A tal proposito, inoltre, il Codice della Strada - C.d.S. (D.L. n. 285/1992) prevede la possibilità di rifiuto, da parte dei conducenti coinvolti, di sottoporsi agli accertamenti sullo stato psico-fisico. In questo caso, salvo che il fatto costituisca più grave reato, vengono applicate le sanzioni di cui al comma 2 dell'art. 186 del C.d.S., ma non viene inviata all'Istat l'informazione sulla sanzione. Per fornire elementi di valutazione alternativi sono state quindi considerate altre fonti ufficiali di dati ed esaminati i contenuti e le potenzialità informative. In particolare, sono state analizzate le informazioni sulle violazioni agli articoli del C.d.S. contestate da Polizia Stradale, Arma dei Carabinieri e Polizie municipali o locali⁴.

Di particolare interesse per lo studio dell'incidentalità stradale, è l'analisi delle violazioni al Titolo V del C.d.S. (norme di comportamento): Polizia Stradale, Carabinieri e Polizie Locali dei Comuni capoluogo nel 2016 hanno contestato 40.469 violazioni per guida in stato di ebbrezza alcolica (Artt. 186 e 186 bis C.d.S.) e 4.742 violazioni per guida sotto l'influenza di sostanze stupefacenti (Art. 187 C.d.S.) che nel complesso rappresentano lo 0,6% del totale delle infrazioni rilevate nell'ambito della violazione delle norme di comportamento (Tab. 9.2.1).

⁴ Rilevazione ad hoc, condotta dall'Automobile Club d'Italia (ACI), presso i Comandi di Polizia municipale o locale dei Comuni capoluogo di provincia.

Per la guida in stato di ebbrezza diminuiscono le contravvenzioni (-5,6% rispetto al 2015), mentre sono in decisa crescita (+5%) quelle per la guida sotto l'influenza di sostanze stupefacenti, soprattutto quelle disposte dai Carabinieri (+13,5%).

Tab. 9.2.1 - Contravvenzioni elevate da Polizia Stradale, Carabinieri e Polizie Municipali per violazioni del Titolo V del C.d.S sulle norme di comportamento

C.d.S. Titolo V - Norme di comportamento		Infrazioni rilevate (Valori assoluti)			Totale
		Polizia stradale ^(a)	Carabinieri ^(b)	Polizia locale ^(c)	
Art.186	Guida in stato di ebbrezza alcolica	21.064	14.745	4.657	40.469
Art.187	Guida sotto l'influenza di sostanze stupefacenti	1.666	2.285	790	4.742
Totale violazioni al codice della strada, Titolo V - Norme di comportamento		1.698.462	469.547	5.832.908	8.000.917

Elaborazione Istat su dati (a) Ministero dell'Interno - Servizio di Polizia Stradale; (b) Comando generale Arma dei carabinieri - Statistiche operative - Registro cronologico violazioni contestate; (c) Rilevazione ACI presso i Comandi di Polizia municipale o locale dei SOLI Comuni capoluogo di provincia - Anno 2016

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, nel 2016, n. 321 etilometri (29,0% al Nord Est, 29,3% a Nord Ovest, 27,4% al Centro e 14,3% al Sud e Isole) e n. 749 precursori per la rilevazione della guida sotto l'effetto dell'alcol (17,9% al Nord Est, 39,8% a Nord Ovest, 30,4% al Centro e 11,9% al Sud e Isole)

Il Comando Generale dell'Arma dei Carabinieri, che rileva circa il 18% del totale degli incidenti stradali con lesioni, ha reso disponibili i dati sulle contravvenzioni elevate per guida sotto l'effetto di stupefacenti o di alcol in occasione di incidente stradale. Nel 2016 sono stati 831 gli incidenti stradali con lesioni a persone e per i quali almeno uno dei conducenti dei veicoli coinvolti era sotto l'effetto di sostanze stupefacenti su un totale di 31.832. Il 2,6% degli incidenti rilevati, nel complesso, dai Carabinieri nel 2016, è risultato dunque droga-correlato, 26 sono state le vittime e 1.447 i feriti coinvolti, pari rispettivamente al 2,1% e 2,9% dei totali. Tali quote approssimano per difetto la reale portata del fenomeno, in quanto i Carabinieri nel complesso intervengono per circa il 40% degli incidenti su strade extraurbane e solo in circa il 15% 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. Per un conteggio esaustivo degli incidenti stradali legati alla guida sotto l'effetto di stupefacenti e di alcol, occorre quindi, proseguire nella collaborazione anche con le Polizie Locali, i cui dati sono indispensabili al fine di completare il quadro informativo sul fenomeno.

Tab. 9.2.2 - Incidenti stradali con lesioni rilevati dai Carabinieri e violazioni al C.d.S.

Violazioni Codice della Strada	Incidenti stradali con lesioni a persone ^(a)	Vittime ^(b)	Feriti
Guida sotto l'influenza di sostanze stupefacenti (Art. 187)	831	26	1.447
Totale incidenti stradali, vittime e feriti ^(a)	31.832	1.257	49.756
Incidenti, vittime e feriti droga-correlati sul totale (%)	2,6	2,1	2,9

Elaborazione Istat su dati forniti dal Comando Generale dell'Arma dei Carabinieri - Ufficio Operazioni - Sala Operativa 2^ Sezione "Statistica". Anno 2016

(a) Totale incidenti stradali, morti e feriti rilevati dall'Arma dei Carabinieri nel 2016.

(b) Nel conteggio degli incidenti stradali droga-correlati, sono inclusi i soli incidenti per i quali almeno un conducente coinvolto, non deceduto, era sotto l'effetto di stupefacenti. Non viene effettuato di routine riscontro autoptico sui conducenti deceduti, pertanto non esiste, ad oggi, la possibilità di verificarne l'eventuale stato psicofisico alterato al momento dell'incidente.

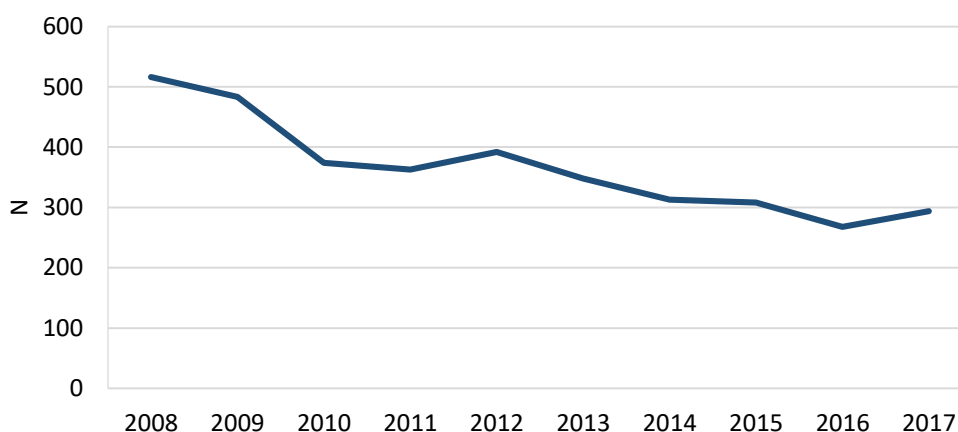
9.3 Mortalità per intossicazione acuta

Fonte dei dati: Ministero dell'Interno - Direzione Centrale Servizi Antidroga (DCSA)

Nel corso del 2017, i decessi riconducibili all'abuso di sostanze stupefacenti rilevati dalle Forze di Polizia o segnalati dalle Prefetture sono stati 294⁵, con un aumento pari al 9,7% rispetto al 2016, anno in cui i decessi droga-correlati sono stati 266.

I decessi direttamente droga-correlati, a partire dal 1973 con l'unico caso segnalato in quell'anno, sono stati complessivamente 25.069. L'andamento iniziale, con tendenza crescente, trova spiegazione nell'espansione, soprattutto negli anni ottanta e novanta, nell'endemica diffusione dell'uso di eroina, la sostanza che ancora oggi figura come causa principale di eventi letali connessi al consumo delle sostanze stupefacenti.

Fig. 9.3.1 - Numero di decessi direttamente droga-correlati



Fonte: DCSA - Anni 2008-2017

L'86,1% dei decessi avvenuti nell'ultimo anno ha riguardato uomini (253), confermando un andamento che vede da sempre minore il numero delle donne decedute per abuso di droga inferiore rispetto a quello degli uomini.

I livelli di mortalità più elevati si riscontrano a partire dai 25 anni per raggiungere i picchi massimi nella fascia di età superiore ai 40 anni (51,7%); i decessi di persone di età inferiore a 25 anni rappresentano il 9,5% dei totali, percentuale che raggiunge il 31,7% tra i decessi femminili (M = 17,0%).

⁵ Il dato non è esaustivo in quanto si riferisce alle morti attribuite in via diretta alle assunzioni di droghe e ai casi per i quali sono state interessate le Forze di Polizia. Mancano quelli indirettamente riconducibili all'uso di stupefacenti, quali i decessi conseguenti a incidenti stradali per guida in stato di alterazione psico-fisica, oppure le morti di assuntori di droghe dovute a complicazioni patologiche.

Va anche chiarito che non tutte le segnalazioni di decessi per droga che pervengono alla DCSA dalle Forze di Polizia sono poi corredate da copia degli esami autoptici e tossicologici, di cui normalmente dispone l'Autorità Giudiziaria. Pertanto il dato in questione è da considerarsi come orientamento sul fenomeno.

Tab. 9.3.1 - Decessi droga-correlati. Andamento quinquennale per genere e classi di età

Fasce di età	2013		2014		2015		2016		2017	
	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F
<15 anni	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
15-19 anni	7	1	4	0	5	2	4	1	6	4
20-24 anni	20	3	16	3	13	4	9	4	13	5
25-29 anni	35	10	24	2	15	8	16	2	24	4
30-34 anni	44	0	36	5	33	6	34	5	27	7
35-39 anni	48	10	48	1	65	7	46	7	43	9
≥40 anni	159	12	166	8	135	15	132	8	140	12
Totale	313	36	294	19	266	42	241	27	253	41
Totale	349		313		308		268		294	

Fonte: DCSA - Anni 2013-2017

La causa del decesso è stata attribuita in 148 casi all'eroina, in 53 alla cocaina, in 13 al metadone, in 2 all'MDMA (ecstasy), in 1 ai barbiturici, in 1 al mefedrone (4MMC), in 1 all'amfetamina e 1 all'LSD. In 74 casi la sostanza non è stata indicata.

Le regioni con il più elevato numero di decessi droga-correlati sono state Toscana, Lazio, Veneto, Emilia Romagna, Piemonte e Campania. Rispetto al 2016, sono stati registrati aumenti consistenti dei decessi riconducibili all'abuso di sostanze stupefacenti in Abruzzo, Puglia, Friuli Venezia Giulia e Lazio.

Tab. 9.3.2 - Distribuzione regionale dei decessi

Regioni	2017	2016	Variazione % Rispetto al 2016
Abruzzo	11	3	266,7
Basilicata	1	3	-66,7
Calabria	3	4	-25,0
Campania	22	19	15,8
Emilia Romagna	34	25	36,0
Friuli Venezia Giulia	8	4	100,0
Lazio	37	20	85,0
Liguria	7	11	-36,4
Lombardia	13	21	-38,1
Marche	13	17	-25,5
Molise	2	0	---
Piemonte	25	36	-30,6
Puglia	9	3	200,0
Sardegna	10	15	-33,3
Sicilia	4	17	-76,5
Toscana	43	28	53,6
Trentino Alto Adige	4	6	-33,3
Umbria	10	9	11,1
Valle d'Aosta	2	3	-33,3
Veneto	36	24	50,0
ITALIA	294	268	9,7

Fonte: DCSA - Anni 2016-2017

9.4 Mortalità droga-correlata

Fonte dei dati: Istituto nazionale di Statistica (ISTAT) - Direzione centrale per le statistiche sociali e il censimento della popolazione - Servizio Sistema integrato salute, assistenza, previdenza e giustizia.

Nota: i dati sono riferiti al 2015, annualità più recente resa disponibile dal soggetto originatore.

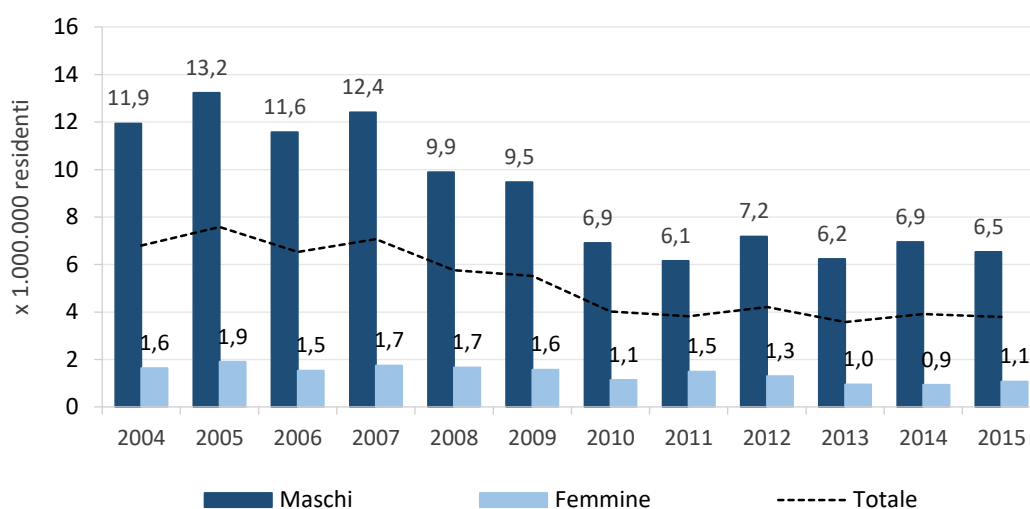
I dati rilevati dal Registro Generale di Mortalità dell'ISTAT consentono di approfondire l'analisi sulla mortalità droga-correlata. Il registro, infatti, oltre a includere tutti i decessi verificatisi sul territorio nazionale, rileva le informazioni mediche contenute nei certificati di morte, quali ad esempio la causa iniziale, le condizioni patologiche e/p altre condizioni di interesse.

