

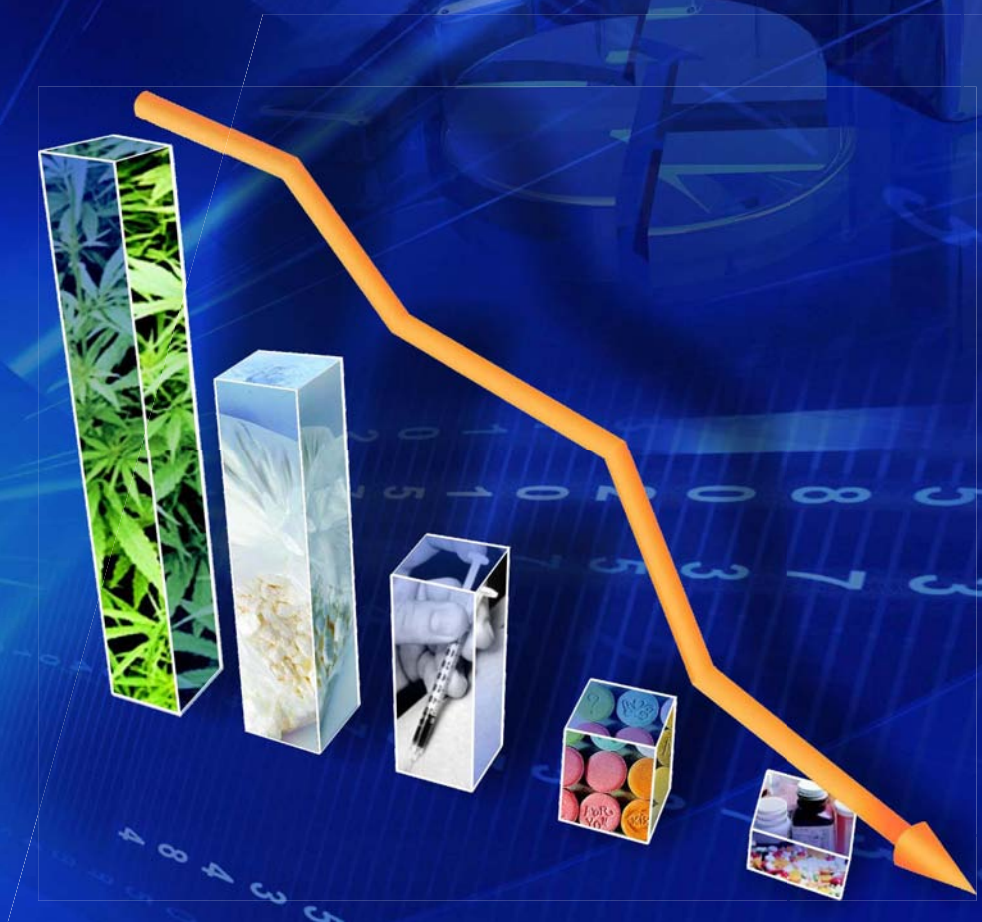


RELAZIONE ANNUALE AL PARLAMENTO 2012

Sull'uso di sostanze stupefacenti e sulle tossicodipendenze in Italia

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

SINTESI



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

del Ministro per la Cooperazione internazionale e l'Integrazione

Prof. Andrea Riccardi

con delega alle politiche per prevenire, monitorare e contrastare il diffondersi delle tossicodipendenze e delle alcoldipendenze correlate

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Andrea Riccardi

REPORT NAZIONALE

SULL'USO DI SOSTANZE STUPEFACENTI E SULLO STATO DELLE TOSSICODIPENDENZE IN ITALIA.

(su dati 2011 e primo semestre 2012)

SINTESI



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

Dati relativi all'anno 2011-2012 (primo semestre)

Dipartimento Politiche Antidroga – Presidenza del Consiglio dei Ministri

Anche per il periodo cui la presente relazione si riferisce, l'attività posta in essere dal Dipartimento Politiche Antidroga si è svolta nell'ambito delle Linee di indirizzo previste dal Piano Nazionale Antidroga 2010-2013 (PAN).

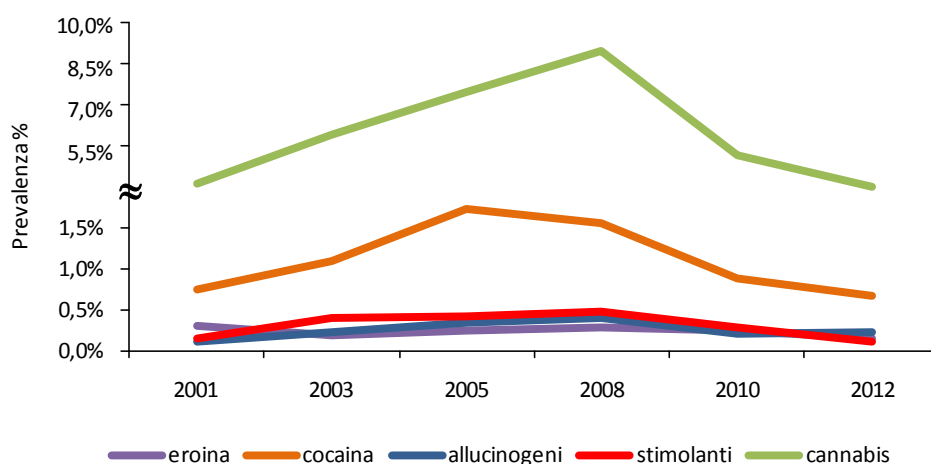
I.1 CONSUMO DI DROGA

Le analisi del consumo di sostanze stupefacenti in Italia sono state eseguite utilizzando diverse ed indipendenti fonti informative al fine di poter stimare il più correttamente possibile il fenomeno da vari punti di vista. Alla data del 15 maggio 2012, sulla base dell'indagine di popolazione generale (GPS-ITA) condotta su un campione rappresentativo di oltre 18.000 italiani (percentuale di adesione del 31,6%) è stato stimato il numero totale dei consumatori (intendendo con questo termine sia quelli occasionali che con dipendenza da sostanze con uso quotidiano) pari a 2.327.335 (da 2.127.000 a 2.548.000) persone.

L'analisi generale dell'andamento del numero dei consumatori di sostanze stupefacenti negli ultimi 12 mesi, riferiti alla popolazione nazionale 15-64 anni, conferma la tendenza alla contrazione del numero dei soggetti, già osservata nel 2010 per tutte le sostanze considerate, anche se con intensità minore rispetto al decremento riscontrato nel 2010 (Figura 1).

Quadro generale

Figura 1: Consumatori di sostanze stupefacenti nella popolazione generale 15-64 anni negli ultimi 12 mesi. Anni 2001-2012



Continua la tendenza alla diminuzione globale dei consumatori nella popolazione generale

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

Le persone che hanno dichiarato di aver usato stupefacenti almeno una volta negli ultimi 30 giorni sono risultate rispettivamente: 0,08% per l'eroina (0,17% nel 2010), 0,29% per la cocaina (0,43% nel 2010), 1,82% per la cannabis (3,00% nel 2010), per gli stimolanti – amfetamine – ecstasy 0,04% (0,15% nel 2010), per gli allucinogeni 0,05% (0,10% nel 2010).

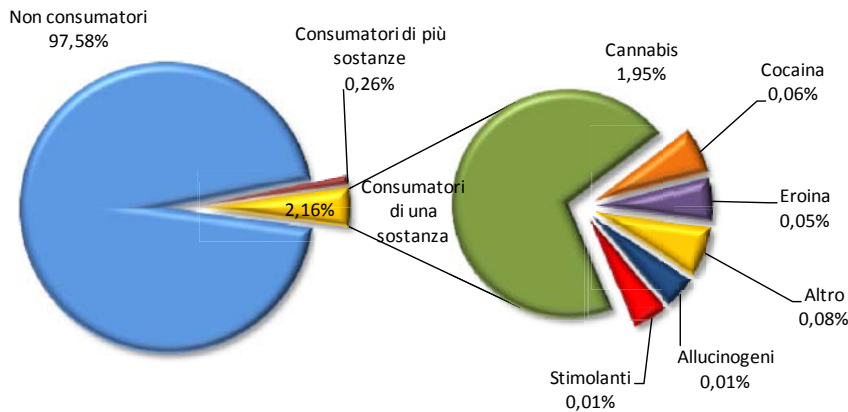
Tabella 1: Consumatori di sostanze stupefacenti (prevalenza %) nella popolazione generale 15-64 anni negli ultimi 30 giorni. Anni 2010 e 2012

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

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

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

Figura 2: Distribuzione della popolazione generale 15-64 anni, secondo il consumo negli ultimi 30 giorni. Anno 2012



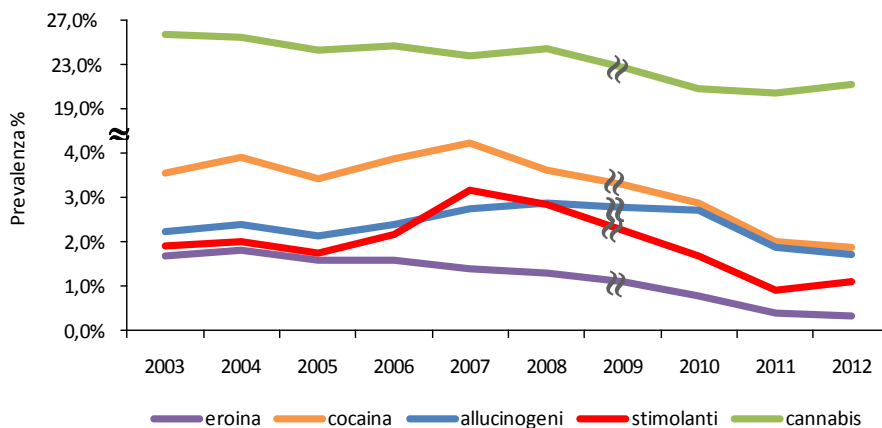
Il 97,58% della popolazione 15-64 anni non ha assunto alcuna sostanza stupefacente negli ultimi 30 giorni

Fonte: Studio GPS-DPA 2012 – Dipartimento Politiche Antidroga

Il confronto dei consumi di stupefacenti tra gli studenti 15-19 anni, negli ultimi 10 anni, evidenzia una progressiva contrazione della prevalenza di consumatori di cannabis, caratterizzata da una certa variabilità fino al 2008, e da una sostanziale stabilità dal 2010 al 2012, con una lieve tendenza all'aumento in quest'ultimo anno. La cocaina, dopo un tendenziale aumento che caratterizza il primo periodo fino al 2007, segna una costante e continua contrazione della prevalenza di consumatori fino al 2012, con maggiore variabilità nell'ultimo biennio. I consumatori di sostanze stimolanti (ecstasy e amfetamine) seguono l'andamento della cocaina fino al 2011, e nel 2012, contrariamente all'anno precedente, si osserva una ripresa dei consumi.

Indagine 2012 su soggetti con età 15-19 anni: ancora in calo i consumi nella popolazione studentesca per cocaina, allucinogeni ed eroina; lieve tendenza all'aumento per la cannabis; ripresa dei consumi per gli stimolanti (ecstasy e amfetamine)

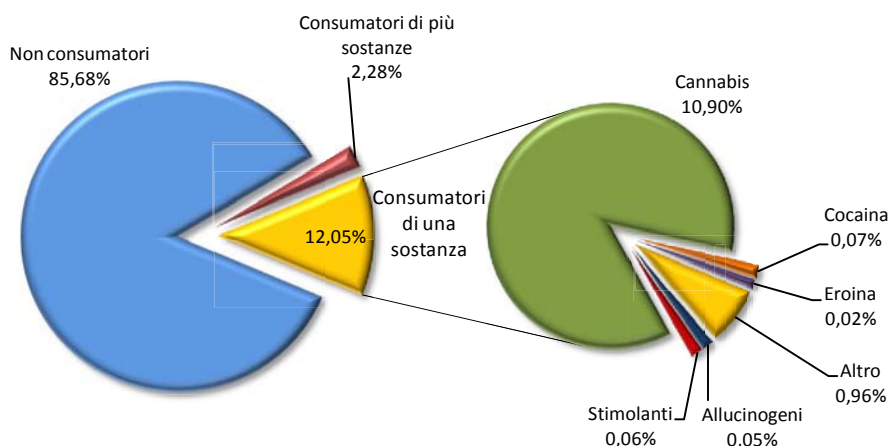
Figura 3: Consumo di sostanza stupefacente nella popolazione scolastica 15-19 anni negli ultimi 12 mesi. Anni 2003-2012



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

La prevalenza del consumo di allucinogeni ha seguito un trend in leggero aumento nel primo periodo di osservazione, fino al 2008, seguito da una situazione di stabilità nel biennio successivo, ed una sensibile contrazione dal 2010 al 2012.

In costante e continuo calo il consumo di eroina sin dal 2004, anno in cui è stata osservata la prevalenza di consumo più elevata nel periodo di riferimento, pur rimanendo a livelli inferiori del 2% degli studenti che hanno compilato il questionario.

Figura 4: Distribuzione degli studenti rispondenti 15-19 anni, secondo il consumo negli ultimi 30 giorni. Anno 2012

L'85,68% degli studenti 15-19 anni non ha assunto alcuna sostanza stupefacente negli ultimi 30 giorni

Fonte: Studi SPS-DPA 2012 – Dipartimento Politiche Antidroga

Lo studio 2012 sulla popolazione studentesca (su un campione di 35.472 soggetti di età compresa tra 15-19 anni con percentuale di risposta del 77,7%) evidenzia le seguenti percentuali di consumatori (consumo dichiarato negli ultimi 30 giorni): eroina 0,23% (0,29% nel 2011); cocaina 1,06% (1,17% nel 2011); cannabis 12,94% (12,65% nel 2011); stimolanti – amfetamine – ecstasy 0,57% (0,50% nel 2011); allucinogeni 0,86% (1,02% nel 2011).

Tabella 2: Consumo di sostanze stupefacenti (prevalenza %) nella popolazione scolastica 15-19 anni negli ultimi 30 giorni. Anni 2011 e 2012

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

Consumatori (uso negli ultimi 30 giorni)

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

Parallelamente agli studi epidemiologici classici, il Dipartimento Politiche Antidroga ha affidato all'Istituto di Ricerche Farmacologiche Mario Negri di Milano i prelievi e l'analisi di campioni di acque reflue rilevati nel 2011 presso 17 centri urbani (8 centri nel 2010) distribuiti su tutto il territorio nazionale per la misura delle concentrazioni di residui di sostanze presenti nei campioni.

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

Sostanza	Consumi 2010	Consumi 2011	Differenza 2011-2012
Eroina (dosi/die 1.000 ab.)	2,98	2,05	-0,94
Cocaina (dosi/die 1.000 ab.)	7,57	5,91	-1,66
Cannabis (dosi/die 1.000 ab.)	34,21	36,62	1,41
Ecstasy (dosi/die 1.000 ab.)	0,05	0,07	0,02
Amfetamine (dosi/die 1.000 ab.)	1,10	0,0	-1,10
Metamfetamine (dosi/die 1.000 ab.)	3,27	0,25	-3,02
Ketamina (grammi die)	1,92	4,11	2,19

Concentrazioni di sostanze nelle acque reflue

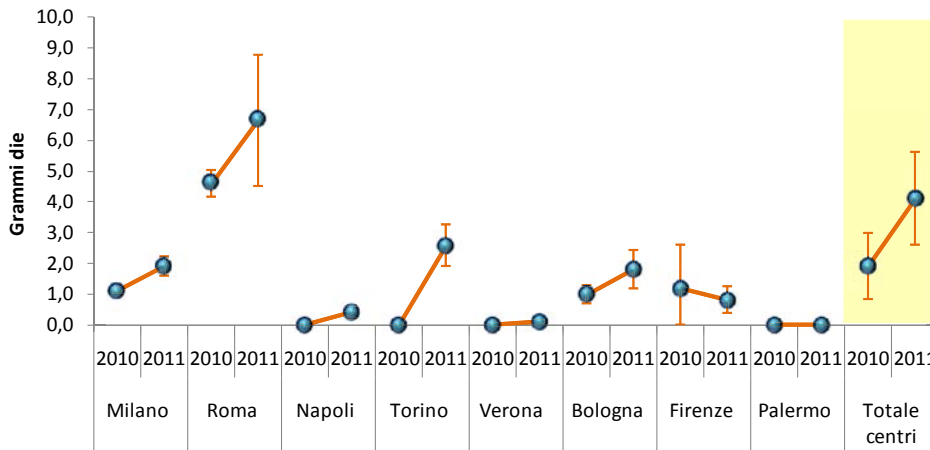
Fonte: Studio AquaDrugs 2010-2011 – Dipartimento Politiche Antidroga – Istituto di Ricerche Farmacologiche Mario Negri

Il consumo più consistente di sostanze stupefacenti si osserva per la cannabis,

mediamente circa 35,6 dosi giornaliere ogni 1.000 abitanti nel 2011, sostanzialmente invariato rispetto al dato medio riscontrato nel 2010 (34,2). Tra le sostanze in cui si osserva una contrazione dei consumi figurano la cocaina (5,91 dosi giornaliere ogni 1.000 abitanti nel 2011 vs 7,57 nel 2010), l'eroina (2,98 vs 2,05), le amfetamine (assenza della sostanza nel 2011 vs 1,1 nel 2010) e le metamfetamine (0,25 vs 3,27). Un aumento dei consumi è stato rilevato per l'ecstasy (0,07 vs 0,05) e per la Ketamina (4,11 vs 1,92).

Cannabis: consumo più consistente

Figura 5: Distribuzione grammi/die di KETAMINA rilevati in ciascun centro urbano nel biennio 2010-2011 e corrispondenti intervalli di confidenza



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

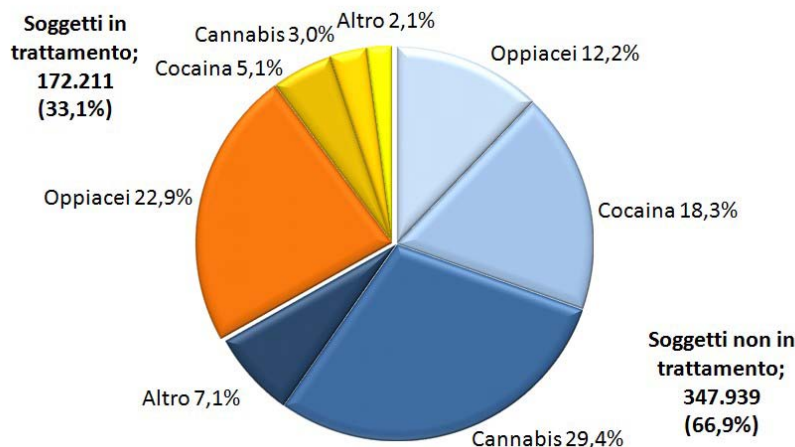
Vengono riportate in allegato alcune schede riassuntive sintetiche delle principali sostanze, comprensive dei vari risultati ottenuti dalle diverse analisi eseguite.

