

SENATO DELLA REPUBBLICA

XVII LEGISLATURA

Doc. XXX

n. 4

RELAZIONE

SUI DATI RELATIVI ALLO STATO DELLE TOSSICODIPENDENZE IN ITALIA

(Anno 2015 e primo semestre 2016)

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

**Presentata dal Ministro per le riforme costituzionali
e i rapporti con il Parlamento**

(BOSCHI)

Comunicata alla Presidenza il 6 dicembre 2016



Governo italiano
Dipartimento politiche antidroga
Presidenza del Consiglio dei Ministri

Relazione Annuale al Parlamento 2016 sullo stato delle tossicodipendenze in Italia



Presentazione	III
Il quadro giuridico di riferimento	XXIII
Sessione Speciale dell’Assemblea Generale delle Nazioni Unite sul problema mondiale della droga: UNGASS 2016	XXIX
Documento a cura del Ministero degli Affari Esteri e della Cooperazione Internazionale	XLVII
Documento finale della Sessione Speciale UNGASS (Outcome Document)	LI
PARTE I - OFFERTA DI SOSTANZE	75
Capitolo 1 - Tendenze del mercato e dimensione dell’offerta	77
1.1 Sequestri delle sostanze.....	77
1.2 Purezza delle sostanze.....	82
1.3 Dimensione del mercato.....	88
1.4 Nuovi Indicatori Europei.....	93
Capitolo 2 – Dimensione della criminalità	97
2.1 Denunce a piede libero, in stato di irreperibilità e arresti	97
2.2 Monitoraggio della popolazione carceraria in Italia: analisi del sottoindicatore detenzione/detenuti.....	111
2.3 Procedimenti giudiziari per reati connessi all’offerta di droga	119
Capitolo 3 – Le nuove sostanze	129
3.1 Sistema di allerta precoce.....	129
3.2 Procedura di aggiornamento delle tabelle delle sostanze sotto controllo.....	134
PARTE II - DOMANDA DI SOSTANZE	137
Capitolo 1 – Prevalenza e incidenza di uso	139
1.1 Analisi sui dati sulla popolazione studentesca	139
1.2 Uso di sostanze stupefacenti/psicotrope nei praticanti attività sportive sottoposti ai controlli della sezione per la vigilanza ed il controllo sul doping	167
1.3 Incidenza di positività rilevata tra le Forze Armate nell’anno 2015.....	169
Capitolo 2 – Le segnalazioni ai sensi dell’art. 75 del D.P.R. 309/90	177
2.1 Sanzioni amministrative e segnalazioni ex artt. 75 e 121 TU 309/90.....	177
PARTE III - INTERVENTI SANITARI E SOCIALI	201
Capitolo 1 – Rete dei servizi e modelli di funzionamento	203
1.1 Le Politiche nazionali e regionali.....	203
1.2 Organizzazione della rete dei servizi.....	208
1.3 Risorse umane ed economiche.....	213
1.4 Utenti con disturbo da uso di sostanza illegale e/o farmaci non prescritti.....	217
1.5 Elementi di riflessione.....	238
1.6 Misure alternative al carcere per i tossicodipendenti	238

1.7	Dati sulle persone in trattamento presso le strutture socio-riabilitative.....	254
1.8	Riduzione del Danno e Limitazione dei Rischi	258
1.9	Progetto PPC 2.....	283
	Capitolo 2 – Comorbidità droga correlata	291
2.1	Diffusione di HIV-AIDS	291
2.2	Progetto DTPI - Diagnosi e Terapia Precoce delle Infezioni droga-correlate	314
2.3	Diffusione di infezioni sessualmente trasmissibili	330
2.4	Diffusione di epatiti virali.....	346
2.5	Ricoveri ospedalieri droga correlati.....	354
	Capitolo 3 – I trattamenti in carcere	359
3.1	Salute dei detenuti.....	359
3.2	Minori nel circuito penale.....	370
	Capitolo 4 - Mortalità.....	383
4.1	Mortalità acuta	383
4.2	Mortalità indotta per cause droga correlate	390
	PARTE IV - MISURE DI PREVENZIONE	397
	Capitolo 1 – Gli interventi di prevenzione.....	399
1.1	I programmi di prevenzione nelle scuole.....	399
1.2	Indagini sugli interventi di prevenzione negli istituti scolastici superiori	405
1.3	I programmi di prevenzione tra le Forze Armate.....	414
	PARTE V - APPROFONDIMENTI	423
1.1	UNICRI prospettiva di genere: Progetto DAWN	425
1.2	Incidentalità stradale	462
1.3	Il gioco d'azzardo	468
1.4	L'indagine sul gioco d'azzardo tra gli studenti italiani	478
1.5	Dati sul tabagismo	489

La Relazione Annuale al Parlamento sui dati relativi allo stato delle tossicodipendenze in Italia 2016

Presentazione

La Relazione annuale sui dati relativi allo stato delle tossicodipendenze in Italia è il documento ufficiale governativo redatto, ai sensi dell'art. 131 del D.P.R. n. 309/90, dal Dipartimento Politiche Antidroga (di seguito denominato DPA) della Presidenza del Consiglio dei Ministri.