Nel 2015 in Italia sono stati registrati 251 decessi con causa iniziale droga-correlata (inclusa in una lista definita dall'European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction - EMCDDA), mostrando un decremento del 45,0% e del 4,6% rispetto al 2004 e 2014 (anni durante i quali sono stati registrati rispettivamente 456 e 263 casi).

L'85,3% di questi decessi registrati nel 2015 si riferisce a persone di genere maschile, il 3,6% a persone di nazionalità straniera e il 73,7% a persone di età compresa fra 30 e 59 anni.

Analizzando il trend della mortalità droga-correlata, si evidenzia una forte diminuzione: dal 2004 al 2015 il tasso standardizzato di mortalità passa da 6,8 a 3,8 per 1.000.000 di residenti. Gli uomini mostrano costantemente livelli di mortalità più elevati: 11,9 contro 1,6 nel 2004 e 6,5 contro 1,1 nel 2015. Negli ultimi anni tuttavia l'andamento per gli uomini è altalenante, mentre per le donne il trend resta in calo con un lieve incremento solo nell'ultimo anno (Fig. 9.4.1).

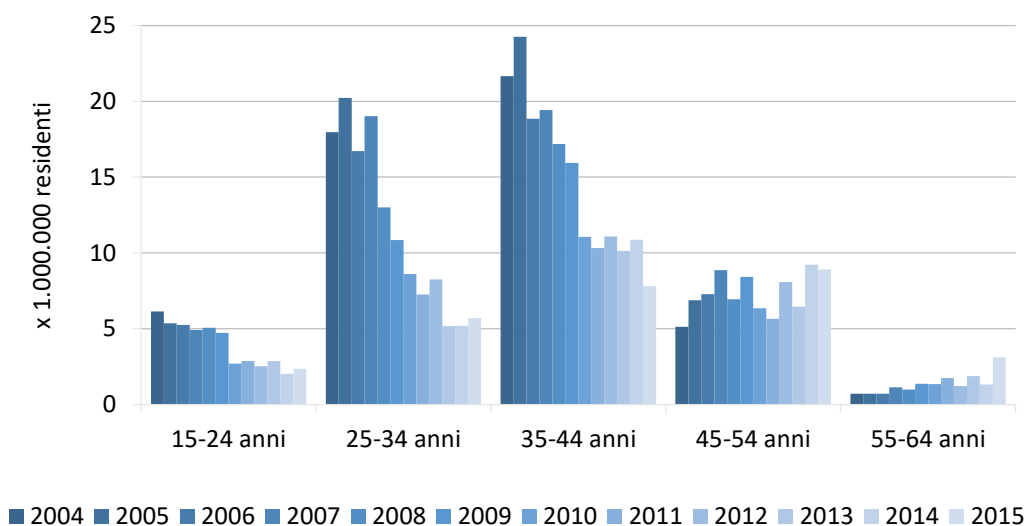
Fig. 9.4.1 - Andamento temporale dei tassi standardizzati di mortalità con causa iniziale droga-correlata per genere per 1.000.000 di residenti



Fonte: ISTAT- Anni 2004-2015

L'analisi per età evidenzia una diminuzione dei livelli di mortalità in tutte le classi, in particolare in quelle maggiormente interessate dal fenomeno (25-44 anni). Fanno eccezione i decessi fra 45 e 64 anni per i quali si registra un aumento negli anni più recenti (Fig. 9.4.2).

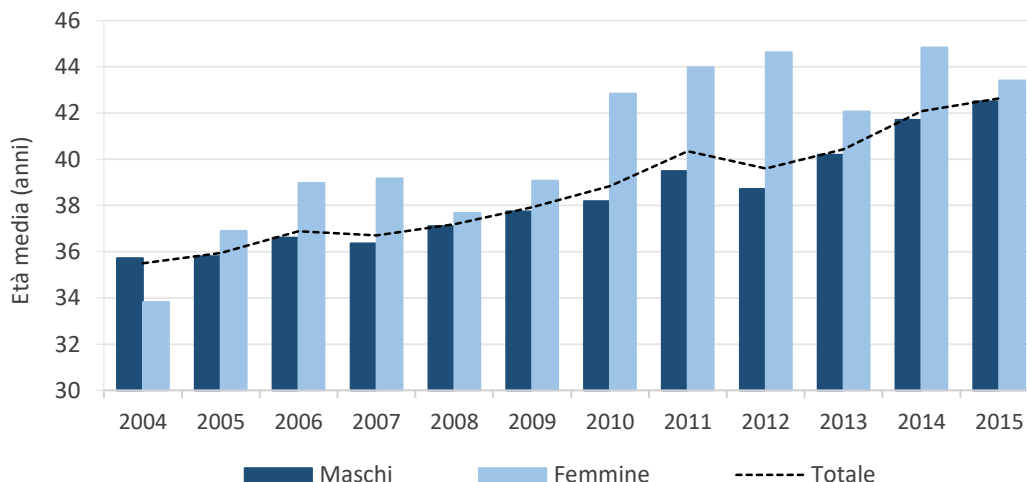
Fig. 9.4.2 - Andamento temporale dei tassi specifici di mortalità con causa iniziale droga-correlata per fasce di età per 1.000.000 di residenti dei decessi



Fonte: ISTAT - Anni 2004 - 2015

L'età media dei decessi per causa iniziale droga-correlata nel 2015 è di circa 43 anni, mostrando un aumento di 7 anni tra il 2004 e il 2015. L'età media dei decessi femminili passa da 33,8 anni a 43,4 mentre quella maschile passa da 35,7 a 42,5 (Fig. 9.4.3).

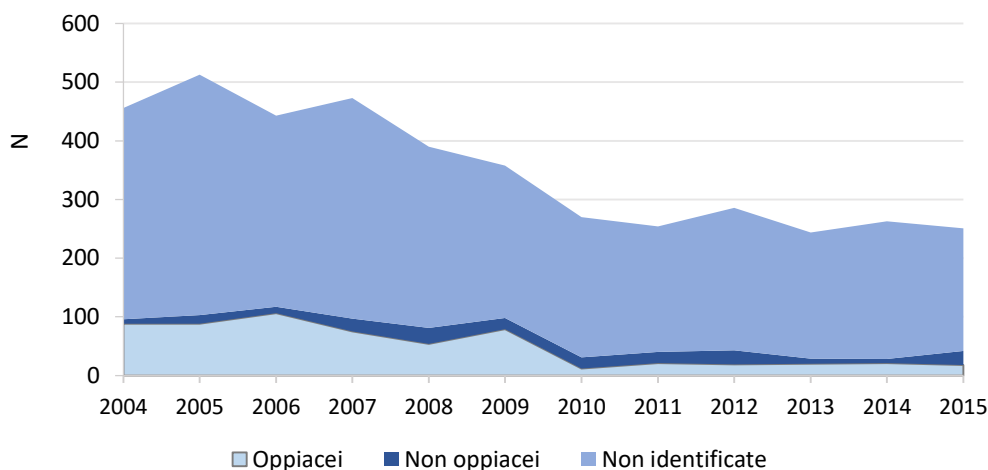
Fig. 9.4.3 - Andamento temporale dell'età media dei deceduti per causa iniziale droga-correlata



Fonte: ISTAT - Anni 2004-2015

L'analisi dei decessi per tipo di sostanza riportata nella causa iniziale mostra una riduzione della quota dei decessi correlati all'assunzione di oppiacei: dal 19% del 2004 (88 casi), passano al 7% nel 2015 (18 casi), che potrebbe tuttavia essere stata parzialmente assorbita dall'aumento della quota di decessi con sostanza non identificata (che passa infatti dal 79% nel 2004 all'89% nel 2014 e 83% nel 2015) (Fig. 9.4.4).

Fig. 9.4.4 - Andamento temporale del numero di decessi per causa iniziale droga-correlata per tipo sostanza



Fonte: ISTAT- Anni 2004-2015

I tassi di mortalità droga-correlata più elevati si registrano tra i residenti delle regioni del Centro Italia per gli uomini e in quelle del Nord Est per le donne, mentre quelli più bassi si riscontrano nel Sud per entrambi i generi (Tab. 9.4.1).

Tab. 9.4.1 - Tassi standardizzati di mortalità per area di residenza e genere per 1.000.000 di residenti relativi ai decessi con causa iniziale droga-correlata

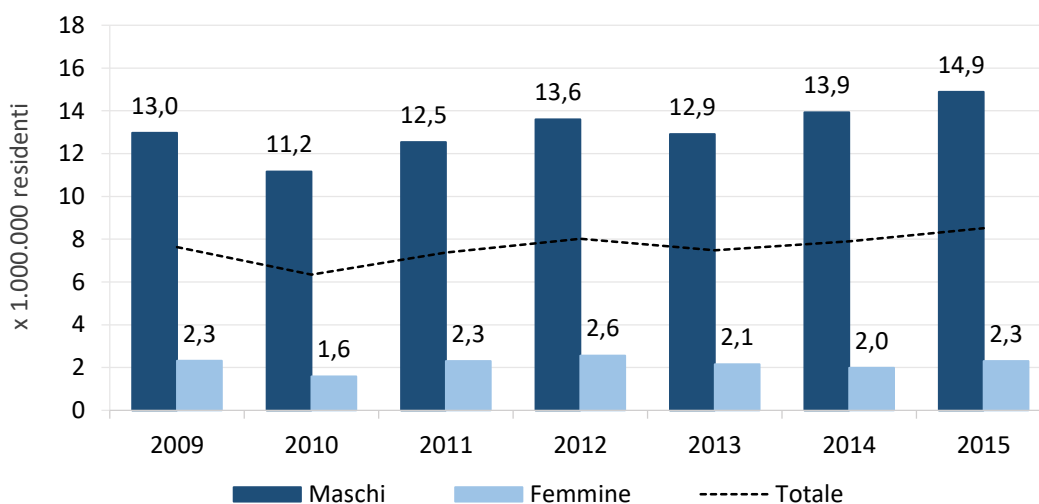
Area di residenza	Maschi	Femmine	Totale
Nord-ovest	5,8	1,2	3,5
Nord-est	6,9	2,1	4,5
Centro	10,5	1,0	5,7
Sud	3,9	0,8	2,3
Isole	6,6	---	3,2
ITALIA	6,5	1,1	3,8

Fonte: ISTAT- Anno 2015

Un utile contributo all'analisi del fenomeno è dato dallo studio delle cause droga-correlate come cause multiple di decesso, ovvero non principali responsabili del decesso bensì cause che hanno contribuito al decesso stesso. Considerando questo ultimo indicatore, i decessi droga-correlati risultano essere 572 nel 2015, per l'86% riguardanti persone di genere maschile e per il 3,2% persone di nazionalità straniera.

Negli ultimi tre anni disponibili si osserva un aumento dei tassi di mortalità per causa multipla, che passano da 7,6 ogni 1.000.000 residenti nel 2009 a 8,5 nel 2015. Sono soprattutto i tassi maschili ad aumentare che da 13 del 2009 passano a 14,9 ogni 1.000.000 nel 2015, mentre tra le femmine resta sostanzialmente stabile (Fig. 9.4.5).

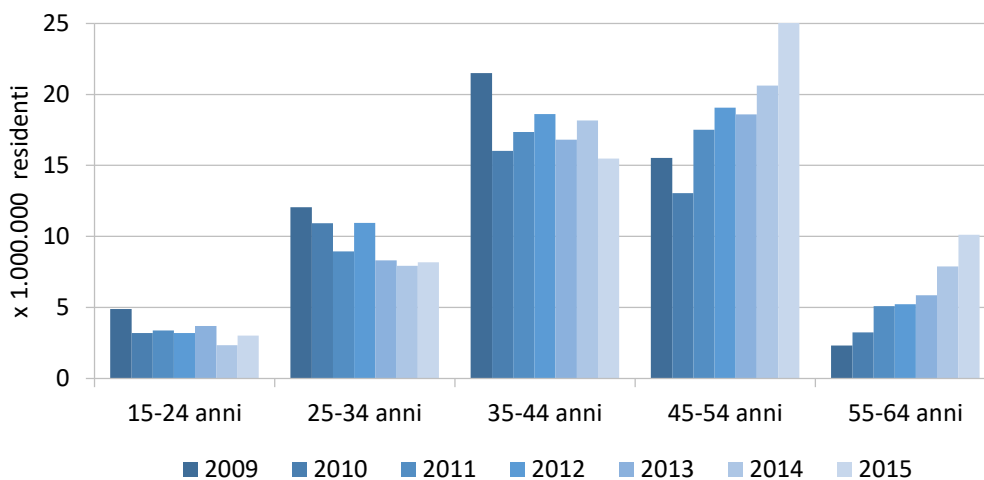
Fig. 9.4.5 - Andamento temporale dei tassi standardizzati di mortalità con causa multipla droga-correlata per genere per 1.000.000 di residenti



Fonte: ISTAT - Anni 2009-2015

L'analisi per età evidenzia che l'aumento dei tassi di mortalità droga-correlata per cause multiple è attribuibile all'aumento tra gli over 45enni (Fig. 9.4.6).