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

I soggetti con dipendenza da sostanze (tossicodipendenti con bisogno di trattamento) risultano essere circa 520.150 (562.400 nel 2010) e rappresentano il 13,1/1000 residenti di età compresa tra i 15 e i 64 anni. Di questi, 193.000 per oppiacei (4,9/1000 residenti), circa 136.750 per cocaina (3,4/1000 residenti) e circa 190.400 per cannabis (4,8/1000 residenti).

520.150 il numero stimato di soggetti con bisogno di trattamento

Figura 6: Distribuzione percentuale dei soggetti con bisogno di trattamento, in soggetti assistiti e soggetti non assistiti. Anno 2011



Fonte: Elaborazione su dati Ministero Salute e Ministero Interno

Una quota di consumatori non in trattamento, ma con dipendenza da altre sostanze, è stata stimata intorno al 7%.

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

I soggetti che hanno richiesto per la prima volta un trattamento sono stati 33.679 con un tempo medio di latenza stimato tra inizio uso e richiesta di primo trattamento di 8,9 anni (oscillante tra i 4,4 e gli 11,0 anni), differenziato da sostanza a sostanza (oppiacei 7,7 anni; cocaina 10,8 anni; cannabis 7,3 anni).

L'età media dei nuovi utenti è 31,6 anni, con un arrivo ai servizi sempre più tardivo rispetto agli anni precedenti. Questo significa che vi è un aumento del tempo fuori trattamento con tutti i rischi che ne conseguono e quindi un arrivo sempre più tardivo ai servizi. Da segnalare il record italiano, rispetto alla media europea, per gli utenti in trattamento con età superiore a 39 anni, quale indicazione della tendenza alla cronicizzazione.

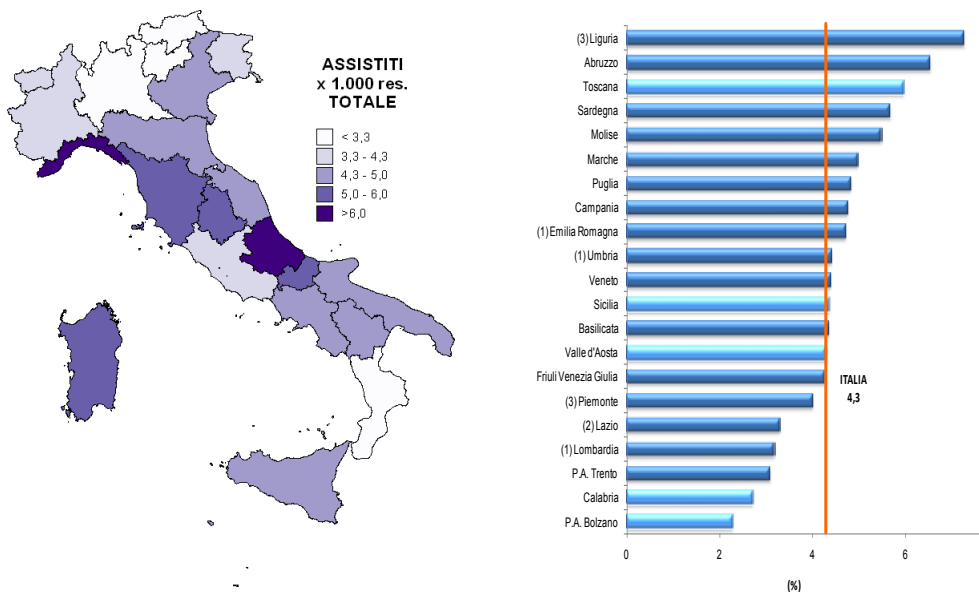
Le sostanze primarie maggiormente utilizzate dagli utenti in trattamento risultano essere il 69,3% eroina, il 15,3% cocaina e il 9,2% cannabis.

Le sostanze secondarie maggiormente utilizzate sono state la cannabis (30,9%) e la cocaina (30,1%).

Diminuzione della richiesta di cura: 33.679 nuovi utenti nel 2011 (-2,7% rispetto al 2010)
Arrivo al servizio più tardivo

Sostanza primaria maggiormente utilizzata: eroina

Figura 7: Utenti assistiti dai Ser.T. x 1.000 residenti 15-64 anni per area geografica e scostamenti dalla media nazionale. Anno 2011



Fonte: Elaborazione su dati Ministero della Salute

Il totale delle persone in trattamento presso i Ser.T. sono stati 172.211, nel 2011 (176.430 nel 2010). Questi dati sono stati calcolati dal flusso informativo del Ministero della Salute con un indice di copertura dei servizi di assistenza del 90%. Nell'ultimo anno, vi è una diminuzione degli utenti in trattamento per uso di eroina di 3,4% e di cocaina -1,8%.

Le regioni con maggior percentuale di utenti in carico per uso primario di eroina sono nell'ordine: Umbria, Basilicata, Trentino Alto Adige e Liguria.

Le regioni con maggior percentuale di utenti in carico per uso primario di cocaina sono nell'ordine: Lombardia, Sicilia, Campania e Valle d'Aosta.

172.211 utenti in trattamento nei Ser.T

Diminuzione % degli utenti in trattamento per eroina e cocaina.

Le strutture socio-sanitarie attive dedicate alla cura ed al recupero di persone con bisogno assistenziale legato all'uso di sostanze psicoattive sono complessivamente 1.630: 563 (34,5%) servizi pubblici per le tossicodipendenze (Ser.T.); le rimanenti 1.067 sono strutture socio-riabilitative, in prevalenza strutture residenziali (66,4%).

Rispetto al 2010 si osserva un incremento dei servizi per le tossicodipendenze del 1,6% (da 554 a 563), a fronte di una diminuzione delle strutture residenziali pari allo 1%, delle strutture semiresidenziali (-5,4%) e di quelle ambulatoriali accreditate (-4,5%).

La distribuzione delle strutture socio-sanitarie sul territorio nazionale evidenzia una maggiore concentrazione nelle regioni del Nord ed in particolare in Lombardia, Veneto ed Emilia Romagna.

1.630 strutture di assistenza, di cui 563 Ser.T. e 1.067 strutture socio-riabilitative

In diminuzione le strutture riabilitative

I.4 IMPLICAZIONI E CONSEGUENZE PER LA SALUTE

L'uso di sostanze stupefacenti, come noto, comporta gravi danni per la salute. Inoltre a questo si aggiunge il rischio di incidenti stradali alcol-droga correlati. Le patologie infettive correlate, maggiormente presenti, sono l'infezione da HIV, le infezioni da virus epatitici, le malattie sessualmente trasmesse e la TBC.

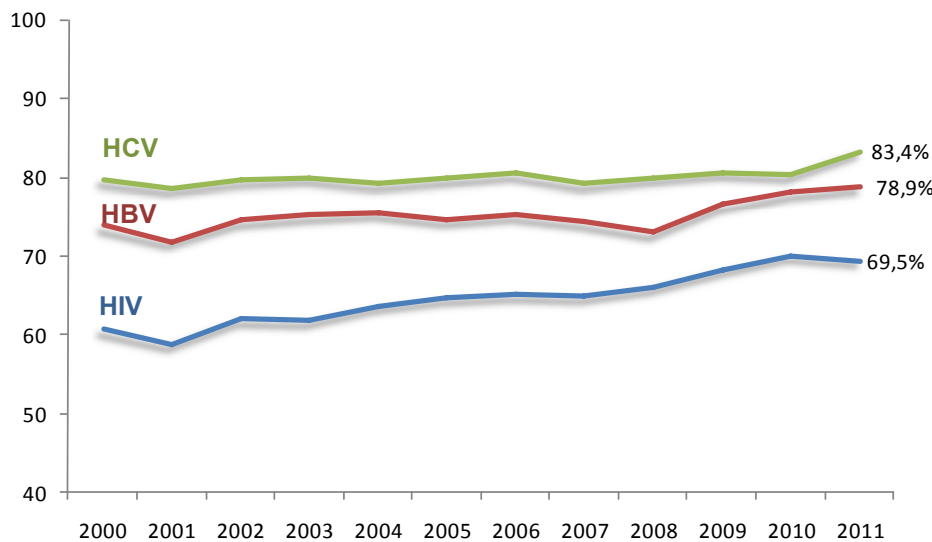
Si è potuto che vi è una tendenza ormai pluriennale a non testare gli utenti in trattamento presso i Ser.T. per le principali infezioni quali quelle da HIV, HCV e HBV.

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

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

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

Figura 8: Percentuale di utenti Non sottoposti a test HIV, HBV e HCV. Anni 2000 – 2011



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

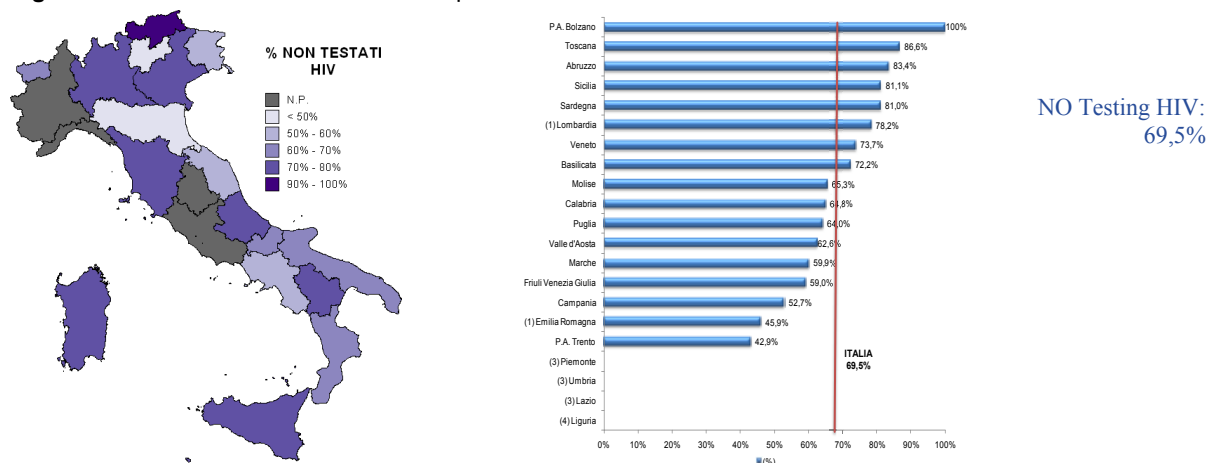
Relativamente al virus HIV, si riportano le percentuali di soggetti non testati di particolare interesse: Provincia autonoma di Bolzano 100%, Toscana 86,6%, Abruzzo 83,4%, Sicilia e Sardegna entrambe all'81%

Le realtà territoriali con minor ricorso a test HBV sono: Provincia autonoma di Bolzano 100%, Abruzzo 92,6%, Toscana 92,1%, Umbria 90,4%, Lombardia 86,7% e Sicilia 86,5%.

Le realtà territoriali con minor ricorso a test HCV sono: Provincia autonoma di Bolzano 100%, Umbria 95%, Lombardia 91%, Toscana, Abruzzo e Valle d'Aosta 90%.

Le regioni più colpite da HIV sono risultate: Lombardia, Sardegna, Toscana e Provincia Autonoma di Trento

Figura 9: Percentuale di utenti **Non** sottoposti a test HIV. Anno 2011



NO Testing HIV:
69,5%

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

(2) Flusso SIND (Monitoraggio HIV)

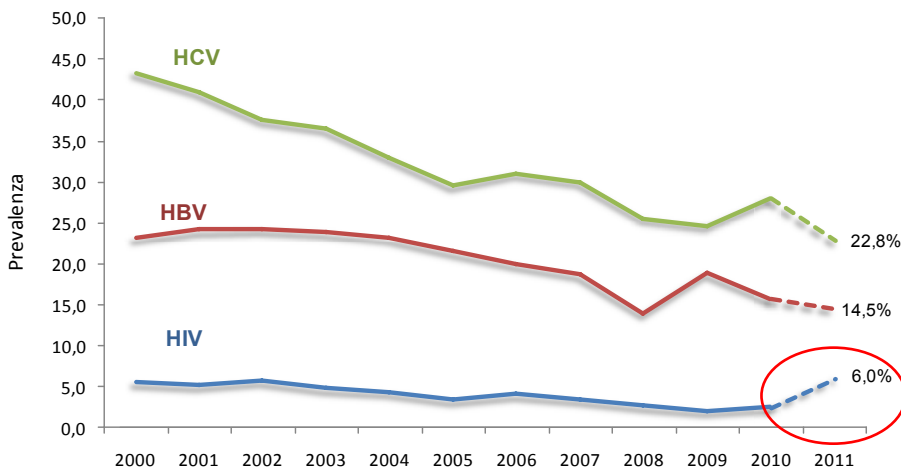
(3) Fornito un Flusso informativo SIND parziale (indicatore non calcolabile)

(4) Dato richiesto ma non pervenuto

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

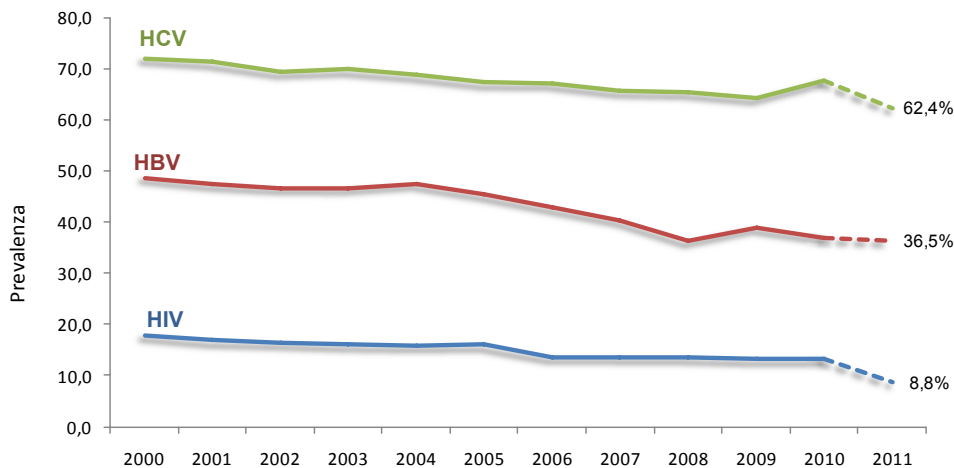
I controlli dei test sulle malattie infettive effettuati sui nuovi utenti in carico ai servizi evidenzia una prevalenza di casi positivi in tendenziale diminuzione per HBV e HCV dal 2010 al 2011. I dati del 2011 rappresentano peraltro delle stime in considerazione dell'elevata variabilità delle informazioni rilevate a seguito dell'introduzione del nuovo sistema informativo dei servizi per le tossicodipendenze non ancora perfettamente funzionante.

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

Figura 10: Prevalenza di **Nuovi Utenti** positivi a test HIV, HBV e HCV. Anni 2000 – 2011

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

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

Figura 11: Prevalenza di utenti **Già in Carico** positivi a test HIV, HBV e HCV. Anni 2000 – 2011

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

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

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

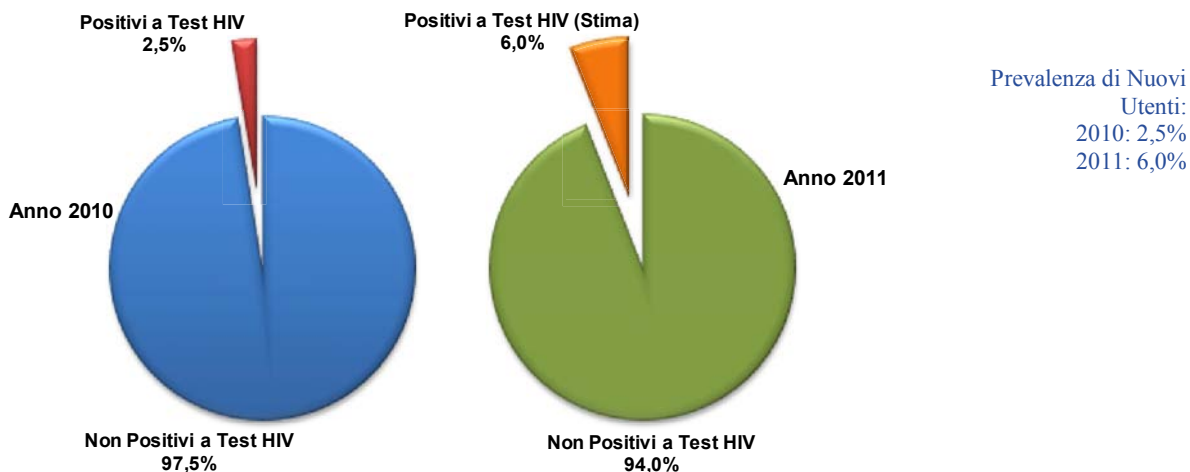
Concentrando l'attenzione sulla patologia da immunodeficienza, la tendenza della prevalenza di positivi sembra orientarsi in direzioni opposte osservando i nuovi

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

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

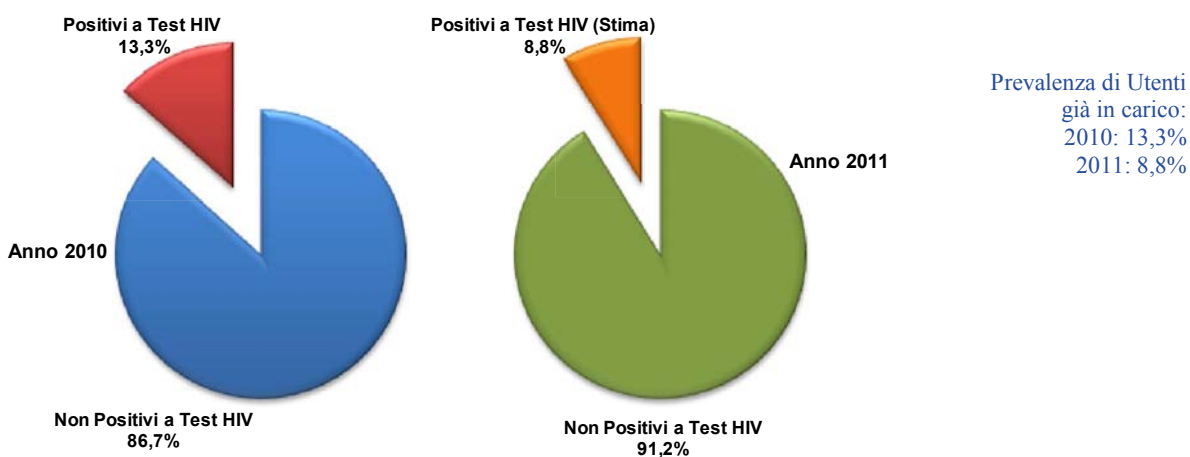
utenti e gli utenti già in carico. Nel primo gruppo, infatti, se da un lato si assiste ad una continua contrazione della percentuale di testing, dall'altra si osserva un tendenziale aumento della prevalenza stimata.

