



RELAZIONE ANNUALE AL PARLAMENTO 2011

Sull'uso di sostanze stupefacenti e sulle tossicodipendenze in Italia

Dati relativi all'anno 2010 – elaborazioni 2011

Sintesi



Roma, 28 giugno 2011

Presentazione

Senatore Carlo Giovanardi

*Sottosegretario alla Presidenza del Consiglio
con delega alle politiche per la famiglia,
al contrasto delle tossicodipendenze e al servizio civile*

*“Liberi dalle droghe.
Liberi di essere”*

Ci eravamo lasciati l'anno scorso commentando il calo dei consumi delle droghe emersi dalle indagini demoscopiche e statistiche effettuate per predisporre la Relazione al Parlamento per l'anno 2009.

Con moderata soddisfazione avevamo potuto constatare che, per la prima volta da molti anni, tutti gli indicatori di consumo delle sostanze stupefacenti avevano invertito la tendenza ed evidenziavano un arretramento, talvolta sensibile, di questo fenomeno.

Prudentemente decidemmo di sospendere il giudizio su questi risultati, peraltro confermati anche da altre successive ed indipendenti indagini, nella prospettiva di poterne individuare le cause e verificarne il consolidamento nel tempo attraverso le rilevazioni del successivo anno d'esercizio.

Dopo questa prima osservazione e sulla base delle evidenze scientifiche rilevate, si era resa necessaria la definizione di un nuovo piano strategico per consolidare e migliorare i risultati ottenuti. A questo proposito, il Dipartimento Politiche Antidroga ha realizzato e diffuso il Piano d'Azione Nazionale antidroga, che è stato successivamente approvato dal Consiglio dei Ministri del 29 ottobre 2010. Il Piano rappresenta il documento strategico e programmatico con cui si pianificano, per il futuro, le politiche di contrasto della droga, le iniziative di prevenzione a favore della popolazione giovanile e gli interventi di cura, riabilitazione sociale e lavorativa destinati alle persone tossicodipendenti, nonché le politiche per un efficace contrasto e azione legislativa in materia. In particolare, si è voluto concentrare le priorità e gli interventi per gli anni futuri sull'area della prevenzione, soprattutto quella precoce e orientata ai gruppi più vulnerabili, e della riabilitazione e il reinserimento sociale e lavorativo, come pilastro portante e centrale delle nuove politiche e strategie di intervento nel campo delle tossicodipendenze.

I dati derivanti dalle nuove indagini eseguite nel 2011 ci dicono che vi è stato un ulteriore calo dei consumi e che quindi questo trend al ribasso si riconferma anche quest'anno. Tutte le sostanze stupefacenti trovano sempre un minor uso da parte della popolazione giovanile che, soprattutto negli ultimi anni, sembra esprimere, nella maggioranza dei casi, un atteggiamento più consapevole e responsabile, nei confronti della necessità e dell'opportunità di evitare qualsiasi uso di droghe. Resta sempre una piccola minoranza di persone, però, a cui va diretta tutta la nostra attenzione, che persistono nel comportamento di assunzione, forse stimolati anche dal fatto che alcuni adulti, alcune organizzazioni, continuano ancora oggi a pubblicizzare e sostenere erroneamente l'innocuità della cannabis e la legalizzazione delle droghe, trasmettendo, quindi, una bassa percezione della loro pericolosità e dei loro danni a queste giovani persone particolarmente vulnerabili a tali messaggi.

Senza abbandonare la cautela che deve sempre accompagnare l'analisi di questo tipo di dati, mi sento però in dovere di fare un'importante riflessione sull'involuzione dei consumi nel nostro Paese. Quando alle strategie antidroga seguono con coerenza una serie di azioni permanenti e capillari contro il consumo delle droghe, con i controlli, con la prevenzione, con l'informazione, con l'azione di contrasto, i risultati, pian piano, sicuramente emergono. Bisogna proseguire su questa strada, senza ambiguità, con decisione e perseveranza, come evidenziato anche da un recentissimo studio trentennale in cui emerge nettamente la correlazione inversa tra i livelli di disapprovazione esistente sul consumo delle droghe, in particolare della cannabis, nella società e l'uso delle stesse soprattutto da parte degli adolescenti. Quando il fronte è compatto ed esplicitamente contro l'uso di tutte le droghe, il consumo chiaramente diminuisce; quando, invece, si cede alla tentazione di introdurre pericolosi "distinguo" o addirittura si invoca la legalizzazione o l'apertura di "camere del buco" o si insiste ancora una volta esclusivamente su politiche di riduzione del danno, i livelli di consumo aumentano vertiginosamente e le terapie e i trattamenti di riabilitazione assumono spesso significati rinunciatari e non di vero recupero totale della persona. Oltre a questo, è necessario rinforzare e mantenere una forte attenzione anche alla prevenzione delle infezioni e all'overdose correlate all'uso di sostanze.

Sempre in tema di cannabis, il Dipartimento antidroga ha proseguito nell'azione di informazione sui rischi per la salute determinati da questa tipologia di sostanza stupefacente, ritenuta erroneamente meno insidiosa delle altre. Prima con la pubblicazione di una monografia dal titolo "*Cannabis e danni alla salute. Aspetti tossicologici, neuropsichici, medici, sociali e linee di indirizzo per la prevenzione e il trattamento*", predisposta in collaborazione con United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC), e poi con l'attivazione di un nuovo sito istituzionale interamente dedicato alla cannabis e ai danni che questa provoca alla salute dei consumatori. La piattaforma, che si aggiunge agli altri siti on-line del DPA, si articola in 13 sezioni (danni neurobiologici, caratteristiche della sostanza, cannabinoidi di origine sintetica, casi e forme di intossicazione acuta, ecc.) di facile consultazione, tutte completate da una nutrita bibliografia di riferimento.

Questa collaborazione con le Nazioni Unite è solo una delle sinergie messe in campo dal Dipartimento con le agenzie internazionali che si occupano di contrastare la diffusione della droga. Nell'ultimo anno, i responsabili del DPA hanno operato con impegno prima a Bruxelles, in sede di Consiglio della Commissione Europea, poi a Vienna, in occasione della Commission on Narcotic Drugs dove, per iniziativa italiana, è stata presentata un'importante risoluzione sul reinserimento e la riabilitazione approvata da tutti gli Stati aderenti. A questo proposito, mi preme sottolineare che, in tali consessi internazionali, nonostante l'enfasi con cui è stato accolto il rapporto pubblicato dalla Global Commission on Drug Policy, un'associazione indipendente che nulla ha a che vedere con le

strutture dell'Onu che si occupano di ridurre la diffusione delle sostanze stupefacenti, non è in atto alcun "radicale cambio di paradigma" nelle strategie di contrasto alla droga. Come ha ben spiegato Yuri Fedotov, direttore generale dell'UNODC, recentemente in visita a Palazzo Chigi, non è stata mai presa in considerazione la possibilità di legalizzare le sostanze stupefacenti, a cominciare dalla cannabis, o di fare concessioni al fronte dell'antiproibizionismo. Inoltre, va chiarito che nessuno dei 192 Stati Membri riuniti all'ONU di New York ha acquisito né aderito a tali proposte che risultano essere, quindi, e per fortuna, totalmente inascoltate da chi, con serie posizioni di responsabilità governative, ha il compito di impostare le strategie anti-droga per il proprio Paese.

Non mi resta che ricordare, seppur brevemente, i risultati colti dal Dipartimento Politiche Antidroga nell'ultimo anno:

Sono stati, innanzitutto, attivati 30 progetti nel campo della prevenzione, formazione, cura e riabilitazione, coinvolgendo 33 organizzazioni ed instaurando 21 collaborazioni istituzionali ed internazionali che vanno ad aggiungersi ai 49 progetti già programmati nel 2009, per un totale di oltre 35,5 milioni di euro investiti. Tre di questi hanno una spiccata vocazione internazionale e sono svolti in collaborazione con le agenzie dell'ONU, con l'OMS, il NIDA e con il coinvolgimento dei Paesi che si affacciano sul bacino del Mediterraneo.

Anche nel campo dell'incidentalità notturna sono stati avviati progetti di prevenzione che coinvolgeranno 50 comuni italiani per l'accertamento della guida in stato di ebbrezza o sotto l'effetto delle droghe.

Sono state, inoltre, finanziate, per un totale di 1,3 milioni di euro, qualificatissime iniziative di ricerca nell'ambito delle neuroscienze e nella ricerca di laboratorio al fine di comprendere appieno e documentare in maniera incontrovertibile i danni cerebrali e psicologici provocati dal consumo delle droghe. Proseguono poi le attività del Sistema Nazionale di Allerta Precoce per l'individuazione di nuove droghe che, ad oggi, ha consentito di identificare ben 8 sostanze mai individuate prima sul mercato clandestino nazionale e responsabili di molte intossicazioni e ricoveri in pronto soccorso anche in Italia, tempestivamente inserite nelle tabelle ministeriali delle sostanze stupefacenti.

Nell'arco dell'ultimo anno, sotto la direzione del Dipartimento, è stato possibile definire e diffondere specifiche linee di indirizzo nell'ambito della prevenzione giovanile dell'uso delle droghe e delle infezioni correlate a tale pratica, specificamente destinate alle esigenze di formazione degli operatori dei Servizi per le tossicodipendenze, delle comunità terapeutiche e degli altri enti e istituzioni che, a vario titolo, si occupano di droghe e tossicodipendenza.

È stato poi messo in atto, in collaborazione con il Ministero della salute, un nuovo sistema informativo per le tossicodipendenze SIND e avviata la realizzazione di una rete di Osservatori regionali che renderà più capillare, tempestivo e preciso il monitoraggio ed il controllo del fenomeno droga, in collaborazione con l'Osservatorio Europeo sulle Droghe e le Tossicodipendenze.

In attuazione della specifica normativa, solo recentemente resa esecutiva con i relativi protocolli operativi, sono partite le campagne di test e controlli antidroga in tutte le aziende italiane per verificare l'assenza di fenomeni di uso e di tossicodipendenza nei lavoratori che svolgono mansioni a rischio per la propria o l'altrui incolumità. È stata anche introdotta l'obbligatorietà del drug test per poter ottenere le patenti di guida e il patentino per i motocicli.

Rammento, infine, la Campagna informativa di prevenzione contro l'uso delle sostanze stupefacenti, dal titolo "*Non ti fare, fatti la tua vita*", incentrata sulla figura della donna che si trasforma in un orrendo mostro e divora il protagonista dello spot. Con questo messaggio si è voluto evidenziare la metafora dell'inganno provocato dalla droga; all'inizio sembra una cosa bellissima, suadente, affascinante, poi, quando purtroppo è tardi, mostra il suo vero volto: una schiavitù orrenda da cui è difficilissimo affrancarsi e che talvolta porta anche alla morte del consumatore. Meglio starne lontani e godere della piccole e grandi cose che fanno bella la quotidianità.

Il 26 giugno, oltre ad essere la data in cui per consuetudine si presenta al Parlamento il report governativo sull'andamento del fenomeno delle tossicodipendenze nel nostro Paese, è anche la Giornata Mondiale contro la droga. Quest'anno il Dipartimento antidroga vuole celebrare tale evento sia con lo slogan "Liberi dalle droghe. Liberi di Essere", rivolgendosi a tutte quelle persone che scelgono di "essere" se stesse, libere dalla schiavitù delle droghe, e sia con il lancio sul web di una campagna di adesione contro la droga per ribadire che la tossicodipendenza è una malattia terribile e ostinata, da cui però, con l'aiuto della famiglia, delle agenzie sociali e delle istituzioni sì, si può guarire.

Ancora tanto resta da fare e siamo convinti che i buoni risultati ottenuti siano merito di tutta la comunità, gli operatori del pubblico e del privato sociale, i media che lavorano, anche se a volte non perfettamente coordinati, nel prevenire il consumo e nel curare e riabilitare queste persone, e quindi, in ultima analisi, per costruire un futuro migliore per i nostri giovani e per le loro famiglie. Solo così potremo assicurare la conservazione e la promozione delle risorse più importanti che uno Stato possiede e cioè il potenziale umano, intellettuale, culturale, lavorativo, creativo e spirituale particolarmente presente nelle giovani generazioni.

**RELAZIONE ANNUALE AL PARLAMENTO 2011
SULL'USO DI SOSTANZE STUPEFACENTI E SULLO
STATO DELLE TOSSICODIPENDENZE IN ITALIA.
RELAZIONE 2011
(su dati 2010 e primo semestre 2011)**

SINTESI

SINTESI DELLA RELAZIONE ANNUALE AL PARLAMENTO SULL'USO DI SOSTANZE STUPEFACENTI E SULLO STATO DELLE TOSSICODIPENDENZE IN ITALIA. RELAZIONE 2011

Dati relativi all'anno 2010-2011 (primo semestre)

Dipartimento Politiche Antidroga – Presidenza del Consiglio dei Ministri

IL PIANO D'AZIONE NAZIONALE ANTIDROGA 2010-2013

Nella seduta del 29 ottobre 2010 il Consiglio dei Ministri ha approvato il Piano Nazionale di Azione Antidroga 2010-2013 (PAN) messo a punto dal Dipartimento Politiche Antidroga in collaborazione con i vari Ministeri e le Regioni e le Province Autonome partecipanti al gruppo di lavoro. Il documento rappresenta il riferimento strategico per le politiche di settore per il triennio di sua applicazione: basandosi anche sulle analisi condivise con gli operatori del settore nel corso della V Conferenza Nazionale di Trieste e dai lavori dei gruppi post conferenza, oltre che in coerenza con le indicazioni del Piano d'Azione Europeo. Il PAN declina le strategie di intervento in modo pragmatico ed essenziale in maniera da poter essere adattato e declinato in base alle diverse realtà territoriali esistenti nel nostro Paese. Risulta pertanto uno strumento flessibile di particolare importanza nell'orientare lo sviluppo di azioni concrete, organizzate e coordinate tra il Dipartimento Nazionale e le Regioni/Province Autonome che vorranno adottarlo.