Fig. 9.4.6 - Andamento temporale dei tassi specifici di mortalità con causa multipla droga-correlata per fasce di età per 1.000.000 di residenti



Fonte: ISTAT - Anni 2009-2015

PARTE V

ATTIVITÀ DI PREVENZIONE

Elementi chiave

Attività di prevenzione

Circa il 43% degli istituti scolastici ha realizzato iniziative dedicate alla prevenzione di sostanze psicoattive nel corso del 2017, in costante calo a partire dal 2009. Nel corso degli ultimi dieci anni, è stato possibile osservare che a percentuali più basse di interventi di prevenzione sono corrisposti livelli più alti di prevalenza d'uso di sostanze psicoattive, sia per quanto riguarda il consumo frequente che quello occasionale.

In questo ambito il 18 dicembre 2017, è stato sottoscritto un accordo di collaborazione tra il Dipartimento delle Politiche Antidroga e il MIUR di durata triennale, per dare concreta attuazione al "Protocollo di intesa" tra la Presidenza del Consiglio dei Ministri e il MIUR, siglato il 7 agosto 2017. È stato elaborato un "Piano di lavoro" che prevede la programmazione di iniziative da realizzare su tutto il territorio nazionale.

La campagna di controllo sulle condizioni psicofisiche dei conducenti dei veicoli promossa attraverso l'impiego congiunto della Polizia Stradale e dei medici e personale sanitario della Polizia di Stato ha coinvolto 80 province nel 2017. Dei 36.861 conducenti controllati, 2.485 sono stati sottoposti a *drug test*. 456 sono i soggetti risultati positivi, e cocaina e cannabis sono le sostanze rilevate nella maggior parte dei test di *screening*.

Nella maggior parte delle Regioni sono state sviluppate strategie di rete a livello di comunità locale e interventi che offrono attività alternative all'uso di stupefacenti. Gli interventi attuati a livello scolastico hanno avuto come scopo principale sia lo sviluppo di competenze personali/sociali che la diffusione di una corretta informazione sulle sostanze stupefacenti.

Gli interventi di prevenzione selettiva, prevalentemente rivolti a giovani *drop-out* e con problemi sociali, sono stati attuati sia presso servizi specifici per le dipendenze sia negli istituti scolastici, nonché attraverso il lavoro di strada. La prevenzione selettiva viene organizzata attraverso programmi integrati o collaborazioni tra i servizi pubblici e di prevenzione e l'industria del tempo libero; essa è finalizzata alla formazione del personale dei luoghi di divertimento, alla promozione della consapevolezza dei rischi connessi ai comportamenti di uso e a fornire soluzioni, come ad esempio l'offerta di servizi di trasporto alternativi. A livello di prevenzione indicata, nelle Regioni sono stati attuati soprattutto interventi brevi rivolti ai giovani, che hanno luogo principalmente in ambienti scolastici.

Capitolo 10

ATTIVITÀ DI PREVENZIONE

10.1 Interventi di prevenzione in ambito scolastico

Fonte dei dati: Ministero dell'Istruzione, Università e Ricerca - Direzione Generale per lo Studente, l'Integrazione e la Partecipazione

Fonte dei dati: Consiglio Nazionale delle Ricerche - Istituto di Fisiologia Clinica - Sezione di epidemiologia e ricerca sui servizi sanitari

Gli interventi ministeriali di prevenzione dell'uso di sostanze psicoattive e dei comportamenti a rischio

Il Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca (MIUR) ha da molti anni avviato azioni di prevenzione delle dipendenze in ambito scolastico, essendo questo il contesto favorevole alla realizzazione di interventi efficaci di promozione di stili di vita sani e di prevenzione delle tossicodipendenze. In particolare, negli anni precedenti sono stati realizzati progetti avviati nelle scuole secondarie che hanno promosso campagne d'informazione per prevenire l'incidentalità stradale correlata all'assunzione di alcol e droga. Inoltre, con associazioni e fondazioni con cui il MIUR ha sottoscritto Protocolli d'intesa, sono stati emanati bandi per le scuole per sottolineare l'importanza di agire preventivamente con un'adeguata informazione e per sottolineare, a livello educativo, l'importanza del fare rete tra famiglie-scuola-territorio in un intreccio di relazioni, affettività, responsabilità educativa, testimonianza, affinché ogni ragazzo possa scegliere liberamente come orientare il proprio progetto di vita.

Ad agosto del 2017, in virtù dell'esperienza maturata attraverso i progetti realizzati nelle scuole, nonché tenendo conto dei dati sull'assunzione di droghe e alcol da parte dei giovani adolescenti, la collaborazione già avviata tra il MIUR e la Presidenza del Consiglio dei Ministri (PCM) - Dipartimento delle Politiche Antidroga (DPA) - ha avuto un'accelerazione che ha portato in data 7 agosto 2017 alla firma di un Protocollo d'intesa sottoscritto tra la PCM e il MIUR per rafforzare la collaborazione in materia di prevenzione dell'uso di droghe e alcol in età scolare attraverso una serie di azioni mirate che vedono coinvolti studenti, genitori e docenti. La Presidenza del Consiglio dei Ministri, per il tramite del DPA, ha stanziato un finanziamento pari a tre milioni di euro per attuare le azioni previste dal Protocollo. In attuazione a quanto contemplato nel protocollo siglato tra le parti, è stato sottoscritto un Accordo che prevede un piano triennale di attività.

Gli ambiti sui quali si vuole intervenire riguardano la sensibilizzazione e la prevenzione da svolgere nelle scuole di ogni ordine e grado attraverso programmi di informazione scientificamente supportati che tengano conto degli attuali dati scientifici e progetti educativi orientati, secondo un approccio globale, ad una sana crescita psico-sociale.

In particolare, si intende informare gli studenti sui danni per la salute legati al consumo di alcol e droga, soprattutto in giovane età, e sensibilizzare loro in merito ai rischi derivanti dalla navigazione su siti internet e social network in cui si commercializzano pericolose sostanze psicoattive. Il piano predisposto a seguito dell'Accordo prevede al suo

interno l'emanazione di bandi indirizzati alle scuole per la presentazione di progetti destinati alle attività di prevenzione e informazione previste.

Ai docenti sarà rivolta una formazione mirata, svolta a cura di soggetti qualificati e scientificamente accreditati a livello nazionale. Tale formazione prevede il coinvolgimento di due docenti per ciascuna istituzione scolastica di tutto il territorio nazionale e ha l'obiettivo, in particolare, di far acquisire competenze in materia di tecniche di ascolto e comunicazione, nonché di capacità di lettura dei segnali di difficoltà degli alunni.

I genitori saranno coinvolti attraverso campagne di informazione e incontri mirati ad individuare e trattare disturbi comportamentali e possibili criticità connessi a fenomeni di dipendenza. Concluso il percorso di informazione/formazione, l'anno scolastico 2019-2020 si aprirà con una conferenza pubblica (*infoday*) di comunicazione dei risultati raggiunti e con l'avvio di tutte le attività dirette a rafforzare la rete tra le scuole, le istituzioni del territorio, gli enti del volontariato sociale e le famiglie, soprattutto nelle aree territoriali a rischio (periferie urbane, zone a degrado socio-economico specificamente individuate e aree sottoposte a influenza del crimine organizzato). In questa fase dovrà essere valorizzata la figura del docente referente che costituisce il "*trait d'union*" tra i docenti, la famiglia e le istituzioni del territorio.

La scuola, anche in collaborazione con altre istituzioni, enti ed associazioni, è il luogo privilegiato per la formazione dei futuri cittadini, il luogo dove gli studenti hanno modo di imparare a stare con gli altri, acquisire valori, informazioni, conoscenze, per diventare adulti responsabili. Il ruolo dei docenti è fondamentale per concorrere alla formazione delle nuove generazioni, non in sostituzione delle famiglie con cui occorre promuovere e stimolare una sempre maggiore collaborazione, ma rafforzando la propria funzione di osservazione e monitoraggio di atteggiamenti, comportamenti e stili di vita.

Le attività previste nell'Accordo evidenziano la necessità di un lavoro sinergico che deve vedere coinvolte le migliori risorse presenti sul territorio per un periodo significativamente rilevante al fine di ottenere un'inversione di tendenza nei dati statistici che oggi risultano allarmanti.

Gli interventi di prevenzione svolti negli istituti scolastici secondari di secondo grado

Il contributo che segue riguarda le iniziative di prevenzione sull'uso di sostanze psicoattive attuate negli istituti superiori che negli anni hanno partecipato allo studio ESPAD®Italia. Le informazioni sono state rilevate attraverso la compilazione da parte dei dirigenti scolastici di un questionario, costruito sulla base delle direttive dell'European Monitoring Centre on Drugs and Drug Addiction - EMCDDA, con lo scopo di rilevare sia informazioni generali sui progetti attuati nelle scuole (prima parte) che specifiche sulle singole progettualità svolte (seconda parte).

Dall'ultimo studio ESPAD®Italia emerge che nel 2017, poco più della metà (52,8%) dei dirigenti scolastici riferisce l'esistenza di un Piano regionale/provinciale/locale sulla prevenzione all'uso di sostanze psicoattive. La conoscenza dell'esistenza di un piano specifico a livello locale è riportato dal 12,4% del campione, a livello provinciale dal 15,9% e a livello regionale dall'22,1%. Le istituzioni che svolgono maggiormente attività di prevenzione all'interno delle scuole sono le Aziende Sanitarie Locali (Servizi di Base), i Servizi e i Dipartimenti per le Dipendenze (73,5%) e le associazioni (51,3%).

Il 92,8% degli Istituti adotta un regolamento interno che disciplina i comportamenti in materia di tabacco ed alcol e il 42,7% ha previsto di realizzare delle giornate/attività di studio interamente dedicate alla prevenzione del consumo delle sostanze psicoattive, mostrando un decremento rispetto al 2016. Il trend risulta costantemente in calo dalla rilevazione del 2009 (Fig.10.1.1).

Gli interventi per la prevenzione del consumo di sostanze psicoattive svolti con l'ausilio di specifici strumenti e manuali vengono adottati dal 13,6% degli istituti, quelli articolati su più moduli dal 73%, mentre sono circa il 15% le scuole che adottano programmi genere-specifici. Gli istituti scolastici che prevedono nei programmi di prevenzione l'intervento di esperti esterni (medici, psicologi, assistenti sociali, educatori ecc.) sono il 91,2%. Un quarto (25,2%) degli istituti prevede la formazione e l'aggiornamento degli insegnanti in materia di prevenzione del consumo di sostanze psicoattive.

Fig. 10.1.1 - Trend degli istituti che hanno organizzato attività specifiche di prevenzione del consumo di sostanze psicoattive



Fonte: IFC- CNR - Anni 2007-2017

Dall'analisi delle specifiche progettualità svolte, si evidenzia che nell'anno 2017 oltre il 40% gli istituti scolastici superiori ha riferito di aver svolto almeno un progetto di prevenzione. La maggior parte dei progetti attuati affronta le tematiche del benessere personale (46%) e del consumo delle sostanze psicoattive, legali ed illegali (44,2%). Il 41,7% degli interventi riguarda le tematiche del disagio personale, mentre il 27% gli argomenti della sessualità e delle malattie sessualmente trasmissibile (MST)¹.

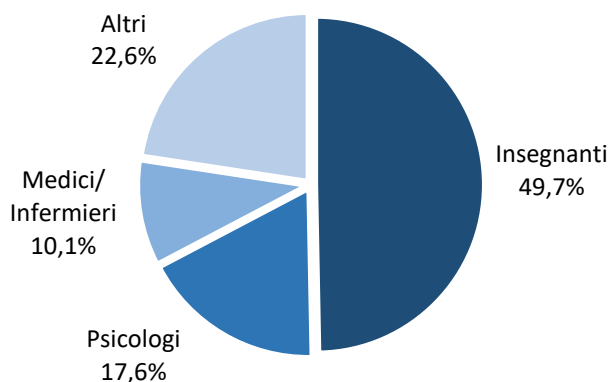
Gli obiettivi prioritari dei progetti censiti riguardano soprattutto l'accrescimento negli studenti della conoscenza e consapevolezza dei rischi per la salute derivanti dalla pratica di comportamenti a rischio, dato che rimane stabile nelle diverse rilevazioni (65,9% nel 2007, 67,4% del 2011 e 67,9% nell'ultimo anno); seguono quelli finalizzati allo sviluppo della resilienza e delle capacità personali e/o sociali che si attestano al 15,9% nel 2008 e al 8,9% nell'ultima rilevazione. Infine il 14,2% degli interventi ha obiettivi riguardanti il miglioramento dell'ambiente scolastico, come rafforzare il ruolo educativo della scuola e/o creare un ambiente scolastico protettivo/migliore. Nel 38,7% dei casi le scuole svolgono le

¹ Lo strumento di rilevazione prevede anche risposte multiple.

attività e i progetti di prevenzione senza finanziamenti specifici, utilizzando le risorse e le professionalità a disposizione degli istituti. Il 22,7% degli interventi che vengono realizzati prevedono fondi specifici stanziati direttamente dall'istituto che li attua, mentre un quarto circa sono finanziati dai ministeri competenti (MIUR, Salute, etc.) o da enti locali (Comune, Provincia, Regione). Infine, la restante quota di attività viene realizzata con fondi erogati da enti privati (Fondazioni, Enti, etc.).