Figura 12: Prevalenza di **Nuovi Utenti** Positivi a Test HIV. Anni 2010 e 2011



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

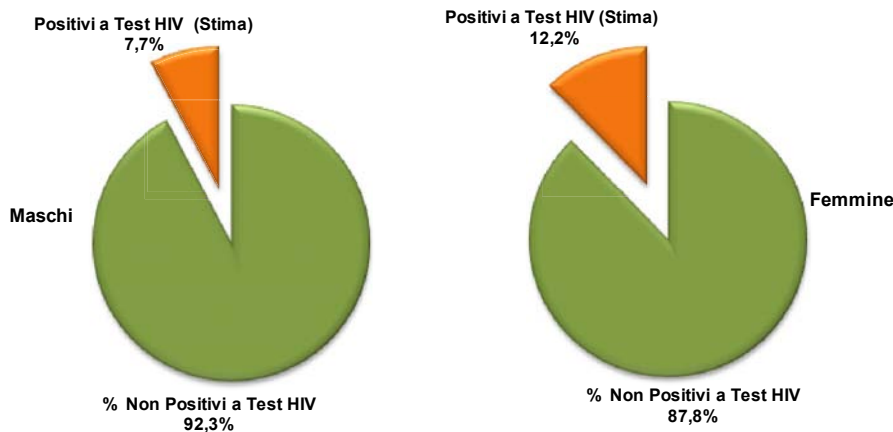
Figura 13: Prevalenza di **Utenti Già in carico** Positivi a Test HIV. Anni 2010 e 2011



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

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

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

Figura 14: Prevalenza di Utenti Positivi a Test HIV per genere. Anno 2011

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

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

Dalla lettura delle Schede di Dimissione Ospedaliera (SDO), disponibili fino al 2010, emerge una diminuzione della presenza di ricoveri per TBC droga correlati (0,1% nel 2010 contro lo 0,2% del 2009).

I ricoveri droga correlati risultano in riduzione dello 0,4%. L'urgenza medica è il motivo prevalente del ricovero (65,4%). La percentuale di dimissioni volontarie è alta (9,7%) in diminuzione dell'8,6% rispetto al 2009.

Un aspetto da evidenziare è la diminuzione dei ricoveri per uso di allucinogeni (-12,9%). Si registra anche una contrazione dei ricoveri per uso di oppiacei (-5,5%), uso di cannabinoidi (-5,1%), barbiturici (-2,6%) e cocaina (-2,2%). In controtendenza si segnala un aumento dei ricoveri per uso di più sostanze contemporaneamente (+8,4%). Da segnalare anche nel 2010 i ricoveri per uso di barbiturici rilevati in particolare in soggetti in età avanzata, oltre i 65 anni. Il ricorso all'ospedalizzazione, se confrontato con le altre sostanze, è particolarmente frequente tra gli assuntori di oppiacei, in prevalenza tra i 35 e 44 anni, seguita dai consumatori di barbiturici, principalmente nelle fasce di età più anziane e in quella tra i 45 e 49 anni. Meno frequenti i ricoveri correlati all'uso di cocaina e cannabis che si verificano prevalentemente nella fascia di età adulta (25-39 anni) per i cocainomani e nella fascia di età giovane adulta (20-29 anni) per i consumatori di cannabis.

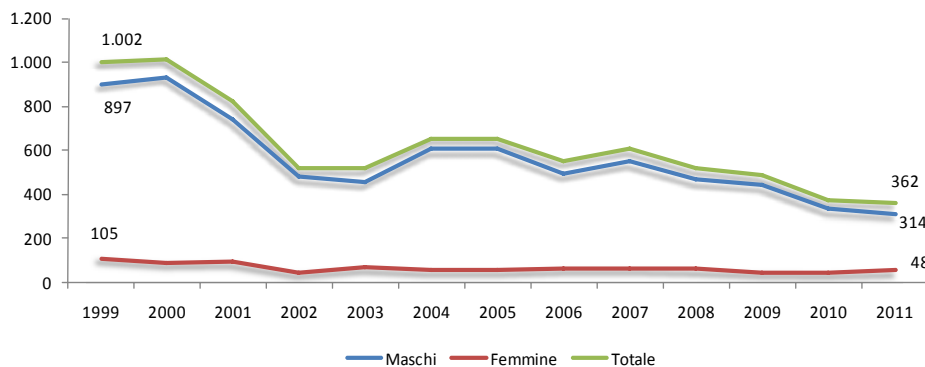
Le regioni con maggior tasso di ospedalizzazione sono Liguria, Trentino Alto Adige, Emilia Romagna, Abruzzo, Marche e Valle d'Aosta con un tasso superiore alla media nazionale che è di 37,3 ricoveri per 100.000 abitanti.

Si registra ormai da tempo un trend in calo dei decessi droga correlati, con un maggior decremento dell'andamento in Italia rispetto al trend europeo. Nel 1999 i decessi sono stati 1.002, nel 2011 sono stati 362 (374 nel 2010). I decessi nel genere femminile hanno subito un aumento proporzionale rispetto a quelli del genere maschile (9,0% nel 2009 13,3% nel 2011). Si evidenzia anche un aumento dell'età media del decesso che è risultata di 37 anni.

Riduzione dello 0,4% dei ricoveri ospedalieri droga-correlati
In diminuzione i ricoveri per uso di allucinogeni

Continua il calo della mortalità acuta droga-correlata (overdose, etc)

Figura 15: Trend dei decessi per overdose, secondo il genere e l'anno di decesso. Anni 1999-2011

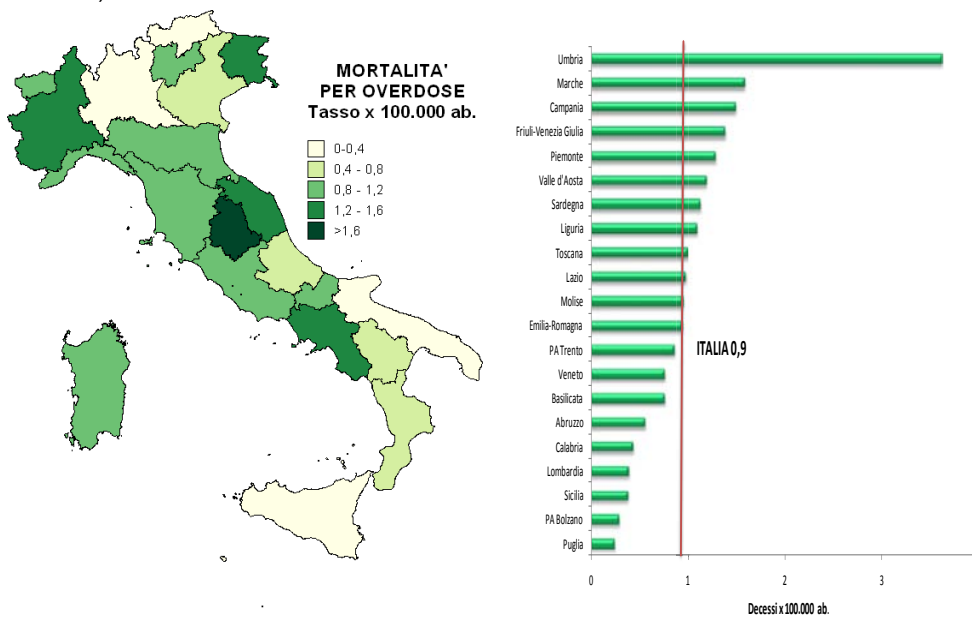


Fonte: Elaborazione su dati Ministero dell'Interno - DCSA

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

Umbria record negativo delle overdose

Figura 16: Tasso di mortalità per intossicazione acuta da stupefacenti (decessi x 100.000 residenti). Anno 2011



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

L'eroina risulta essere la prima sostanza responsabile delle morti per overdose; la seconda è la cocaina.

Gli incidenti stradali rappresentano un problema rilevante non solo per i consumatori ma anche per altre persone coinvolte in questi eventi. Molti di questi incidenti sono alcol droga correlati. Si assiste ad una diminuzione del numero totale degli incidenti stradali dal 2009 al 2010 pari a 1,9%. Inoltre, vi è una diminuzione del 3,5% dei deceduti e dell'1,5% dei feriti.

Riduzione dei morti, dei feriti in seguito ad incidenti stradali e delle infrazioni degli articoli 186 (Alcol)

Si registra una sostanziale stabilità per quanto concerne gli incidenti stradali e ai feriti, sia a causa dell'alcol che di droghe. Dal calcolo dei dati regionali degli anni 2009-2010 emerge variato il quadro legato ai decessi: per l'alcol scende dal 4,25% al 3,33%, mentre per le droghe sale da 0,83 a 1,87%

I.5 GAMBLING E GIOCO D'AZZARDO PATOLOGICO

Il gioco d'azzardo porta con sé un rischio che, in particolari gruppi di persone ad alta vulnerabilità, può sfociare in una vera e propria dipendenza (gambling patologico).

Un fenomeno in aumento: il gioco d'azzardo patologico

Il fenomeno non trova a tutt'oggi una adeguata rappresentazione epidemiologica per mancanza di sistemi e flussi di raccolta dati standardizzati e scientificamente orientati nel nostro paese. Non essendo possibile quantificare esattamente il problema, sarebbe auspicabile la creazione di un nuovo flusso dati presso l'Osservatorio Dipendenze del DPA per completare le rilevazioni già esistenti presso gli studenti (SPS-DPA) e la popolazione generale (GPS-DPA).

Scarsi dati epidemiologici

Da studi preliminari e varie casistiche parcellari raccolte dal Dipartimento, si può stimare una prevalenza nella popolazione generale (15 – 64 anni) del 1,2 – 3,0% di persone affette da Gioco d'Azzardo Patologico, cioè malati di una dipendenza comportamentale.

Prevalenza stimata di GAP: 1,2-3,0%

L'indagine SPS-DPA 2012 ha evidenziato che il 7,5% della popolazione studentesca (15-19 anni) ha giocato in modo problematico nella vita; questo dato è maggiore per i maschi (9,4%) che per le femmine (5,8%).

Nei giovani il 7,5% ha già giocato in modo problematico nella vita

Tabella 4: Distribuzione percentuale di positività al Lie/Bet Questionnaire sul gioco d'azzardo problematico tra gli adolescenti

	15 anni	16 anni	17 anni	18 anni	19 anni	Totale	Pop riferimento
Maschi	7,7	8,5	9,7	10,5	10,5	9,4	17.190
Femmine	5,8	6,1	6,1	5,6	5,3	5,8	17.237
Totale	6,7	7,2	7,8	7,9	7,8	7,5	34.427

Fonte: SPS-DPA 2012

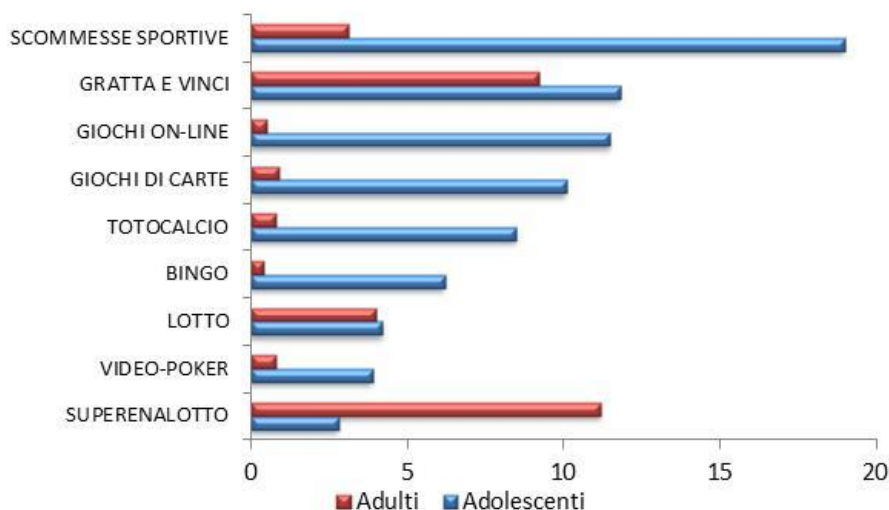
Relativamente alla tipologia di giochi d'azzardo più utilizzati, il 19% degli studenti ha dichiarato che, nell'ultimo anno, ha giocato più volte al mese su scommesse sportive, l'11,8% a lotterie istantanee e l'11,5% a giochi on-line.

Scommesse sportive, gratta e vinci, e giochi on-line i più praticati nei giovani

Negli adulti i giochi più praticati nell'ultimo anno sono stati il superenalotto (11,2% lo ha giocato più volte al mese), le lotterie istantanee (9,2%) e il lotto (4,0%).

Negli adulti sono preferiti superenalotto, gratta e vinci e lotto

Figura 17: Percentuale di gioco per tipologia in soggetti adolescenti e adulti

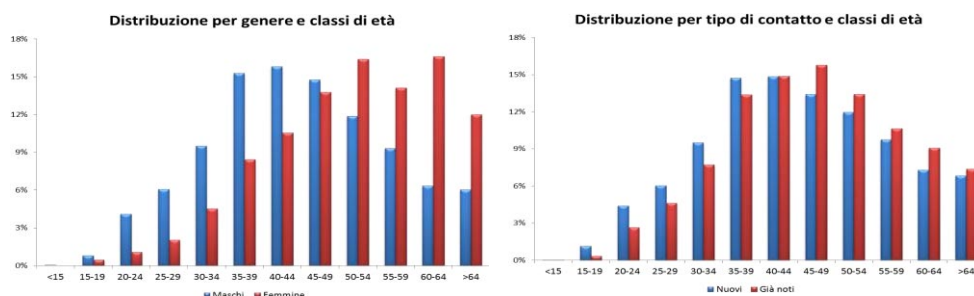


Fonte: GPS-DPA e SPS-DPA 2012

I soggetti in trattamento per gioco patologico nel 2011 sono stati 4.657 (dato pervenuto da 15 regioni), di cui l'82% maschi. Le femmine in trattamento risultano tendenzialmente più vecchie dei maschi (50-64 anni vs. 35-49 anni). Lombardia, Piemonte e Veneto sono le regioni con il maggior numero di soggetti trattati, rispettivamente 1.096, 904 e 765.

Più maschi tra i soggetti in trattamento

Figura 18: Distribuzione dell'utenza trattata nel 2011



Fonte: flusso GAP-DPA

Gli interventi di cura e riabilitazione per il gambling patologico non trovano ancora riconoscimento nei livelli essenziali d'assistenza (LEA) e pertanto vi è una oggettiva difficoltà ad organizzare forme strutturate di cura e riabilitazione nei sistemi sanitari regionali. La necessità di risolvere tale problema è stata riportata e sottolineata nel Piano d'Azione Nazionale Antidroga 2010-2013, il cui obiettivo 15 dell'area di intervento sulla prevenzione riporta la "promozione di iniziative per la prevenzione del gambling patologico".

Livelli essenziali di assistenza

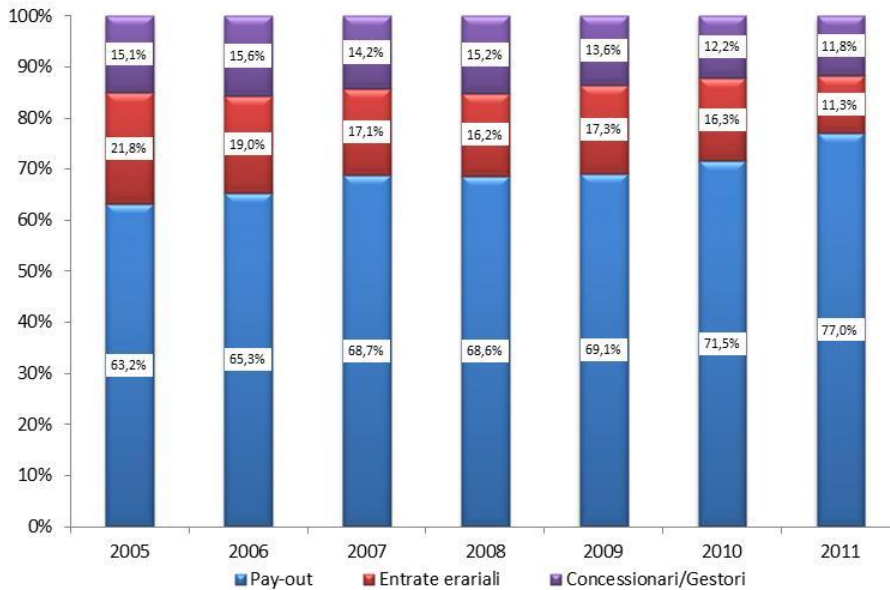
Anche se non è possibile stabilire una correlazione diretta con il gioco d'azzardo, va tuttavia segnalato che molte associazioni impegnate nella prevenzione della usura riportano un aumento delle istanze di accesso al fondo antiusura, che sono aumentate del 162% dal 2005, ma sono sostanzialmente stabili rispetto al 2010 (463 nel 2011): le regioni con maggior numero di richieste sono Lombardia (68), Puglia (56) e Campania (54).

Aumento delle richieste di accesso al fondo antiusura.

Le entrate totali all'AAMS derivanti dal gioco d'azzardo hanno avuto un aumento consistente dal 2004 (24.800 mln di euro) al 2011 (79.900 mln di euro) con un incremento pari al 222%. La quota destinata alle vincite è cresciuta dal 63,2% del 2005 al 77,0% del 2011, mentre quella destinata all'erario proporzionalmente ha avuto una riduzione, passando dal 21,8% all'11,8%. Quella destinata a Concessionari e Gestori è passata dal 15,1% nel 2005 al 11,8% nel 2011.