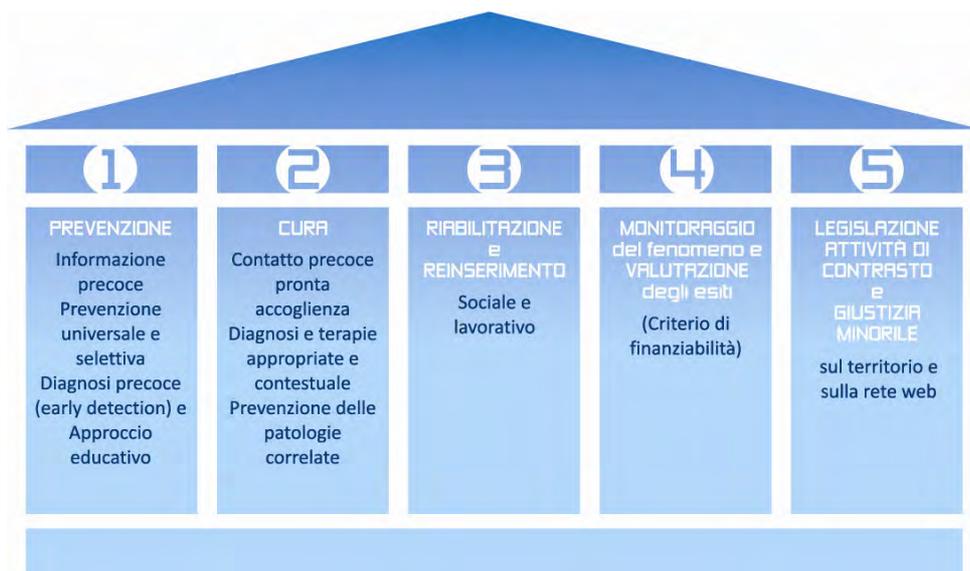
Le principali aree su cui concentrare l'attenzione e gli interventi per gli anni futuri sono:

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

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

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

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



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

I dati sotto riportati riconfermano la validità di questa impostazione strategica che ha portato in questi ultimi tre anni ad avere una riduzione persistente dei consumi di sostanze stupefacenti e alcoliche (soprattutto nelle giovani generazioni), una riduzione della mortalità e della diffusione delle infezioni da HIV ed un contenimento delle epatiti. Contemporaneamente si è assistito ad un positivo aumento degli utenti in trattamento, segno questo di una maggiore consapevolezza della necessità di interrompere l'uso di droghe. Un ulteriore segno positivo deriva anche dalla continua riduzione delle persone ricoverate nei reparti ospedalieri per vari motivi droga correlati. Il sistema generale di contrasto al traffico ed allo spaccio ha fatto registrare anch'esso, inoltre, la positiva diminuzione del numero di soggetti carcerati per violazione del DPR 309/90, e contestualmente l'aumento dei tossicodipendenti usciti dal carcere in applicazione delle misure alternative. Il beneficio delle azioni di deterrenza e di controllo attivate, si misurano anche nella riduzione dei morti e dei feriti in incidenti stradali alcol e droga correlati, oltre che una diminuzione delle infrazioni per la guida sotto l'effetto di sostanze stupefacenti e/o alcol (pur con l'aumento del numero di controlli. Anche l'introduzione del drug test dei lavoratori con mansione a rischio ha rilevato una riduzione dei soggetti risultati positivi.

Importante piano di progetti attivato a sostegno delle azioni

Risultati positivi ottenuti negli ultimi 3 anni

I.1 CONSUMO DI SOSTANZE STUPEFACENTI

Le analisi del consumo di sostanze stupefacenti in Italia sono state eseguite utilizzando diverse ed indipendenti fonti informative al fine di poter stimare il più correttamente possibile il fenomeno da vari punti di vista. Nel 2010, per meglio comprendere la situazione generale, è stato stimato il numero totale dei consumatori (intendendo con questo termine sia quelli occasionali che con dipendenza da sostanze – uso quotidiano) che era risultato di circa 2.924.500. Nel 2008 tale numero era stimato in circa 3.934.450 persone e quindi con un calo, nel 2010, del 25,7%. La prossima indagine sulla popolazione generale è prevista nel 2012 (cadenza biennale).

Quadro generale

Tabella 1: Sintesi del numero dei consumatori di sostanze stupefacenti (assunzione ultimi 12 mesi) e della frazione di persone con bisogno di trattamento (tossicodipendenti) anni 2008-2010.

Soggetti	2008	2010	Differenza	Scostamento % ($\Delta\%$)
Consumatori totali stimati	3.934.450	2.924.500	-1.009.950	-25,7

Fonte: Relazione al Parlamento 2010.

Nell'ultima indagine (2010) le percentuali di persone che nella popolazione generale contattata (su un campione di 12.323 soggetti di età compresa tra 15-64 anni) hanno dichiarato di aver usato almeno una volta negli ultimi 12 mesi stupefacenti sono risultate rispettivamente di 0,25% per l'eroina (0,39% nel 2008), 0,9% per la cocaina (2,1% nel 2008), 5,2% per la cannabis (14,3% nel 2008), per gli stimolanti – amfetamine – ecstasy 0,22% (0,74% nel 2008), per gli allucinogeni 0,22% (0,65% nel 2008).

Indagine 2010: calo dei consumi nella popolazione generale 15-64 anni

Tabella 2: Prevalenze nella popolazione generale 15 – 64 anni (uso almeno una volta negli ultimi 12 mesi). Anni 2008 – 2010

Sostanze	2008	2010	Differenza	Scostamento % ($\Delta\%$)
Eroina	0,39%	0,25%	-0,14 punti %	-35,9%
Cocaina	2,1%	0,9%	-1,2 punti %	-57,1%
Cannabis	14,3%	5,2%	-9,10punti %	-63,6%
Stimolanti	0,74%	0,22%	-0,52 punti %	-70,3%
Allucinogeni	0,65%	0,22%	-0,43 punti %	-66,2%

Fonte: Elaborazione dati GPS-ITA 2010.

Indagine 2010: popolazione generale con decrementi % oscillanti tra i -35,9 e -70,3

Nell'indagine 2011 sulla popolazione studentesca (su un campione di 32.389 soggetti di età compresa tra 15-19 anni) si sono rilevate le seguenti percentuali di consumatori (consumo dichiarato negli ultimi 12 mesi): eroina 0,6% (0,8% nel 2010); cocaina 2,1% (2,9% nel 2010); cannabis 18,2% (18,5% nel 2010); stimolanti – amfetamine – ecstasy 1,3% (1,7% nel 2010); allucinogeni 2,3% (2,7% nel 2010).

Indagine 2011 su con età 15-19 anni: ancora in calo i consumi nella popolazione studentesca

Le indagini mostrano quindi ancora un calo generalizzato dei consumi, seppur di misura inferiore rispetto a quello rilevato nel 2008-2010, che viene riassunto nella tabella successiva.

Tale andamento è stato confermato anche nell'analisi eseguita per l'uso negli ultimi 30 giorni fatto salvo per la cannabis dove si è registrato una lieve oscillazione non significativa della prevalenza passando dal 12,3% del 2010 al 12,9% del 2011.

Tabella 3: Prevalenze nella popolazione studentesca 15 – 19 anni (uso almeno una volta negli ultimi 12 mesi). Anni 2010 – 2011

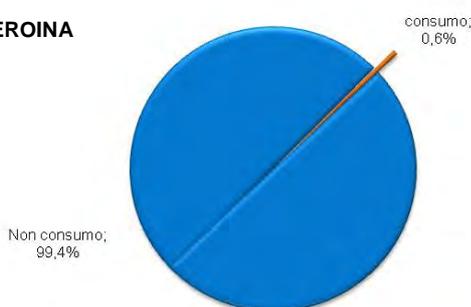
Sostanze	2010	2011	Differenza	Scostamento % ($\Delta\%$)
Eroina	0,8%	0,6%	-0,2 punti %	-25,0%
Cocaina	2,9%	2,1%	-0,8 punti %	-27,6%
Cannabis	18,5%	18,2%	-0,3 punti %	-1,6%
Stimolanti	1,7%	1,3%	-0,4 punti %	-23,5%
Allucinogeni	2,7%	2,3%	-0,4 punti %	-14,8%

Fonte: Elaborazione dati SPS-ITA 2011

Indagine 2011:
popolazione studentesca
decrementi %
oscillanti tra
-1,6 e -27,6

Figura 2: Uso delle diverse sostanze (una o più volte negli ultimi 12 mesi) negli studenti 15-19 anni. Anno 2011

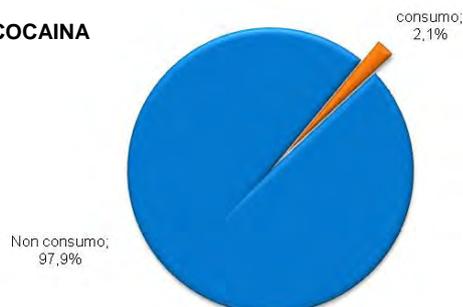
EROINA



Il 99,4% degli studenti non ha mai assunto eroina negli ultimi 12 mesi, mentre l'0,6% l'ha assunta almeno una volta. Solo lo 0,5% l'ha consumata negli ultimi 30 giorni. Rilevato un minor consumo di eroina negli studenti italiani rispetto a quelli europei. Riduzione del 25% dal 2010.

Riduzione del 25% dal 2010.

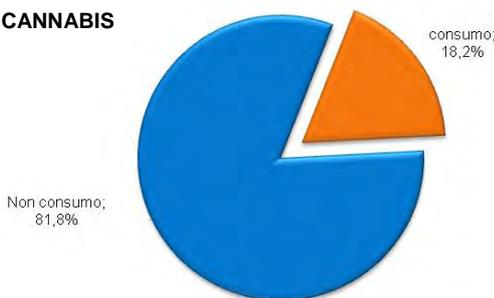
COCAINA



Il 97,9% degli studenti non ha mai assunto cocaina negli ultimi 12 mesi, mentre il 2,1% l'ha assunta almeno una volta. Solo l'1,3% l'ha consumata negli ultimi 30 giorni. Tra i consumatori, maggior presenza di consumo occasionale. Riduzione del 27,6% dal 2010.

Riduzione del 27,6% dal 2010

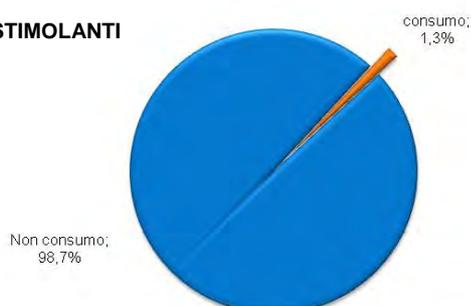
CANNABIS



L'81,8% degli studenti non ha mai assunto cannabis negli ultimi 12 mesi, mentre il 18,2% l'ha assunta almeno una volta: i consumi di cannabis aumentano con il crescere dell'età dai 15 ai 19 anni. Il 12,9% l'ha consumata negli ultimi 30 giorni. Il maggior consumo è rilevato tra gli studenti 19enni. Riduzione dell'1,6% dal 2010.

Riduzione dell'1,6% dal 2010.

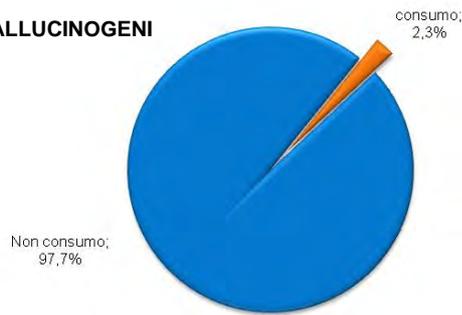
STIMOLANTI



Il 98,7% degli studenti non ha mai assunto sostanze stimolanti (metamfetamine-amfetamine, ecstasy) negli ultimi 12 mesi, mentre il 1,3% le ha assunte almeno una volta. Lo 0,8% le ha consumate negli ultimi 30 giorni. Il maggior consumo è rilevato tra gli studenti 19enni. Riduzione del 23,5% dal 2010.

Riduzione del 23,5% dal 2010.

ALLUCINOGENI



Il 97,7% degli studenti non ha mai assunto allucinogeni (LSD, Funghi, Ketamina) negli ultimi 12 mesi, mentre il 2,3% li ha assunti almeno una volta. L'1,4% li ha consumati negli ultimi 30 giorni. Riduzione del 14,8% dal 2010.

Riduzione del 14,8% dal 2010.

Fonte: Elaborazione dati SPS-ITA 2011

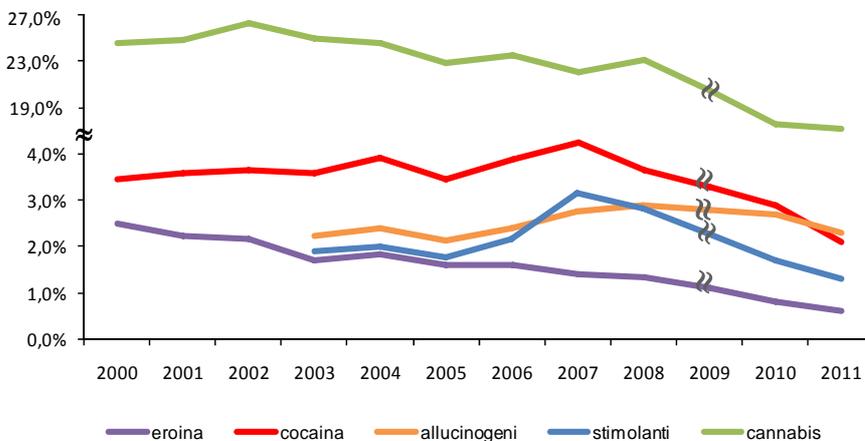
Si ricorda, per quanto riguarda l'andamento temporale dal 2008 al 2010 del consumo delle sostanze nella popolazione generale (valutata attraverso il consumo di almeno una volta negli ultimi 12 mesi), che era già stata rilevata una diminuzione dei trend di consumo di tutte le sostanze, in particolare per la cannabis che perdeva 9,1 punti percentuali.