Tale Relazione, contenente i dati dell'anno 2015, è frutto di una concertazione tra i Ministeri competenti e gli Enti cui la legge assegna compiti di prevenzione e contrasto in materia di droga e rispecchia le indicazioni dell'Osservatorio Europeo per le droghe e tossicodipendenze European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA).

Nello specifico, hanno contribuito ai lavori del Tavolo Tecnico per la redazione della Relazione al Parlamento: il Dipartimento per le Politiche della Famiglia e il Dipartimento della Gioventù e Servizio Civile Nazionale della Presidenza del Consiglio, nonché il Ministero degli Affari Esteri e della Cooperazione Internazionale (MAECI), il Ministero della Salute, il Ministero dell'Interno, il Ministero della Difesa, il Ministero per gli Affari Regionali e le Autonomie, il Ministero dell'Istruzione e della Ricerca (MIUR), il Ministero della Giustizia, il Garante Nazionale dei Detenuti, l'Istituto Superiore di Sanità, l'Istituto Nazionale di Statistica (ISTAT) il Consiglio Nazionale delle Ricerche (CNR), l'Istituto delle Nazioni Unite per la Ricerca sul Crimine e la Giustizia (UNICRI);

In linea, poi, con la politica pluralista che il Dipartimento persegue, si è ritenuto di coinvolgere, così come lo scorso anno, i Rappresentanti del Coordinamento tecnico in materia di salute delle Regioni e Province autonome, costituito presso la Conferenza Stato-Regioni ed una ampia rappresentanza delle associazioni del privato sociale accreditato e dei servizi pubblici, quale espressione della società civile che si occupa sui territori della prevenzione, della cura e della presa in carico delle persone tossicodipendenti.

Il DPA nel suo ruolo di coordinamento delle politiche antidroga, ha permesso di imprimere al lavoro collettivo un indirizzo unitario, in linea con le politiche governative.

Il Gruppo redazionale istituito dal DPA, a supporto del Tavolo Interistituzionale, nel rispetto dei contenuti tecnico scientifici elaborati dalle varie Istituzioni nazionali, ha condiviso la struttura del documento, revisionato i testi e le tabelle ed evidenziato le principali novità intervenute nel 2015 per ciò che attiene al fenomeno della droga e delle dipendenze.

Il Tavolo Interistituzionale si è riunito in forma collegiale il 14 dicembre 2015 e il 18 maggio 2016 e, durante i mesi di preparazione della Relazione, innumerevoli sono state le riunioni, le verifiche e le interlocuzioni tra i vari redattori, nel comune intento di fornire agli organi

parlamentari e alla società italiana informazioni affidabili e utili per interpretare il fenomeno delle tossicodipendenze.

La finalità di questo processo è stata l'elaborazione di uno strumento in grado di fornire un quadro conoscitivo generale sulla tematica delle dipendenze in Italia, le cui informazioni potranno essere confrontate sia a livello territoriale che rispetto alle rilevazioni degli anni precedenti.

Nella presente Relazione 2015, si è ritenuto opportuno dedicare uno spazio alla Sessione Speciale dell'Assemblea Generale delle Nazioni Unite sul problema mondiale della droga (UNGASS), svoltasi a New York dal 19 al 21 aprile 2016 dopo ben 18 anni dalla sua ultima edizione, con l'inserimento della documentazione più significativa.

Il 2015 è stato, infatti, anche l'anno di preparazione di UNGASS, così come annunciato nella parte conclusiva della presentazione alla Relazione al Parlamento dello scorso anno.

Questo appuntamento internazionale, di grande rilevanza e preziosa occasione di riflessione sul tema mondiale della droga ha richiesto, da parte di questa struttura dipartimentale, una preparazione molto accurata ed un forte impegno, sia a livello nazionale che internazionale.

Nel mese di ottobre 2015, il DPA ha partecipato in rappresentanza dell'Italia, all'incontro tenutosi a Bruxelles tra la Civil Society Forum on Drugs (CSF) e il "Gruppo Orizzontale droga" (istituito nel 1997 per guidare e organizzare le attività del Consiglio UE in materia di droga) per rafforzare il dialogo tra istituzioni europee e società civile in preparazione di UNGASS 2016.

Inoltre, sempre in preparazione dell'incontro di aprile 2016, il DPA ha organizzato una serie di eventi che hanno coinvolto sia le amministrazioni centrali sia la società civile, incentrati sui medesimi focus tematici in discussione ad UNGASS, l'ultimo dei quali si è svolto il 4 marzo scorso presso questa Presidenza del Consiglio dei Ministri alla presenza delle autorità di Governo competenti, delle istituzioni internazionali, delle amministrazioni centrali, delle associazioni e delle ONG più rappresentative sia a livello nazionale che internazionale.