Notevole aumento della spesa per i giochi

Figura 19: Distribuzione percentuale delle entrate totali (2005-2011)

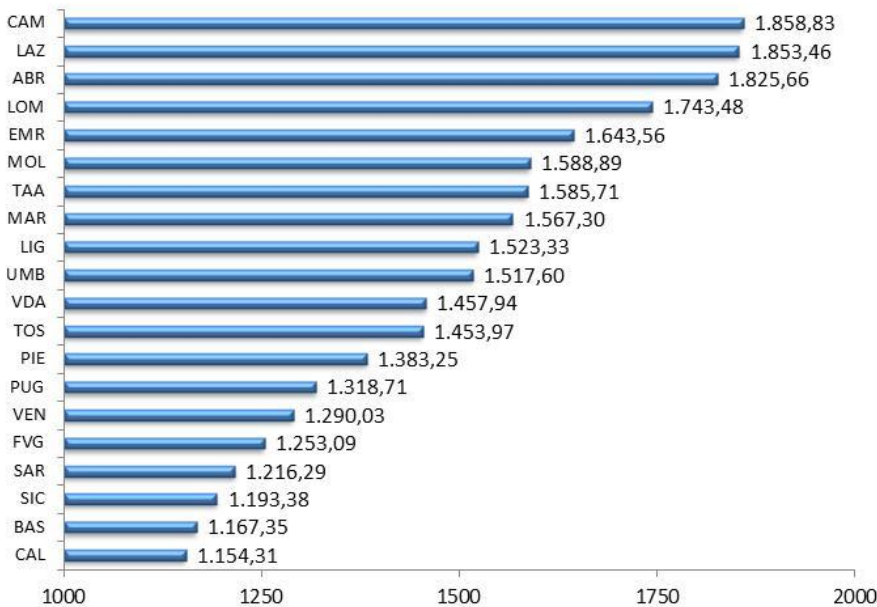


Fonte: MEF, AAMS e Agicos

Le regioni con maggiore spesa assoluta sono Lombardia (14.382 mln di euro), Lazio (8.841 mln di euro) e Campania (8.677 mln di euro). Se si considera la spesa pro-capite annuale quella con valori maggiori è la Campania (1.859 € /pro-capite), seguita da Lazio (1.853 € /pro-capite) e Abruzzo (1.826 € /pro-capite).

Quasi 2.000€/anno per persona spesi per il gioco il Campania, Lazio e Abruzzo

Figura 20: Denaro giocato pro-capite per regione – anno 2011 (pop. maggiorenne)



Fonte: AAMF. Elaborazioni Osservatorio DPA

L'aumento del fenomeno implica la necessità di organizzare e avviare strategie specifiche, utili anche a supportare e promuovere ulteriormente il processo di repressione e contrasto esistente sui giochi illegali e sui fenomeni di usura spesso associati.

Controllo del gioco illegale

Alla luce di quanto rilevato ed osservato, è necessario provvedere ad una riorganizzazione del sistema di risposta in ambito preventivo, terapeutico e riabilitativo all'interno dei Dipartimenti delle Dipendenze. Oltre a questo deve essere introdotta una più severa regolamentazione di tutela del

Regolamentare fortemente la pubblicità

consumatore/potenziale. La nuova regolamentazione dovrebbe normare la pubblicità dei vari giochi d'azzardo esistenti, attualmente eccessiva e spesso ingannevole.

II.2 ORGANIZZAZIONE DEL SISTEMA DI CONTRASTO ALLA DROGA

Costi e benefici

I costi sociali per il consumo di sostanze stupefacenti, comprensivi dei costi per l'acquisto delle sostanze, dei costi per l'applicazione della legge, dei costi socio-sanitari e dei costi per la perdita di produttività, sono stati stimati nel 2011 pari a 31,2 miliardi di euro, pari al 2,0% del PIL.

Il costo imputabile all'acquisto delle sostanze, anche se difficilmente quantificabile, in base alla stima sui consumi nella popolazione generale è presumibile possa essere compreso in un range che va da 6,7 a 44,9 miliardi di euro, il cui valore medio di 22,6 miliardi di euro incide per una quota del 72,3% sul totale dei costi sociali.

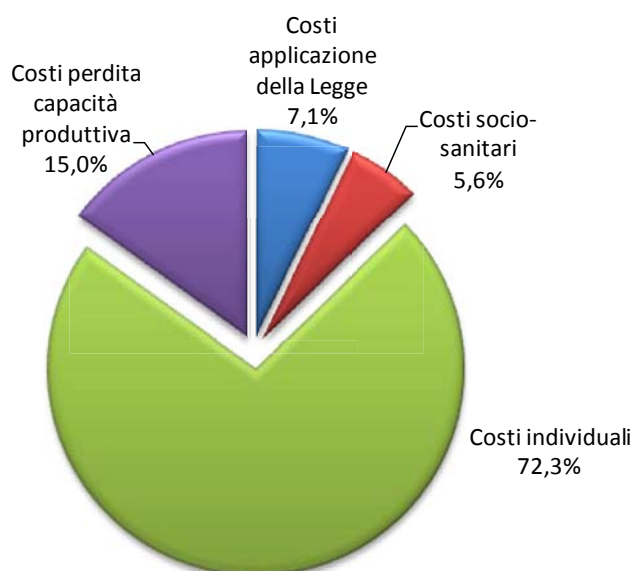
I costi derivanti dalla perdita di produttività costituiscono la seconda voce di costo (15,0%) pari a 4,7 miliardi di euro, di cui il 68,0% per la perdita di produttività in senso stretto, il 12% per la perdita per morte prematura e il 20,0% per incidenti stradali.

I costi imputabili alle attività di contrasto ammontano a circa 2 miliardi di euro (7,1% del totale), di cui quasi la metà (48,2%) per la detenzione, il 18,7% per le attività delle forze dell'ordine, il 32,6% per le attività erogate dai tribunali e dalle prefetture.

I costi socio-sanitari ammontano a 1,8 miliardi di euro, di cui il 40,2% per la cura delle patologie correlate, il 40,0% per l'assistenza dei soggetti presso i servizi per le dipendenze, ed il 14,2% per l'assistenza nelle strutture socio-riabilitative.

Costi sociali per il consumo di sostanze stupefacenti: 31,2 miliardi di euro

Figura 21: Distribuzione dei costi sociali per macro-categoria. Anno 2011



Fonte: Dipartimento Politiche Antidroga

A fronte dei costi sociali derivanti dal consumo di sostanze, di particolare interesse risulta la valutazione economica dei benefici derivanti dall'azione socio-sanitaria e che riguardano il risparmio imputabile al mancato acquisto delle sostanze da parte dell'utenza in trattamento (da 2,19 miliardi a 8,8 miliardi di euro) ed il reddito da lavoro dei soggetti riabilitati e nuovamente reinseriti nel mondo del lavoro (3,9 miliardi euro), per un totale di almeno 6 miliardi di

Per ogni euro investito in cure se ne hanno 6 di benefici

benefici. Secondo tali stime si può affermare che a fronte di ogni miliardo circa di euro annui investiti per l'assistenza socio-sanitaria ne deriva un beneficio diretto di circa sei.

III.1 PREVENZIONE PRIMARIA

Dalle relazioni inviate dalle singole regioni è possibile evincere un aumento della quota di investimenti finanziari nel settore della prevenzione pari al 60% circa .

Le regioni che più hanno investito in prevenzione selettiva, in termini assoluti, sono rispettivamente: Toscana, Lombardia, Emilia Romagna e Lazio.

L'importo totale investito nel 2011 è stato di circa 28.125.000 euro in prevenzione universale e di altri 19.873.000 in prevenzione selettiva per un totale di 47.998.000 euro.

Il Dipartimento Politiche Antidroga in tutto il 2011 ha finanziato progetti di prevenzione universale (campagna nazionale) e prevenzione selettiva (progetti per genitori, scuole, posti di lavoro, incidenti stradali) per il 21 % del proprio budget annuale per un totale di 1.497.000 euro.

Circa 48 milioni di euro investiti dalle regioni in prevenzione

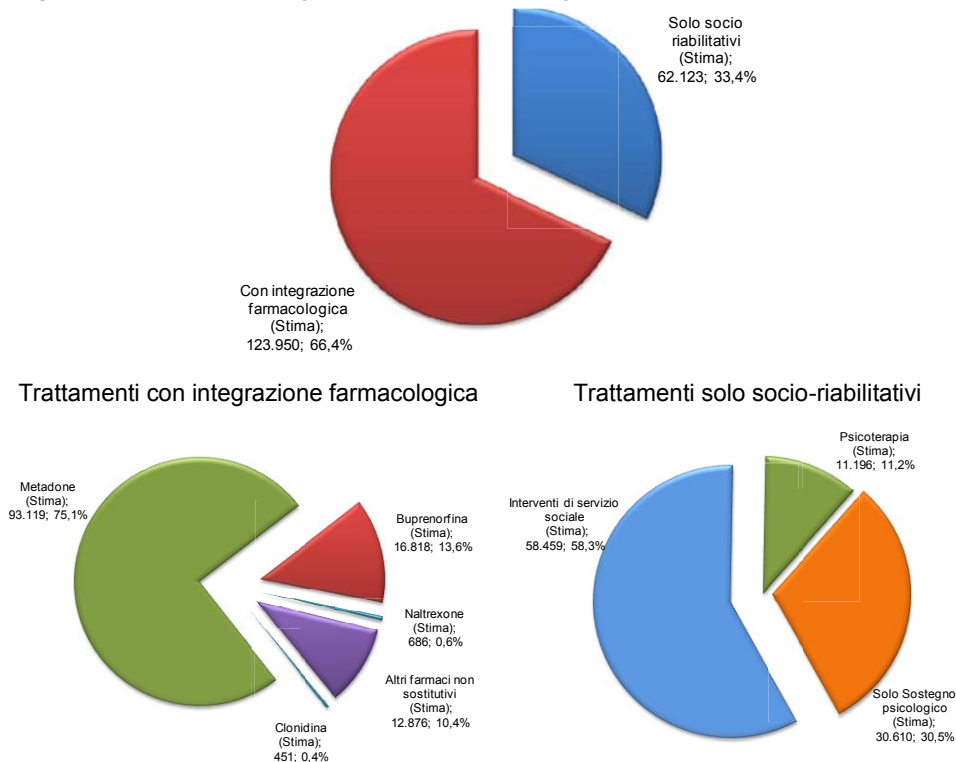
Circa 1,5 milioni di euro investiti dal DPA in prevenzione

III.2 TRATTAMENTI SOCIO-SANITARI

Relativamente ai trattamenti erogati dai Servizi per le tossicodipendenze, secondo le informazioni pervenute dal Ministero della Salute (flusso dati in perfezionamento) e in base alle stime del 2011, i trattamenti erogati sono stati 186.073. Dal profilo della distribuzione percentuale dei trattamenti erogati nel 2011 si può notare che il 66,4% si tratta di trattamento farmacologico (prevalentemente metadone, 75,1%) mentre il 33,4% è di tipo psico-sociale e/o riabilitativo non integrato con farmaci.

186.073 trattamenti a favore dei soggetti presso i Ser.T. nel 2011

Figura 22: Trattamenti erogati dai Ser.T., per tipologia. Anno 2011



Fonte: Elaborazioni su dati Ministero della Salute

Per la prevenzione delle emergenze droga-correlate e la riduzione dei decessi droga correlati, sono stati attivati numerosi progetti specifici dalle Regioni e dalle Province Autonome e contestualmente dalle Amministrazioni Centrali.

Più di 7 milioni euro investiti nelle emergenze droga-correlate e nella riduzione dei decessi

Oltre 7 milioni di euro sono stati investiti dalle regioni per la prevenzione di tali emergenze.

III.3 REINSERIMENTO SOCIALE E MISURE ALTERNATIVE

In tutti i piani regionali si è registrato una forte presenza di programmi di reinserimento sociale e lavorativo con un investimento globale da parte delle regioni nel corso del 2011 di circa 9,4 milioni di euro, 2,5 milioni meno del 2010.

9,4 milioni di euro investiti in attività di reinserimento lavorativo

Il 75% delle regioni ha dichiarato di ritenere prioritario l'attivazione di programmi di reinserimento lavorativo con alta accessibilità ai servizi per l'occupazione. Contemporaneamente il 50% delle regioni ha attivato interventi per il completamento dell'istruzione scolastica.

IV.2 MERCATO DELLA DROGA E INTERVENTI DI CONTRASTO

Anche nel 2011, l'Italia si colloca tra i principali Paesi europei come area di transito e di consumo di sostanze stupefacenti.

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

Dai dati della Direzione Centrale per i Servizi Antidroga del Ministero dell'Interno si riconferma infatti che la criminalità organizzata è sempre più globalizzata e si contraddistingue oltre che per una costante internazionalizzazione anche per una maggiore transnazionalità, instaurando cooperazioni con gruppi delinquenziali di differenti Paesi per gestire in modo più efficace i propri affari. Tali due connotazioni si riscontrano soprattutto per il narcotraffico, che ne rappresenta la manifestazione più tipica. Così, il mercato delle droghe diventa ancor più esteso non solo per il proliferare delle sostanze psicoattive illecite o per la creazione di nuovi mercati e nuove rotte, ma soprattutto per la miriade e varietà di soggetti e organizzazioni coinvolti e collegati tra loro. Il traffico di droghe non solo sviluppa, riproduce e rafforza i gruppi criminali coinvolti, ma contribuisce a generare ed estendere il sistema relazionale che li lega e ruota attorno ad essi, superando i confini nazionali e consentendo lo sviluppo di network criminali transfrontalieri, che gestiscono produzione, lavorazione, traffico, brokeraggio e spaccio con un sistema di tipo reticolare.

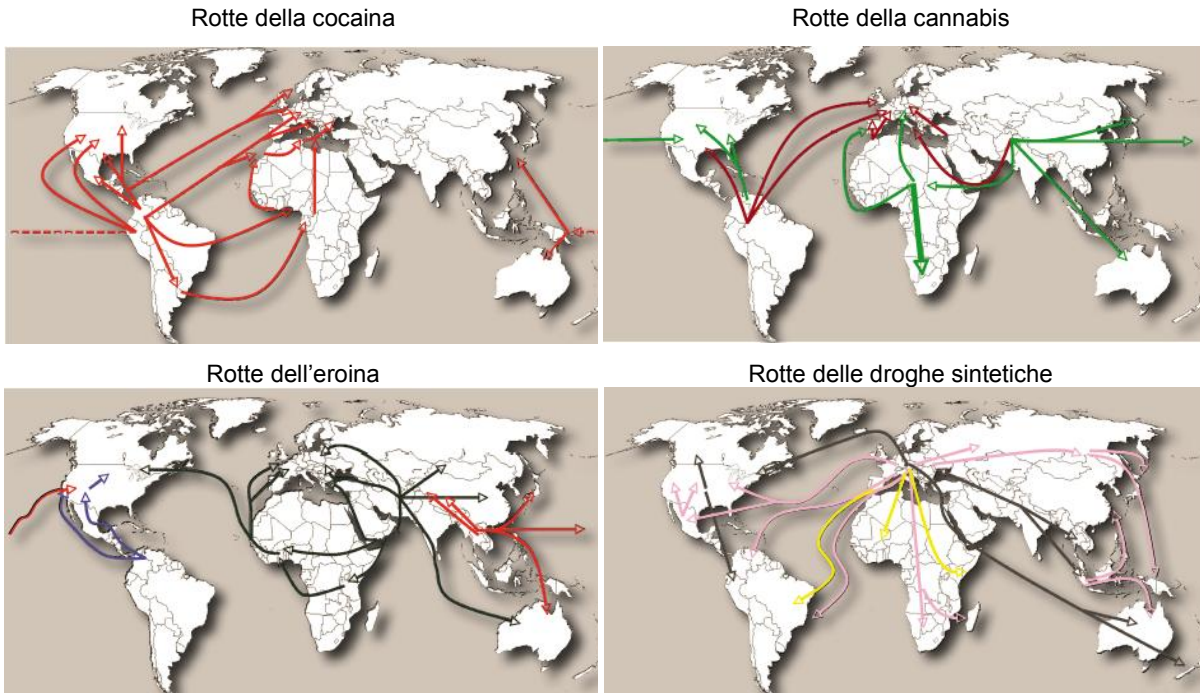
Globalizzazione delle organizzazioni criminali

Dall'attività investigativa degli ultimi anni emerge una strategia delle principali organizzazioni criminali (specie 'Ndrangheta e Camorra) tendente a introdurre direttamente sul territorio italiano ingenti quantitativi di cocaina, bypassando la fase di transito e stoccaggio nella penisola iberica o nei Paesi Bassi, tradizionali porte di ingresso in Europa per la cocaina sudamericana.

Molteplici vie di traffico

A proposito dell'eroina e delle sue rotte e della criminalità organizzata italiana spicca sempre la Puglia, ove si conferma elevata, benché vi sia stato un calo del 39,54% nel 2011, la quantità di eroina sequestrata. Inoltre, la Puglia è la prima Regione per quantitativo di marijuana sequestrata (grandi sequestri al porto di Bari e al porto di Brindisi). Dunque il territorio pugliese si conferma un importante crocevia per l'approvvigionamento o il passaggio di droga (soprattutto eroina, in transito dalla "rotta balcanica", e marijuana, specie di produzione albanese e con un elevato principio attivo).

Figura 23: Zone di produzione e macroflussi: cocaina, eroina, hashish e marijuana e droghe sintetiche



Fonte: Relazione annuale DCSA 2011.

Per quanto riguarda le operazioni di polizia si registra un maggiore impegno con un aumento nel 2011, rispetto al 2010, delle operazioni globali lungo le tre direttrici (produzione, traffico e spaccio di stupefacenti) pari al 4,7%. Le operazioni antidroga nel 2011 sono state 23.103, riportando il sequestro di sostanze illecite nell'84,3% dei casi, la scoperta di reato nell'8,5% delle operazioni ed il rinvenimento di quantitativi di droga in un ulteriore 6,6% delle attività di contrasto.

I sequestri di piante di cannabis hanno fatto registrare un forte aumento pari al 1289,9% rispetto al 2010, e per la marijuana, l'hashish e la cocaina si è registrato un aumento dei sequestri rispettivamente pari al 98,1%, 65,2% e 0,2%. Da segnalare una diminuzione del 77,8% dei sequestri di droghe sintetiche ed una diminuzione del 14,1% di eroina. Queste oscillazioni percentuali devono essere valutate considerando le quantità di maxi sequestri avvenuti nell'anno, che sono in grado di far variare fortemente le percentuali. Tali quantità di droga però potrebbero essere (come spesso accade) partite in transito sul territorio nazionale ma non destinate al consumo locale (vedi paragrafo IV.2.3 Operazioni e sequestri di sostanze stupefacenti).