Andamento temporale: popolazione generale 15-64 anni

Per quanto riguarda l'andamento temporale dal 2010-2011 del consumo delle sostanze nella popolazione studentesca (valutata attraverso il consumo di almeno una volta negli ultimi 12 mesi), è da rilevare una diminuzione dei trend di consumo di tutte le sostanze.

Andamento temporale: popolazione studentesca 15-19 anni

Figura 3: Consumo di sostanze stupefacenti nella popolazione scolarizzata 15-19 anni (almeno una volta negli ultimi 12 mesi). Anni 2000 - 2011



Fonte: Elaborazione su dati ESPAD Italia 2000 – 2008, e dati SPS-ITA 2010 - 2011

Persiste, soprattutto nei consumatori di cannabis, la tendenza al policonsumo con una forte associazione soprattutto con l'alcol, il tabacco (76,3%), l'eroina (2,8%) e la cocaina (10,5%).

Tra i consumatori forte presenza di policonsumo

Nella popolazione studentesca, alla diminuzione dei consumi di sostanze stupefacenti è associata anche una diminuzione del consumo di alcol. Relativamente a questo, infatti, è da segnalare una diminuzione percentuale dell'assunzione negli ultimi 30 giorni, dal 2010 al 2011, del 12,7%.

Consumo di alcol: tendenza alla diminuzione nella popolazione studentesca

Tale decremento percentuale si è osservato anche nel numero delle ubriacature riferite negli ultimi 12 mesi che è sceso del 5,4% dal 2010 al 2011.

Negli ultimi anni si sta registrando un sempre più marcato spostamento dell'offerta di commercializzazione delle sostanze illecite attraverso Internet. Il fenomeno dell'offerta di droga su web è caratterizzato dalla presenza anche di farmacie online che vendono farmaci e sostanze di qualsiasi genere, senza

Fenomeni emergenti: droga e internet

richiedere alcuna prescrizione medica e dalla presenza di online drugstore, dove è possibile acquistare facilmente sostanze illecite. Oltre a questo si è registrato lo sviluppo di specifici forum, blog, chatroom, social network dedicati alla discussione sulle varie droghe, dove circolano informazioni e consigli circa il consumo e l'acquisto di sostanze. Il Sistema Nazionale d'Allerta del D.P.A. ha individuato una serie di nuove sostanze presenti anche sul territorio italiano estremamente pericolose per la salute attivando, tramite il Ministero della Salute, opportune forme di prevenzione e contrasto; in particolare sono state individuate una serie di nuove sostanze e cannabinoidi sintetici (JWH018, JWH073, JWH122 e JWH250, e tutti i derivati del 3-fenilacetilindolo) e altre sostanze quali il mefedrone e MDPV. Tutte queste nuove sostanze (ed analoghi JWH) sono state inserite nella tabella delle sostanze stupefacenti del DPR 309/90

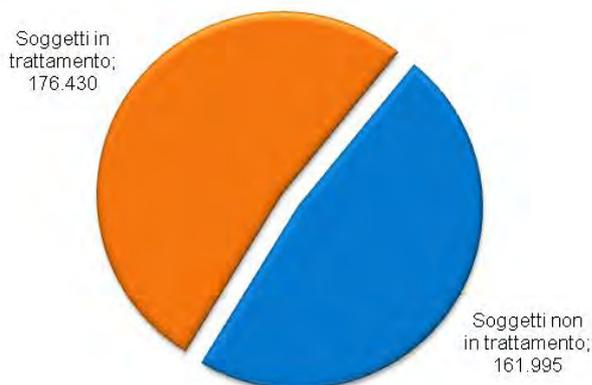
Sistema Nazionale di Allerta: individuazione precoce e tempestiva, tabellazione nuove droghe

I.2 SOGGETTI CON BISOGNO DI TRATTAMENTO

I soggetti con dipendenza da sostanze (tossicodipendenti con bisogno di trattamento) risultano essere circa 338.425 che rappresentano il 8,5/1000 residenti di età compresa tra i 15 e i 64 anni. Di questi, 218.425 per oppiacei (5,5/1000 residenti) e circa 120.000 per cocaina (3,0/1000 residenti).

338.425 il numero stimato di soggetti con bisogno di trattamento

Figura 4: Distribuzione percentuale dei soggetti con bisogno di trattamento, in soggetti assistiti e soggetti non assistiti. Anno 2010



Fonte: Elaborazione su dati Ministero della Salute

Le regioni con maggior bisogno di trattamento per oppiacei sono, nell'ordine, la Calabria, Liguria, Marche, Umbria, Abruzzo, Toscana, Molise, Lazio, Piemonte che presentano una prevalenza superiore alla media italiana che è di 5,5/1000 residenti di età compresa tra 15 - 64 anni.

I soggetti che hanno richiesto per la prima volta un trattamento sono stati 35.597 con un tempo medio di latenza stimato tra inizio uso e richiesta di primo trattamento di 7,4 anni (oscillante tra i 5,04 e gli 9,56 anni), differenziato da sostanza a sostanza (oppiacei 5,5; cocaina 9,5; cannabis 8 anni).

Incremento della richiesta di cura: 35.597 nuovi utenti nel 2010 (+4,7% rispetto al 2009) Arrivo al servizio più tardivo

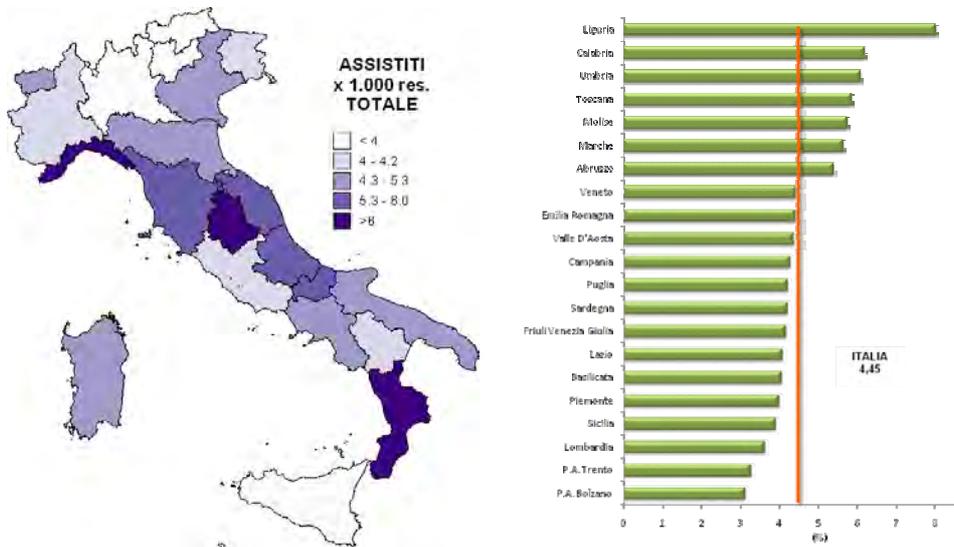
L'età media dei nuovi utenti è circa 31 anni, con un arrivo sempre più tardivo rispetto agli anni precedenti. Questo significa che vi è un aumento del tempo fuori trattamento con tutti i rischi che ne conseguono e quindi un arrivo sempre più tardivo ai servizi. Da segnalare la minor età media degli utenti europei rispetto agli utenti italiani.

Le sostanze primarie maggiormente utilizzate risultano essere il 70,1% eroina, il 15,2% cocaina e il 9,2% cannabis. In calo l'assunzione per via iniettiva dell'eroina (-2,5 punti percentuali).

Sostanza primaria maggiormente utilizzata, eroina. In calo l'uso iniettivo

Le sostanze secondarie maggiormente utilizzate sono state la cocaina (30,4%) e la cannabis (30,3%).

Figura 5: Utenti assistiti dai Ser.T. x 1.000 residenti 15-64 anni per area geografica e scostamenti dalla media nazionale. Anno 2010



Fonte: Elaborazione su dati Ministero della Salute

Il totale delle persone in trattamento presso i Ser.T. sono stati 176.430, nel 2010. Questi dati sono stati calcolati dal flusso informativo del Ministero della Salute con un indice di copertura del 90%.

Nell'ultimo anno, vi è un incremento degli utenti in trattamento per uso di eroina di 1,2 punti percentuali, mentre vi è una diminuzione degli utenti in trattamento di per uso di cocaina di 0,3 punti percentuali.

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.

Tra gli utenti in trattamento nei Sert si osserva una lieve contrazione dell'uso di cocaina anche come sostanza secondaria, sebbene risulti essere dal 2007 la sostanza secondaria più usata.

176.430 utenti in trattamento nei Ser.T

Diminuzione % degli utenti in trattamento per cocaina.

Lieve contrazione dell'uso di cocaina anche come sostanza secondaria

I.3 IMPLICAZIONI E CONSEGUENZE PER LA SALUTE

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

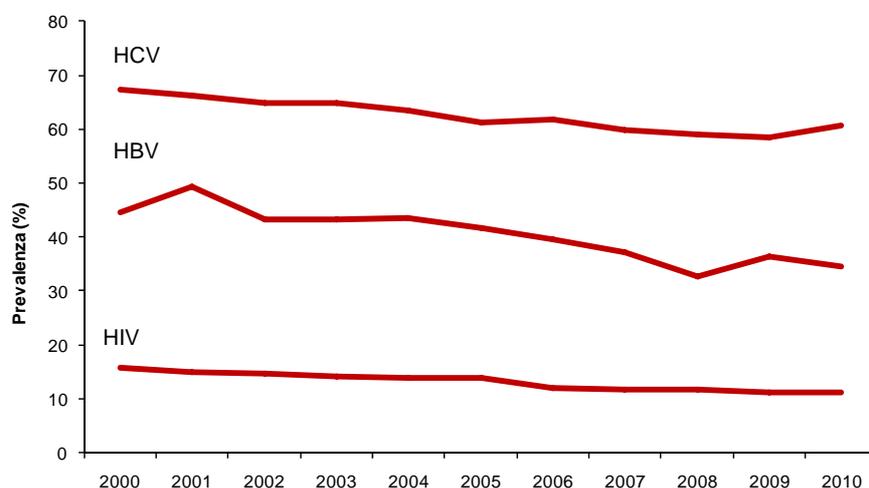
Si segnala una forte diminuzione delle nuove infezioni da HIV nei tossicodipendenti ormai perdurante da qualche anno.

Purtroppo si è potuto determinare che vi è una tendenza ormai pluriennale a non testare gli utenti in trattamento 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 67,4% con grave compromissione dei programmi di diagnosi precoce.

Malattie infettive
droga-correlate

NO Testing HIV:
67,4%

Figura 6: Prevalenza utenti positivi a test HIV, HBV e HCV. Anni 2000 - 2010



Lieve incremento
dell'HCV (+2,5
punti %)

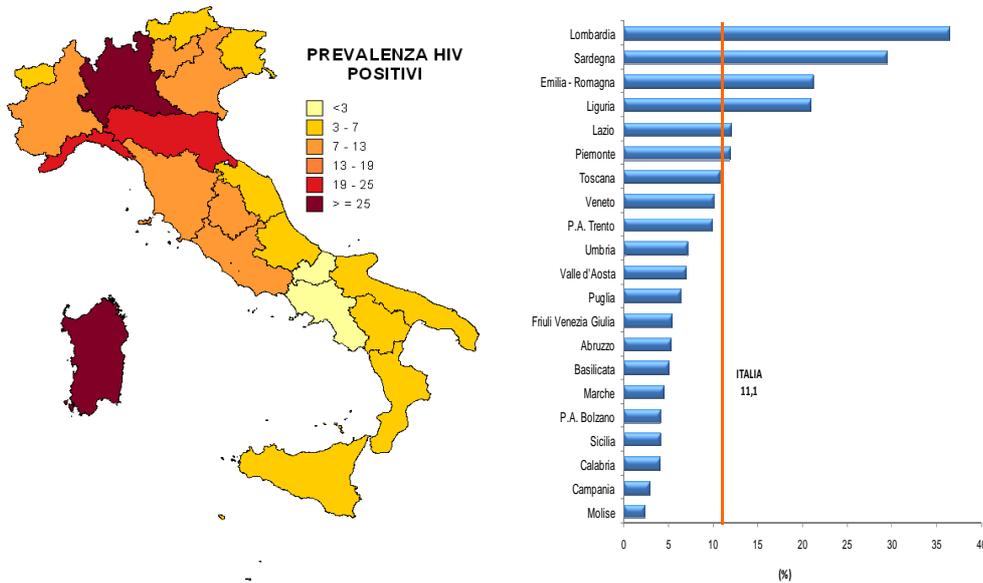
Fonte: Elaborazione su dati Ministero della Salute

La prevalenza media nazionale dei soggetti testati risultati HIV positivi è risultata dell'11,1% con percentuali differenziate nel seguente modo: il 13,9% nelle femmine e il 9,3% nei maschi, mentre è il 4,4% nelle femmine e il 2,1% nei maschi nei nuovi utenti. La maggior prevalenza di HIV si è riscontrata nel genere femminile. Anche nel 2010 si è rilevato un'associazione negativa tra basso livello di utilizzo del test e percentuale di soggetti HIV positivi, sottolineando che nelle Regioni a più alta prevalenza di sieropositività si tende anche a testare meno i nuovi soggetti in entrata al servizio. Le situazioni critiche per minor uso del test sono emerse in Bolzano, Lombardia, Toscana, Liguria, Abruzzo, Sardegna, Emilia Romagna.