Di questo incontro ne è stata data notizia dal Sottosegretario alla Giustizia On. Cosimo Ferri nel suo discorso tenuto in qualità di Capo delegazione italiana, in occasione della 59esima sessione della Commissione Narcotici (CND) – Segmento Speciale su UNGASS, svoltasi a Vienna il 14 marzo 2016.

Si sottolinea che l'Italia è tra i pochi Stati ad avere organizzato un incontro con la società civile, in ottemperanza a quanto previsto nella Strategia europea e nel Piano d'Azione europeo, finalizzato a sviluppare strategie comuni e condivise nell'ottica di garantire un dibattito inclusivo e aperto.

Dopo 18 anni dall'ultima sessione dedicata alla droga, l'Assemblea Generale delle Nazioni Unite si è riunita quest'anno al fine di valutare i risultati raggiunti e le maggiori sfide da affrontare nella lotta contro il problema mondiale delle droghe. In tale occasione sono stati, altresì, analizzati i progressi nell'attuazione della Dichiarazione Politica e del Piano d'azione in materia di droga, adottati nel corso del Segmento di alto livello della 52esima sessione della Commissione Stupefacenti (CND) tenutasi a Vienna nel 2009.

La Sessione Speciale dell'Assemblea Generale delle Nazioni Unite, ha consentito una riflessione approfondita sulle politiche in materia di droga e nel corso della stessa è stata sottolineata la necessità di affrontare le cause profonde del problema della droga, sia sul lato dell'offerta, con interventi di sviluppo socioeconomico nelle aree di produzione, sia nelle aree di consumo, con politiche di prevenzione e trattamento.

In via generale, è stata fermamente ribadita l'utilità delle tre Convenzioni Onu sulla droga, ma è emersa chiaramente la necessità di una applicazione più efficace, in linea con il loro obiettivo ultimo: la salute e il benessere del genere umano. In questa prospettiva moltissimi interventi hanno sollecitato la improcrastinabilità di politiche più bilanciate, tramite un approccio principalmente sanitario basato sul pieno rispetto dei diritti umani e sull'evidenza scientifica, sia nelle misure di riduzione della domanda sia in quelle di riduzione dell'offerta.

In ambito di giustizia penale, numerosissimi sono stati gli interventi in favore del principio di proporzionalità delle pene, che trova la sua massima espressione nell'abolizione della pena di morte per i reati in materia di droga.

Nel corso della Sessione Speciale dell'Assemblea Generale è stato approvato il documento finale (Outcome document), che comprende una serie di raccomandazioni operative sulla base della revisione dell'attuazione della "Dichiarazione politica e il Piano d'azione sulla cooperazione internazionale verso un sistema integrato e bilanciato per contrastare il problema mondiale della droga" del 2009 che ha definito le azioni da intraprendere da parte degli Stati membri entro il 2019, tra cui una valutazione dei risultati e dei modi per affrontare le sfide di lunga data e nel contrastare il problema mondiale della droga nel quadro delle tre Convenzioni internazionali.

Tra i principali risultati di UNGASS 2016 emerge la promozione di un'applicazione equilibrata delle tre Convenzioni delle Nazioni Unite, basata sul rispetto dei diritti umani e su un approccio di tutela della salute pubblica. E' stato più volte sottolineato il riconoscimento dello stretto nesso tra le politiche in materia di droga e tutela dei diritti umani, l'accesso per finalità mediche alle sostanze poste sotto controllo internazionale, la centralità di un approccio di sanità pubblica, temi prioritari per l'Italia e l'Unione Europea finora trascurati.

Si tratta di nuovi pilastri che dovranno essere inseriti nella futura strategia ONU sulla droga nel 2019, la cui revisione sarà avviata in seno alla Commissione Droga verosimilmente nel 2017.

Pur nella complessità della tematica trattata, la molteplicità degli aspetti analizzati, sia nazionali che internazionali, hanno permesso di realizzare una Relazione che rappresenta la reale situazione generale del Paese nell'ambito delle dipendenze.

La Relazione è articolata in cinque parti, a loro volta suddivise in capitoli e paragrafi.

- la **Prima Parte**, sull'offerta di sostanze, offre una panoramica complessiva del fenomeno e delle attività di contrasto messe in atto dalle Forze dell'Ordine;
- la **Seconda Parte** è relativa alla domanda di droga e approfondisce aspetti relativi al consumo e alle caratteristiche di chi ne fa uso;

- la **Terza Parte** descrive gli interventi sanitari e sociali e le risposte di salute pubblica, a livello nazionale e territoriale, messe in atto per il trattamento delle persone con dipendenza, per la riduzione del danno e per favorire il reinserimento sociale e lavorativo;
- la **Quarta Parte** è dedicata alle misure di prevenzione e alle iniziative programmate e realizzate in ambito scolastico e tra le Forze Armate.
- la **Quinta parte** approfondisce argomenti quali il gioco d'azzardo patologico, il tabagismo, gli incidenti stradali alcol e droga correlati e tematiche di genere nella prevenzione, trattamento e recupero (progetto DAWN (Drugs and Alcohol Women Network)).