Relativamente al prezzo di vendita al dettaglio delle sostanze, si assiste ad una stabilità del costo a dose dell'eroina brown (minimo 35,5 euro, massimo 48,4 euro) e delle amfetamine (minimo 16 euro, massimo 17,4 euro). Diminuisce il costo dell'hashish (minimo 8,3 euro, massimo 11,5 euro) e della cocaina (minimo 55,4 euro, massimo 80,3 euro). Aumenta il prezzo massimo di eroina bianca ed ecstasy (72 euro e 18,8 euro, rispettivamente).

La purezza dell'eroina (oscillante tra 2 – 78%) risulta molto variabile anche nel 2011 come negli anni precedenti, analogamente a cocaina (13 – 86%) e MDMA (35 – 135 mg per pasticca/unità). Presente anche una discreta oscillazione della purezza dei cannabinoidi (0,4 – 14,8%).

Aumento del numero delle operazioni

Diminuzione dei volumi per droghe sintetiche ed eroina
Forte aumento per le piante di cannabis (1289,9%)

Stabile il prezzo dell'eroina brown e delle amfetamine.
Diminuisce hashish e cocaina
Aumento del prezzo massimo di eroina bianca ed ecstasy

Forze dell'ordine e Giustizia

Dall'analisi delle informazioni contenute nella banca dati del Ministero dell'Interno, si evidenzia che, nel 2011, i soggetti segnalati dai Prefetti ai Ser.T. competenti territorialmente, in base all'art 121, sono stati 7.230, di cui 6.495 maschi (89,8%). Il dato complessivo risulta pertanto in diminuzione rispetto a quello del 2010, (9.729 persone), sebbene il dato 2011 sia da considerarsi provvisorio in relazione ai ritardi di notifica. Nel 2011 le persone segnalate ex art. 75 sono state in totale 29.190, di cui 27.275 maschi (pari al 93,4 %).

Dal 1990 al 2011 si è registrato un aumento del trend delle persone segnalate con età maggiore di 30 anni, soprattutto dal 2002, con una maggior incidenza di poliassuntori che spesso assumono stupefacenti in associazione con alcolici. Per quanto riguarda le sostanze d'abuso, il 75% delle segnalazioni riguarda la cannabis; bassa risulta invece la percentuale dei segnalati per sostanze a base di amfetamina. In diminuzione la percentuale di persone segnalate per detenzione per uso personale di eroina (9% nel 2008, 11% nel 2009, 10% circa negli anni 2010 e 2011).

Rispetto al 2010, in cui erano state erogate 17.250 sanzioni, il dato relativo alle segnalazioni per art. 75 nel 2011 risulta in diminuzione (16.254). Dal 2006 si evidenzia una forte riduzione del numero di soggetti inviati al programma terapeutico e un aumento delle sanzioni applicate. Il fenomeno è sostenuto dalla mancata sospensione delle sanzioni in caso di accettazione del programma (Legge 49/2006).

Nel 2011, con riferimento alle azioni di contrasto in violazione della normativa sugli stupefacenti, 23.103 sono state le operazioni antidroga, 36.796 le denunce (-5,8%), 28.552 gli arresti per reati in violazione del DPR 309/90. Il 65,6% delle segnalazioni deferite all'Autorità Giudiziaria nel 2010 erano a carico di italiani ed un 9% riguardava la popolazione di genere femminile. L'età media dei soggetti segnalati è di circa trentuno anni.

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

Il 37,3% delle segnalazioni all'Autorità Giudiziaria per violazioni della normativa sugli stupefacenti riguardava il traffico di cannabis, seguite dalla cocaina (35,5%) ed in percentuale minore da eroina (18,5%), in diminuzione le droghe sintetiche (-2,7%).

Le persone condannate dall'Autorità Giudiziaria in seguito alla violazione del DPR 309/90 per reati legati al traffico di sostanze stupefacenti ammontano nel 2011 a 10.382. Circa il 20% dei condannati mostra un comportamento recidivo, Gli stranieri risultano più recidivanti e coinvolti in reati di maggiore gravità.

Carcere

Secondo il flusso dati del Ministero della Giustizia – DAP - nel 2011 gli ingressi totali dalla libertà in carcere per vari reati sono stati 76.982 con un decremento dal 2010 del 9,1%. Nel 2011, anche il numero dei soggetti con problemi socio-sanitari droga correlati ha subito una riduzione (-6,6%) passando da 24.008 a 22.413.

È importante sottolineare che il 40,4% dei soggetti entrati negli istituti penitenziari nel 2011 per reati in violazione della normativa per gli stupefacenti sono usciti in libertà nel corso dell'anno.

Riduzione delle segnalazioni delle Forze dell'Ordine:
- art. 121 = 7.230
- art. 75 = 29.190

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

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

Nel 2010: 36.796 denunce per reati DPR 309/90:
-5,8% denunce
-1,8% arresti

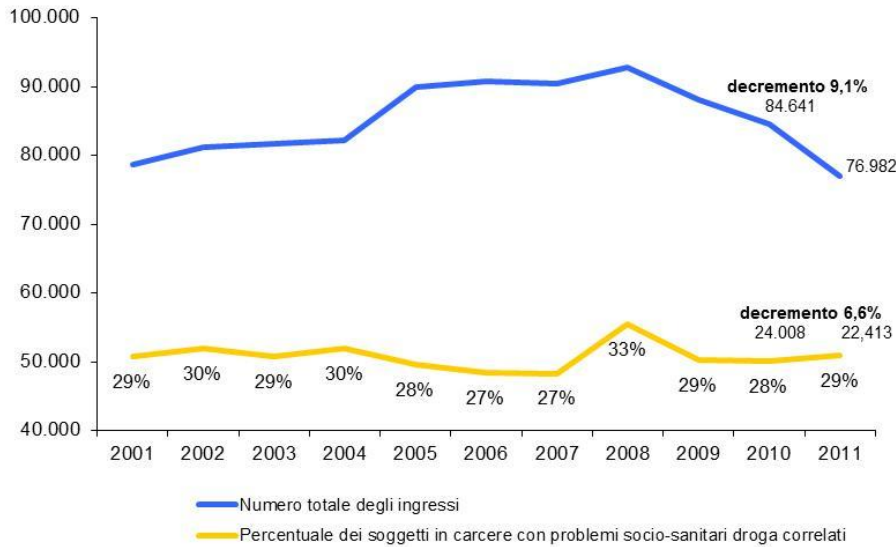
Diminuzione delle denunce per traffico di droghe sintetiche

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

Carcere: decremento del 9,1% degli ingressi totali in carcere

Il 40,4% esce in libertà nell'arco dell'anno

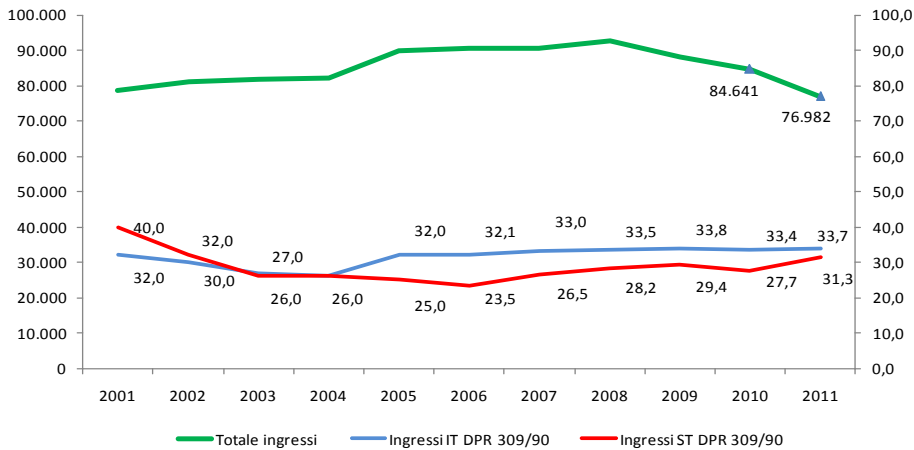
Figura 24: Numero di ingressi complessivi negli istituti penitenziari e percentuale di soggetti in carcere con problemi socio-sanitari droga correlati. Anni 2001 – 2011



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

Nel 2011 si è osservato un incremento degli ingressi di soggetti stranieri per reati in violazione al D.P.R. 309/90 che dal 27,7% del 2010 è passato al 31,3%. Un modesto aumento è rilevato anche per i soggetti di nazionalità italiana (33,4% nel 2010 e 33,7% nel 2011).

Figura 25: Ingressi complessivi negli istituti penitenziari e percentuali di ingressi per reati in violazione del DPR 309/90, secondo la nazionalità. Anni 2001 – 2011



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

Dal 2011 si registra incremento del 45,0% degli ingressi di minori in carcere, sostenuto in particolare da minori stranieri, per reati previsti dal D.P.R. 309/90. La reclusione di minori in violazione alla normativa sugli stupefacenti ha riguardato quasi esclusivamente il genere maschile (95,4%), con prevalenza di soggetti italiani (55,7%), poco più che 17-enni, senza apprezzabili differenze tra i minori di diversa nazionalità.

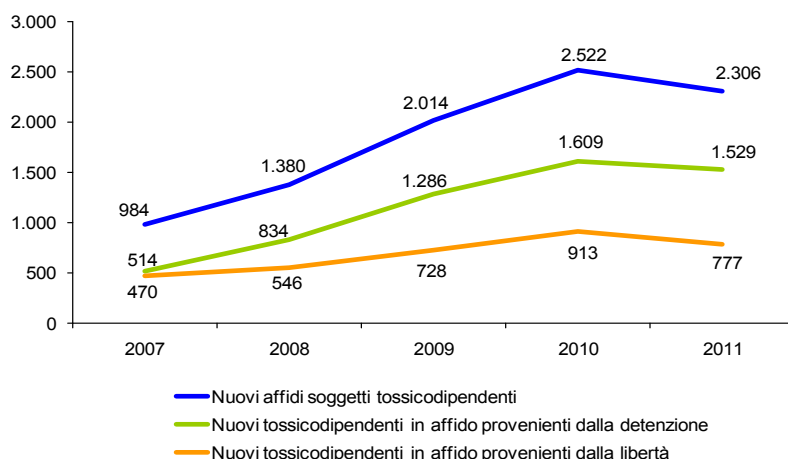
Attraversi i flussi della Direzione Generale dell'Esecuzione Penale Esterna del DAP – Ministero della Giustizia si monitora l'andamento degli affidamenti concessi ai detenuti ex art. 94 del D.P.R. 309/90. Nel 2011 i soggetti affidati sono complessivamente diminuiti del 8,5% rispetto al 2010 (da 2.522 a 2.306 soggetti). La riduzione maggiore è a carico di quelli provenienti direttamente dalla libertà (-

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

Calo del 8,5%
degli affidamenti

14,9%) rispetto a quelli provenienti dalla detenzione (-4,9%).

Figura 26: Numero di soggetti tossicodipendenti affidati al servizio sociale provenienti dalla detenzione e dalla libertà. Anni 2007 - 2011



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

Il 93,8% dei soggetti posti in affidamento è di sesso maschile, il 93,0% dei casi si tratta di cittadini italiani. La classe di età più rappresentata è quella 35-44 anni (41,8%).

Va sottolineato che il 58,9% dei casi si è chiuso (e quindi è stato archiviato) con esito positivo, cioè con assenza di recidiva sull'uso di sostanze o comportamenti illegali. La percentuale di revoca per andamento negativo, e quindi per comparsa di recidiva, è invece pari al 21,3.

Ai 2.306 affidi concessi nel corso del 2011 vanno aggiunti quelli già in esecuzione da anni precedenti che risultano essere 2.436. Il totale dei soggetti con affidamento è quindi pari a 4.742 soggetti, che rappresenta un aumento del 10,0% rispetto all'anno precedente, dove si erano osservati 4.309 casi di affidamento.

58,9% degli affidamenti archiviati con esito favorevole

Dal 2010 aumento del 10% degli affidi

Tabella 5: Numero dei tossicodipendenti affidati al servizio sociale, con distinzione tra nuovi e già attivi. Anni 2010 - 2011

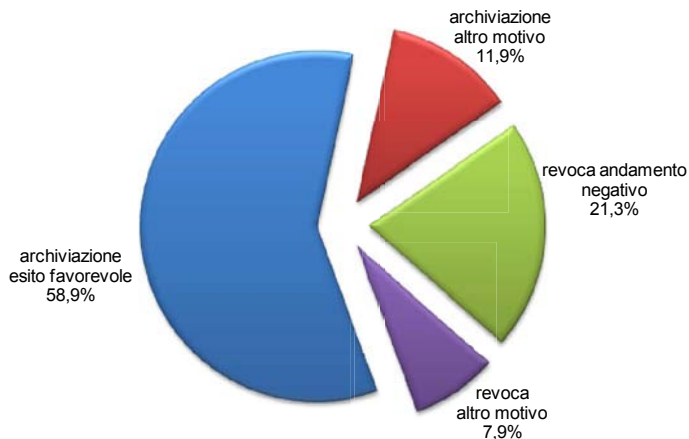
	2010			2011			Δ%
	Già attivi ⁽¹⁾	Nuovi	Totale	Già attivi ⁽²⁾	Nuovi	Totale	
Affidi	1.787	2.522	4.309	2.436	2.306	4.742	+10,0

⁽¹⁾ presi in carico tra il 2006 e il 2009

⁽²⁾ presi in carico tra il 2006 e il 2010

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

Figura 27: Motivo di archiviazione del procedimento riguardante i soggetti tossicodipendenti affidati ai servizi sociali. Anno 2011



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

Per valutare in modo più attendibile il fenomeno dei tossicodipendenti in carcere è stata attivata una rilevazione puntuale (Carcere-DPA, in base all'accordo siglato in Conferenza Unificata del 18 maggio 2011) eseguita al 31 dicembre 2011. A questa indagine hanno partecipato tutte le Regioni/PP.AA. eccetto Liguria e Sardegna. I dati quindi fanno riferimento a un campione parziale ma sicuramente rappresentativo che copre oltre il 75% della popolazione carceraria 2011.

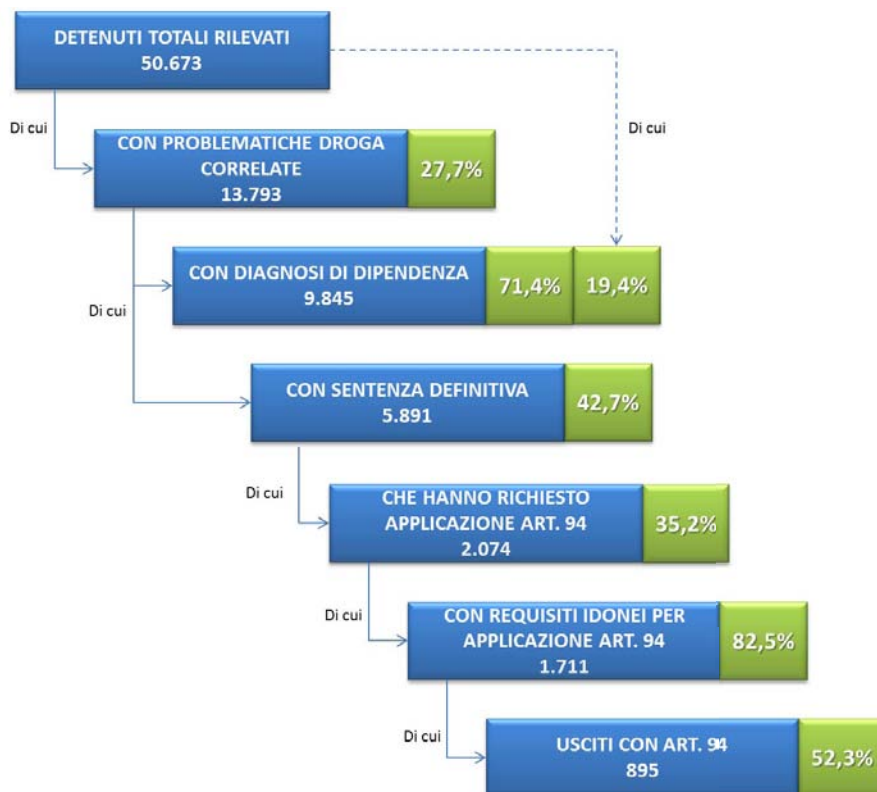
La popolazione detenuta che presentava tossicodipendenza diagnosticata secondo i criteri ICD-IX-CM risultava essere di 9.845 soggetti, pari al 19,4% del totale dei soggetti ristretti in carcere, mentre una condizione di consumo (con o senza diagnosi di tossicodipendenza) è presente nel 27,7% dei casi, pari a 13.793 soggetti, di cui il 42,7% ha almeno una sentenza definitiva. Solo una parte di questi (2.074 soggetti) risulta aver fatto richiesta di accesso all'alternativa pena ex art.94 D.P.R. 309/90, di cui l'82,5% (1.711 soggetti) presentava i requisiti idonei per accedervi. Nel 52,3% dei casi, corrispondente a 895 detenuti, è stata applicata la pena alternativa.

Nuova indagine
"carcere-DPA"
2011

Due regioni
mancanti : Liguria
e Sardegna

19,2% dei detenuti
è tossicodipendente

Figura 28: Flusso della popolazione detenuta al 31 dicembre 2011 (le percentuali fanno riferimento al livello superiore)



Fonte: Dipartimento Politiche Antidroga (Carcere-DPA 2011)

Dai dati degli Uffici di Esecuzione Penale Esterna si può evincere inoltre che nel 25,0% dei casi nuovi è stato revocato l'affido per andamento negativo o altri motivi, mentre il 58,7% è giunto a buon fine. Nei restanti casi è stato archiviato.

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

Da segnalare che dei tossicodipendenti in affido nel 2011 in virtù dell'art. 94 solo il 35,6% era stato arrestato in seguito alla violazione al DPR 309/90 (art. 73 o art. 74), valore notevolmente inferiore a quello registrato tra i soggetti in affido da anni precedenti (42,1%). La maggior parte delle persone pertanto è stato arrestato per reati contro la persona, contro il patrimonio (estorsione, truffa, rapina, etc.) contro la famiglia, contro lo Stato o altri reati.

In crescita nell'ultimo anno la quota di nuovi affidati agli Uffici di esecuzione penale esterna (UEPE) provenienti dalle strutture carcerarie: essa è passata dal 37% nel 2006 al 52% nel 2007, al 64% nel 2010, al 66% nel 2011.

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

Forte aumento degli affidamenti all'UEPE, provenienti dal carcere, dal 2006 (37%) al 2011 (66%)



CONCLUSIONI ED ALCUNE RIFLESSIONI

La situazione che viene messa in luce dai numerosi dati raccolti ed elaborati in relazione al fenomeno droga nel nostro Paese, mostra che i consumi di sostanze stupefacenti sono generalmente in contrazione ormai da alcuni anni, seppure con variabilità diversificate, soprattutto per alcune sostanze di uso minoritario quali la ketamina e l'ecstasy. Questa situazione può essere interpretata come un segno positivo di cedimento di un decennale trend all'espansione evidenziatasi nel passato.