Le regioni più colpite dall'HIV sono risultate: Lombardia, Sardegna, Emilia Romagna e Liguria.

Prevalenza di
HIV in utenti
in trattamento
presso i Ser.T:
11,1% HIV positivi.

Figura 7: Prevalenza utenti HIV positivi, per area geografica. Anno 2010



Fonte: Elaborazione su dati Ministero della Salute

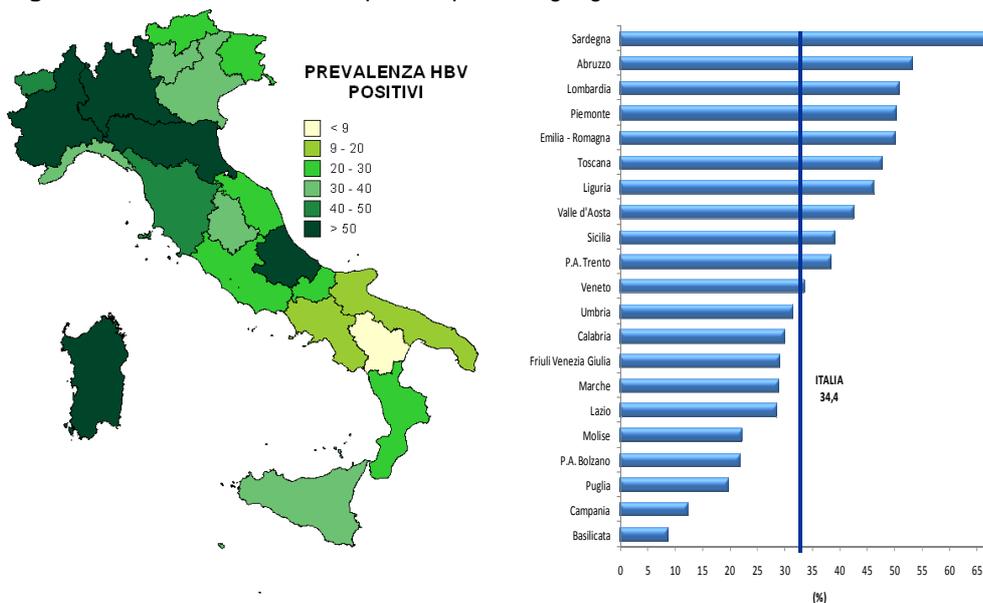
La prevalenza media nazionale dei soggetti testati risultati HBV positivi è risultata solo del 34,4% con percentuali differenziate nel seguente modo: il 35,8% nelle femmine e il 34,2% nei maschi. Nei nuovi utenti tale prevalenza era del 14,7% nelle femmine e il 16,0% nei maschi.

La scarsità di utilizzo del test si conferma anche per l'epatite B. La percentuale media degli utenti non sottoposti al test sierologico è del 71,5%. In questo contesto le Regioni con minore uso del test per HBV sono Bolzano, Lombardia, Toscana, Liguria, Sardegna ed Emilia Romagna. Per contro, le Regioni con maggior positività all'HBV sono Abruzzo, Emilia Romagna, Sardegna, Piemonte, Liguria, Bolzano e Toscana. Da segnalare è la riduzione dei ricoveri per epatite B.

Prevalenza HBV
in utenti
in trattamento
presso i Ser.T:
34,4% HBV positivi

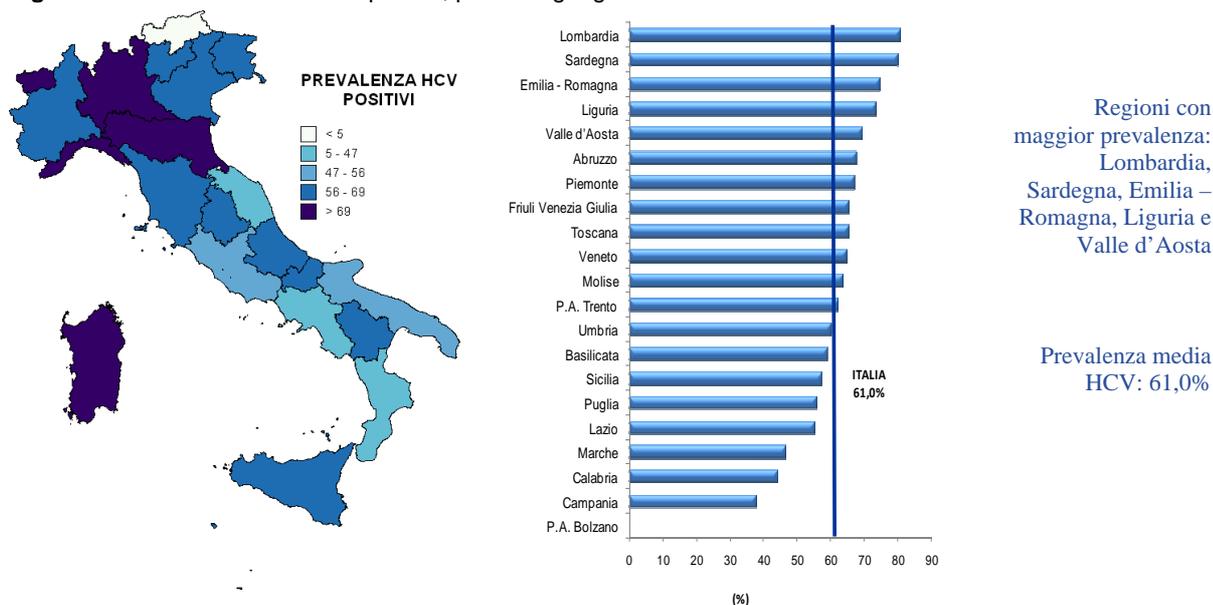
NO Testing HBV:
71,5%

Figura 8: Prevalenza utenti HBV positivi, per area geografica. Anno 2010



Fonte: Elaborazione su dati Ministero della Salute

Figura 9: Prevalenza utenti HCV positivi, per area geografica. Anno 2010



Fonte: Elaborazione su dati Ministero della Salute

Regioni con maggior prevalenza: Lombardia, Sardegna, Emilia – Romagna, Liguria e Valle d’Aosta

Prevalenza media HCV: 61,0%

La prevalenza media nazionale dei soggetti testati risultati HCV positivi è risultata del 61,0%, con percentuali differenziate nel seguente modo: il 63,8% nelle femmine e il 60,4% nei maschi. Nei nuovi utenti tali valori erano del 24,6% nelle femmine e il 27,8% nei maschi.

Prevalenza HCV in utenti in trattamento presso i Ser.T: 61,0% HCV positivi

Basso risulta anche l’utilizzo del test per l’epatite C, soprattutto per i nuovi tossicodipendenti afferenti ai Servizi. La percentuale media degli utenti non sottoposti al test sierologico è del 74,5%. In questo contesto, le Regioni con minore uso del test per HCV sono Bolzano, Lombardia, Toscana, Abruzzo e Liguria, Sardegna ed Emilia Romagna. Per contro, le Regioni con maggior positività all’HCV sono Lombardia, Sardegna, Emilia Romagna, Liguria e Valle d’Aosta.

NO Testing HCV: 74,5%

Dalla lettura delle Schede di Dimissione Ospedaliera (SDO) disponibili fino al 2009, emerge una diminuzione della presenza di ricoveri per TBC droga correlati (0,2% nel 2009 contro lo 0,3% del 2008).

Riduzione del 7,4% dei ricoveri ospedalieri droga-correlati. In diminuzione i ricoveri per uso di cocaina e in aumento i ricoveri per uso di cannabis

I ricoveri droga correlati risultano in riduzione del 7,4% con una diminuzione pari a 1.913 ricoveri rispetto al 2008. L’urgenza medica è il motivo prevalente del ricovero (64,5%). La percentuale di dimissioni volontarie è alta (10,5%).

Un aspetto da evidenziare è la diminuzione dei ricoveri per uso di cocaina (-21,2%). Si registra anche una contrazione dei ricoveri per uso di oppiacei (-14,4%). In controtendenza si segnala un aumento dei ricoveri per uso di cannabis (+1,2%). Da segnalare anche nel 2009 i ricoveri per uso di barbiturici particolarmente rilevati in soggetti in età avanzata, oltre i 65 anni. Le classi di età più frequenti nei ricoveri per le diverse sostanze sono state: cannabis 20-24 anni, cocaina 30-39 anni, oppiacei 40-44 anni, psicofarmaci 40-44 anni.

Riduzione dei morti e dei feriti in seguito ad incidenti stradali

Le regioni con maggior tasso di ospedalizzazione sono Liguria, Emilia Romagna, Sardegna e Trentino Alto Adige con un tasso superiore alla media nazionale che è di 37,7 ricoveri per 100.000 abitanti.

Gli incidenti stradali rappresentano un problema rilevante non solo per i consumatori ma anche per le terze persone coinvolte in questi eventi. Molti di questi incidenti sono alcol droga correlati. Si assiste ad una diminuzione del numero totale degli incidenti stradali dal 2008 al 2009 pari a 1,6%. Inoltre, vi è una diminuzione del 10,3% dei deceduti e dell’1,1% dei feriti.

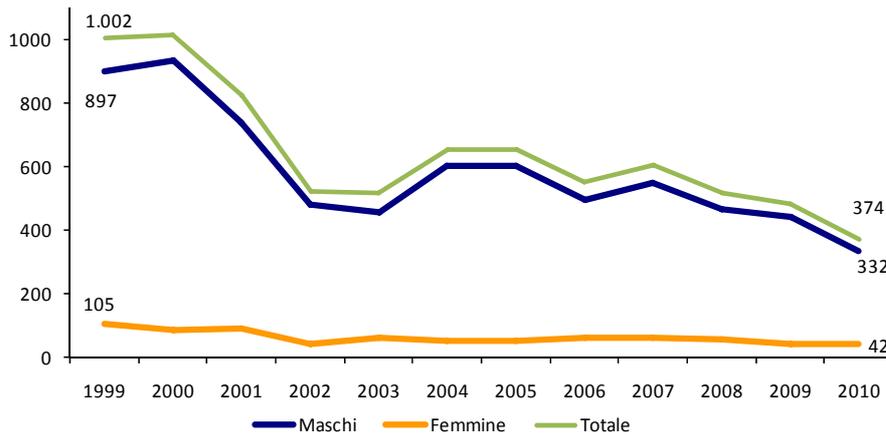
A fronte di una aumento dei controlli su strada si ha inoltre una diminuzione delle infrazioni per l’art. 186 e 187 del Codice della strada (guida sotto l’effetto di

alcolici o sostanze stupefacenti) del 4,23%

Si registra ormai da tempo un trend in decremento dei decessi droga correlati, con un maggior decremento dell'andamento in Italia rispetto al trend europeo. Nel 1999 i decessi sono stati 1.002, nel 2010 sono stati 374. I decessi nel genere femminile hanno subito un aumento proporzionale rispetto a quelli del genere maschile (9,0% nel 2009 11,2% nel 2010). Si evidenzia anche un aumento dell'età media del decesso.

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

Figura 10: Trend dei decessi per overdose, secondo il genere e l'anno di decesso. Anni 1999-2010

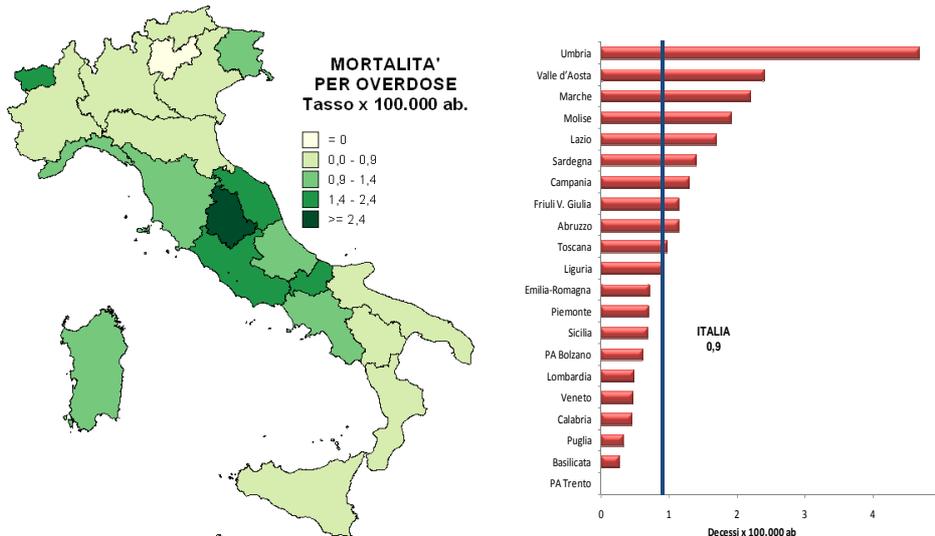


Fonte: Elaborazione su dati Ministero dell'Interno - DCSA

L'Umbria risulta essere la Regione più critica, con un tasso medio di mortalità acuta droga correlata ancora in aumento rispetto al 2009 (5 volte superiore a quello nazionale).