Parte I - OFFERTA DI SOSTANZE

La Direzione Centrale dei Servizi Antidroga (DCSA) del Ministero dell'Interno acquisisce ed elabora i dati relativi alle attività di contrasto che le Forze dell'Ordine svolgono in ambito nazionale e internazionale.

Nel corso del 2015, le **operazioni antidroga** effettuate in Italia sono state 19.091 e hanno comportato il sequestro di kg 84.066,38 complessivi di droga, dato che, pur mostrando una marcata flessione rispetto all'anno precedente, risulta leggermente superiore al quantitativo medio sequestrato negli ultimi cinque anni. Rispetto al 2014 si registra un aumento dei sequestri di cocaina, LSD, droghe sintetiche, sia in dosi sia in polvere, e di piante di marijuana. Risultano in diminuzione i quantitativi sequestrati di eroina, marijuana e hashish. È in regione Lombardia che si è svolto il più elevato numero di operazioni, seguono Lazio, Campania, Puglia, Emilia Romagna e Sicilia.

Rispetto al 2014, si registra un aumento dei sequestri di droga presso le zone aeroportuali e le frontiere terrestri, in diminuzione invece quelli presso le aree marittime.

I dati analitici riferiti ai campioni di sostanze stupefacenti analizzati presso i laboratori chimici degli Uffici della Polizia Scientifica mostrano, per i derivati della cannabis, che il valore medio del contenuto in principio attivo tetraidrocannabinolo (THC) si mantiene intorno al 9-10%, i medesimi livelli riscontrati dal 2013, con concentrazioni massime del 35% per hashish e 26% per marijuana. I valori del contenuto in principio attivo di eroina e cocaina non mostrano negli ultimi tre anni sensibili variazioni (eroina 20%, cocaina 55%), così come per le droghe sintetiche amfetamina, metamfetamina e MDMA (15%, 25% e 64% rispettivamente).

È importante sottolineare che il campione statistico utilizzato nel corso del tempo ha subito dei cambiamenti: fino al mese di giugno 2014, i dati forniti riguardavano, oltre alle analisi di campioni su strada, anche le percentuali di purezza ottenute dalle analisi di sostanze stupefacenti sequestrate su tutto il territorio nazionale dalla Polizia di Stato, Arma dei Carabinieri e Guardia di Finanza. Queste ultime analisi erano effettuate su richiesta della DCSA sui medi e grandi sequestri. I dati raccolti da luglio 2014, invece, riguardano le analisi effettuate sia dal Servizio di Polizia Scientifica di Roma sia dai laboratori chimici periferici dei Gabinetti Regionali e Interregionali di Polizia Scientifica a richiesta dell'Autorità Giudiziaria nell'ambito di procedimenti penali per reati connessi all'art. 73 del D.P.R. 309/90.

Quindi, qualora si volessero valutare le variazioni di purezza avvenute nel corso degli anni, si deve tenere presente che la droga circolante su strada può risultare più o meno "tagliata" con

sostanze adulteranti e/o diluenti e questo aspetto va tenuto in forte considerazione nel caso di stupefacenti in polvere: queste, infatti, potrebbero presentare, a causa del taglio, delle percentuali di purezza più basse rispetto ai medi e grandi sequestri. Inoltre, i campioni di droga analizzata provenienti da sequestri su strada sono ancora più rappresentati per il fatto che nel campione statistico utilizzato sono state prese in considerazione anche le analisi effettuate nell'ambito di processi con "giudizio per direttissima" ove tutti i sequestri effettuati dalle Forze di Polizia in flagranza di reato, vengono analizzati nell'immediatezza.

Sulla base delle informazioni fornite dall'EMCCDA e da diversi Enti pubblici nazionali, l'Istat elabora correntemente stime riguardo la **dimensione economica** del consumo di sostanze stupefacenti. In particolare sono stati stimati in maniera indiretta la quota degli utilizzatori, la quantità media consumata e i prezzi di mercato unitari.

Per il 2013 (ultimo annualità disponibile) è stato stimato che sono 6,1 milioni gli utilizzatori di cannabis, 1,1 milioni sono quelli di cocaina, 218 mila quelli di eroina e 591 mila quelli di altre sostanze chimiche (ecstasy, LSD, amfetamine).

Le stime evidenziano che nel 2013 le attività connesse agli stupefacenti rappresentano quasi il 70% delle complessive attività illegali stimate dalla contabilità nazionale e pesano per circa lo 0,9% sul Prodotto Interno Lordo. Il consumo di sostanze stupefacenti sul territorio nazionale è stimato in 14,0 miliardi di euro, di cui circa la metà attribuibile al consumo di cocaina e un quarto all'utilizzo di derivati della cannabis.