Ora è chiaro che è necessario continuare sulla strada tracciata dalle strategie attuate, che hanno portato in questi ultimi quattro anni a questa positiva inversione di tendenza. Tuttavia bisogna tenere alta la guardia, in quanto anche se le sostanze più usate e soprattutto il loro consumo occasionale va riducendosi, non tutte le sostanze e non su tutto il territorio nazionale si evidenzia tale andamento.

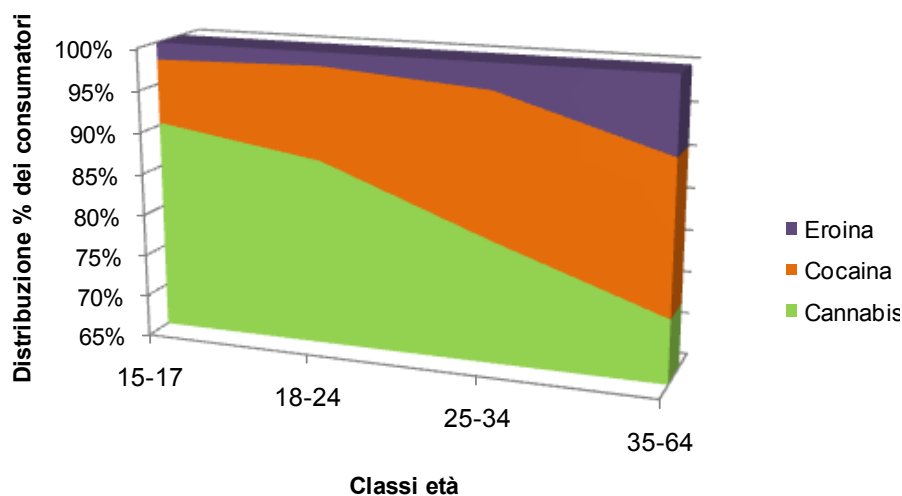
Nel futuro, inoltre, potrebbero esserci delle variazioni dell'offerta illegale di sostanze stupefacenti in grado di riaccendere consumi o attivare nuove quote di mercato, anche se minoritarie, con l'immissione di nuove sostanze e prodotti stupefacenti ancora non conosciuti.

Preoccupante è a questo proposito la bassa percezione del rischio rilevata e collegata all'uso di cannabis e la tendenza a sottovalutare tale problema che ne incrementa l'uso soprattutto tra le giovani generazioni. E' scientificamente provato che questa bassa percezione del rischio negli adolescenti deriva anche da una ridotta disapprovazione sociale dell'uso di cannabis e da una serie di informazioni che tendono a sminuire gli effetti negativi per la salute e la sicurezza di terzi derivanti dall'uso di cannabis, non ultimi la compromissione della corretta maturazione neuro psichica e cerebrale.

Non è un caso che anche le organizzazioni criminali quando vogliono aprire nuovi mercati su aree geografiche dove le droghe sono poco consumate, utilizzano come "apripista" proprio la cannabis e una volta sensibilizzata la popolazione arrivare sul territorio con offerte più impegnative e remunerative come l'eroina e la cocaina. Il vero e grave problema per i prossimi anni sarà quindi, per ridurre e controllare ancora di più il fenomeno generale, controllare e ridurre l'uso della cannabis e dei suoi derivati, soprattutto nelle giovani generazioni e nelle persone più vulnerabili.

Problematici, allo stesso modo, possono essere l'uso e l'abuso alcolico nelle giovani generazioni, che possono svolgere anche esso un ruolo "gateway" e di sensibilizzazione verso lo sviluppo di dipendenza da sostanze stupefacenti, troppe volte sottovalutato e non preso nella giusta considerazione.

Figura 29: Distribuzione percentuale dei consumatori di eroina, cocaina e cannabis negli ultimi 30 giorni nella popolazione 15-64 anni. Anno 2012



Fonte: Survey – Dipartimento Politiche Antidroga

A mio giudizio e sulla base di studi scientifici accreditati oltre che secondo gli odierni orientamenti delle Nazioni Unite, non può, pertanto, trovare accoglienza alcuna ipotesi di legalizzazione delle droghe, in quanto questo porterebbe soltanto ad incrementare la disponibilità e l'accessibilità a tali sostanze, soprattutto per le giovani generazioni, creando, nel tempo, inevitabilmente un aumento dei consumatori e quindi delle persone vulnerabili che diventerebbero dipendenti dalle droghe quali l'eroina e la cocaina. L'aspettativa che in questo modo si possano sottrarre proventi derivanti dallo spaccio alle organizzazioni criminali può esercitare solo un fascino molto suggestivo ma praticamente irrealizzabile e, comunque, che farebbe pagare un prezzo troppo alto in termini di salute pubblica, oltre che inefficace al fine di mettere veramente in crisi le organizzazioni criminali da un punto di vista finanziario.

Anche questo anno si sono riscontrate che molte cose sono ancora sicuramente migliorabili sia nell'ambito preventivo, educativo, assistenziale e, soprattutto, riabilitativo (settore questo ancora molto poco sviluppato e valorizzato), così come nell'ambito del contrasto al traffico e allo spaccio. L'efficienza e l'efficacia di molte azioni possono essere ulteriormente incrementate e, soprattutto, è venuta l'ora di orientare maggiormente il sistema dei servizi alla riabilitazione e al reinserimento sociale e lavorativo per migliorare l'efficacia reale degli interventi. Le possibilità e le competenze ci sono e la rete dei servizi pubblici e del privato sociale lo dimostra ampiamente. Proprio questa rete va però più fortemente supportata e incrementata e riorientata verso una nuova strategia di recupero delle persone tossicodipendenti ad una vita autonoma e socialmente integrata. Pertanto, l'attivazione e la valorizzazione in tutte le Regioni dei Dipartimenti delle Dipendenze (con autonomia gestionale e identità precisa) potrebbe costituire la giusta e auspicabile scelta tecnico-organizzativa per dar forza a questo innovativo percorso, che deve essere visto come un investimento. Tale percorso, infatti, è finalizzato al recupero di persone, in primo luogo giovani e, quindi, di un prezioso potenziale umano e sociale, in grado di diventare energia produttiva per il Paese, che in caso contrario, finirebbe, effettivamente, solo con l'essere un costo sanitario e sociale, oltre che fonte di sofferenze e frustrazioni per tutti noi.

Altro profilo cui deve essere riservata particolare attenzione è quello delle patologie infettive correlate all'uso di droghe che ad oggi appaiono deficitarie relativamente alla diagnosi precoce e, quindi, dell'accesso precoce alle terapie per



le persone sieropositive. È preoccupante infatti la percentuale di persone tossicodipendenti in carico ai Ser.T. che non viene più testata (69,5% degli utenti in carico) per rilevare la presenza dell'infezione da HIV. Questo problema, infatti, più volte segnalato alle Regioni e Province Autonome, anche con una specifica allerta del Sistema Nazionale di Allerta già dal 09.12.2011, non ha ancora trovato soluzione e tende ad aggravarsi sempre di più.

Si è ormai, purtroppo, persa la possibilità di poter monitorare correttamente il fenomeno da un punto di vista epidemiologico e questo potrebbe sicuramente essere in grado di incidere molto negativamente nei prossimi anni anche su un corretto controllo dell'epidemia da HIV, HBV, HCV. La preoccupazione aumenta se osserviamo il dato di trend, anche se stimato e sicuramente da dover ricontrollare, dell'aumento dell'infezione da HIV riscontrato nei nuovi utenti in ingresso ai Ser.T.

Contestualmente va mantenuta ed intensificata la lotta al traffico e allo spaccio soprattutto supportando le operazioni sul territorio, contrastando la coltivazione illegale di cannabis che ha avuto un incremento vertiginoso sul territorio nazionale con un aumento dei sequestri del 1.290%. Va inoltre ben monitorato il fenomeno Internet e cioè lo spaccio online, non solo di sostanze stupefacenti ma anche di farmaci contraffatti che spesso vengono assunti contemporaneamente alle droghe.

L'approccio bilanciato che si è inteso realizzare, ha sicuramente dimostrato la sua efficacia ma va ulteriormente migliorato e rafforzato nelle sue principali linee di intervento, soprattutto ricercando un maggior coordinamento tra tutte le organizzazioni e le istituzioni in campo siano esse regionali, centrali o del terzo settore.

È innegabile, infatti, la lentezza di adeguamento dei sistemi esistenti rispetto alla rapidità e alla "modernizzazione" del nuovo sistema dello spaccio e del traffico e della comparsa di nuove droghe e di nuovi trend sul mercato illegale. La tempestività e il coordinamento sono diventati ormai fattori chiave, fondamentali e irrinunciabili, che permetteranno di affrontare efficacemente il problema.

Nell'ambito più specificatamente preventivo ed assistenziale, per poter migliorare l'approccio è necessario, così come da anni acquisito dalle maggiori organizzazioni scientifiche internazionali e dalle Nazioni Unite, che la tossicodipendenza non è un "comportamento criminale" o un problema morale, ma una malattia prevenibile, curabile e guaribile, e che costituisce un importante e rilevante problema sanitario e sociale che va affrontato con piani e programmi basati su evidenze scientifiche. Oltre a questo, l'uso, anche occasionale, di qualsiasi sostanza stupefacente è da considerarsi un comportamento ad alto rischio per la propria salute ma anche per quella di terze persone, da evitare e contrastare sia con opportune e precoci formule educative che con soluzioni legislative di tipo sanzionatorio, in ambito amministrativo, e non discriminanti ma necessariamente disincentivanti e limitanti il consumo.

La prevenzione, quindi, deve andare di pari passo con interventi di tipo educativo ed interventi di tipo dissuasivo sulla base di regole e sanzioni previste per legge. Resta, invece, fuori discussione la necessità di perseguire penalmente chi produce, coltiva, traffica o spaccia sostanze stupefacenti in violazione della legislazione vigente.

La persona tossicodipendente non deve essere criminalizzata per questo suo comportamento di assunzione di sostanze ma nel contempo va considerato che chi usa sostanze spesso commette reati in relazione a questo suo stato di malattia e per questo deve essere aiutato ad interrompere precocemente l'uso di queste droghe e l'espressione di comportamenti criminali, attraverso l'offerta precoce e costante di opportune forme di cura e riabilitazione, sfruttando al massimo le

alternative di pena.

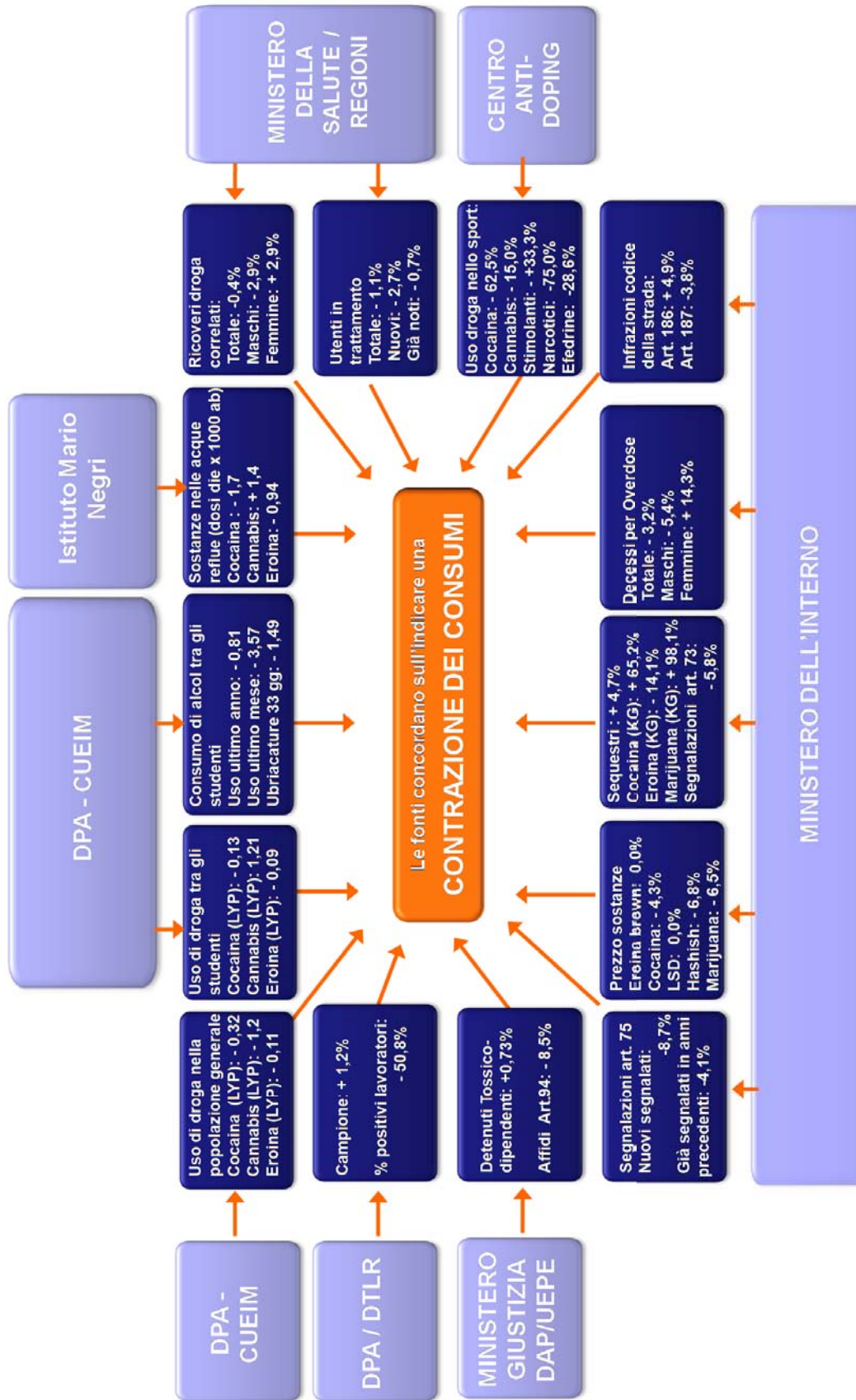
Pertanto è necessario persistere e continuare in questo impegno che ci auguriamo diventi il più collettivo possibile e in tutti i vari campi interessati. Questo indirizzo è ben evidenziato e definito nei documenti strategici del Dipartimento e nel Piano di Azione Nazionale che rappresentano il punto di riferimento per tutte le Regioni, le Province Autonome e le varie organizzazioni operanti sul territorio che vogliono, in un unico insieme, collaborare in maniera coordinata ed efficace alla lotta alla droga nel nostro Paese.

Giovanni Serpelloni

Capo Dipartimento Politiche Antidroga
Presidenza del Consiglio dei Ministri

ALLEGATO

ANALISI DI COERENZA TRA LE FONTI



Nota: Nel prospetto riportato sono indicate, nella sezione esterna, parte delle numerose fonti informative dalle quali sono state attinti i dati per la descrizione del fenomeno, mentre nella sezione interna le variazioni dei dati 2011 rispetto al periodo precedente per il quale era disponibile il dato. L'andamento degli indicatori riportati propendono a confermare una coerenza tra le differenti fonti informative verso una tendenziale contrazione dei consumi

ALLEGATO TECNICO

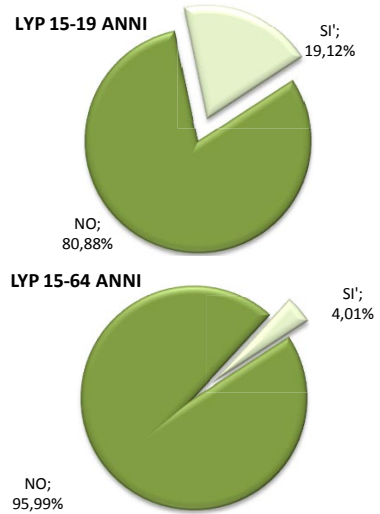
ANALISI DEI CONSUMI NELLA POPOLAZIONE GENERALE E IN QUELLA STUDENTESCA

CONSUMO DI CANNABIS

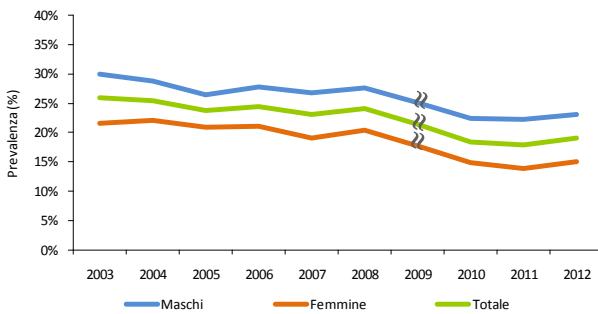
Tabella 1: Consumo di cannabis nella popolazione generale (15-64 anni), scolastica (15-19 anni) e nelle acque reflue

Consumo di cannabis 15-19 anni (%)	2011	2012	Diff
Almeno una volta nella vita (LTP)	21,77	22,62	+ 0,85
Una o più volte negli ultimi 12 mesi (LYP)	17,91	19,12	+ 1,21
Una o più volte negli ultimi 30 giorni (LMP)	12,65	12,94	+ 0,29
Consumo di cannabis 15-64 anni (%)	2010	2012	Diff
Almeno una volta nella vita (LTP)	22,10	21,00	- 1,10
Una o più volte negli ultimi 12 mesi (LYP)	5,33	4,01	- 1,32
Una o più volte negli ultimi 30 giorni (LMP)	3,00	1,82	- 1,18
Concentrazioni acque reflue	2011	2012	Diff
Dosi al giorno x 1.000 residenti	34,2	35,6	+ 1,4

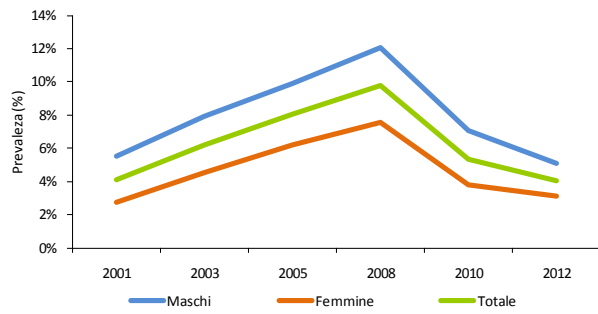
Fonte: Survey – Dipartimento Politiche Antidroga