Per la metà dei progetti censiti, i responsabili della realizzazione sono gli insegnanti stessi (49,7%), seguiti da psicologi (17,6%) e personale sanitario come medici ed infermieri (10,1%), mentre la restante quota (22,6%) è da attribuirsi ad altre figure (gruppi dei pari, genitori, educatori e assistenti sociali).

Fig. 10.1.2 - Figure professionali che ricoprono il ruolo di responsabile dei progetti di prevenzione svolti

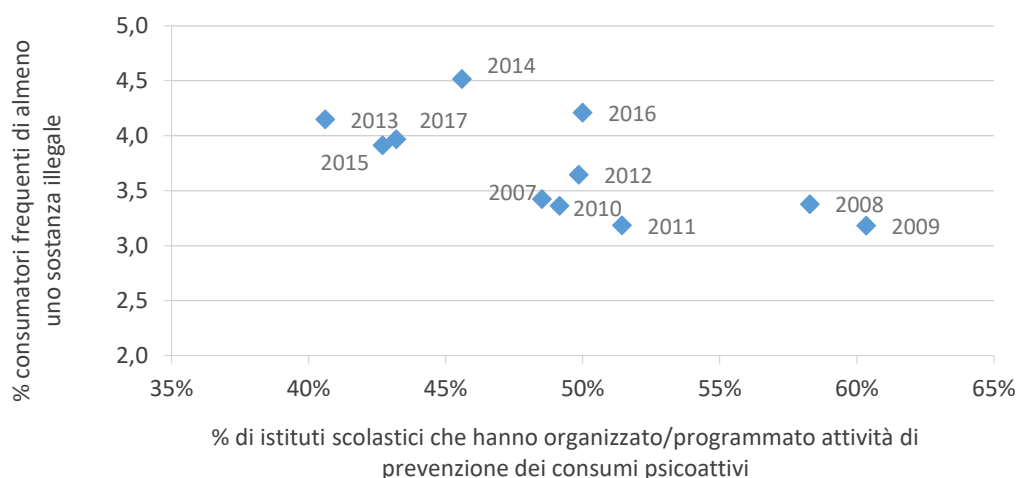


Fonte: IFC- CNR - Anno 2017

Di seguito vengono descritti gli andamenti temporali congiunti di alcune stime di prevalenza rilevate dallo studio ESPAD®Italia e della percentuale di istituti che organizzano attività di prevenzione.

La Figura 10.1.3 evidenzia che, nelle diverse annualità, al diminuire della quota di istituti scolastici che hanno avviato progetti/attività di prevenzione dei consumi psicoattivi, corrisponde una tendenza all'aumento della prevalenza 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): questi ultimi passano, infatti, dal 3,4% nel 2007, al 3,6% nel 2011 al 4% nell'ultima rilevazione. Uno scenario simile si si presenta comparando il trend della percentuale di istituti che organizzano attività dedicate alla prevenzione del consumo di sostanze psicoattive con le stime di prevalenza riferite all'utilizzo di cannabis.

Fig. 10.1.3 - Prevalenza del consumo frequente di sostanze psicoattive e percentuale di istituti scolastici che hanno organizzato attività di prevenzione specifiche

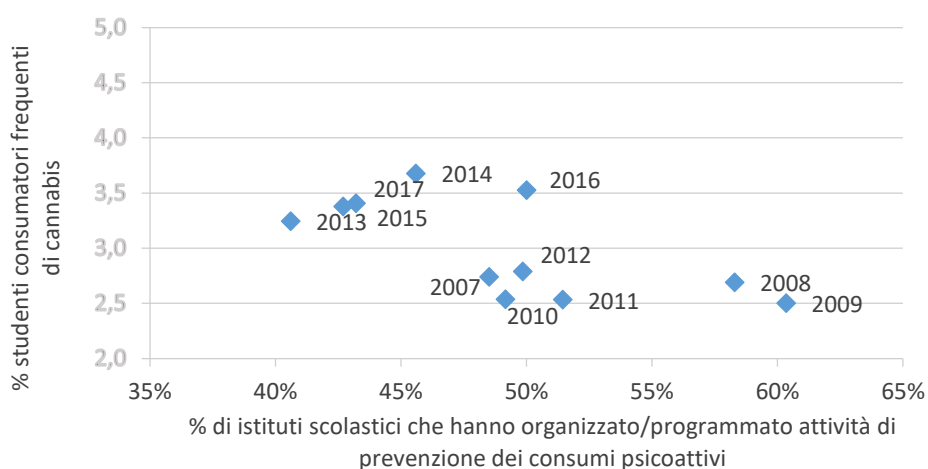


Fonte: IFC- CNR - Anni 2007-2017

Nel corso del tempo, all'aumento sia del consumo di cannabis negli ultimi dodici mesi, sia dell'uso frequente della sostanza, corrisponde una diminuzione della percentuale degli istituti che organizzano attività di prevenzione.

Si rileva un trend in calo degli istituti che hanno attuato progetti/attività di prevenzione all'uso delle sostanze psicoattive che passa da circa il 60% del 2007 al 42,7% nel 2017. La prevalenza di cannabis nell'ultimo anno passa da circa il 23% nel 2007 al 25,8% nel 2017, mentre l'uso frequente della sostanza va dal 2,7% nel 2007, al 3,2% nel 2013 per raggiungere il 3,7% nell'ultimo studio (Fig. 10.1.4).

Fig. 10.1.4 - Prevalenza del consumo di cannabis e percentuale di istituti scolastici che hanno organizzato attività di prevenzione specifica



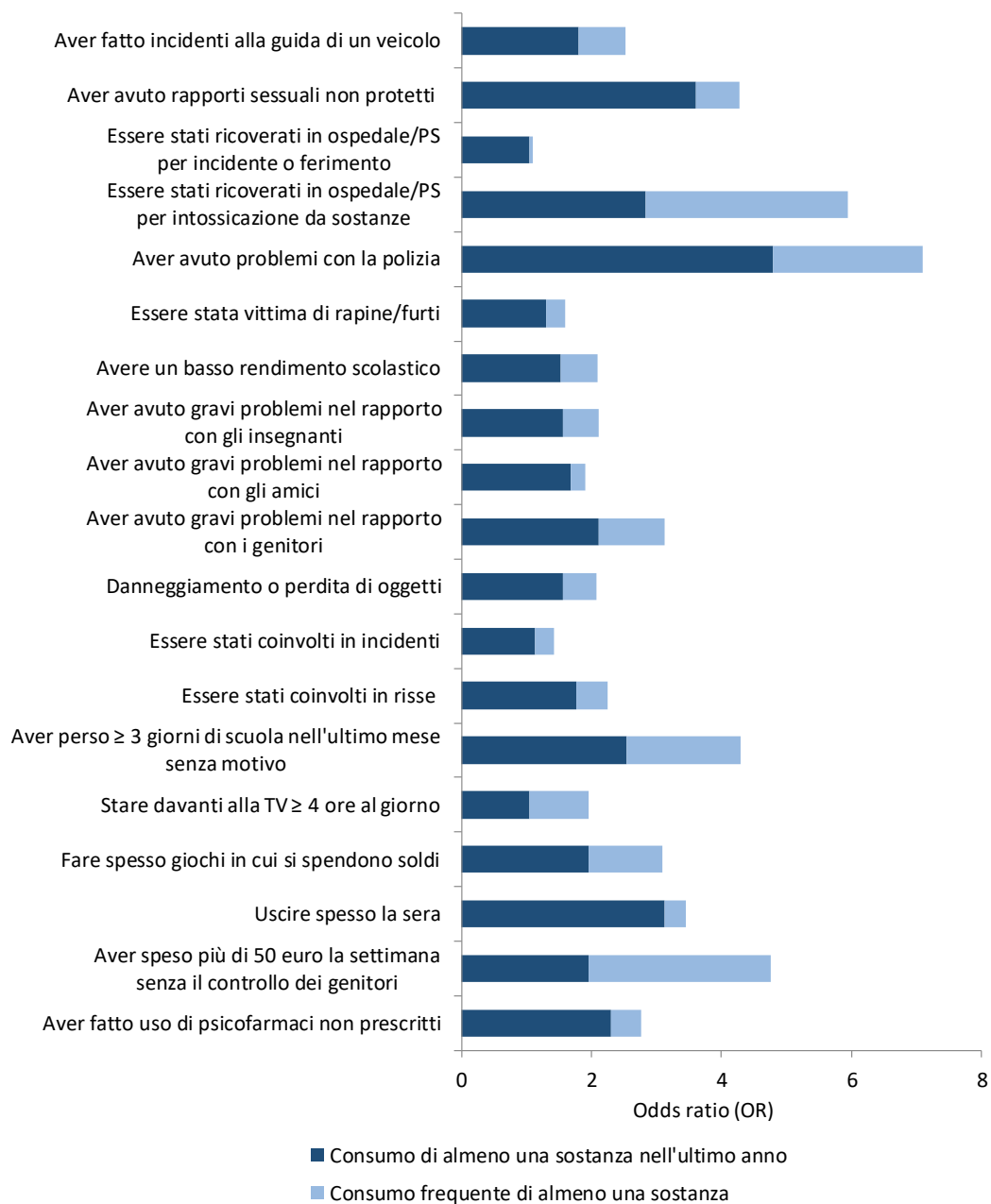
Fonte: IFC- CNR - Anni 2007-2017

L'indagine ESPAD, oltre alle domande sui consumi di sostanze psicoattive legali ed illegali, presenta alcune aree tematiche che hanno l'obiettivo di indagare altre abitudini e comportamenti degli studenti. Questi aspetti riguardano per esempio la propensione ad adottare comportamenti rischiosi, la motivazione scolastica, il rapporto con la famiglia, il tempo libero e la relazione con sé stessi e con i pari. Mediante l'analisi congiunta di queste attitudini e/o caratteristiche individuali e i consumi di sostanze psicoattive è possibile indagare quali di questi fattori risultino associati "positivamente" o "negativamente" alle diverse modalità di consumo.

L'analisi dei fattori associati è stata svolta prendendo in esame gli studenti che hanno consumato almeno una sostanza nel corso degli ultimi 12 mesi e gli studenti che hanno riferito un consumo frequente nell'ultimo mese (20 o più volte per la cannabis, 10 o più volte per le altre sostanze), i cosiddetti "*frequent users*" (Freq), confrontandoli con chi non ha assunto sostanze. I fattori associati che sono risultati significativi nelle due analisi sono gli stessi, quello che cambia è la forza dell'associazione che risulta maggiore tra i *frequent users*. Elencandone alcuni nel dettaglio, l'essere fumatore di almeno una sigaretta al giorno nell'anno è associato positivamente tra i consumatori nell'ultimo anno (LY) (OR 7,57) e in maniera più forte tra chi ha riferito un consumo frequente (OR 10,33), e così aver avuto rapporti sessuali non protetti (OR LY: 3,60 - Freq: 4,27), aver fatto uso di tranquillanti e/o sedativi (psicofarmaci) senza prescrizione medica (OR LY: 2,30 - Freq: 2,77), aver fatto incidenti alla guida di un veicolo (OR LY: 1,81 - Freq: 2,53) ed essere stati coinvolti in risse (OR LY: 1,76 - Freq: 2,25).

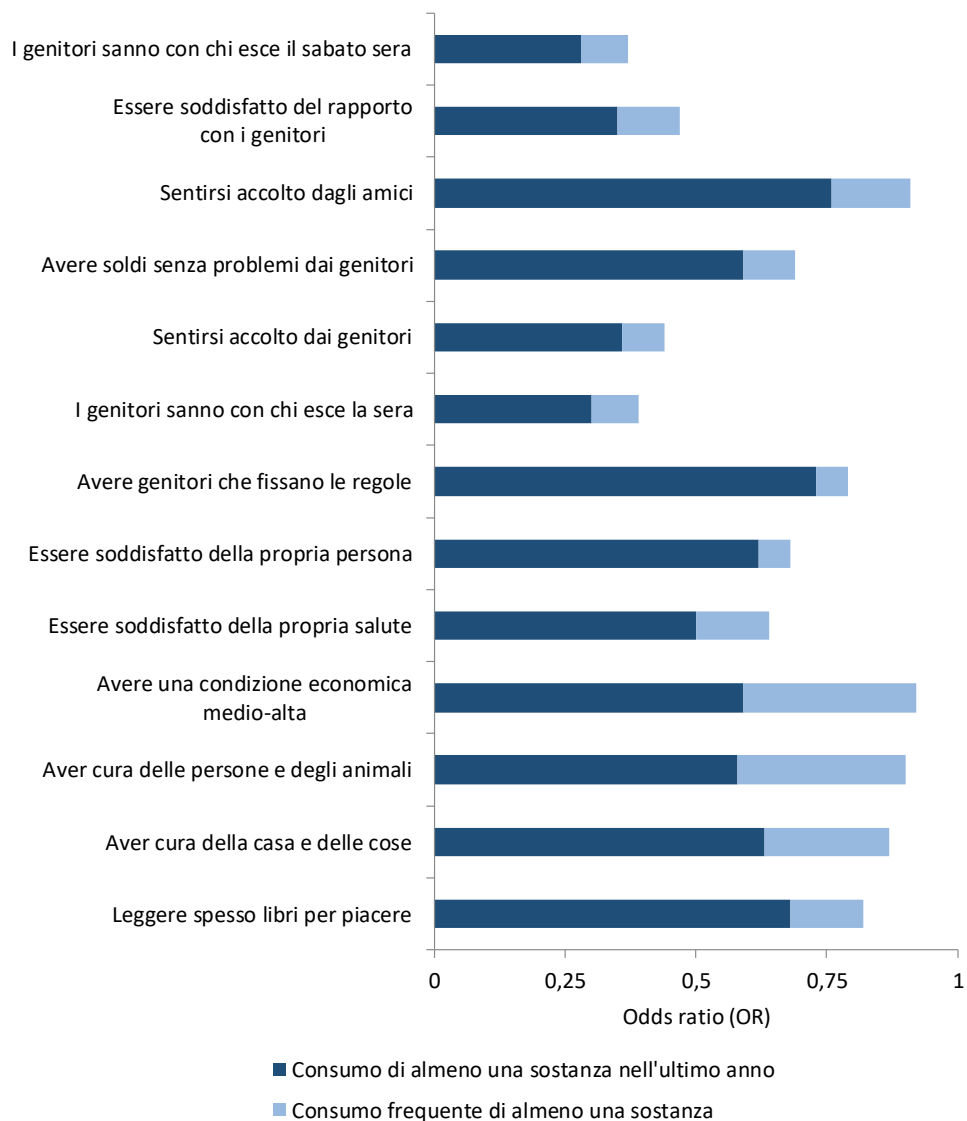
Rispetto al rapporto con la scuola si riscontrano associazioni positive o negative a seconda dell'aspetto preso in considerazione: si trova una relazione positiva tra l'aver perso 3 o più giorni di scuola nell'ultimo mese senza motivo e l'uso di sostanze (OR LY: 2,54 - Freq: 4,29) mentre si riscontra un'associazione negativa e, quindi, protettiva, con l'aver un rendimento scolastico medio-alto (OR LY: 0,41 - Freq: 0,44): anche in questo caso l'associazione con i *frequent users* risulta maggiore. Nell'ambito familiare aver avuto gravi problemi nel rapporto coi genitori risulta associato positivamente (OR LY: 2,10 - Freq: 3,12), mentre risultano protettive le associazioni con l'essere soddisfatti del rapporto con i genitori (OR LY: 0,47 - Freq: 0,35), avere genitori che fissano regole (OR LY: 0,79 - Freq: 0,73) e che sanno con chi si esce il sabato sera (OR LY: 0,37 - Freq: 0,28) o avere una condizione economica medio-alta (OR LY: 0,92 - Freq: 0,59). Rispetto al tempo libero, risultano associati positivamente l'uscire spesso la sera (OR LY: 3,12 - Freq: 3,46) e fare spesso giochi in cui si vincono/perdono soldi (OR LY: 1,96 - Freq: 3,10). Infine, è associato ancora positivamente l'aver avuto gravi problemi nel rapporto con gli amici (OR LY: 1,69 - Freq: 1,90).