Secondo i dati forniti dalla DCSA, nel 2015 le **persone segnalate all'Autorità Giudiziaria** sono state 27.718 (-7,4% rispetto al 2014), il 39% delle quali nelle regioni settentrionali, il 36% in quelle meridionali e insulari e per il 26% in quelle del Centro Italia. La diminuzione ha riguardato in particolar modo le denunce per reati correlati alla marijuana, all'eroina, alle piante di cannabis e alle altre droghe; risultano di contro aumentate quelle relative alle droghe sintetiche e all'hashish. Il numero più elevato di denunce si riferisce alla cocaina, seguito da quelle per hashish, marijuana, eroina e piante di cannabis. Il 70,4% delle denunce ha comportato lo stato di arresto.

L'8% delle denunce è stato per il reato di associazione finalizzata al traffico di stupefacenti (art. 74 del T.U. 309/90), mentre la restante quota per traffico illecito (art. 73).

Il 63,4% delle denunce ha riguardato cittadini italiani, il 7,2% donne e il 4% soggetti minorenni. Gli stranieri denunciati, che risultano diminuiti del 5,7% rispetto al 2014, sono in particolar modo di origine marocchina, seguiti da albanesi e tunisini e risultano denunciati per reati inerenti la commercializzazione di cocaina, cannabis e i suoi derivati e eroina. Le donne segnalate (che fanno registrare un decremento del 15,6% rispetto al 2014) per il 29,4% hanno 40 anni e più, per il 21,5% sono di nazionalità straniera e per il 91,6% hanno commesso il reato di traffico/spaccio di sostanze stupefacenti. Le denunce riferite ai minorenni (per le quali si registra un incremento del 6% rispetto al 2014) per il 21,8% hanno riguardato soggetti di nazionalità straniera e per la quasi totalità (99,3%) sono state per traffico/spaccio di sostanze stupefacenti (art. 73).

Il Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria – Ministero della Giustizia ha fornito i dati sui **detenuti** per reati in violazione della Legge 309/90. Nel 2015 sono circa 17.000 e 5.900 i detenuti per i reati relativi rispettivamente all'art.73 e all'art.74 della Legge 309/90 e s.m.i., pari al 32% e 26% di tutti i presenti.

Nel 2015 il totale degli ingressi è stato di circa 46.000 (di cui il 27% ex art.73) e in diminuzione rispetto agli anni precedenti risultano sia i complessivi che quelli per violazione della normativa antidroga.

Il 26% del totale dei detenuti nel 2015 è tossicodipendente e sia la popolazione tossicodipendente che quella implicata nell'offerta di droghe (art.73) vede l'ingresso di stranieri in continua crescita.

I soggetti **condannati** definitivamente per crimini droga-correlati nel 2015, per la quasi totalità riguardanti il reato di traffico/spaccio (art.73), sono stati 9.748: il 93% sono uomini, la maggior parte dei quali ha 25-34 anni (35%); tra le donne condannate, invece, la classe di età maggiormente rappresentata è quella dei 35-54 anni (35%) e le straniere sono il 43%. Il 20% dei condannati ha commesso il reato nell'ambito del territorio lombardo e il 10% in quello della regione Lazio. La maggior parte dei soggetti, sia italiani che stranieri, sono stati condannati con sentenza definitiva al primo grado di giudizio e per poco meno del 74% si tratta di soggetti non recidivi.

Dal 2009 il Dipartimento Politiche Antidroga della Presidenza del Consiglio dei Ministri (DPA), nel rispetto delle disposizioni Europee in materia, ha centralizzato ed istituzionalizzato nel nostro Paese il **Sistema Nazionale di Allerta Precoce e Risposta Rapida per le Droghe** – National Early Warning System (NEWS).

Nel 2015 le segnalazioni sono pervenute prevalentemente dalle Forze dell'Ordine, dall'EMCDDA e dai Centri collaborativi, mentre le comunicazioni inviate hanno riguardato, oltre alle informative trasmesse per agevolare l'identificazione delle nuove molecole (alcune delle quali già in circolazione in alcuni Paesi Europei) e il riconoscimento di eventuali intossicazioni acute, anche 7 allerte a carattere di urgenza. Le allerte a carattere di urgenza hanno implicato un'azione coordinata tra le strutture competenti per l'attivazione e l'implementazione di opportune procedure di risposta al fenomeno segnalato. L'individuazione di nuove sostanze psicoattive presenti sul territorio dell'UE e l'accertamento della loro pericolosità per la salute hanno portato, per il 2015, all'emanazione da parte del Ministero della Salute di quattro Decreti Ministeriali, aumentando così il numero delle sostanze psicoattive illegali con potenziale d'abuso.