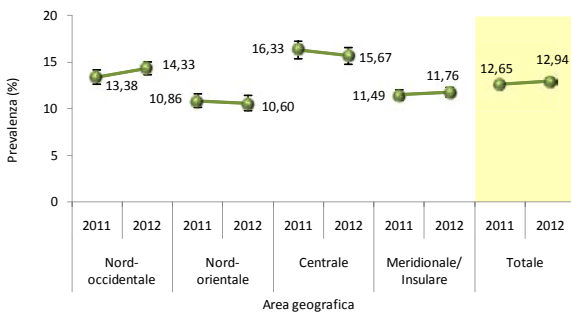
Consumo popolazione scolastica 15 – 19 anni (LYP)



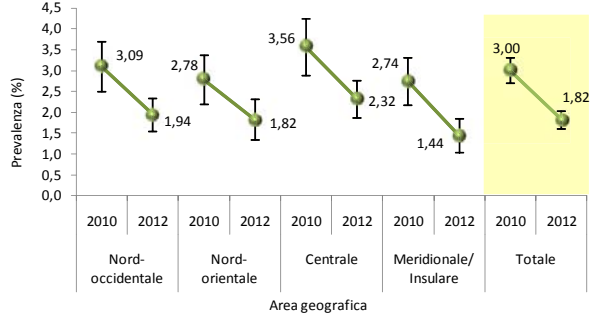
Consumo popolazione generale 15 – 64 anni (LYP)



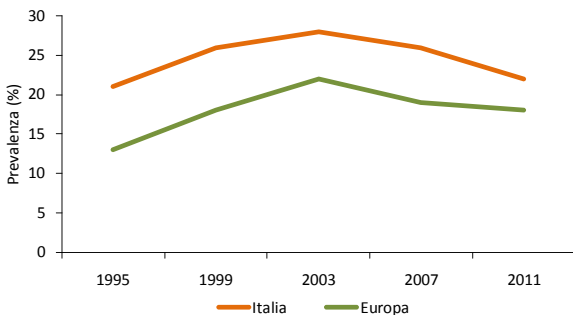
Consumo popolazione scolastica 15 – 19 anni (LMP)



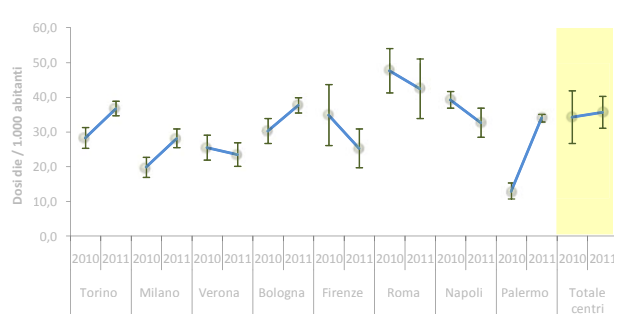
Consumo popolazione generale 15 – 64 anni (LMP)



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



Concentrazioni acque reflue

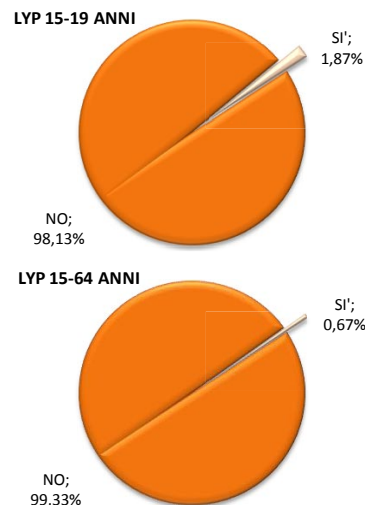


CONSUMO DI COCAINA

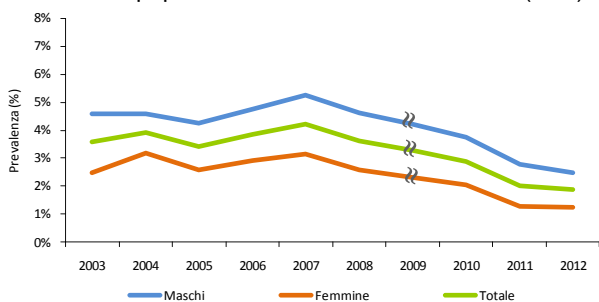
Tabella 2: Consumo di cocaina nella popolazione generale (15-64 anni), scolastica (15-19 anni) e nelle acque reflue

Consumo di cocaina 15-19 anni (%)	2011	2012	Diff
Almeno una volta nella vita (LTP)	2,95	2,61	- 0,34
Una o più volte negli ultimi 12 mesi (LYP)	2,00	1,87	- 0,13
Una o più volte negli ultimi 30 giorni (LMP)	1,17	1,06	- 0,11
Consumo di cocaina 15-64 anni (%)	2010	2012	Diff
Almeno una volta nella vita (LTP)	4,62	4,03	- 0,59
Una o più volte negli ultimi 12 mesi (LYP)	0,89	0,67	- 0,22
Una o più volte negli ultimi 30 giorni (LMP)	0,43	0,29	- 0,14
Concentrazioni acque reflue	2011	2012	Diff
Dosi al giorno x 1.000 residenti	7,6	5,9	- 1,7

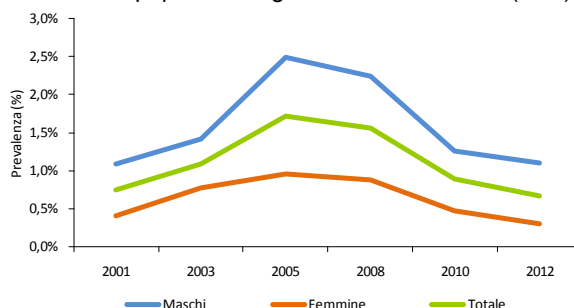
Fonte: Survey – Dipartimento Politiche Antidroga



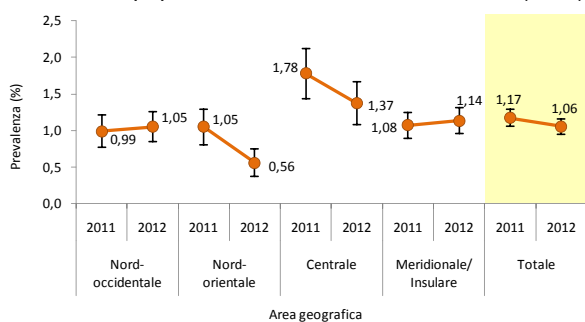
Consumo popolazione scolastica 15 – 19 anni (LYP)



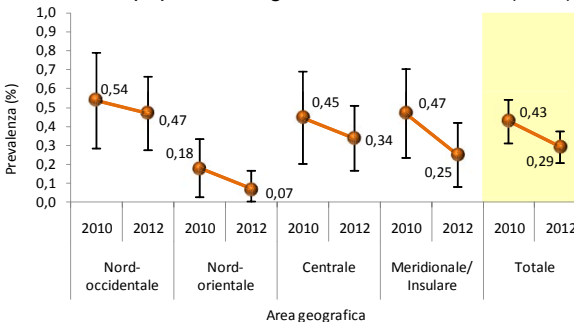
Consumo popolazione generale 15 – 64 anni (LYP)



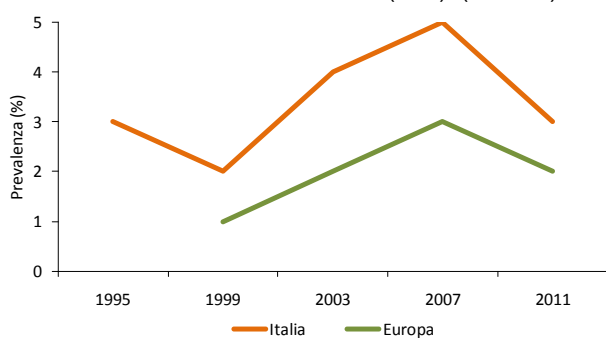
Consumo popolazione scolastica 15 – 19 anni (LMP)



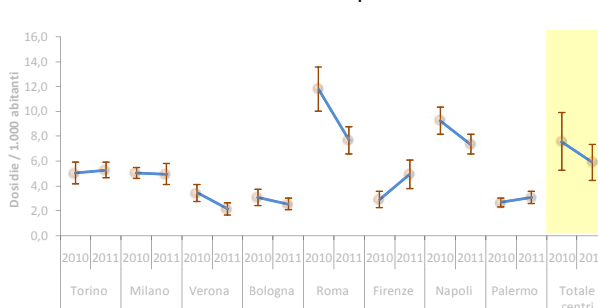
Consumo popolazione generale 15 – 64 anni (LMP)



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



Concentrazioni acque reflue



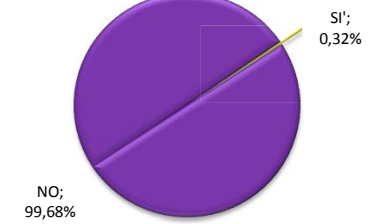
CONSUMO DI HEROINA

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

Consumo di eroina 15-19 anni (%)	2011	2012	Diff
Almeno una volta nella vita (LTP)	0,64	0,52	- 0,12
Una o più volte negli ultimi 12 mesi (LYP)	0,41	0,32	- 0,09
Una o più volte negli ultimi 30 giorni (LMP)	0,29	0,23	- 0,06
Consumo di eroina 15-64 anni (%)	2010	2012	Diff
Almeno una volta nella vita (LTP)	1,25	1,05	- 0,20
Una o più volte negli ultimi 12 mesi (LYP)	0,24	0,14	- 0,10
Una o più volte negli ultimi 30 giorni (LMP)	0,17	0,08	- 0,09
Concentrazioni acque reflue	2011	2012	Diff
Dosi al giorno x 1.000 residenti	3,0	2,0	- 1,0

Fonte: Survey – Dipartimento Politiche Antidroga

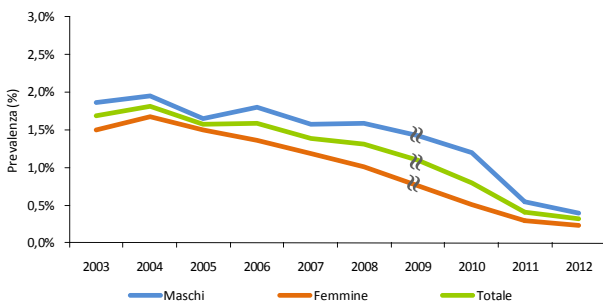
LYP 15-19 ANNI



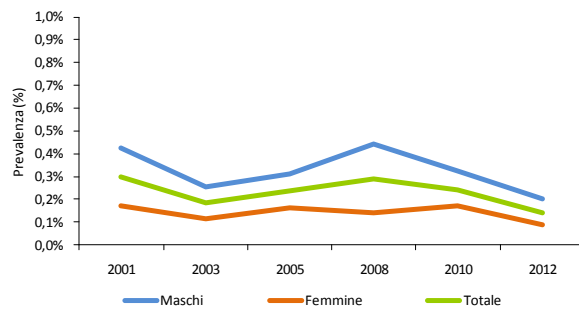
LMP 15-64 ANNI



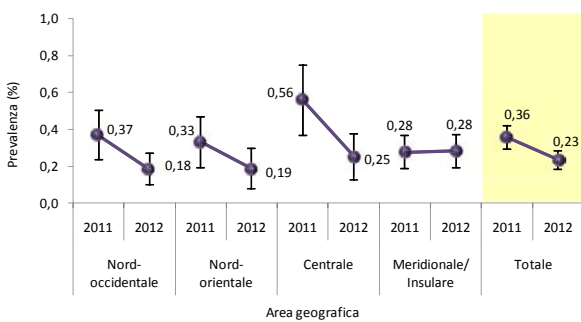
Consumo popolazione scolastica 15 – 19 anni (LYP)



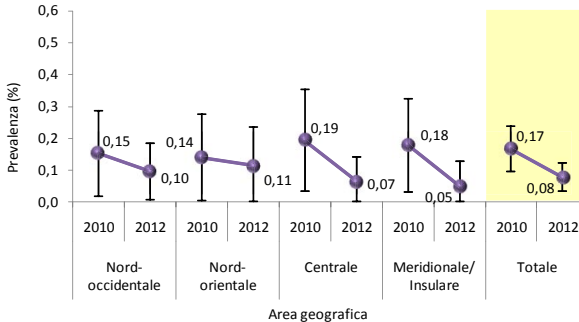
Consumo popolazione generale 15 – 64 anni (LYP)



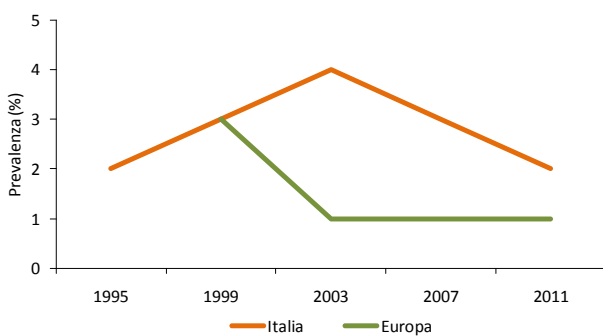
Consumo popolazione scolastica 15 – 19 anni (LMP)



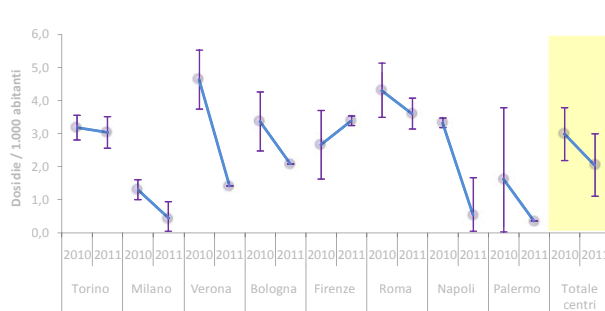
Consumo popolazione generale 15 – 64 anni (LMP)



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



Concentrazioni acque reflue

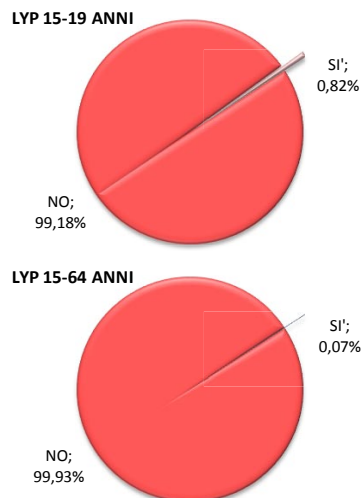


CONSUMO DI ECSTASY

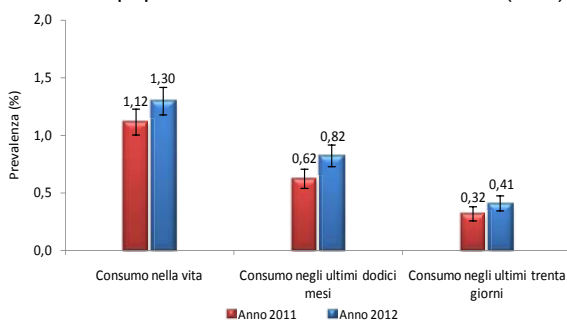
Tabella 4: Consumo di ecstasy nella popolazione generale (15-64 anni), scolastica (15-19 anni) e nelle acque reflue

Consumo di ecstasy 15-19 anni (%)	2011	2012	Diff
Almeno una volta nella vita (LTP)	1,12	1,30	+ 0,18
Una o più volte negli ultimi 12 mesi (LYP)	0,62	0,82	+ 0,20
Una o più volte negli ultimi 30 giorni (LMP)	0,32	0,41	+ 0,09
Consumo di ecstasy 15-64 anni (%)	2010	2012	Diff
Almeno una volta nella vita (LTP)	1,84	1,63	- 0,21
Una o più volte negli ultimi 12 mesi (LYP)	0,16	0,07	- 0,09
Una o più volte negli ultimi 30 giorni (LMP)	0,11	0,03	- 0,08
Concentrazioni acque reflue	2011	2012	Diff
Dosi al giorno x 1.000 residenti	0,05	0,07	+ 0,02

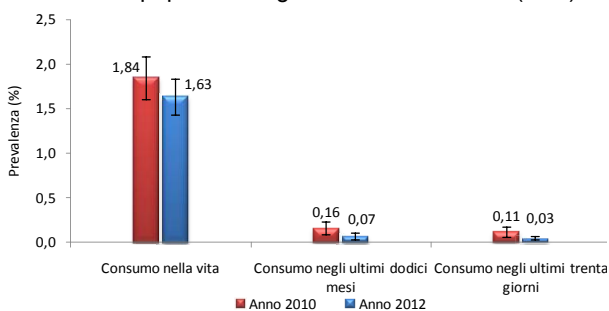
Fonte: Survey – Dipartimento Politiche Antidroga



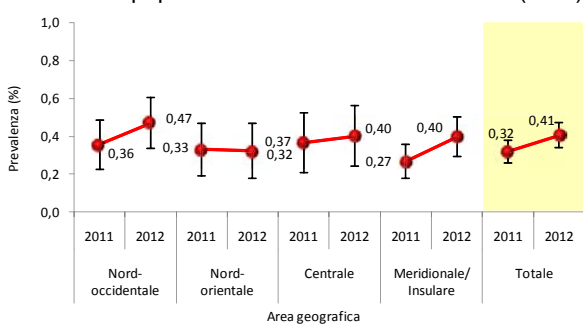
Consumo popolazione scolastica 15 – 19 anni (LYP)



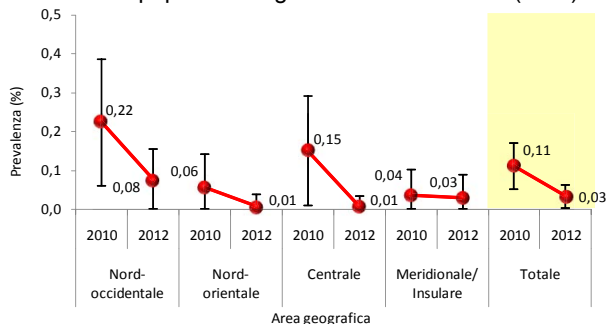
Consumo popolazione generale 15 – 64 anni (LYP)



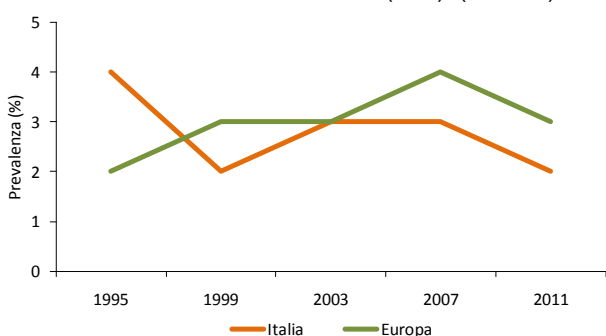
Consumo popolazione scolastica 15 – 19 anni (LMP)