Fig. 10.1.5 - Fattori associati positivamente al consumo di sostanze psicoattive



Fonte: IFC- CNR - Anno 2017

Fig. 10.1.6 - Fattori associati negativamente al consumo di sostanze psicoattive



Fonte: IFC- CNR - Anno 2017

10.2 Interventi di prevenzione e di contrasto all'uso di sostanze nelle Forze Armate e nell'Arma dei Carabinieri

Fonte dei dati: Ministero della Difesa - Ispettorato Generale della Sanità Militare - Osservatorio Epidemiologico della Difesa

Nel corso del 2017 il Ministero della Difesa ha proseguito le attività volte al contrasto della diffusione dell'uso di sostanze stupefacenti nel contesto militare. A tal fine le strutture militari di vertice - sia a livello Interforze che di singola Forza Armata/Arma dei Carabinieri (FA/CC) - hanno proseguito le attività di sensibilizzazione, prevenzione e controllo in favore di tutte le articolazioni dipendenti, fino ai minori livelli. Ciò è avvenuto nel rispetto di quanto previsto dalle specifiche normative di settore², per 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. Per tal motivo al militare è richiesto un elevato senso di responsabilità e di osservanza delle regole, caratteristiche queste incompatibili con le condotte che minacciano l'integrità psico-fisica dell'individuo, fra le quali rientrano a pieno titolo le assunzioni, sia saltuarie che abituarie, di sostanze stupefacenti e psicotrope. Sono state perciò attivate procedure accertative allo scopo di definire e attivare specifici protocolli e misure di sicurezza a tutela dell'incolumità, finalizzate ad escludere o identificare la condizione di tossicodipendenza e l'assunzione di sostanze stupefacenti o psicotrope al fine di assicurare un regolare svolgimento delle mansioni lavorative a rischio. Secondo tale orientamento le procedure accertative non prevedono, per l'attivazione della sospensione cautelativa, la distinzione tra uso occasionale, uso regolare o presenza di dipendenza. Esse sono sempre effettuate con modalità atte a garantire la privacy, il rispetto e la dignità del militare sottoposto ad accertamento.

Gli accertamenti sanitari di assenza di tossicodipendenza

Gli accertamenti sanitari volti al riscontro dell'assenza di tossicodipendenza e di assunzione di sostanze psicotrope sono previsti sin dalle prove selettive propedeutiche all'arruolamento. Durante l'iter selettivo si procede infatti alla ricerca urinaria dei cataboliti delle principali sostanze stupefacenti e psicotrope (a scopo non terapeutico) quale prerequisite indispensabile per conseguire l'idoneità sanitaria al servizio militare, mentre

² In ambito Difesa la materia è disciplinata principalmente dal "Codice dell'Ordinamento Militare" (D.lgs. 66/2010), nonché da un Regolamento emanato nel 2010 dall'allora Direzione Generale della Sanità Militare (*Regolamento per l'applicazione delle procedure per gli accertamenti sanitari di assenza della tossicodipendenza o di assunzione di sostanze stupefacenti o psicotrope in militari addetti a mansioni che comportano particolari rischi per la sicurezza, l'incolumità e la salute di terzi presso il Ministero della Difesa*), e da Direttive che disciplinano il settore in considerazione delle peculiarità proprie di ciascuna FA/CC e pertanto da esse direttamente emanate. Queste ultime vanno ad aggiungersi e ad integrare le disposizioni previste dai rispettivi ordinamenti in materia di idoneità fisica, psichica e attitudinale al servizio.

l'accertamento successivo di eventuali stati di tossicofilia/tossicodipendenza si basa sul riconoscimento dei principali segni (clinico-strumentali) e sintomi di intossicazione psicofisica, attraverso accurati controlli di laboratorio e valutazioni cliniche psicopatologiche a cura dei Servizi sanitari militari, dei consultori psicologici e servizi di psicologia.

Gli accertamenti sanitari per la verifica di assenza di tossicodipendenza o di assunzione sporadica di sostanze stupefacenti o psicotrope comprendono la visita medica e gli esami complementari tossicologici di laboratorio.

Il militare risultato positivo ai test tossicologico-analitici di *screening* viene posto in posizione di temporanea inidoneità al servizio da parte del Dirigente del Servizio Sanitario (D.S.S.), in attesa del risultato del test di conferma, quest'ultimo effettuato a cura della Struttura sanitaria militare competente per territorio, direttamente qualora in possesso delle specifiche dotazioni, oppure per il tramite di strutture sanitarie convenzionate.

In caso di positività anche al test di conferma, il militare viene nuovamente inviato al Servizio medico militare competente per l'approfondimento diagnostico e per gli eventuali provvedimenti medico-legali previsti. Il rilevamento di condizioni cliniche che necessitano di terapia o trattamenti specifici per la tossicodipendenza consente di indirizzare il militare verso specifici programmi di cura e riabilitazione.

In particolare, per quanto riguarda il personale in servizio permanente risultato positivo ai test, si perseguono fattivamente attività di sostegno e rieducazione sanitaria presso i consultori psicologici, nonché accurata e approfondita valutazione clinica e psicodiagnostica finalizzata ad accertare la struttura personologica/o psicopatologica di fondo e/o eventuali patologie organiche concomitanti che sottendono all'abuso e che potrebbero determinare l'inidoneità al servizio per altra causa (rispetto allo stato di tossicofilia/tossicodipendenza). Il personale che acconsente a tale trattamento socio sanitario riabilitativo può beneficiare del periodo massimo di aspettativa.

Diversamente, nel personale non ancora transitato in servizio permanente (ferma prefissata) anche l'assunzione occasionale di sostanze stupefacenti e psicotrope comporta il proscioglimento dalla vita militare.

Le attività di sensibilizzazione e formazione

Obiettivi primari della Difesa nel contrasto all'uso di sostanze stupefacenti si identificano nella prevenzione delle diverse forme di disagio psicologico e dei comportamenti a rischio, unitamente al precoce riconoscimento delle condotte patologiche, in quanto favoriti dapprima la richiesta e poi il consumo delle sostanze stupefacenti e psicotrope.

Tra le attività di prevenzione primaria sono da evidenziare:

- la promozione e lo sviluppo di una corretta informazione ed educazione sullo specifico problema delle sostanze stupefacenti e psicotrope;
- i programmi formativi indirizzati verso il personale medico e psicologo.

Nel corso dell'anno le attività preventive e dissuasive sulla tossicodipendenza e sulle condotte tossicofile sono state ampliate attraverso l'organizzazione di conferenze e dibattiti, con l'ausilio di mezzi audiovisivi, pubblicazioni ed opuscoli riguardanti anche argomenti più generali di educazione alla salute e di prevenzione delle dipendenze in senso lato, quali l'abuso di alcol, il tabagismo, le farmacodipendenze e la sempre più emergente problematica del gioco d'azzardo.

L'attività di prevenzione delle tossicodipendenze è proseguita nel corso del 2017 in ambito militare con lo scopo di incrementare il monitoraggio sul fenomeno droga e di incentivare quelle iniziative di tipo formativo/informativo che hanno fornito positivi riscontri in passato. Le Forze Armate e l'Arma dei Carabinieri, con l'obiettivo di assicurare personale motivato ed efficiente, in grado di svolgere i sempre più importanti compiti richiesti sia in ambito di sicurezza nazionale che di impegno nelle operazioni al di fuori dei confini nazionali, hanno sviluppato peculiari strumenti ed attività di prevenzione all'interno delle rispettive strutture sanitarie.

Sebbene i riscontri delle attività di prevenzione attuate siano confortanti (lo 0,2% dei militari sottoposti a test di *screening* è risultato positivo), appare comunque opportuno consolidare gli strumenti a disposizione e proseguire con le attività preventive programmate. Congrue risorse dovranno essere dedicate alla formazione del personale sanitario, al fine di fare acquisire e sempre più definire le abilità necessarie a riconoscere e gestire i comportamenti a rischio e le condotte tossicofile nel personale assistito.

Oltre all'utilità dissuasiva degli accertamenti casuali nei confronti delle condotte tossicofile su tutto il personale, indipendentemente da quanto disciplinato in riferimento alle categorie/mansioni a rischio, si sottolinea l'estrema importanza di potenziare sempre più le attività di sensibilizzazione e di sostegno al benessere del personale attraverso l'azione sinergica della componente sanitaria con quella di comando, favorendo un clima psicologico e organizzativo che possa facilitare i rapporti interpersonali.

10.3 Interventi di prevenzione in ambito territoriale

Fonte dei dati: Consiglio Nazionale delle Ricerche - Istituto di Fisiologia Clinica - Sezione di epidemiologia e ricerca sui servizi sanitari (IFC-CNR)

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

Il processo di attuazione degli interventi di prevenzione coinvolge diversi organi istituzionali: DPA, Regioni/Province Autonome, Aziende sanitarie e socio-sanitarie locali, servizi pubblici per le dipendenze e organizzazioni del privato-sociale accreditato, a diversi livelli di pianificazione e operatività sulla base delle diverse responsabilità e competenze. Le Regioni e le Province Autonome (PA) in particolare adottano piani d'azione specifici che svolgono un ruolo strategico di gestione, programmazione e valutazione.

L'obiettivo di questo contributo è 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 dall'EMCDDA (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction).

I questionari sono stati inviati per la compilazione dal DPA ai referenti delle Regioni e delle PA competenti per le dipendenze patologiche.

Il presente paragrafo è stato elaborato sulla base delle informazioni fornite dalle Regioni Basilicata, Calabria, Campania, Emilia Romagna, Friuli Venezia Giulia, Liguria, Lombardia, Marche, Molise, PA Bolzano, PA Trento, Piemonte, Sardegna, Sicilia, Toscana, Umbria, Valle d'Aosta, Veneto. I dati relativi alle Regioni Abruzzo, Lazio e Puglia non vengono di seguito descritti poiché non sono stati forniti in tempo utile.

Prevenzione ambientale

La prevenzione ambientale è una strategia che mira a limitare l'adozione di comportamenti a rischio attraverso la modifica dei fattori ambientali influenzando le scelte rispetto all'uso di sostanze psicoattive. Mentre gli approcci tradizionali alla prevenzione dell'uso sono focalizzati principalmente sull'avvisare o informare sui rischi correlati allo stesso, la prevenzione ambientale prevede azioni volte a modificare o influenzare l'ambiente fisico, le condizioni di comunità, le istituzioni, le strutture e le politiche in cui le decisioni vengono definite ed adottate (per esempio regolamentando la distribuzione di alcolici e la vita notturna). I Piani regionali sottolineano l'importanza di promuovere e sostenere l'adozione di programmi di promozione della salute e, in particolare, di buoni stili di vita e ambienti favorevoli, con il coinvolgimento di tutti i livelli interessati, dai decisori alle comunità locali (responsabilizzazione della comunità). È a livello di comunità locale che i piani di azione si sviluppano coinvolgendo attori istituzionali e non-istituzionali (ad esempio le scuole, le associazioni sportive, i locali pubblici) in una rete formale che consenta la più ampia diffusione sia verso la popolazione generale sia verso gruppi vulnerabili.