I casi per i quali i Servizi dell'Urgenza hanno richiesto una consulenza specialistica nel 2015 sono stati 1.075 e hanno riguardato prevalentemente casi di difficile inquadramento diagnostico-terapeutico; per 155 di questi pazienti è stato possibile raccogliere campioni biologici per analisi tossicologiche di secondo livello e una documentazione clinica appropriata relativa alla sintomatologia da sottoporre a consulenza degli esperti. L'analisi di questi casi ha indicato la maggior frequenza di intossicazione acuta da nuove sostanze psicoattive (NSP) fino ai 25 anni di età, interessando tuttavia in modo non marginale anche le persone di 25-50 anni di età. Le principali manifestazioni cliniche, registrate all'accesso ai Pronto Soccorso, sono state di tipo eccitatorio (agitazione/eccitazione, allucinazioni/delirio, tachicardia) associate, in alcuni casi, a neurodepressione fino al coma. Le principali sostanze assunte hanno riguardato, nell'ordine, cannabis, cocaina, ecstasy-MDMA, sostanze di origine vegetale (es. salvia divinorum, mescalina, kratom, ayahuasca, semi di stramonio, kambo), amfetamine, integratori alimentari/energy drink, LSD/allucinogeni, profumatori per ambiente/incensi, catinoni, fenetilammine, oppioidi, preparazioni galeniche dimagranti, caffeina, ketamina, GHB/GBL, anabolizzanti.

Parte II - DOMANDA DI SOSTANZE: USO E PROBLEMATICHE

Lo studio transnazionale ESPAD (European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs) è condotto annualmente in Italia dall'istituto di Fisiologia Clinica del Consiglio Nazionale delle Ricerche (IFC-CNR) per raccogliere informazioni sulla **prevalenza dei consumi di sostanze illegali fra gli studenti** di 15-19 anni.

Dallo studio del 2015 emerge che il 34% degli studenti ha utilizzato **almeno una sostanza** psicoattiva illegale nel corso della propria vita e circa il 27% nel corso dell'ultimo anno (uso recente). Per il 15% degli studenti si tratta di "policonsumo". Il 17% ha utilizzato sostanze psicoattive illegali nel mese precedente l'indagine (uso corrente) e il 4% ne ha fatto un uso frequente (20 o più volte nell'ultimo mese nel caso di cannabis e 10 o più volte nel caso delle altre sostanze psicoattive illecite). La sostanza maggiormente utilizzata è la cannabis, seguita da cocaina, stimolanti e allucinogeni, mentre l'eroina è quella meno diffusa.

Un terzo degli studenti italiani di 15-19 anni ha provato **cannabis** almeno una volta nella vita, mentre quasi il 27% l'ha utilizzata recentemente, prevalenze che si riducono quando si fa riferimento al consumo corrente (17%) e a quello frequente (3%).

Circa il 4% degli studenti italiani ha provato **cocaina** almeno una volta nella vita e quasi il 3% lo ha fatto nel corso dell'anno di rilevazione. Poco meno del 2% di tutti gli studenti italiani ha consumato la sostanza nel mese antecedente la somministrazione del questionario e lo 0,6% ha utilizzato la sostanza almeno 10 volte nel corso dell'ultimo mese. Il 4% e 3% degli studenti ha assunto rispettivamente sostanze **stimolanti** e **allucinogene** almeno una volta nella vita, il 3% e 2% l'ha fatto nel corso dell'ultimo anno (il 2% e 1% nell'ultimo mese). Gli utilizzatori frequenti di sostanze stimolanti corrispondono allo 0,7% degli studenti italiani, di allucinogeni sono lo 0,6%. Sono rispettivamente il 28% e il 29% gli studenti che ha utilizzato sostanze stimolanti e allucinogeni più assiduamente (20 o più volte nell'anno). L'1% degli studenti ha assunto **eroina** nei dodici mesi precedenti lo studio, lo 0,7% nel corso degli ultimi trenta giorni, di questi ultimi il 57% ne ha fatto un uso frequente, corrispondente allo 0,4% di tutti gli studenti italiani. Il 18% degli studenti ha dichiarato di aver utilizzato **psicofarmaci non prescritti dal medico** almeno una volta nella vita e il 10% di averli assunti durante l'anno. Gli utilizzatori correnti sono il 6% e il 2% sono utilizzatori frequenti. A differenza di quanto rilevato per tutte le altre sostanze psicoattive, sono soprattutto le studentesse a utilizzare psicofarmaci non prescritti.

La valutazione dell'impatto del consumo delle sostanze psicoattive sullo stato di salute è stata effettuata tramite gli indici di frequenza e danno globale riferiti agli studenti che hanno utilizzato almeno una sostanza psicoattiva nei 30 giorni antecedenti lo svolgimento dello studio.