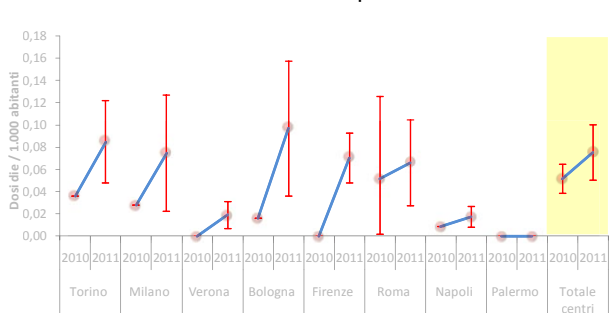
Consumo popolazione generale 15 – 64 anni (LMP)



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



Concentrazioni acque reflue



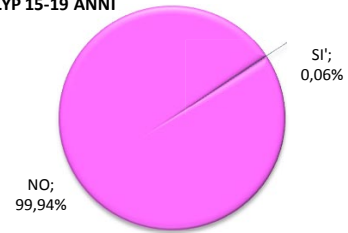
CONSUMO DI AMFETAMINE

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

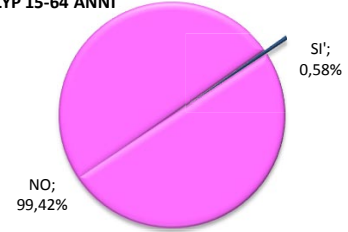
Consumo di amfetamine 15-19 anni (%)	2011	2012	Diff
Almeno una volta nella vita (LTP)	0,91	1,00	+ 0,09
Una o più volte negli ultimi 12 mesi (LYP)	0,51	0,58	+ 0,07
Una o più volte negli ultimi 30 giorni (LMP)	0,27	0,30	+ 0,03
Consumo di amfetamine 15-64 anni (%)	2010	2012	Diff
Almeno una volta nella vita (LTP)	1,85	1,61	- 0,24
Una o più volte negli ultimi 12 mesi (LYP)	0,19	0,06	- 0,13
Una o più volte negli ultimi 30 giorni (LMP)	0,14	0,03	- 0,11
Concentrazioni acque reflue	2011	2012	Diff
Dosi al giorno x 1.000 residenti	1,1	0,0	- 1,1

Fonte: Survey – Dipartimento Politiche Antidroga

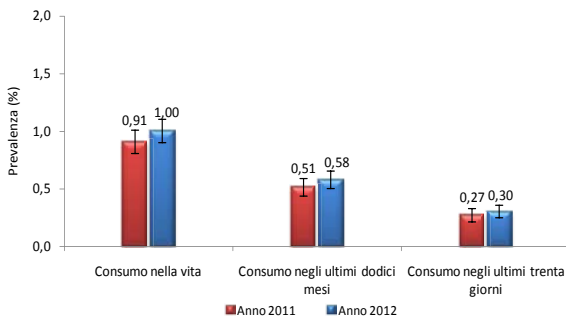
LYP 15-19 ANNI



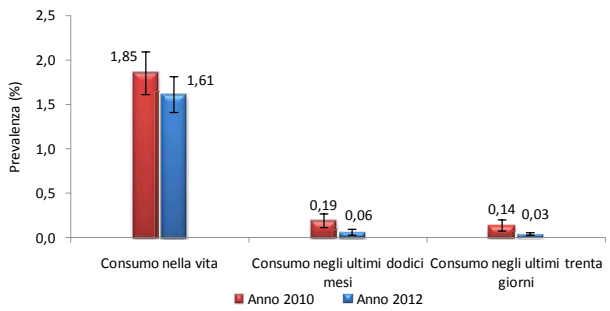
LMP 15-64 ANNI



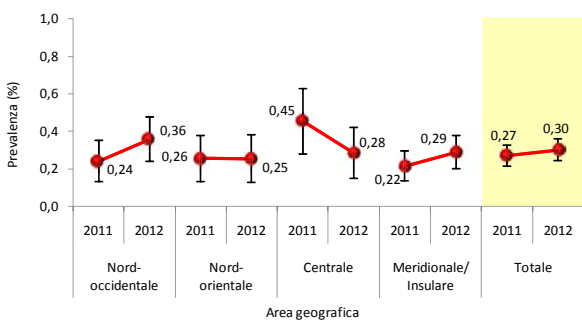
Consumo popolazione scolastica 15 – 19 anni (LYP)



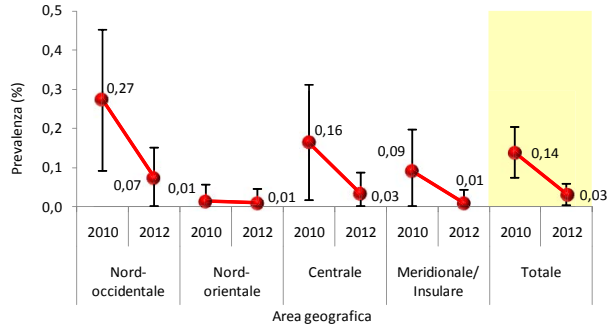
Consumo popolazione generale 15 – 64 anni (LYP)



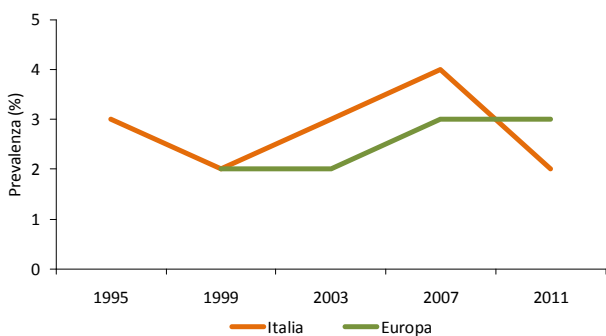
Consumo popolazione scolastica 15 – 19 anni (LMP)



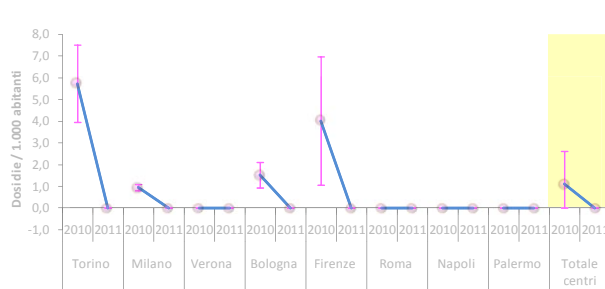
Consumo popolazione generale 15 – 64 anni (LMP)



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



Concentrazioni acque reflue

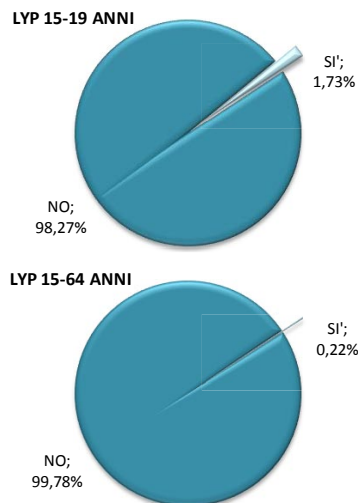


CONSUMO DI ALLUCINOGENI

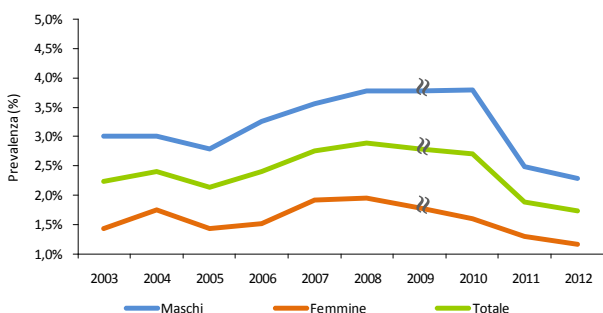
Tabella 6: Consumo di allucinogeni nella popolazione generale (15-64 anni), scolastica (15-19 anni)

Consumo di allucinogeni 15-19 anni (%)	2011	2012	Diff
Almeno una volta nella vita (LTP)	2,89	2,58	- 0,31
Una o più volte negli ultimi 12 mesi (LYP)	1,88	1,73	- 0,15
Una o più volte negli ultimi 30 giorni (LMP)	1,02	0,86	- 0,16
Consumo di allucinogeni 15-64 anni (%)	2010	2012	Diff
Almeno una volta nella vita (LTP)	1,82	1,56	- 0,26
Una o più volte negli ultimi 12 mesi (LYP)	0,21	0,22	+ 0,01
Una o più volte negli ultimi 30 giorni (LMP)	0,10	0,05	- 0,05

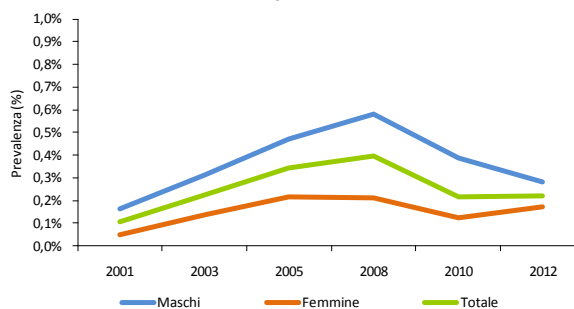
Fonte: Survey – Dipartimento Politiche Antidroga



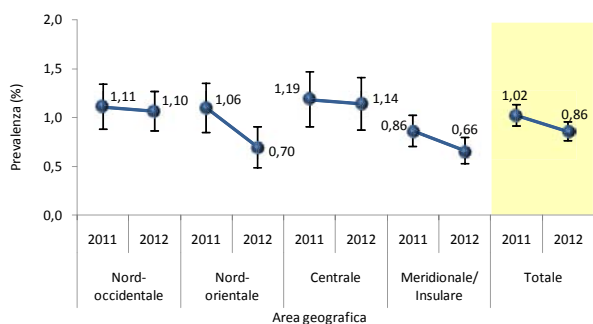
Consumo popolazione scolastica 15 – 19 anni (LYP)



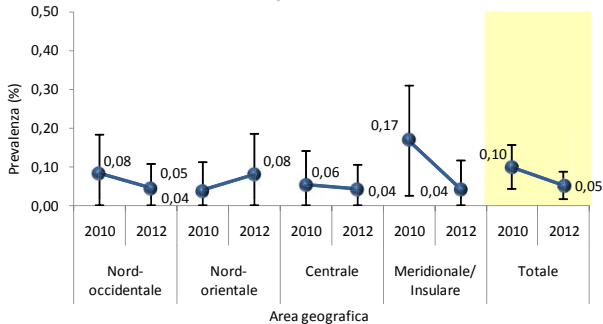
Consumo popolazione generale 15 – 64 anni (LYP)



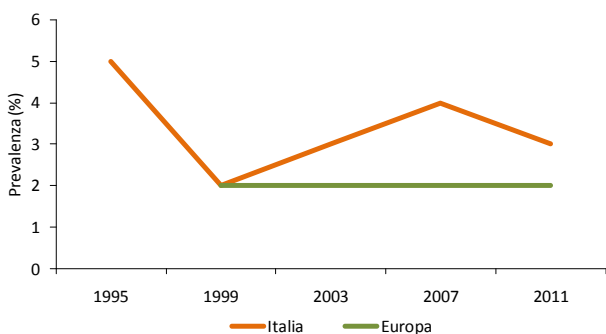
Consumo popolazione scolastica 15 – 19 anni (LMP)



Consumo popolazione generale 15 – 64 anni (LMP)



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



Indice

SINTESI

I

PARTE PRIMA: DIMENSIONE DEL FENOMENO

I.1. CONSUMO DI DROGA

5

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

I.2. SOGGETTI ELEGGIBILI A TRATTAMENTO

101

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

I.3. SOGGETTI IN TRATTAMENTO

113

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

I.4. IMPLICAZIONI E CONSEGUENZE PER LA SALUTE

139

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

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

209

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

PARTE SECONDA: PROGRAMMAZIONE ED ORGANIZZAZIONE DEL SISTEMA DI CONTRASTO

II.1. NORMATIVE SULLE DROGHE	227
II.1.1. Normative nazionale ed internazionali emanate nell'anno 2011	227
II.1.2. Normative regionali approvate nell'anno 2011	230
II.1.3. Sintesi dell'attività istituzionale del Dipartimento per le Politiche Antidroga in ambito internazionale	231
II.1.4. Attività istituzionale del Dipartimento per le Politiche Antidroga con l'Osservatorio Europeo di Lisbona (OEDT)	235
II.2. ORGANIZZAZIONE DEL SISTEMA DI CONTRASTO ALLA DROGA	239
II.2.1. Dipartimento Politiche Antidroga: organizzazione e attività 2011	239
II.2.2. La rete degli osservatori regionali: Progetto NIOD	244
II.2.3. Amministrazioni Centrali	247
II.2.4. Amministrazioni Regionali	249
II.2.5. Strutture di trattamento socio-sanitario	250
II.2.6. Analisi dei costi/benefici	260
PARTE TERZA: INTERVENTI DI RISPOSTA AI BISOGNI SOCIO-SANITARI	
III.1. PREVENZIONE PRIMARIA	277
III.1.1. Campagne informative di prevenzione	278
III.1.2. Prevenzione universale	280
III.1.3. Prevenzione selettiva verso gruppi a rischio	291
III.2. TRATTAMENTI SOCIO SANITARI	299
III.2.1. Programmi e qualità dei trattamenti attivati dalle Regioni	299
III.2.2. Trattamenti erogati dai Sert	304
III.2.3. Soggetti tossicodipendenti in stato di detenzione	313
III.2.4. Esiti dei trattamenti (OUTCOME)	324
III.2.5. Prevenzione delle emergenze droga-correlate e riduzione dei decessi droga-correlati	341
III.3. REINSERIMENTO SOCIALE E MISURE ALTERNATIVE	353
III.3.1. Progetto di reinserimento sociale	353
III.3.2. Misure alternative alla detenzione	358

PARTE QUARTA: INTERVENTI DI CONTRASTO ALL'OFFERTA DI DROGA

IV.1. SISTEMA NAZIONALE DI ALLERTA PRECOCE	375
IV.1.1. Attività 2011 del Sistema di Allerta	375
IV.1.2. Vendita di sostanze sul web. Risultati del monitoraggio della rete italiana	390
IV.1.3. Prevenzione dei Rave party illegali	394
IV.1.4. Metodi congiunti di controllo e contrasto	403
IV.2. MERCATO DELLA DROGA E INTERVENTI DI CONTRASTO	409
IV.2.1. Produzione, offerta e traffico di droga	409
IV.2.2. Prezzo e purezza	412
IV.2.3. Operazioni e sequestri di sostanze stupefacenti	415
IV.2.4. Interventi delle Forze dell'Ordine	419
IV.2.5. Interventi della Giustizia	434
IV.2.6. Criminalità droga-correlata	443

PARTE QUINTA: APPROFONDIMENTI

V.1. SINTESI DEI RISULTATI DEL PROGETTO TOX-TEST	451
V.2. PROGETTI, CENTRI COLLABORATIVI E NETWORK NAZIONALI DEL DIPARTIMENTO POLITICHE ANTIDROGA	459
V.2.1 Progetti e Centri Collaborativi	459
V.2.2 Quote di investimento progetti	459
V.2.3 Master Plan Progetti	460
V.2.4 Network Centri Collaborativi	465
V.3. TECNICHE INNOVATIVE DI ANALISI RAPIDA DELLE NUOVE SOSTANZE "CANNABINOIDI DI SINTESI"	475
V.3.1. Tecniche innovative di analisi rapida delle nuove sostanze "Cannabinoidi di sintesi"	475
V.3.2. Determinazione di cannabinoidi naturali e sintetici in matrice cheratinica. Validazione del metodo e applicazione a casi reali	479

V.4. DROGA E DOPING. PREVALENZA DI POSITIVITA' PER DROGHE D'ABUSO TRA GLI SPORTIVI DAL 2000 AL 2010	485
<hr/>	
V.5. ATTIVITA' DI FORMAZIONE, COMUNICAZIONE E COLLABORAZIONI SCIENTIFICHE INTERNAZIONALI	489
<hr/>	
V.5.1. La Comunità Scientifica del DPA	491
V.5.2. Italian Journal on Addiction	492
V.5.3. Droganews	493
V.5.4. Statistiche accesso siti	494
V.5.5. Scuola Nazionale sulle dipendenze	495
V.5.6. Collaborazioni internazionali	497
V.6. PROGETTO "DIAGNOSI PRECOCE DELL'USO DI SOSTANZE STUPEFACENTI PER L'INTERVENTO PRECOCE NEI BAMBINI (EARLY DETECTION OF DRUG USE FOR EARLY INTERVENTION IN CHILDREN)"	503
<hr/>	

PARTE SESTA: SCHEDE AMMINISTRAZIONI

VI.1. AMMINISTRAZIONI CENTRALI	513
<hr/>	
VI.1.1. Coordinamento interministeriale del Dipartimento Politiche Antidroga della Presidenza del Consiglio dei Ministri	513
VI.1.2. Ministero della Salute	513
VI.1.3. Ministero della Giustizia	519
VI.1.4. Ministero dell'Interno	530
VI.1.5. Ministero degli Affari Esteri	534
VI.1.6. Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca	537
VI.1.7. Ministero della Difesa	539
VI.1.8. Comando Generale della Guardia di Finanza	545
VI.2. REGIONI E PROVINCE AUTONOME	553
<hr/>	
VI.2.1. Indicatori di sintesi	553
VI.2.2. Comparazione dei dati delle Regioni e delle Province Autonome, mediante indicatori standardizzati: scostamenti regionali dal valore nazionale	597
VI.2.3. Relazioni conclusive	605

PARTE SETTIMA: INDICAZIONI GENERALI

VII.1. PIANO DI AZIONE	651
<hr/>	
VII.1.1. Valutazione del piano d'azione nazionale	651

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

VII.2.1. Campagne informative 665

VII.2.2. Pubblicazioni DPA 2008-2012 672



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

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

Siti istituzionali:

<http://www.politicheantidroga.it>
<http://www.allertadroga.it>
<http://www.droganograzie.it>
<http://cocaina.dronet.org>
<http://drugsonstreet.it>
<http://www.drogaedu.it>
<http://italianjournalonaddiction.it>
<http://cannabis.dronet.org>
<http://www.dpaschool.it>

<http://www.dronet.org>
<http://www.droganews.it>
<http://www.drugfreedu.org>
<http://www.neuroscienzedipendenze.it>
<http://alcol.dronet.org>
<http://www.dreamonshow.it>
<http://www.dpascientificcommunity.it>
<http://www.drogaprevenzione.it>
<http://www.conferenzadroga.it>