In particolare i piani di prevenzione ambientale contro l'uso di sostanze stupefacenti, l'abuso di alcol e il fumo di tabacco, mirano a mantenere un alto grado di disapprovazione sociale nei confronti del consumo di queste sostanze nonché una corretta percezione del

rischio e del danno (fattori importanti per ridurre l'uso) derivanti anche da un consumo occasionale (Tab. 10.3.1).

Prevenzione universale

Gli interventi di prevenzione universale sono volti alla sensibilizzazione della popolazione generale e rappresentano lo strumento che consente di raggiungere la maggioranza degli individui. I target principali di questo programma sono le comunità (intese come luoghi, contesti o collettività locali), le famiglie e, come target d'elezione, la popolazione giovanile, in particolare nelle scuole.

L'obiettivo della prevenzione universale è quello di ridurre i comportamenti a rischio, ivi compresi quelli correlati all'uso di sostanze, fornendo informazioni e competenze per ritardare o evitare l'iniziazione al consumo e la promozione di 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.

La prevenzione universale in ambito delle tossicodipendenze mira, non solo a contrastare l'uso di sostanze psicoattive, ma soprattutto a ridurre i fattori di rischio e i comportamenti problematici attraverso l'acquisizione di competenze e abilità personali.

Gli interventi di prevenzione universale riferiti dalle Regioni hanno coinvolto la comunità, le famiglie e la scuola (Tab. 10.3.1).

Tab. 10.3.1 - Numero di progetti di prevenzione ambientale e universale

Regione/PA	N° Progetti Prevenzione Ambientale	N° Progetti Prevenzione Universale	N° Progetti Prevenzione Universale - Ambientale
Basilicata			1
Calabria			
Campania	1	1	
Emilia Romagna			
Friuli Venezia Giulia			
Liguria		9	
Lombardia	2	23	9
Marche	4	19	
Molise	2	2	
PA Bolzano	1	5	
PA Trento	1	1	
Piemonte			
Sardegna	2	14	
Sicilia		4	
Toscana			
Umbria		4	
Valle d'Aosta		2	
Veneto			

Fonte: Regioni e Province Autonome - Anno 2017

Le 18 Regioni rispondenti hanno attuato in totale 84 progetti di prevenzione universale, 13 di prevenzione ambientale e 10 di prevenzione universale-ambientale. Tra le 18 Regioni che hanno compilato i questionari, sono 12 quelle impegnate nella realizzazione di progetti di prevenzione universale e 7 quelle che riportano l'attuazione di progetti di prevenzione ambientale nei territori di competenza, con diversi gradi estensione e copertura territoriale.

Attività svolte in ambito di comunità locale

Le attività di prevenzione rivolte alla comunità si sviluppano in un contesto che coinvolge sia la comunità intesa come persone sia come luoghi fisici in cui essa vive. Ne sono un esempio i programmi di tempo libero alternativo (se non specificamente rivolti a gruppi a rischio) e i programmi universali per i giovani fuori della scuola o in club sportivi, associazioni giovanili. Dieci Regioni hanno sviluppato piani di intervento che prevedono il lavoro sinergico delle istituzioni territoriali al fine di promuovere e coordinare, attraverso un sistema di reti formali, i progetti di prevenzione dell'uso di sostanze stupefacenti. Tra le Regioni che implementano reti di prevenzione, 6 hanno previsto di estendere ampiamente la copertura territoriale includendo nel sistema la maggior parte dei luoghi rilevanti; in Sardegna e in Campania la copertura è limitata e in Molise e nella provincia autonoma di Trento risulta scarsa.

La metà delle Regioni promuove interventi che hanno lo scopo di diffondere la cultura e l'abitudine ad attività alternative all'uso di stupefacenti, tali attività includono il coinvolgimento in eventi sportivi e all'aperto, corsi e manifestazioni di scrittura creativa, fotografia e arte. Questo tipo di interventi coinvolge in maniera estensiva il territorio lombardo e quello della PA di Bolzano, mentre in Basilicata, Liguria, Valle d'Aosta e Sicilia la copertura del territorio è piuttosto limitata, così come scarsa in Molise, Sardegna e Campania.

Attività svolte in ambito familiare

Le attività di prevenzione che coinvolgono le famiglie tramite un approccio *peer to peer* (come ad esempio lo *snowballing*) sono state attivate in 10 Regioni sulle 18 rispondenti ai questionari regionali, tuttavia la copertura territoriale è limitata fatta eccezione per la Liguria e la PA di Trento. Gli incontri e le serate rivolti a famiglie e/o genitori sono stati riportati da uno stesso numero di Regioni ma la porzione di territorio coinvolta è limitata o rara, solo in Lombardia e nelle Marche si osserva il coinvolgimento della maggioranza dei luoghi rilevanti.

La formazione ripetuta o in forma di *coaching* rivolta alle famiglie si svolge in 8 Regioni, solo nella PA di Bolzano con una copertura totale del territorio. Risultano poco adottati dalle Regioni i programmi e progetti standardizzati, tre Regioni li indicano fra le attività di prevenzione universale, in ogni caso la copertura è stata limitata o scarsa interessando un numero esiguo di luoghi rilevanti sul territorio.

Fra le attività maggiormente diffuse risultano i seminari per i genitori svolti prevalentemente presso i locali scolastici (11 Regioni), per metà delle stesse la copertura territoriale è scarsa, per 4 Regioni limitata, mentre le Marche e la PA di Bolzano hanno una copertura totale.

Attività svolte in ambito scolastico

La metà delle Regioni rispondenti indica che le scuole stilano piani specifici di intervento per la prevenzione dell'uso di sostanze psicoattive, tuttavia solo in due Regioni la copertura territoriale coinvolge la maggior parte degli Istituti scolastici. Nella pratica le azioni previste dai piani sono svolte da personale del Servizio Sanitario e del Terzo Settore.

I test antidroga per gli studenti effettuati in ambiente scolastico sono scarsamente diffusi, due Regioni riferiscono di adottare questa strategia e gli Istituti coinvolti sono una minoranza di quelli sul territorio.

Solo in tre Regioni gli Istituti scolastici sviluppano e realizzano programmi MUSTAP (*Manualised School-Based Prevention Programmes*) con una copertura territoriale piuttosto scarsa. Sono invece più numerose le Regioni (11) che propongono giornate e incontri di formazione specifici sulle sostanze psicoattive, con una copertura territoriale molto variabile, da scarsa a estesa. Uno stesso numero di Regioni promuove incontri di prevenzione dell'uso di sostanze effettuati dalle Forze dell'Ordine, tra queste sono Basilicata e Valle d'Aosta le Regioni che coinvolgono in modo estensivo gli Istituti scolastici sui rispettivi territori.

In 11 Regioni gli insegnanti sono promotori attivi della prevenzione attraverso attività di informazione sulle sostanze stupefacenti anche se la copertura territoriale risulta estesa solo in Lombardia e in Basilicata, mentre nelle altre Regioni è scarsa o limitata. Se si considerano gli approcci trasversali alle diverse materie scolastiche, un terzo delle Regioni tratta in maniera interdisciplinare l'argomento stupefacenti, in Basilicata e in Lombardia risultano coinvolti tutti gli istituti scolastici. Tra i soggetti attuatori di prevenzione figurano anche gli ex utilizzatori di sostanze, il personale medico e gli esperti del settore, infatti 10 delle Regioni rispondenti riporta attività svolte da queste figure ma la copertura sul territorio è scarsa, costituisce un'eccezione la PA di Bolzano che ha una copertura totale. Sempre in ambito scolastico, più della metà delle Regioni ha effettuato interventi non standardizzati, cioè che non seguono linee guida specifiche, di sviluppo di competenze personali e/o sociali; la copertura risulta estesa in Basilicata e nelle Marche.

Fra le strategie educative l'approccio tra pari è il più utilizzato, infatti 11 Regioni hanno promosso interventi *peer to peer* con una copertura territoriale estesa nelle Marche, in Basilicata, in Lombardia e in Molise, nelle altre Regioni è limitata o scarsa. Gli interventi specifici per genere riguardano una ristretta minoranza delle Regioni: Liguria, Marche e Campania li attuano ma con copertura limitata, tali interventi riguardano distintamente i bisogni specifici di studentesse e di studenti. Otto Regioni hanno promosso attività ricreative extracurricolari (come ad esempio l'organizzazione di *workshop*, attività sportive, corsi di fotografia e teatro) con un interessamento territoriale limitato, mentre risultano più diffusi (9 Regioni) gli eventi specifici per genitori (ad esempio serate o seminari per i genitori) svolti presso i locali scolastici con copertura estesa in Lombardia, Basilicata e PA di Bolzano.

Tab. 10.3.2 - Grado di copertura territoriale dei progetti di prevenzione universale secondo gli ambiti di intervento

Regione/PA	Comunità locale	Ambito familiare	Ambito scolastico
Basilicata	3	3	2
Calabria			
Campania	3	4	4
Emilia Romagna			
Friuli Venezia Giulia			
Liguria	3	3	3
Lombardia	2	3	2
Marche		2	3
Molise	4	4	4
PA Bolzano	2	2	3
PA Trento	4	3	3
Piemonte			
Sardegna	3	4	3
Sicilia	3	4	4
Toscana			
Umbria			
Valle d'Aosta	3	4	3
Veneto			

1 = Copertura completa, esiste in quasi tutti i luoghi rilevanti

2 = Copertura estesa, esiste in una maggioranza di luoghi rilevanti (non in quasi tutti)

3 = Copertura limitata, esiste in più di pochi luoghi rilevanti (non nella maggioranza)

4 = Copertura rara, esiste solo in pochi luoghi rilevanti

5 = Nessuna copertura, non esiste

6 = Nessuna informazione disponibile

Nota: il grado di copertura riportato è da intendersi come dato di sintesi delle diverse attività

Fonte: *Regioni e Province Autonome - Anno 2017*

Prevenzione selettiva

La prevenzione selettiva interviene su gruppi specifici, famiglie o comunità, che potenzialmente hanno maggiori probabilità di approcciare il consumo di sostanze stupefacenti 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 psicoattive. Esempi di gruppi vulnerabili includono i giovani autori di crimini, giovani che abbandonano precocemente il percorso scolastico o gli studenti che presentano gravi problemi in ambito accademico.

Gli interventi di prevenzione selettiva si svolgono prevalentemente presso le strutture preposte alla diagnosi, cura e riabilitazione delle dipendenze.

Tra le 18 Regioni che hanno fornito dati, sono 13 quelle impegnate in progetti di prevenzione selettiva-indicata: 8 Regioni hanno attivato meno di 5 progetti, 2 Regioni (Sardegna e Veneto) tra 5 e 10 progetti, 11 in Piemonte, 12 progetti attuati nella regione Marche e 15 in Sicilia.

Tab. 10.3.3 - Numero di progetti di prevenzione selettiva e indicata

Regione/PA	N° Progetti Prevenzione Selettiva	N° Progetti Prevenzione Indicata	N° Progetti Prevenzione Selettiva - Indicata
Basilicata			
Calabria			
Campania			1
Emilia Romagna	2		2
Friuli Venezia Giulia	2		
Liguria			
Lombardia	3		
Marche	8	2	2
Molise	4		
PA Bolzano	3		1
PA Trento	1		
Piemonte	11		
Sardegna	3	2	
Sicilia	1	14	
Toscana			
Umbria			
Valle d'Aosta	1		
Veneto	9		

Fonte: Regioni e Province Autonome - Anno 2017

Giovani vulnerabili

Un terzo delle Regioni rispondenti ha attuato progetti in contesti extrascolastici consentendo, così, di raggiungere i giovani *drop out*, tuttavia la copertura territoriale è stata piuttosto limitata, solo nella PA di Bolzano e in Veneto sono stati coinvolti totalmente i luoghi rilevanti sul territorio. Lo svolgimento delle attività progettuali sono per lo più a carico dei Servizi Sociali, enti privati, Servizi Sanitari, ma anche degli istituti scolastici. Tra i gruppi vulnerabili, gli studenti con problemi sociali e scolastici sono stati il target principale delle attività progettuali in 8 Regioni. Più esigue le Regioni che hanno previsto progetti per giovani appartenenti minoranze etniche o senza fissa dimora (5 e 3 Regioni rispettivamente), nella PA di Bolzano la copertura risulta estesa alla maggioranza dei luoghi rilevanti per entrambi i target. Sempre modesto il numero di Regioni che hanno attivato progetti indirizzati a giovani inseriti in istituti di accoglienza, fra queste Marche, Valle d'Aosta e Sardegna con una scarsa disseminazione sul territorio, Veneto con copertura limitata. Queste attività hanno coinvolto, oltre alle comunità, anche i Servizi Sanitari e socio-sanitari (SerD).

Le Regioni che hanno indirizzato progetti ai giovani con problemi legati alla giustizia sono state 11 e le attività sono state realizzate soprattutto attraverso *Streetwork*, con una copertura territoriale limitata o scarsa in 7 Regioni e nella PA di Bolzano con una copertura totale; tra i soggetti proponenti hanno avuto rilievo le Aziende Territoriali Sanitarie e il Terzo Settore. Sempre attraverso il lavoro di strada, i progetti hanno coinvolto i giovani che vivono o frequentano quartieri socialmente disagiati, 8 le Regioni che li hanno attuati, con un coinvolgimento variabile dei luoghi rilevanti sul territorio. I progetti sono stati a carico soprattutto dei Dipartimenti delle dipendenze e delle Aziende Sanitarie.