Tra il 2007 e il 2012, nonostante la diffusione dei consumi correnti sia rimasta sostanzialmente invariata, il consumo delle sostanze psicoattive è avvenuto con modalità e frequenze sempre più dannose per lo stato di salute degli studenti. Negli ultimi anni si è invece registrato un andamento decrescente di tali indicatori di impatto, a fronte dell'aumento delle prevalenze del consumo corrente. Analizzando questo trend per classi di età, si osserva che dal 2009, tra i minorenni, rispetto ai maggiorenni, si sono registrati valori più alti degli indicatori di danno e frequenza globale a fronte di una prevalenza d'uso più bassa. Questo indica un consumo meno diffuso ma più dannoso tra gli studenti.

Nel corso dell'anno 2015, la Sezione per la Vigilanza ed il controllo sul Doping e per la tutela della salute nelle attività sportive ha effettuato controlli sull'**uso di sostanze stupefacenti nei praticanti attività sportiva** su 177 manifestazioni sportive, sottoponendo 860 atleti al controllo antidoping, per il 68,7% maschi, con un'età media complessiva pari a 27,6 anni.

Lo 0,8% del campione, corrispondente a 7 soggetti, è risultato positivo a sostanze vietate sia dalla Legge 309/90 sia dalla Legge 376/00: si tratta di soggetti tutti di genere maschile, di età media 27 anni, ai quali è stata riscontrata l'assunzione di cannabis e derivati (5 atleti) e di cocaina (restanti 2 atleti).

Le sostanze "in doppia lista", vietate cioè sia dalla Legge 309/90 sia dalla Legge 376/00, negli anni hanno sempre rappresentato una percentuale non irrilevante tra gli atleti risultati positivi ai controlli antidoping e la cannabis e i suoi derivati (classe doping S8) hanno sempre rappresentato la percentuale più rilevante tra le positività registrate, nonostante nel 2013 la WADA, l'agenzia mondiale antidoping, abbia deciso di aumentare il livello di soglia (cut-off analitico) per la positività alla suddetta sostanza.

L'Amministrazione della Difesa ha continuato anche nel 2015 il programma di contrasto alla diffusione e all'**uso di sostanze stupefacenti e psicotrope tra le Forze Armate e l'Arma dei Carabinieri**. La prevenzione primaria si basa essenzialmente su idonei piani informativi e formativi, la prevenzione secondaria consiste nell'accertamento dell'uso di sostanze stupefacenti e/o psicotrope.

I soggetti sottoposti a esame tossicologico nell'Esercito Italiano sono stati 20.275, dei quali lo 0,2% è risultato positivo a cocaina, oppiacei, altre sostanze e, nel 53% dei casi, ai cannabinoidi.

Nella Marina Militare sono stati sottoposti a esame tossicologico 2.467 militari per i quali sono stati effettuati 13.959 test, tutti negativi.

L'Aeronautica Militare ha effettuato 100.191 test su 19.716 soggetti: lo 0,1% è risultato positivo ad amfetamine, cannabinoidi, cocaina, oppiacei, benzodiazepine e altre sostanze.

Nell'Arma dei Carabinieri i soggetti sottoposti a esame sono stati 362 tra i quali sono state riscontrate 2 positività alla cocaina.

Il Centro Studi Ricerca e Documentazione del Ministero dell'Interno elabora i dati concernenti le segnalazioni e i provvedimenti ai sensi dell'art. 75 della Legge 309/90. Le persone **segnalate alle Prefetture** nell'ultimo anno sono state 31.317 (il 93% sono di genere maschile e l'11% sono minorenni), numero che risulta stazionario rispetto all'anno precedente. L'età media dei segnalati è 23 anni, mentre le classi di età con maggiore incidenza sono quelle dei 18-20 anni (22%) e quella degli over 30 (27%), confermando, come emerso negli anni passati, che la popolazione più a rischio è quella adolescenziale (oltre un terzo dei segnalati ha tra i 14 ed i 20 anni), ma anche che dal 2002 risulta in aumento la quota dei segnalati di 30 anni e più. Le regioni con il maggior numero di segnalati sono Toscana, Lazio e Sicilia.

Parte III – INTERVENTI SANITARI E SOCIALI

La raccolta e analisi dei **dati sui servizi e sull'utenza tossicodipendente** sono gestite a livello nazionale dal Ministero della Salute e a livello locale dalle singole Regioni e P.A. Nel contesto del Nuovo Sistema Informativo Sanitario (NSIS) è stato definito il Sistema Informativo Nazionale Dipendenze (SIND) e le sue finalità. La rilevazione riguarda gli interventi sanitari e socio-sanitari erogati dagli operatori del Servizio Sanitario Nazionale (SSN): per ogni soggetto in trattamento presso i Servizi per le dipendenze (Ser.D.) vengono inviate informazioni che comprendono le caratteristiche socio-anagrafiche, la situazione patologico-infettiva, l'uso di sostanze, le prestazioni e terapie farmacologiche erogate.