Umbria record negativo delle overdose

Figura 11: Tasso di mortalità per intossicazione acuta da stupefacenti (decessi x 100.000 residenti). Anno 2010



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

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

I.4 IMPLICAZIONI SOCIALI

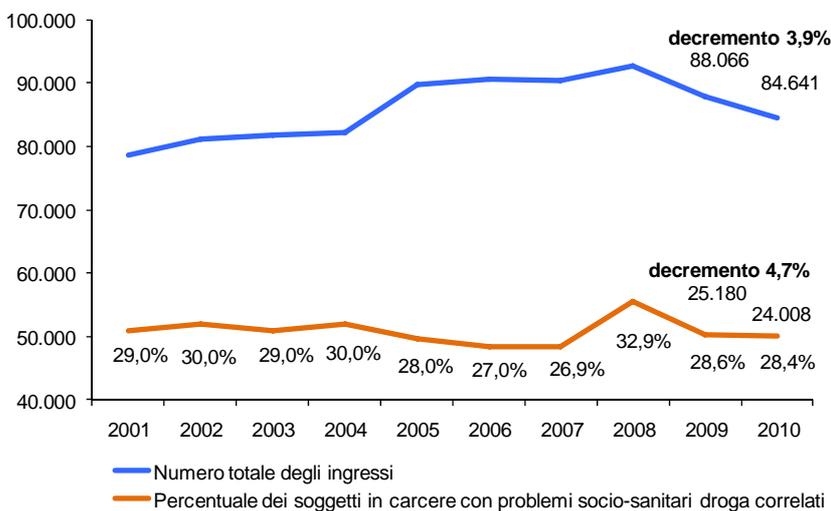
La percentuale di disoccupazione degli utenti dei Ser.T. è del 31%. Il maggior tasso di disoccupazione si registra tra le femmine. Inoltre, la percentuale di disoccupati risulta maggiore tra i consumatori di eroina rispetto ai consumatori di cocaina e cannabis. Il 4,0% degli utenti dei Ser.T. risulta essere senza fissa dimora.

Nel 2010 gli ingressi totali dalla libertà in carcere per vari reati sono stati 84.641 con un decremento dal 2009 del 3,9%. Nel 2010, la percentuale di ingressi di soggetti che presentavano problemi socio-sanitari droga correlati (assuntori occasionali o abituali di droga in assenza di dipendenza, soggetti assuntori con dipendenza) sul totale degli ingressi negli istituti penitenziari, rispetto al 2009, è diminuita passando dal 29% al 28,4%.

Condizione lavorativa: il 69% degli utenti ha un lavoro

Carcere: decremento del 3,9% degli ingressi totali in carcere.

Figura 12: Numero di ingressi complessivi negli istituti penitenziari e percentuale di soggetti in carcere con problemi socio-sanitari droga correlati. Anni 2001 – 2010



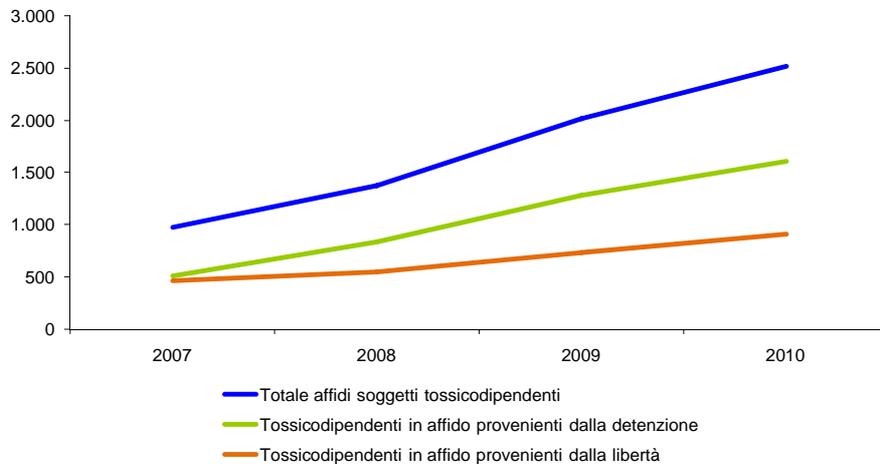
Fonte: Elaborazione su dati Ministero della Giustizia – Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria

Sempre nello stesso anno, gli ingressi dalla libertà di persone con problemi socio-sanitari droga correlati sono stati di 24.008 unità, mentre nel 2009 erano stati 25.180, quindi una riduzione di 1.172 soggetti detenuti tossicodipendenti (-4,7%). Da segnalare che il numero di soggetti che hanno beneficiato degli affidamenti in prova (art. 94 D.P.R. 309/90) sono stati 2.022 nel 2009 e sono cresciuti a 2.526 nel 2010 (aumento del +24,9%).

Diminuzione di 1.172 soggetti (-4,7%) tossicodipendenti in carcere.

Aumento del 24,9% dei soggetti tossicodipendenti in affidamento.

Figura 13: Numero di soggetti tossicodipendenti affidati al servizio sociale provenienti dalla detenzione e dalla libertà. Anni 2002 - 2010



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

I soggetti affidati entrati direttamente dalla libertà sono aumentati del 24% rispetto al 2009.

La popolazione dei tossicodipendenti in carcere risulta quasi esclusivamente di genere maschile, in prevalenza di nazionalità italiana, con un'età media di circa 33,8 anni. La maggior parte degli adulti tossicodipendenti in carcere associa il consumo di più sostanze (policonsumatori).

Le strutture di accoglienza per i minori che hanno commesso un reato sono di diverse tipologie. Secondo il Dipartimento della Giustizia Minorile, nel 2010 i minorenni assuntori di sostanze stupefacenti transitati nei servizi di giustizia minorile sono stati 860, con un decremento rispetto al 2009 del 16,9%. Oltre il 90% degli ingressi è caratterizzato da minori di genere maschile, per l'80% italiani, poco più che 17enni. La cocaina viene usata da questa popolazione con più frequenza rispetto all'eroina. Tra i minori italiani si registra un maggior uso di cannabis rispetto agli stranieri che, invece, fanno maggior uso di cocaina e oppiacei.

I reati più frequentemente registrati sono quelli di traffico e spaccio e nell'ultimo biennio si osserva un decremento dei reati commessi in violazione del D.P.R. 309/90.

Minori transitati per i servizi di giustizia minorile: decremento del 16,9%

I.5 IL MERCATO DELLA DROGA

Anche nel 2010, l'Italia si colloca tra i principali Paesi europei come area di transito e di consumo di sostanze stupefacenti, oltre ad evidenziare esperienze limitate di coltivazione di cannabis.

Italia punto centrale del mediterraneo per il traffico

Si riconferma che sul territorio nazionale gli interessi illegali nel settore delle sostanze stupefacenti hanno condotto le maggiori organizzazioni criminali a sviluppare rapporti con gruppi appartenenti ad etnie diverse, registrando infatti un incremento della presenza di compagini criminali straniere, che si riflette in un incremento del numero di soggetti stranieri deferiti alle autorità giudiziarie per reati in violazione della legge sugli stupefacenti. In evidenza la criminalità organizzata cinese che si sta insinuando nel mercato nazionale degli stupefacenti, attraverso la produzione di droghe sintetiche e precursori di stupefacenti. In evidenza, inoltre l'incremento del traffico e spaccio di hashish da parte dei marocchini, il traffico e spaccio di cocaina da parte dei nigeriani.

Globalizzazione delle organizzazioni criminali

La provenienza degli stupefacenti segue le principali vie internazionali di traffico della droga riguardante la Colombia per quanto attiene al mercato della cocaina, transitata principalmente per Messico, Spagna, Olanda, Brasile e Repubblica Dominicana e l'Afghanistan per il traffico di eroina, transitata attraverso la Grecia e la Turchia. L'hashish parte dal Marocco e arriva nel nostro Paese transitando anche per la Spagna e la Francia, mentre le droghe sintetiche e la marijuana giungono principalmente dall'Olanda e dai Paesi dell'est Europa che sembrano aver intensificato l'esportazione di amfetamine e metamfetamine verso il nord Italia.

Molteplici vie di traffico

Figura 14: Zone di produzione e macroflussi: cocaina, eroina, hashish e marijuana



Rotte della cocaina



Rotte delle droghe sintetiche



Fonte: Relazione annuale DCSA 2010.

Per quanto riguarda le operazioni di Polizia si registra una lieve diminuzione nel 2010, rispetto al 2009, delle operazioni globali lungo le tre direttrici (produzione, traffico e spaccio di stupefacenti) pari al 5,2%. Le operazioni antidroga nel 2010 sono state 22.064, riportando il sequestro di sostanze illecite nell'85% dei casi, la scoperta di reato nell'8,5% delle operazioni ed il rinvenimento di quantitativi di droga in un ulteriore 6,1% delle attività di contrasto.

Lieve diminuzione del numero delle operazioni

I quantitativi di marijuana sequestrata hanno visto una diminuzione del 34% rispetto al 2009, e per la cocaina, l'eroina e l'hashish si è registrata una diminuzione rispettivamente dell'5,8%, 18,3% e 0,8%, verosimilmente da correlare alla diminuzione del volume circolante.

Diminuzione del volume generale delle droghe sequestrate

Da segnalare un aumento del 12,7% dei sequestri di droghe sintetiche (anche se la percentuale di consumatori risulta ancora molto bassa rispetto alle altre droghe).

Relativamente al prezzo di vendita delle sostanze, si assiste ad una stabilità del costo minimo dell'eroina bianca (53,5 euro) e dei cannabinoidi (8 – 9 euro). Diminuisce il costo della cocaina (minimo 57,9 euro, massimo 80,4 euro) e quello dell'LSD (minimo 23,3 euro, massimo 28,2 euro). Aumenta lievemente il costo dell'ecstasy (minimo 14,8 euro, massimo 18,5 euro) e delle amfetamine (minimo 16 euro, massimo 17,4 euro).

Stabile il prezzo dell'eroina e della cannabis.
 Diminuisce cocaina e LSD

Lieve aumento del prezzo ecstasy e amfetamine

La purezza dell'eroina (oscillante tra 2,4 – 48%) risulta variabile anche nel 2010 come negli anni precedenti, analogamente a cocaina (12 – 84%) e MDMA (7 – 45%). Più contenuta l'oscillazione della purezza dei cannabinoidi (0,3 – 16,5%).

II.2 ORGANIZZAZIONE DEL SISTEMA DI RISPOSTA ALLA DROGA

Sono state censite al 31/12/2010 complessivamente 1.647 strutture sociosanitarie dedicate alla cura e al recupero delle persone tossicodipendenti: 554 erano servizi pubblici per le tossicodipendenze (con 6.793 operatori, meno 9,2% rispetto al 2000). Dal 1997 si è assistito ad un aumento dell'1,1% del personale ma contemporaneamente all'aumento del 26,1% dell'utenza. Il rapporto utenti/operatori nel 1997 era del 20,6 mentre nel 2010 è arrivato a 26,0.

1.647 strutture di trattamento socio-sanitario
 Aumento dell'1,1% del personale ma contemporaneo aumento del 26,1% dell'utenza

Le strutture socio-riabilitative del privato sociale erano 1.093 di cui il 65,4% erano strutture residenziali, il 18,5% semi-residenziali e il 16,1% servizi ambulatoriali.

554 Sert
 1.093 Comunità

Rispetto al 2009 si osserva una riduzione delle strutture socio-riabilitative pari all'1,4% (15 strutture). 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.

Chiusura di 15 comunità

III.1 PREVENZIONE

Dalla lettura delle relazioni inviate dalle singole regioni è possibile evincere una lieve diminuzione degli interventi di prevenzione sia in ambito universale che selettivo e della quota di investimenti finanziari fatti in tale settore soprattutto nel corso del 2009 e del 2010.

Circa 30 milioni di euro investiti dalle regioni in prevenzione

Le regioni che più hanno investito in prevenzione selettiva, valutando tale condizione sull'indicatore "Importo procapite per tossicodipendente assistito" sono rispettivamente: Bolzano, Emilia Romagna, Toscana e Lazio.

L'importo totale investito nel 2009 è stato di circa 14.660.000 euro in prevenzione universale e di altri 15.236.000 in prevenzione selettiva per un totale di 29.896.000 euro.

Circa 5 milioni di euro investiti dal D.P.A. in prevenzione

Il Dipartimento Politiche Antidroga in tutto il 2010 ha finanziato progetti di prevenzione universale (campagna nazionale) e prevenzione selettiva (progetti per genitori, scuole, posti di lavoro, incidenti stradali) per il 51 % del proprio budget annuale per un totale di 4.714.000 euro.

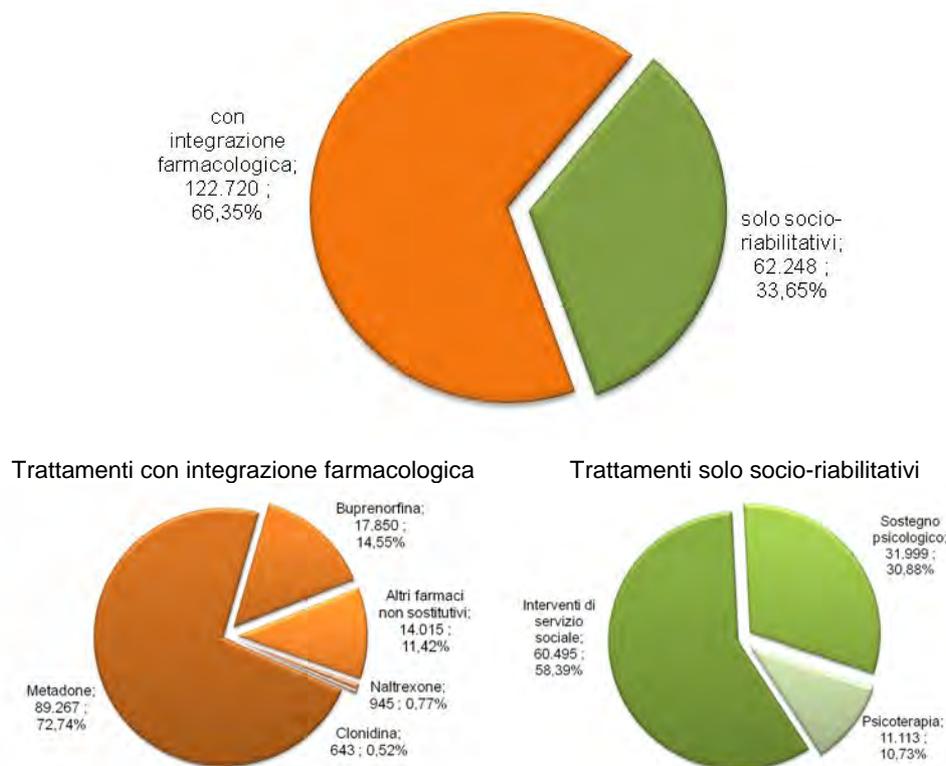
III.2 TRATTAMENTI SOCIO-SANITARI

Relativamente ai trattamenti erogati dai Servizi per le tossicodipendenze, oltre 184.968 sono state le persone trattate nell'anno 2010 con un aumento dello 0,4%. Dal profilo della distribuzione percentuale dei trattamenti erogati nel 2010 si può notare che il 66,3% si tratta di trattamento farmacologico (prevalentemente metadone, 72,7%) mentre il 33,7% è di tipo psico-sociale e/o riabilitativo non integrato con farmaci.