Tab. 10.3.4 - Grado di copertura territoriale dei progetti di prevenzione selettiva per sottogruppi di giovani vulnerabili

Regione/PA	Drop out	Studenti	Minoranze etniche	Giovani con problemi di giustizia
Basilicata				
Calabria				
Campania	6	6	6	6
Emilia Romagna	6	6	6	6
Friuli Venezia Giulia	6	6	6	6
Liguria				
Lombardia	3	3	6	3
Marche	4	2	4	4
Molise	3	2	6	6
PA Bolzano	1	1	2	1
PA Trento				
Piemonte				
Sardegna	5	4	4	4
Sicilia	6	4	4	4
Toscana				
Umbria				
Valle d'Aosta	4	4	4	4
Veneto	1	1	4	4

1 = Copertura completa, esiste in quasi tutti i luoghi rilevanti

2 = Copertura estesa, esiste in una maggioranza di luoghi rilevanti (non in quasi tutti)

3 = Copertura limitata, esiste in più di pochi luoghi rilevanti (non nella maggioranza)

4 = Copertura rara, esiste solo in pochi luoghi rilevanti

5 = Nessuna copertura, non esiste

6 = Nessuna informazione disponibile

Nota: il grado di copertura riportato è da intendersi come dato di sintesi delle diverse attività

Fonte: Regioni e Province Autonome - Anno 2017

Famiglie vulnerabili

Costruire ambienti familiari positivi è uno dei cardini su cui poggiare la prevenzione dell'utilizzo di sostanze stupefacenti, l'abuso di alcol e altri comportamenti a rischio. La famiglia è il contesto in cui l'individuo dovrebbe trovare il sostegno per la crescita. In tal senso i progetti che intendono offrire supporto alle famiglie con problematiche correlate al consumo di sostanze psicoattive, si configurano come essenziali per guidare i giovani verso un futuro proficuo.

Le Regioni che hanno dedicato specifici progetti a famiglie con problematiche legate all'uso di stupefacenti e alcol sono state otto, con una copertura estesa nelle Marche e nel Veneto. Fra le Regioni rispondenti, 6 hanno attuato interventi rivolti alle famiglie con situazioni di conflitto e/o di abbandono familiare, in Veneto e nella PA di Bolzano sono stati coinvolti in modo estensivo i luoghi di maggior interesse sul territorio. Quattro delle Regioni rispondenti hanno investito in progettazione dedicata ai genitori socialmente svantaggiati, ad esempio disoccupati, e per famiglie emigrate appartenenti a gruppi etnici minoritari con copertura territoriale estesa in Veneto e PA di Bolzano, scarsa in Molise e in Valle d'Aosta.

Tab. 10.3.5 - Grado di copertura territoriale dei progetti di prevenzione selettiva per sottogruppi ambito famiglie vulnerabili

Regione/PA	Famiglie con problematiche droga/alcol correlate	Genitori socialmente svantaggiati
Basilicata		
Calabria		
Campania	4	6
Emilia Romagna	6	6
Friuli Venezia Giulia	6	6
Liguria		
Lombardia	3	6
Marche	2	6
Molise	3	4
PA Bolzano	3	2
PA Trento		
Piemonte		
Sardegna	5	5
Sicilia	4	6
Toscana		
Umbria		
Valle d'Aosta	4	4
Veneto	2	2

1 = Copertura completa, esiste in quasi tutti i luoghi rilevanti

2 = Copertura estesa, esiste in una maggioranza di luoghi rilevanti (non in quasi tutti)

3 = Copertura limitata, esiste in più di pochi luoghi rilevanti (non nella maggioranza)

4 = Copertura rara, esiste solo in pochi luoghi rilevanti

5 = Nessuna copertura, non esiste

6 = Nessuna informazione disponibile

Note: il grado di copertura riportato è da intendersi come dato di sintesi delle diverse attività

Fonte: Regioni e Province Autonome - Anno 2017

Prevenzione selettiva in specifici ambiti

Relativamente alla prevenzione in specifici ambiti, quali ad esempio quartieri vulnerabili e luoghi di aggregazione, la maggioranza delle Regioni (11) si è concentrata su attività di sensibilizzazione ed educazione atte a modificare i comportamenti di consumo di sostanze psicoattive, fra queste Lombardia, Emilia Romagna e Valle d'Aosta hanno coinvolto il territorio in maniera estesa. La metà delle Regioni ha promosso interventi rivolti a giovani e adulti che vivono in quartieri vulnerabili e/o a rischio, tuttavia con un coinvolgimento a livello di territorio limitato. Fra le rispondenti, 8 Regioni hanno attuato la formazione rivolta al personale che somministra alcolici presso esercizi al pubblico soprattutto promuovendo il "bere in modo responsabile"; uno stesso numero di Regioni ha implementato attività di prevenzione della guida in stato di ebrezza anche attraverso programmi specifici per gli incidenti droga-alcol correlati (es. promozione dell'"autista designato"), tuttavia la copertura territoriale è stata limitata. Sempre in tema di sicurezza stradale e prevenzione della guida in stato di ebrezza, 6 Regioni hanno promosso iniziative singole, come l'offerta di mezzi di trasporto alternativi per un rientro sicuro e 7 Regioni programmi integrati di collaborazione tra industria del tempo libero, servizi pubblici e la formazione del personale dei luoghi di

divertimento. L'uniformità e il coinvolgimento a livello territoriale sono risultati piuttosto disomogenei: in Veneto e in Emilia Romagna le iniziative di offerta di trasporti alternativi hanno coinvolto la maggior parte dei luoghi di interesse, sempre in Veneto ma anche in Lombardia i progetti integrati sono stati distribuiti in modo esteso sul territorio.

Tab. 10.3.6 - Grado di copertura territoriale dei progetti di prevenzione selettiva in ambiti sottogruppi specifici

Regione/PA	Quartieri vulnerabili	Formazione al personale di vendita alcolici	Incidenti droga-alcol correlati
Basilicata			
Calabria			
Campania	4	5	5
Emilia Romagna	6	3	2
Friuli Venezia Giulia	3	5	4
Liguria			
Lombardia	3	3	2
Marche	4	4	-
Molise	6	4	6
PA Bolzano	2	4	1
PA Trento	2	4	-
Piemonte			
Sardegna	5	5	4
Sicilia	6	4	4
Toscana			
Umbria			
Valle d'Aosta	4	5	3
Veneto	2	1	2

1 = Copertura completa, esiste in quasi tutti i luoghi rilevanti

2 = Copertura estesa, esiste in una maggioranza di luoghi rilevanti (non in quasi tutti)

3 = Copertura limitata, esiste in più di pochi luoghi rilevanti (non nella maggioranza)

4 = Copertura rara, esiste solo in pochi luoghi rilevanti

5 = Nessuna copertura, non esiste

6 = Nessuna informazione disponibile

Nota: il grado di copertura riportato è da intendersi come dato di sintesi delle diverse attività

Fonte: Regioni e Province Autonome - Anno 2017

Prevenzione Indicata

La prevenzione indicata si rivolge agli individui che manifestano problemi comportamentali o psicologici che possono essere predittivi dello sviluppo di un uso problematico di sostanze e di dipendenza. La metà delle Regioni rispondenti attua interventi brevi rivolti ai giovani, le attività hanno luogo soprattutto negli ambienti scolastici e l'inclusione degli Istituti del territorio va da totale a estesa per 4 delle stesse Regioni; gli interventi extrascolastici sono promossi da un terzo delle Regioni, poco adottati gli interventi presso i pronto soccorso. Sono invece abbastanza diffusi i progetti/interventi per l'identificazione precoce di studenti con comportamenti a rischio correlati all'uso di sostanze

psicoattive, 8 Regioni sul totale delle rispondenti, tuttavia la copertura territoriale è limitata o scarsa. Solo 3 Regioni mettono in atto programmi specificatamente rivolti ad adolescenti e giovani con comportamenti legati alla ricerca di “sensazioni forti” (*sensation seeking behaviours*), ADHD (disturbo da deficit dell’attenzione e iperattività), con disturbi della condotta sociale, comportamenti aggressivi e oppositivi, con o senza uso corrente di sostanze, con una copertura sul territorio prevalentemente bassa.

Tab. 10.3.7 - Grado di copertura territoriale dei progetti di prevenzione indicata per tipologia di intervento

Regione/PA	Interventi brevi rivolti ai giovani	Interventi in ambito extrascolastico	Identificazione precoce di studenti con comportamenti a rischio
Basilicata			
Calabria			
Campania			
Emilia Romagna			
Friuli Venezia Giulia	6	6	6
Liguria			
Lombardia	2	6	2
Marche	2	4	3
Molise	3	4	3
PA Bolzano	1	2	
PA Trento	3	5	4
Piemonte			
Sardegna	4	5	4
Sicilia	4	4	4
Toscana			
Umbria			
Valle d’Aosta	3	3	3
Veneto	2	2	2

1 = Copertura completa, esiste in quasi tutti i luoghi rilevanti

2 = Copertura estesa, esiste in una maggioranza di luoghi rilevanti (non in quasi tutti)

3 = Copertura limitata, esiste in più di pochi luoghi rilevanti (non nella maggioranza)

4 = Copertura rara, esiste solo in pochi luoghi rilevanti

5 = Nessuna copertura, non esiste

6 = Nessuna informazione disponibile

Nota: il grado di copertura riportato è da intendersi come dato di sintesi delle diverse attività

Fonte: Regioni e Province Autonome - Anno 2017

10.4 Prevenzione dell'incidentalità stradale notturna droga-correlata

Fonte dei dati: Ministero dell'Interno - Dipartimento della Pubblica Sicurezza - Servizio Polizia Stradale

Gli incidenti stradali rappresentano una delle più grandi emergenze in Italia, come in Europa. Il fenomeno infortunistico rilevato nel 2017 da Polizia di Stato ed Arma dei Carabinieri registra una diminuzione del 2,4% del numero complessivo degli incidenti stradali rispetto al 2016 (da 76.052 del 2016 a 74.226 del 2017), come pure del 4,8% del numero di sinistri con lesioni alle persone (da 33.856 a 32.238) e di feriti (da 51.926 a 49.441). Nello stesso tempo, tuttavia, si evidenzia un preoccupante incremento del numero degli incidenti con esito mortale, pari all'1,4% (da 1.547 a 1.569 - più 22 incidenti) e, soprattutto, del numero delle vittime (+2,7%, corrispondente a 45 morti in più, da 1.665 a 1.710).

Tra i comportamenti più pericolosi che potrebbero causare gravi incidenti stradali si annoverano la guida in stato di ebbrezza e in stato di alterazione per l'uso di sostanze stupefacenti e psicotrope.

Per contrastare tale dilagante fenomeno, nel 2015 è stato sottoscritto un Protocollo d'Intesa tra il Dipartimento Politiche Antidroga e il Dipartimento della Pubblica Sicurezza, cui sono seguiti un Accordo Esecutivo e un Accordo di Collaborazione Interistituzionale, siglati entrambi nel 2016. Tali Accordi hanno introdotto nuove misure organizzative per l'ottimizzazione dell'attività di accertamento, attraverso l'impiego di laboratori dedicati, medici e sanitari della Polizia di Stato e la sperimentazione di nuove modalità di prelievo dei liquidi biologici, direttamente sulla strada ed al momento del controllo da parte della Polizia Stradale. Ciò al fine di superare le difficoltà legate alla verifica dell'assunzione della sostanza stupefacente e all'accertamento dello stato di alterazione, accertamenti che presuppongono l'esecuzione in ambito ospedaliero.

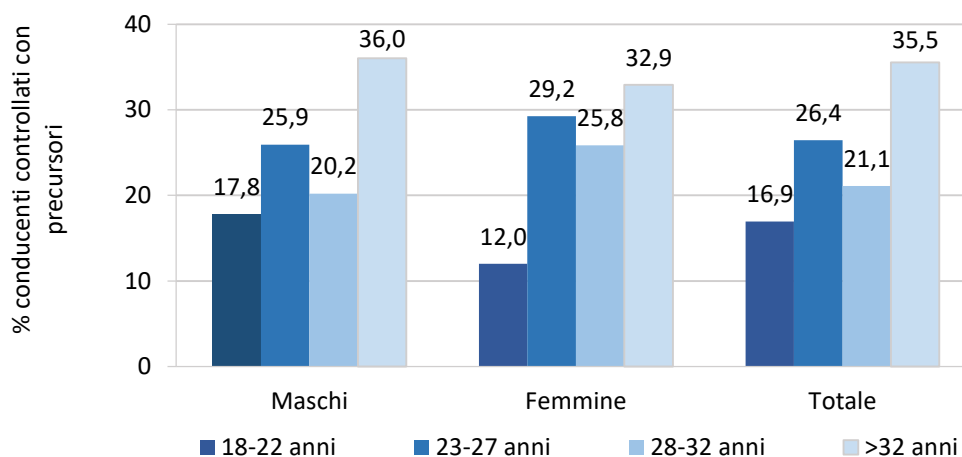
La campagna di controllo sulle condizioni psicofisiche dei conducenti di veicoli, con l'impiego congiunto della Polizia Stradale e dei medici e personale sanitario della Polizia di Stato è stata avviata nel 2016 in 36 province italiane ed è proseguita anche nel 2017, anno in cui si è passati progressivamente a 58 e, dal mese di luglio, a 80 province.

Il nuovo protocollo operativo relativo all'accertamento dell'assunzione di sostanze stupefacenti è basato sulla effettuazione - direttamente su strada - di test di *screening* sulla saliva e, in caso di positività, sul successivo prelievo di campioni salivari per l'esecuzione delle analisi di laboratorio presso il Centro Ricerche di Laboratorio e Tossicologia Forense della Polizia di Stato di Castro Pretorio a Roma.