Trattamenti erogati dai Ser.T.: aumento dello 0,4% dei soggetti trattati

In carcere si è evidenziato un aumento delle terapie con metadone a medio termine.

Figura 15: Trattamenti erogati dai Ser.T., per tipologia. Anno 2010



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. Purtroppo non è stato attivato dalla regione Umbria il progetto nazionale affidato dal DPA.

Più di 9,5 milioni euro investiti nelle emergenze droga-correlate e nella riduzione dei decessi

Oltre 9 milioni di euro investiti dalle regioni per la prevenzione di tali emergenze. Altri 205.000 euro investiti dal D.P.A. in tale settore per un totale di più di 9.500.000 euro.

III.3 INTERVENTI DI PREVENZIONE E CONTRASTO

Dall'analisi delle informazioni contenute nella banca dati del Ministero dell'Interno, si evidenzia che, nel 2010, i soggetti segnalati dai Prefetti ai Ser.T. competenti territorialmente, in base all'art 121, sono stati 7.653, di cui 7.022 maschi (91,7%). Il dato complessivo risulta pertanto in netta diminuzione rispetto a quello del 2009, (10.609 persone), sebbene il dato 2010 sia da considerarsi provvisorio in relazione ai ritardi di notifica. Nel 2009 le persone segnalate ex art. 75 sono state in totale 31.550, di cui 29.408 maschi (pari al 93,2 %).

Dal 1990 al 2010 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 74% 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% nel 2010).

Rispetto al 2009, in cui erano state erogate 17.215 sanzioni, il dato relativo alle segnalazioni per art. 75 nel 2010 risulta in diminuzione (16.030). 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 2010, con riferimento alle azioni di contrasto in violazione della normativa sugli stupefacenti, 22.064 sono state le operazioni antidroga, 39.053 le denunce (+7,1%), 29.076 gli arresti per reati in violazione del DPR 309/90. Il 69,3% 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 poco superiore a trent'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 penisola meridionale ed insulare.

Il 34,9% delle segnalazioni all'Autorità Giudiziaria per violazioni della normativa sugli stupefacenti riguardava il traffico di cocaina, seguite dalla cannabis (24,8%) ed in percentuale minore da eroina (17,2%), in aumento le droghe sintetiche (15%).

Le persone condannate dall'Autorità Giudiziaria in seguito alla violazione del DPR 309/90 per reati legati al traffico di sostanze stupefacenti sono circa 10.722. Circa il 21% dei condannati mostra un comportamento recidivo, Gli stranieri risultano più recidivanti e coinvolti in reati di maggiore gravità.

Gli ingressi di soggetti adulti in istituti penitenziari nel 2010 per reati in violazione della normativa sugli stupefacenti, ammontano a 26.163 persone, parte delle quali ha avuto più ingressi nell'arco dell'anno di riferimento. Rispetto al 2009 si registra una riduzione di ingressi negli istituti penitenziari per tale reato del 6,5%. Il 39,8% dei soggetti entrati negli istituti penitenziari nel 2009 per reati in violazione alla normativa per gli stupefacenti sono usciti in libertà nel corso dell'anno.

Segnalazioni delle Forze dell'Ordine: -
 art. 121 = 7.653
 - art. 75 = 31.550

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: 39.053 denunce per reati DPR 309/90.:
 +7,1% denunce
 -1,6% arresti

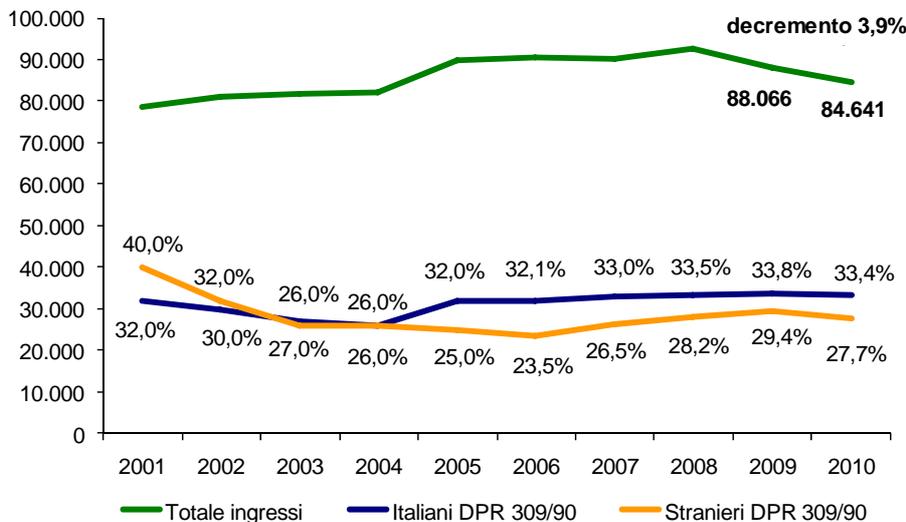
In aumento le denunce per traffico di droghe sintetiche

Le condanne per reati DPR 309/90 sono 10.722

Riduzione degli ingressi in carcere per reati DPR 309/90

Il 39,8% esce in libertà nell'arco dell'anno

Figura 16: Ingressi complessivi negli istituti penitenziari e percentuali di ingressi per reati in violazione del DPR 309/90, secondo la nazionalità. Anni 2001 – 2010



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

Dal 2009 si registra una riduzione del 33% degli ingressi di minori in carcere per reati legati al DPR 309/90. La reclusione di minori in violazione alla normativa sugli stupefacenti ha riguardato quasi esclusivamente il genere maschile (98,3%), con prevalenza di soggetti italiani (65%), mediamente 17-enni, senza apprezzabili differenze tra i minori di diversa nazionalità.

Riduzione degli ingressi in carcere per reati DPR 309/90 da parte di minori

III.4 REINSERIMENTO SOCIALE

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 2010 di circa 12 milioni di euro, come nel 2009.

12 milioni di euro investiti in attività di reinserimento lavorativo

Il 70% delle regioni ha dichiarato di ritenere prioritario l'attivazione di programmi di reinserimento lavorativo con alta accessibilità ai servizi per l'occupazione. Contemporaneamente il 45% delle regioni ha attivato interventi per il completamento dell'istruzione scolastica.

Nel 28,5% dei casi è stato revocato l'affido per andamento negativo o altri motivi, mentre il 57,2% è giunto a buon fine. Nei restanti casi è stato archiviato.

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

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

Da segnalare che dei tossicodipendenti affidati in virtù dell'art. 94 solo il 37,0% era stato arrestato in seguito alla violazione al DPR 309/90 (art. 73 o art. 74). 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 biennio la quota di affidati agli Uffici di esecuzione penale esterna (UEPE) provenienti dalle strutture carcerarie; essa è passata dal 37% nel 2006 al 51% nel 2007, al 63% nel 2009, al 64% nel 2010.

ALCUNI ASPETTI RILEVANTI

I dati del progetto Drug Test nei Lavoratori a Rischio hanno rilevato che detti lavoratori sottoposti a test di primo livello nel 2010 ammontano a 86.987 (+60.6% rispetto al 2009). La prevalenza di consumo nei soggetti testati ha evidenziato una riduzione pari al 45,2%, passando dall'1,15% del 2009 allo 0,63% del 2010 (551 soggetti). Il 26.3% dei soggetti risultati positivi al primo livello (145 lavoratori) hanno avuto conferma alle indagini di secondo livello: di questi per il 15.9% dei casi (23 soggetti) è stata posta diagnosi di dipendenza.

Sia al primo che al secondo livello di accertamento la sostanza più frequentemente riscontrata è stata la cannabis (circa i due terzi dei casi positivi) seguita dalla cocaina (20-25%).

Nel periodo maggio 2010 - aprile 2011, presso i 29 comuni che partecipano al progetto NNIDAC (Network Nazionale Incidentalità Droga e Alcol Correlata) sono stati controllati quasi 38.000 veicoli e sottoposti ad accertamento clinico tossicologico per assunzione di alcol e/o droghe 19.267 conducenti. In 23 casi (0.1%) c'è stato un rifiuto a sottoporsi al test, l'86,4% dei soggetti è stato sottoposto solo all'alcoltest e il rimanente 13,5% (2.597 soggetti) sia al test per alcol e droghe.

In questo ultimo gruppo è stato riscontrata una percentuale complessiva di positività ad alcol e/o droghe pari al 22,1%: nello specifico 418 soggetti (16,1%) erano positivi solo all'alcol, 87 (3,3%) solo a droghe e 69 (2,7%) positivi sia ad alcol che droghe.

Tra le sostanze rilevate nella metà dei casi si trattava di cannabis, seguita da cocaina (36,5%), amfetamine (7,1%) e oppiacei (6,3%).

Sul totale di conducenti sanzionati (1.109) sono state ritirate 1.003 patenti e confiscati 89 veicoli.

Nel corso del 2009 sono stati avviati 49 progetti per un budget complessivo di oltre 26 milioni di euro. A questi si sono aggiunti altre 30 attività progettuali partite nel 2010 cui sono stati assegnati 9.943.000€. Le attività e gli obiettivi di tutti i progetti finanziati sono a sostegno della realizzazione del Piano di Azione Nazionale Antidroga 2010-2013.

Il comportamento di assunzione è sostenuto da due importanti fattori individuali: attitudine al rischio e percezione del rischio.

L'attitudine al rischio, rilevata mediante la somministrazione di una scala di misura al campione di soggetti intervistati nell'indagine di popolazione generale 15-64 anni svolta nel 2010, risulta mediamente più elevata tra i consumatori rispetto ai non consumatori, e tende a diminuire con l'aumentare dell'età dei rispondenti.

Tra i consumatori l'attitudine al rischio è maggiore per i consumatori di ecstasy (punteggio medio 6,5) e minore per chi usa cannabis (punteggio medio 5,8). L'uso di sostanze stupefacenti viene percepito come rischioso per la propria salute con sensibili differenze tra i non consumatori ed i consumatori di sostanze illecite (93,3% vs 65,1%).

La percezione della pericolosità nell'uso di droga è lievemente maggiore nelle donne, sia tra i consumatori (66,8% vs 63,6%) che tra i non consumatori (96,0% vs 95,4%) ed aumenta con l'età (86,1% nei 19-24enni e 94,1% nei 35-64enni).

Drug test nei
lavoratori con
mansioni a rischio

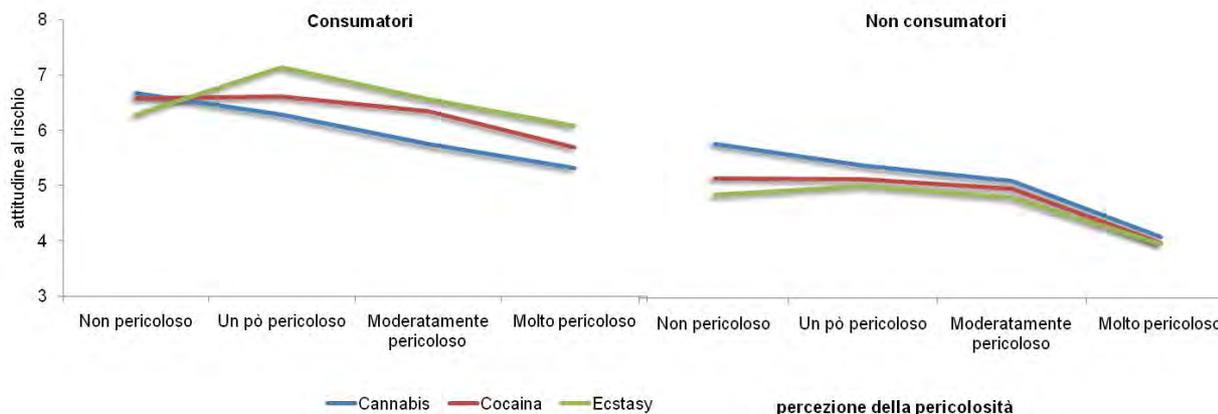
Progetto NNIDAC:
accertamenti alcol e
droga su strada

Piano PROGETTI
DPA 2009-2010 e
2010-2011

Ricerca su attitudine
al rischio e
percezione della
pericolosità nell'uso
di sostanze
stupefacenti

Maggiore attitudine
al rischio, minore
percezione della
pericolosità delle
droghe = maggior
probabilità di
comportamenti di
assunzione

Figura 17: Punteggio medio ottenuto nella scala di Zuckerman per i consumatori di cannabis, cocaina ed ecstasy secondo l'opinione sulla pericolosità di assumere le sostanze una volta o due



Fonte: Studio GPS-ITA 2010 – Dipartimento Politiche Antidroga

La cocaina è la sostanza percepita maggiormente dannosa da entrambi i gruppi di intervistati (consumatori 69,0% e non consumatori 97,2%) e da entrambi i generi (maschi 93,9% e femmine 95,8%), mentre la cannabis, tra le sostanze illegali è quella ritenuta meno pericolosa (64,6% tra i consumatori e 94,3% tra i non consumatori).

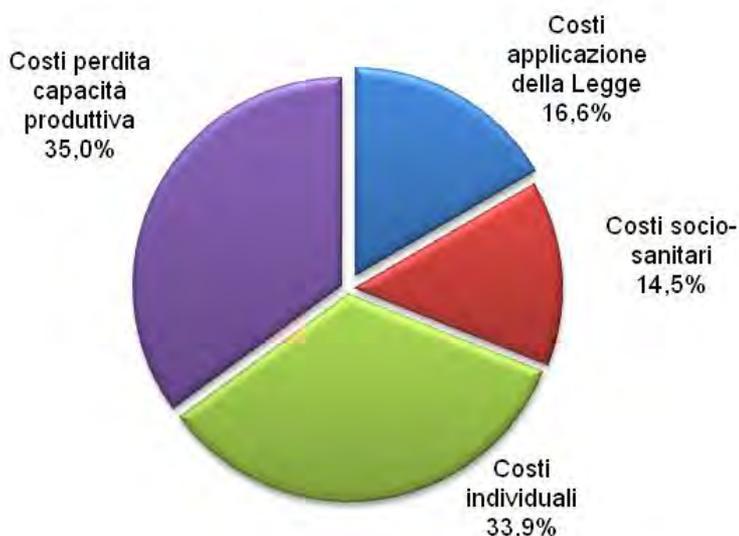
Incrociando le due variabili, l'alta attitudine al rischio si accompagna ad una bassa percezione della pericolosità nell'uso di sostanze, sia tra i consumatori che tra i non consumatori. I soggetti che ottengono punteggi medi elevati per l'attitudine al rischio, ritengono non pericoloso l'uso delle sostanze (cannabis, cocaina ed ecstasy).

Queste osservazioni risultano importantissime per strutturare innovativi interventi di prevenzione e di diagnosi precoci.

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 2009 pari a 12,352 milioni di euro, pari allo 0,81% del PIL.

Costi sociali per il consumo di sostanze stupefacenti

Figura 18: Distribuzione dei costi sociali per macro-categoria. Anno 2009



Fonte: Dipartimento Politiche Antidroga

I costi derivanti dalla perdita di produttività costituiscono la quota maggiore dei costi (35,0%) pari a 4,3 miliardi di euro, di cui il 64,1% per la perdita di produttività in senso stretto, il 16% per la perdita per morte prematura e il 19,9% per incidenti stradali.

Il costo imputabile all'acquisto delle sostanze, anche se difficilmente definibile, in base alla stima sui consumi nella popolazione generale è presumibile possa essere compreso in un range che va da 4.188 a 6.300 milioni di euro che incidono per una quota del 34% sul totale dei costi sociali.

I costi imputabili alle attività di contrasto ammontano a circa 2 miliardi di euro (17% del totale), di cui oltre la metà (58,8%) per la detenzione, il 21,8% per le attività delle forze dell'ordine, il 18,4% per le attività erogate dai tribunali e dalle prefetture.

I costi socio-sanitari ammontano a 1,8 miliardi di euro, di cui il 42,5% per l'assistenza dei soggetti presso i servizi per le dipendenze, il 38,1% per la cura delle patologie correlate ed il 13,6% per l'assistenza nelle strutture socio-riabilitative.

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).

Il "gambling patologico", come invece dovrebbe essere, non trova 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".

In Italia sulla popolazione generale i dati disponibili segnalano una prevalenza di gambling patologico nel corso della vita pari all'1%, mentre il 5% della popolazione appare a rischio di sviluppo dalla patologia.

Nella popolazione studentesca la percentuale di soggetti con gioco d'azzardo problematico appare maggiore (10%) come anche la presenza di forme già patologiche (5%).

Dal punto di vista sociale i soggetti affetti da GAP presentano un elevato rischio di compromissione finanziaria personale che ha evidenti ripercussioni in ambito familiare e lavorativo, fino ad arrivare alla richiesta di prestiti usuranti: tra il 2005 e il 2010 si è osservato un aumento del 165% delle istanze di accesso al fondo di solidarietà presentate dalle vittime di usura.

Attraverso una elaborazione incrociata su dati MEF, AAMS e Agicos, si è osservato che, dal 2004 al 2010, a fronte di un incremento del 148% della spesa per il gioco il ricavato lordo per l'erario è aumentato del 24%, comportando un dimezzamento del valore delle entrate erariali sul totale della spesa (30% nel 2004. 15% nel 2010). Utilizzando l'andamento della spesa come elemento di prossimità per la valutazione dell'entità del gioco d'azzardo, è plausibile ipotizzare che anche la quota di soggetti affetti da GAP stia aumentando all'interno della popolazione generale

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.

Il fenomeno del gioco d'azzardo patologico

1% la prevalenza del gambling patologico nella popolazione generale

Aumento del 24% di istanze di accesso al fondo di solidarietà dal 2005 al 2010

Incremento del 148% della spesa per gioco d'azzardo dal 2004 al 2010

Aumento del 24% delle entrate erariali dal 2004 al 2010

Il Sistema Nazionale di Allerta Precoce ha ricevuto nel 2010 alcune segnalazioni di prodotti di origine naturale venduti presso erboristerie e smart shop per potenziare le performance sessuali. In questi è stata rilevata la presenza di elevate percentuali di sildenafil (e analoghi), principio attivo del farmaco Viagra utilizzato nella terapia della disfunzione erettile. Le segnalazioni hanno evidenziato un nuovo fenomeno che interessa soprattutto i consumatori maschi tra i 20 e i 40 anni: l'assunzione contemporanea di farmaci stimolanti sessuali in associazione a metamfetamine, con lo scopo di migliorare e prolungare le performance sessuali

Un fenomeno registrato dal Sistema di Allerta: farmaci stimolanti sessuali in associazione a metamfetamine

Fenomeno nato all'inizio del 2000 in America, ha iniziato a manifestarsi anche in Italia dove i primi sequestri di Viagra destinati al mix con ecstasy sono stati registrati nel 2009. La disponibilità della miscela risulta elevata: in Italia il sildenafil è acquistabile in farmacia, previa esibizione della ricetta medica. Numerosi siti web, però, danno la possibilità di acquistare il farmaco anche senza mostrare la prescrizione: sono circa 54.000.000 i siti web presso cui acquistare Viagra senza prescrizione, e sono quasi 1.500.000 i siti dove è possibile ordinare la miscela ecstasy-sildenafil al costo di 10/15 euro a dose.

Ampia disponibilità online

L'assunzione del mix comporta gravi rischi per la salute, in particolare nei soggetti che assumono farmaci per patologie cardiache o con cardiopatie, o che sono a rischio di ictus. Questa classe di farmaci, inoltre, può causare dipendenza. Il pericolo di intossicazione aumenta se il sildenafil viene assunto in associazione ad altre droghe e/o alcol. Inoltre, la disinibizione che il cocktail aumenta la possibilità che il consumatore si esponga a comportamenti sessuali a rischio.

Rischi sanitari

Benché il fenomeno sembri ancora circoscritto in Italia, le evidenze rendono necessario mantenere attivo il monitoraggio e condurre opportune campagne informative, rivolte soprattutto ai maschi adulti, per renderli consapevoli dei pericoli sanitari che il consumo di tali mix comporta.

Mantenere il monitoraggio e fare campagne informative

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 inequivocabilmente che il fenomeno dei consumi di sostanze stupefacenti è in contrazione. I consumi diminuiscono e quanto osservato negli anni scorsi si riconferma e si consolida anche questo anno. Ovviamente, questo non può essere interpretato come l'aver raggiunto la soluzione del problema, ma, certamente, come un segno positivo di cedimento di un decennale trend all'espansione che ormai era vissuto quasi come ineluttabile e non contrastabile.

Ora è chiaro che anche questi fenomeni possono essere affrontati, ridotti e controllati, e che è necessario continuare sulla strada tracciata dalle strategie attuate che hanno portato finalmente a questa inversione di tendenza.

Non può, pertanto, trovare accoglienza alcuna ingiustificata quanto insensata ipotesi di legalizzazione delle droghe in quanto porterebbe soltanto ad incrementare la disponibilità e l'accessibilità a tali sostanze creando, nel tempo, inevitabilmente un aumento dei consumatori e, quindi, delle persone che diventerebbero dipendenti dalle droghe. L'aspettativa utopica che in questo modo (per altro non supportato da alcuna evidenza scientifica in materia e, anzi, smentita da uno studio eseguito nello Stato della California) si possano sottrarre proventi derivanti dallo spaccio alle organizzazioni criminali può esercitare solo un fascino molto suggestivo ma praticamente irrealizzabile e, comunque, inefficace al fine di mettere veramente in crisi le organizzazioni criminali.

Molte cose sono ancora sicuramente migliorabili sia nell'ambito preventivo, educativo, dell'assistenza e, soprattutto, riabilitativo (settore questo ancora molto poco sviluppato e valorizzato – soprattutto nei servizi pubblici), così come nell'ambito del contrasto del traffico e dello spaccio. L'efficienza e l'efficacia di molte azioni possono essere ulteriormente incrementate e, soprattutto, il sistema dei servizi può incominciare a chiedersi se non sia venuta l'ora di orientarsi maggiormente alla riabilitazione e al reinserimento sociale e lavorativo e non solo alla "ritenzione in trattamento" o alla così detta "riduzione del danno". È giunta l'ora di andare sicuramente oltre e di strutturare strategie ed interventi con qualche pretesa in più del semplice controllo e del mantenimento. Le possibilità e le competenze ci sono e la rete dei servizi pubblici e del privato sociale lo dimostra ampiamente. C'è solo bisogno di riorientare la rotta principale e l'indirizzo generale di approccio al problema. Questo rimotiverebbe sicuramente anche gli operatori del settore che appaiono, ormai, provati dalle quotidiane difficoltà e problematiche che devono affrontare nel lavorare all'interno di un sistema orientato e strutturato su politiche ed interventi di basso profilo. Riorientare le strategie, e quindi la programmazione e l'organizzazione necessarie per realizzarle, porterà sicuramente a migliorare anche la qualità degli ambienti di lavoro, la motivazione delle persone addette e, pertanto, la qualità del servizio reso alle persone tossicodipendenti e alle loro famiglie, nonché l'efficacia dell'intervento. Pertanto, l'attivazione e la valorizzazione dei Dipartimenti delle Dipendenze (con autonomia gestionale e identità precisa) in tutte le Regioni sarebbe la giusta e auspicabile scelta per dar forza a questo innovativo percorso, che deve essere visto come un investimento, e non un semplice costo, in quanto finalizzato al recupero di persone giovani e, quindi, di un prezioso potenziale oltre che umano anche 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.

Va sottolineato come sia necessario prestare una maggior attenzione alle patologie infettive correlate all'uso di droghe che ad oggi appaiono molto trascurate, almeno dal punto di vista della diagnosi precoce. Questo problema, infatti, più volte segnalato alle Regioni e Province Autonome, non ha ancora trovato soluzione e potrebbe essere in grado di incidere molto negativamente nei prossimi anni su un corretto controllo dell'epidemia da HIV, HBV, HCV.

Contestualmente va mantenuta ed intensificata la lotta al traffico e allo spaccio soprattutto supportando le operazioni sul territorio, contrastando la coltivazione, la produzione locale e il fenomeno Internet (spaccio online non solo di sostanze stupefacenti ma anche di farmaci contraffatti che spesso vengono assunti contemporaneamente alle droghe).

Un approccio bilanciato come quello che attualmente è stato messo in atto nel nostro Paese ha sicuramente dimostrato la propria efficacia ma va mantenuto, migliorato e rinforzato nelle sue principali linee di intervento, soprattutto ricercando un maggior coordinamento tra tutte le organizzazioni e le istituzioni in campo, che purtroppo, ad oggi, risulta ancora carente e difficoltoso per la presenza di posizioni anacronistiche spesso basate su retaggi ideologici, schieramenti politici e conflitti di competenze più strumentali al mantenimento di posizioni autoreferenziali consolidate nel passato che all'innovazione e all'orientamento al futuro. 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 e con anticipo il problema. Tutto ciò che gioca contro queste due

condizioni non fa altro che incrementare le possibilità che vengono date alle organizzazioni criminali di strutturare le proprie reti e di aumentare il numero dei loro clienti, oltre che di ritardare il recupero e la riabilitazione delle persone tossicodipendenti.

Nell'ambito più specificatamente preventivo ed assistenziale, per poter migliorare l'approccio è necessario che si consideri senza più dubbi che la tossicodipendenza è 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 terzi, 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, al pari di tanti altri comportamenti a rischio presenti in sanità, 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.

Le componenti che sicuramente hanno portato ad un buon risultato sono state varie e sinergiche. La continua prevenzione ed opera di comunicazione eseguita a tutti i livelli (nazionale, regionale, locale) ha incrementato la percezione di pericolo derivante dall'uso di sostanze nei giovani e nelle famiglie. Questo nonostante che qualche voce solitaria e minoritaria, ma purtroppo ben amplificata, continui superficialmente ed erroneamente a persistere nell'esplicitare l'innocuità delle sostanze (in particolare della cannabis) e la necessità di legalizzare e addirittura depenalizzare la coltivazione domestica e il piccolo spaccio. Nonostante questo, nella maggioranza dei casi l'atteggiamento socialmente espresso, anche grazie all'attuale legislazione, che le droghe possono portare all'individuo grandi problemi sia di tipo psicofisico che sociale nonché legale, ha fatto sì che le persone diventassero più consapevoli e modificassero il loro comportamento d'uso portando ai risultati rilevati.