Nel corso dei servizi sono stati effettuati 1.015 posti di controllo, con l'impiego di 5.520 operatori della Polizia di Stato e 1.575 tra medici e personale sanitario della Polizia di Stato. Sono stati sottoposti a controllo con precursori 36.861 conducenti, dei quali 2.104 (pari al 5,7%) risultati positivi anche alla verifica con etilometro, con un tasso alcolemico superiore a 0,5 g/l; per tali conducenti è scattato il ritiro della patente di guida per la successiva sospensione. Ulteriori 134 conducenti, rientranti tra quelli per i quali vige il divieto assoluto di assumere alcol prima di mettersi al volante (neopatentati, minori di 21 anni e conducenti professionali), sono stati trovati con un tasso alcolemico compreso tra 0,1 e 0,5 g/l (e, pertanto, sanzionati amministrativamente ai sensi dell'art.186 bis, Codice della Strada -

C.d.S.). Quelli successivamente sottoposti, come da protocollo operativo, ad un esame comportamentale da parte del personale sanitario della Polizia di Stato, per valutarne lo stato psicofisico, nonché alla effettuazione di test di *screening* sulla saliva, per verificare la presenza di sostanze stupefacenti, sono stati 2.485, per il 35,5% rappresentati da conducenti con più di 32 anni e per il 16,9% da giovani di 18-22 anni.

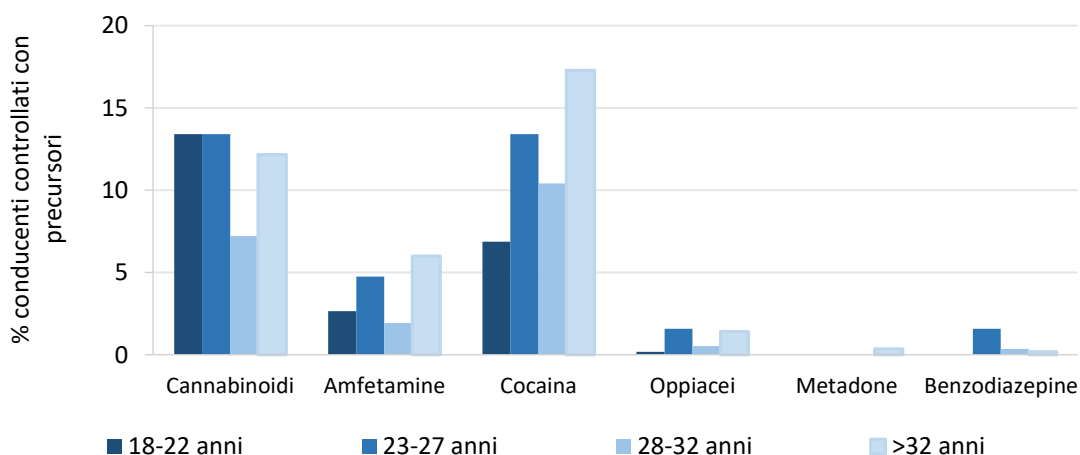
Fig. 10.4.1 - Conducenti controllati con precursori. Distribuzione per genere e classe di età



Fonte: Ministero dell'Interno - Anno 2017

Dei 2.485 conducenti controllati con precursori, 567 (pari all'1,5% dei 36.861 conducenti complessivamente controllati) sono risultati positivi ad almeno una sostanza stupefacente (Tab. 10.4.1). Per tali conducenti, oltre al ritiro cautelativo della patente previsto dal C.d.S, si è proceduto al prelievo su strada di campioni salivari, inviati a Roma presso il Centro di Tossicologia Forense della Polizia di Stato per le analisi di laboratorio. Queste ultime hanno confermato la positività ad almeno una sostanza psicoattiva di 456 conducenti, pari all'80,4% di quelli (567) risultati positivi al test di *screening* su strada e all'1,2% dei conducenti complessivamente controllati.

Fig. 10.4.2 - Percentuale conducenti controllati con precursori e risultati positivi ad almeno una sostanza stupefacente. Distribuzione per classe di età e tipo di sostanza rilevata



Fonte: Ministero dell'Interno - Anno 2017

I controlli hanno identificato la cocaina quale sostanza maggiormente assunta, accertata su 269 conducenti (per la maggior parte con un'età superiore ai 23 anni); su 258 conducenti (soprattutto i più giovani, di età compresa tra i 18 e i 27 anni) è stata, invece, rilevata l'assunzione di cannabinoidi (Fig. 10.4.2 e Tab. 10.4.1). Le attività di controllo hanno portato, inoltre, al sequestro di 218 grammi di cannabinoidi e di circa 6 grammi di cocaina.

Tab. 10.4.1 - Numero di conducenti per genere e classi di età controllati durante le attività di prevenzione all'incidentalità stradale notturna e risultati positivi ai precursori alcoltest e a quelli salivari per la rilevazione delle sostanze stupefacenti

Maschi		18-22 anni	23-27 anni	28-32 anni	>32 anni	Totale
Alcol	Conducenti controllati	4.903	6.433	6.113	9.478	26.927
	0,5 - 0,8 gr/l	118	166	130	272	686
Tasso alcolemico accertato	0,8 - 1,5 gr/l	99	213	167	342	821
	>1,5 gr/l	25	52	47	118	242
Sostanze stupefacenti	Conducenti controllati	375	545	425	757	2.102
	Cannabinoidi	72	71	35	59	237
	Amfetamine	15	26	8	30	79
Positività rilevate ad almeno una sostanza stupefacente	Cocaina	33	68	53	87	241
	Opiacei	1	9	2	6	18
	Metadone	0	0	0	2	2
	Benzodiazepine	0	1	2	1	4
Femmine		18-22 anni	23-27 anni	28-32 anni	>32 anni	Totale
Alcol	Conducenti controllati	2.133	2.805	2.497	2.499	9.934
	0,5 - 0,8 gr/l	20	39	36	59	154
Tasso alcolemico accertato	0,8 - 1,5 gr/l	19	56	41	51	167
	>1,5 gr/l	6	9	5	14	34
Sostanze stupefacenti	Conducenti controllati	46	112	99	126	383
	Cannabinoidi	4	5	6	10	25
	Amfetamine	0	1	3	4	8
Positività rilevate ad almeno una sostanza stupefacente	Cocaina	6	8	6	11	31
	Opiacei	0	0	1	2	3
	Metadone	0	0	0	0	0
	Benzodiazepine	0	8	0	0	8

Fonte: Ministero dell'Interno - Anno 2017

Nel complesso, nel 2017 le attività di prevenzione alla guida in stato di ebbrezza e/o di alterazione psicofisica per uso di sostanze stupefacenti hanno comportato il controllo di 37.899 veicoli e 43.592 persone, delle quali 1.260 sono state denunciate a piede libero e 3 arrestate. Nello specifico degli articoli 186 (guida sotto effetto di alcol) e 187 (Guida in stato di alterazione psico-fisica per uso di sostanze stupefacenti) del C.d.S, le violazioni al C.d.S. contestate sono state 4.740 e le patenti ritirate sono state 2.366 (Tab. 10.4.2).

Tab. 10.4.2 - Numero di violazioni contestate e patenti ritirate per guida in stato di ebbrezza (Art.186 C.d.S) e in stato di alterazione psico-fisica per uso di sostanze stupefacenti (Art. 187 C.d.S) durante le attività di prevenzione all'incidentalità stradale notturna

C.d.S. Titolo V - Norme di comportamento	Violazioni contestate		Patenti ritirate
	Totale	<i>di cui commessi da minori di 21 anni e neopatentati</i>	Totale
Guida sotto effetto di alcol			
Art. 186/2	2.104	123	2.012
Art. 186 bis, co. 1 e 2	134	59	---
Art. 186/7 (rifiuto)	24	---	22
Guida in stato di alterazione psico-fisica per uso di sostanze stupefacenti			
Art.187/1	141	---	89
Art.187/8 (rifiuto)	55	---	43
Art.187/5 (ritiro cautelare)	---	---	196
Guida sotto effetto di alcol e di sostanze			
Art.186 + Art.187	330	---	---

Fonte: Ministero dell'Interno - Anno 2017

Acronimi

AIDS	Acquired Immunodeficiency Syndrome
ASL	Azienda Sanitaria Locale
CC	Arma dei Carabinieri
CNR	Consiglio Nazionale delle Ricerche
COA	Centro Operativo AIDS
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
IPSAD	Italian Population Survey on Alcohol and other Drugs
ISS	Istituto Superiore di Sanità
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
PCM	Presidenza del Consiglio dei Ministri
PDS	Poly-Drug Score
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
Ser.D.	Servizi per le Dipendenze
SIND	Sistema Informativo Nazionale per le Dipendenze
SSN	Servizio Sanitario Regionale
UTG	Uffici Territoriali del Governo

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 esercizio di coordinamento interistituzionale al quale hanno partecipato:

Ministero della Giustizia

- Dipartimento per gli Affari di Giustizia – Direzione Generale della Giustizia Penale - Ufficio I - *Contributo inserito in: Parte I - 2.2*
- Dipartimento per gli Affari di Giustizia – Direzione Generale della Giustizia Penale - Ufficio III - Casellario Giudiziale Centrale - *Contributo inserito in: Parte I - 2.3*
- Dipartimento Amministrazione Penitenziaria - *Contributo inserito in: Parte I - 2.4, Parte III - 7.3*
- Dipartimento per la Giustizia Minorile e di Comunità - Direzione Generale del personale, delle risorse e per l'attuazione dei provvedimenti del Giudice Minorile– Sezione Statistica, Ufficio Attuazione provvedimenti giudiziari del giudice minorile - *Contributo inserito in: Parte I - 2.5*
- Dipartimento per la Giustizia Minorile e di Comunità - Direzione generale esecuzione penale esterna e di messa alla prova - *Contributo inserito in: Parte III - 7.4*

Ministero dell'Interno

- Direzione Centrale dei Servizi Antidroga - *Contributo inserito in: Parte I - 1.2, 1.3, 2.1, Parte IV - 9.3*
- Dipartimento della Pubblica Sicurezza - Direzione Centrale Anticrimine della Polizia di Stato - Servizio Polizia Scientifica - *Contributo inserito in: Parte I - 1.4*
- Dipartimento per le politiche del personale dell'amministrazione civile e per le risorse strumentali e finanziarie - Direzione centrale delle risorse umane - Centro studi, ricerca e documentazione - *Contributo inserito in: Parte I - 2.6, Parte III - 6.2, 7.2*
- Dipartimento per le politiche del personale dell'amministrazione civile e per le risorse strumentali e finanziarie - Direzione centrale per le risorse finanziarie e strumentali - Innovazione tecnologica per l'amministrazione generale - Ufficio IV - *Contributo inserito in: Parte I - 2.6*
- Dipartimento della Pubblica Sicurezza – Servizio di Polizia Stradale - *Contributo inserito in: Parte V - 10.4*

Ministero della Difesa

- Osservatorio Epidemiologico della Difesa - *Contribuiti inseriti in: Parte II - 2.2, Parte V - 10.2*
- Arma dei Carabinieri - Raggruppamento Carabinieri Investigazioni Scientifiche di Roma - *Contributo inserito in: Parte I - 1.4*

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

- Direzione Generale per lo Studente, l'Integrazione e la Partecipazione - Ufficio III - *Contributo inserito in: Parte V - 10.1*

Ministero della Salute:

- Direzione generale della prevenzione sanitaria - *Contributi inseriti in: Parte III - 6.1, 7.1, Parte IV - 8.1*
- Direzione generale della digitalizzazione, del sistema informativo sanitario e della statistica - *Contributi inseriti in: Parte III - 6.1, 7.1, Parte IV - 8.1*
- Direzione generale dei dispositivi medici e del servizio farmaceutico - Ufficio Centrale Stupefacenti - *Contributo inserito in: Parte I - 1.7*

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 *Contributo inserito in: Parte I - 1.1*
- Direzione Centrale per le statistiche sociali e il censimento della popolazione - Servizio Sistema integrato salute, assistenza, previdenza e giustizia - *Contributi inseriti in: Parte IV - 9.1, 9.2, 9.4*

Istituto Superiore di Sanità – ISS:

- Centro Nazionale Dipendenze e Doping - *Contributi inseriti in: Parte I - 1.5, 1.6, Parte II - 4.1*
- Centro Nazionale per la prevenzione delle malattie e la promozione della salute - *Contributo inserito in: Parte II - 4.1*
- Dipartimento di Malattie Infettive, Parassitarie e Immunomediate - Centro Operativo AIDS - *Contributo inserito in: Parte IV - 8.3*
- Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute - Sistema Epidemiologico Integrato delle Epatiti Virali Acute - *Contributo inserito in: Parte IV - 8.2*

Consiglio Nazionale delle Ricerche:

- Istituto di Fisiologia Clinica (CNR-IFC) - Sezione di Epidemiologia e Ricerca sui Servizi Sanitari - *Contributi inseriti in: Parte II - 3.1, 3.2, 5.1, 5.2, Parte III – 6.3, 6.4, 7.3, Parte V – 10.1, 10.3*

Regioni e Province Autonome: *Contributi inseriti in: Parte III - 6.3, 6.4, 7.3, Parte V - 10.3*

Commissione Salute della Conferenza delle Regioni e delle Province Autonome - sottogruppo Dipendenze: *Contributi inseriti in: Parte III - 6.1, 7.1, Parte IV - 8.1*

Esperti nazionali del PUNTO FOCAL NAZIONALE – REITOX: *Contributo inserito in: Parte II - 3.3*

Finito di stampare nel mese di giugno 2018 - Roma