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 nel Piano di Azione Nazionale che rappresenta il punto di riferimento per tutte le Regioni, le Province Autonome e le varie organizzazioni operanti sul territorio che vogliano, 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

Fonti dei dati

Ministero dell'Interno:

- Dipartimento della Pubblica Sicurezza - Direzione Centrale per la Polizia Stradale
- Dipartimento della Pubblica Sicurezza - Direzione Centrale per i Servizi Antidroga
- Dipartimento della Pubblica Sicurezza – Direzione Centrale della Polizia Criminale
- Dipartimento per le Politiche del Personale dell'Amministrazione Civile e per le Risorse Strumentali e Finanziarie – Scuola Superiore dell'Amministrazione dell'Interno - Documentazione e Statistica

Ministero della Giustizia:

- Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria – Direzione Generale dell'Esecuzione Penale Esterna
- Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria – Ufficio per lo sviluppo e la gestione del sistema informativo automatizzato, statistica ed automazione di supporto dipartimentale
- Dipartimento degli Affari di Giustizia - Generale della Giustizia Penale - Ufficio I - Affari Legislativi, Internazionali e Grazie
- Dipartimento degli Affari di Giustizia - Generale della Giustizia Penale - Ufficio III - Casellario
- Dipartimento per la Giustizia Minorile – Ufficio I del Capo Dipartimento – Affari generali, affari esterni, componenti privati, programmazione generale e bilancio, statistica, sistemi informativi

Ministero della Salute

- Dipartimento Prevenzione e Comunicazione – Direzione Generale Prevenzione Sanitaria – Ufficio II e VII
- Dipartimento Qualità – Direzione Generale Programmazione Sanitaria – Ufficio VI.
- Dipartimento Qualità – Direzione Generale Sistema Informativo
- Dipartimento dell'Innovazione – Direzione Generale Farmaci e Dispositivi medici

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

- Dipartimento Istruzione – Direzione Generale per lo Studente, l'Integrazione, la Partecipazione e la Comunicazione
- Uffici Scolastici Regionali

Ministero dell'Economia e delle Finanze:

- Comando Generale della Guardia di Finanza

Ministero degli Affari Esteri

- Direzione Generale per gli Affari politici e di Sicurezza
- Direzione Generale per la Cooperazione allo Sviluppo
- Direzione Generale per l'Unione europea

Ministero della Difesa

- Direzione Generale Sanità Militare

Istituto Superiore Sanità:

- Dipartimento del Farmaco – Sostanze Stupefacenti e Psicotrope
- Dipartimento del Farmaco - Osservatorio Fumo, Alcol e Droga
- Dipartimento Ambiente e Connessa Prevenzione Primaria - Centro Sicurezza Stradale
- Dipartimento di malattie infettive, parassitarie ed immunomediate

Assessorato Sanità e Servizi Sociali delle Regioni e Province Autonome

Istituto di Ricerche Farmacologiche Mario Negri

CNR – Consiglio Nazionale delle Ricerche – Istituto sull'Inquinamento Atmosferico

Centro Interdipartimentale di Biostatistica e Bioinformatica - Università degli Studi di Roma "Tor Vergata"

ALLEGATO
INDICATORI DI SINTESI

VARIAZIONE INDICATORI	2008	2009	2010	2011	Differenza %	FONTI INFORMATIVE
Consumi popolazione generale – Italia (ultimi 12 mesi)	Eroina: 0,39% Cocaina: 2,1% Cannabis: 13,3% Stimolanti: 0,74% Allucinogeni: 0,65%		Eroina: 0,25% Cocaina: 0,9% Cannabis: 5,2% Stimolanti: 0,22% Allucinogeni: 0,22%		Eroina: -35,9% Cocaina: -57,1% Cannabis: -63,6% Stimolanti: -70,3% Allucinogeni: -66,2%	DPA / ITC – ILO
Consumi studenti – Italia (ultimi 12 mesi)			Eroina: 0,8% Cocaina: 2,9% Cannabis: 18,5% Stimolanti: 1,7% Allucinogeni: 2,7%	Eroina: 0,6% Cocaina: 2,1% Cannabis: 18,2% Stimolanti: 1,3% Allucinogeni: 2,3%	Eroina: -25,0% Cocaina: -27,8% Cannabis: -1,6% Stimolanti: -23,5% Allucinogeni: -14,8%	DPA / UNIVERSITA' TOR VERGATA
Sostanze acque reflue – Milano (grammi/die) Novembre 2010 – Marzo 2011			Cocaina: 822 Eroina: 35 Cannabis: 5545 Metamfetam: 172 Ecstasy: 8	Cocaina: 696 Eroina: 47 Cannabis: 5248 Metamfetam: 140 Ecstasy: 11	Cocaina: -126 Eroina: +12 Cannabis: -297 Metamfetam: -32 Ecstasy: +3	ISTITUTO MARIO NEGRI
DTLR		Campione: 54.138 % Positivi: 1,2% di cui: Opiacei: 9% Cocaina: 13% Cannabis: 64%	Campione: 86.987 % Positivi: 0,64% di cui: Opiacei: 4% Cocaina: 20% Cannabis: 65%		Campione: 60,7% % Positivi: -46,7% di cui: Opiacei: -55,6% Cocaina: +53,8% Cannabis: +1,6%	DPA / F.S.
Totale utenti Ser.T. (num medio per u.o.) Richiesta trattamento		Totale: 353 Maschi: 304 Femmine: 49	Totale: 364 Maschi: 309 Femmine: 55		Totale: +3,1% Maschi: +1,6% Femmine: +12,2%	MINISTERO SALUTE / REGIONI
Nuovi utenti Ser.T. (num medio per u.o.) Richiesta trattamento		Totale: 71 Maschi: 61 Femmine: 10	Totale: 73 Maschi: 61 Femmine: 12		Totale: +2,8% Maschi: 0,0% Femmine: +20,0%	MINISTERO SALUTE / REGIONI
Utenti Ser.T. già noti (num medio per u.o.) Richiesta trattamento		Totale: 282 Maschi: 243 Femmine: 39	Totale: 292 Maschi: 248 Femmine: 44		Totale: +3,5% Maschi: +2,1% Femmine: +12,8%	MINISTERO SALUTE / REGIONI
HIV (prevalenza positivi)		Totale: 11,5 Maschi: 10,7 Femmine: 16,1	Totale: 11,1 Maschi: 10,3 Femmine: 16,2		Totale: -2,7% Maschi: -3,7% Femmine: +0,7%	MINISTERO SALUTE / REGIONI
HCV (prevalenza positivi)		Totale: 58,5 Maschi: 58,3 Femmine: 59,8	Totale: 61,0 Maschi: 60,4 Femmine: 63,8		Totale: +4,1% Maschi: +3,7% Femmine: +6,7%	MINISTERO SALUTE / REGIONI
HBV (prevalenza positivi)		Totale: 36,2 Maschi: 35,8 Femmine: 38,9	Totale: 34,4 Maschi: 34,2 Femmine: 35,8		Totale: -4,9% Maschi: -4,4% Femmine: -8,0%	MINISTERO SALUTE / REGIONI
Infrazioni artt. 186 e 187 CdS		Totale: 28.996 Art. 186: 26.785 Art. 187: 2.211	Totale: 26.827 Art. 186: 24.744 Art. 187: 2.083		Totale: -7,5% Art. 186: -7,6% Art. 187: -5,8%	MINISTERO INTERNO

VARIAZIONE INDICATORI	2008	2009	2010	2011	Differenza %	FONTI INFORMATIVE
Mortalità overdose		Totale: 484 Maschi: 440 Femmine: 40	Totale: 374 Maschi: 332 Femmine: 42		Totale: -22,7% Maschi: -24,5% Femmine: -4,5%	MINISTERO INTERNO (DCSA)
Operazioni antidroga		Num. Oper: 23.266	Num. Oper: 22.064		Num. Oper: -5,2%	MINISTERO INTERNO (DCSA)
Quantità droga sequestrata (Chilogrammi)		Eroina: 1.155 Cocaina: 4.073 Hashish: 20.311 Marijuana: 8.088 Droghe sint: 66.205	Eroina: 944 Cocaina: 3.836 Hashish: 20.141 Marijuana: 5.337 Droghe sint: 74.622		Eroina: -18,3% Cocaina: -5,8% Hashish: -0,8% Marijuana: -34,1% Droghe sint: +12,7%	MINISTERO INTERNO (DCSA)
Prezzo sostanze (Euro)		Eroina marr: 34,7 Eroina bianca: 53,3 Cocaina: 58,8 Hashish: 8,3 Marijuana: 7,5 LSD: 28,0 Amfetamine: 14,8 Ecstasy: 14,1	Eroina marr: 35,5 Eroina bianca: 53,3 Cocaina: 57,9 Hashish: 8,9 Marijuana: 7,7 LSD: 23,3 Amfetamine: 16,0 Ecstasy: 14,8		Eroina nera: +2,3% Eroina: - Cocaina: -1,5% Hashish: +1,1% Marijuana: +2,7% LSD: -16,8% Amfetamine: +8,1% Ecstasy: +5,0%	MINISTERO INTERNO (DCSA)
Segnalazioni Art. 73 DPR 309/90		Art. 73: 36.277	Art. 73: 39.053		Art. 73: +7,7%	MINISTERO INTERNO (DCDS - DCSA)
Detenuti TD (DAP)		Detenuti TD: 25.180	Detenuti TD: 24.008		Detenuti TD: -4,7%	MINISTERO GIUSTIZIA
Affidi TD (UEPE)		Affidi TD: 2.022	Affidi TD: 2.526		Affidi TD: +24,9%	MINISTERO GIUSTIZIA
Assistiti in carcere dai Ser.T.		Assistiti in carcere: 17.166	Assistiti in carcere: 16.486		Assistiti in carcere: -4,0%	MINISTERO SALUTE / REGIONI

Direzione e Coordinamento tecnico scientifico:

Giovanni Serpelloni, Elisabetta Simeoni, Luciana Saccone

Coordinamento e supervisione elaborazioni statistiche:

Bruno Genetti, Roberto Mollica

Elaborazioni dati, rapporti tecnici e contributi scientifici:

Renzo Bagnati, Nadia Balestra, Angela Binetti, Ilaria Bulla, Iulia Alexandra Carpignano, Lorenza Cretarola, Luigi D'Onofrio, Carlo De Luca, Angelina De Simone, Leila Fabiani, Roberto Fanelli, Maurizio Gomma, Carlo Locatelli, Teodora Macchia, Francesca Marazzi, Daniela Morrone, Raimondo Maria Pavarin, Sonia Principe, Claudia Rimondo, Carla Rossi, Catia Seri, Lorenzo Tomasini, Federica Vigna-Taglianti, Silvia Zanone, Elena Zappalorti, Monica Zermiani.

Gruppo di revisione editoriale

Gianluca Amico, Fiorella Calò, Anna Maria Fanfarillo, Cinzia Grassi, Giulia Marino, Roberta Tito, Luisa Vecchiocattivi

Fonti dati e collaborazioni:

Ministero dell'Interno:

- Dipartimento della Pubblica Sicurezza - Direzione Centrale per la Polizia Stradale
- Dipartimento della Pubblica Sicurezza - Direzione Centrale per i Servizi Antidroga
- Dipartimento della Pubblica Sicurezza – Direzione Centrale della Polizia Criminale
- Dipartimento per le Politiche del Personale dell'Amministrazione Civile e per le Risorse Strumentali e Finanziarie – Scuola Superiore dell'Amministrazione dell'Interno - Documentazione e Statistica

Ministero della Giustizia:

- Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria – Direzione Generale dell'Esecuzione Penale Esterna
- Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria – Ufficio per lo sviluppo e la gestione del sistema informativo automatizzato, statistica ed automazione di supporto dipartimentale
- Dipartimento degli Affari di Giustizia – Direzione Generale della Giustizia Penale - Ufficio I - Affari Legislativi, Internazionali e Grazie
- Dipartimento degli Affari di Giustizia – Direzione Generale della Giustizia Penale - Ufficio III - Casellario
- Dipartimento per la Giustizia Minorile – Ufficio I del Capo Dipartimento

Ministero della Salute

- Dipartimento Prevenzione e Comunicazione – Direzione Generale Prevenzione Sanitaria – Ufficio II e VII
- Dipartimento Qualità – Direzione Generale Programmazione Sanitaria – Ufficio VI.
- Dipartimento Qualità – Direzione Generale Sistema Informativo

- Dipartimento dell’Innovazione – Direzione Generale Farmaci e Dispositivi medici

Ministero dell’Istruzione, dell’Università e della Ricerca:

- Dipartimento Istruzione – Direzione Generale per lo Studente, l’Integrazione, la Partecipazione e la Comunicazione

Ministero dell’Economia e delle Finanze:

- Comando Generale della Guardia di Finanza

Ministero degli Affari Esteri

- Direzione Generale per gli Affari politici e di Sicurezza
- Direzione Generale per la Cooperazione allo Sviluppo
- Direzione Generale per l’Unione europea

Ministero della Difesa – Direzione Generale Sanità Militare

Istituto Superiore Sanità:

- Dipartimento del Farmaco – Sostanze Stupefacenti e Psicotrope
- Dipartimento del Farmaco - Osservatorio Fumo, Alcol e Droga
- Dipartimento Ambiente e Connessa Prevenzione Primaria - Centro Sicurezza Stradale
- Dipartimento di malattie infettive, parassitarie ed immunomediate

Assessorati Sanità e Servizi Sociali delle Regioni e Province Autonome

Istituto di Ricerche Farmacologiche Mario Negri

CNR – Consiglio Nazionale delle Ricerche – Istituto sull’Inquinamento Atmosferico

Centro Interdipartimentale di Biostatistica e Bioinformatica - Università degli Studi di Roma “Tor Vergata”

Grafica di copertina e styling: Riccardo De Conciliis

Giugno 2011



PRESIDENZA DEL CONSIGLIO DEI MINISTRI
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://cannabis.dronet.org>
<http://cocaina.dronet.org>
<http://www.drugsonstreet.it>

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