Nel 2015 la copertura informativa è risultata pari al 98% delle sedi ambulatoriali nazionali.

Al 60% dei soggetti in trattamento per dipendenza da sostanze illegali e/o psicofarmaci sono state erogate prestazioni farmacologiche (media di 144/utente), il 74% ha ricevuto prestazioni psicosociali (media di 15/utente) e l'80% prestazioni di tipo sanitario diverse da quelle farmacologiche (mediamente 20/utente). Inoltre il 75% ha usufruito di prestazioni (in media 18/utente) di tipologia diversa da quelle sanitarie e psicosociali e il 3,6% è stato inserito in Comunità Terapeutiche (dato quest'ultimo che risulta tuttavia sottostimato).

I **programmi residenziali e semiresidenziali** propongono un'ampia gamma di progetti terapeutici e percorsi multidisciplinari ad alto grado di personalizzazione (offerta quasi totalmente da organizzazioni del Privato Sociale), in grado di rispondere ai molteplici e variabili bisogni e richieste di questo tipo di utenza: comorbidità psichiatrica, problemi organici, marginalità sociale, giovanissima età/invecchiamento della popolazione assistita, policonsumo.

Gli **operatori impiegati** a tempo pieno o parziale nelle strutture ambulatoriali per il trattamento di soggetti incarico per uso di sostanze illegali, nel 2015 sono stati 7.721: il 50% è rappresentato da medici ed infermieri e il restante 50% da psicologi, assistenti sociali, educatori professionali, altro.

La **spesa** dichiarata da 15 Regioni/Province Autonome ammonta a circa 728 milioni di euro: il 67% assorbite dalle attività di tipo ambulatoriale e domiciliare e il restante 33% da quelle di tipo residenziale/semiresidenziale, effettuate perlopiù dai servizi privati.

Nel 2015 i Ser.D. hanno assistito complessivamente 143.020 **sofferenti tossicodipendenti**: il 19,6% sono nuovi utenti e l'86,3% sono utenti di genere maschile, percentuale che raggiunge l'89,3% tra i nuovi utenti e l'85,6% tra quelli in carico dagli anni precedenti. Il 75% degli utenti ha tra i 30 e i 54 anni (maschi 76%, femmine 68%) e il 18% ha meno di 30 anni (maschi 17%, femmine 25%). Il rapporto tra assistiti e abitanti è di 24 ogni 10.000 (42 e 6 ogni 10.000 abitanti di genere rispettivamente maschile e femminile). I soggetti in trattamento hanno mediamente 38,9 anni; sono le femmine ad essere più giovani (37,4 anni contro i 39,1 dei maschi) così come i nuovi utenti (33,4 anni contro i 40,2 degli utenti già in carico). Nel tempo si osserva un progressivo invecchiamento dell'utenza in carico. Il 70% degli utenti risulta in carico per uso primario di eroina, il 16% per cocaina e l'11% per cannabinoidi: nel corso degli anni si osserva un progressivo decremento della quota di soggetti trattati per eroina e un incremento della quota dei trattati per cocaina. Tra coloro che sono in trattamento per uso primario di cannabinoidi il 40% ne fa un uso esclusivo, il 20% associa un'altra sostanza e il 40% almeno altre due, percentuali che si attestano rispettivamente al 29%, 26% e 45% tra chi è in carico per cocaina e 16%, 31% e 53% per eroina. Le sostanze secondariamente utilizzate sono cocaina e cannabinoidi (18% per ciascuna sostanza) e alcol (8%). Nel complesso il 72% dell'utenza è in trattamento per eroina (indipendentemente se per uso primario o secondario), il 34% per cocaina, il 28% per cannabinoidi e l'8% per alcol (solo come sostanza secondaria).

Rispetto al monitoraggio delle **malattie infettive**, il 34% dell'utenza totale è stata sottoposta al test per la rilevazione del virus HIV (45.341 soggetti) e per l'1,8% l'esito è stato positivo (2.455 soggetti). Rispetto ai test per HBV e HCV, in entrambi i casi la quota di utenza testata risulta pari al 22% e le percentuali di utenti risultati positivi (rispetto all'utenza totale) sono state rispettivamente del 2,3% e 10%. Il 6,2% dell'utenza in trattamento presenta almeno una patologia psichiatrica (**doppia diagnosi**): il 61,7% è affetto da disturbi della personalità e del comportamento, il 20,7% da sindromi nevrotiche e somatoformi, l'11,1% da schizofrenia e altre psicosi funzionali, il 2,6% da depressione e l'1,6% da mania e disturbi affettivi bipolari.

L'ordinamento italiano prevede percorsi ad hoc per i tossicodipendenti sottoposti a provvedimenti di condanna a pena detentiva. Nel 2015 il flusso dei tossicodipendenti in esecuzione penale esterna risulta avere un andamento costante rispetto alle annualità precedenti, grazie anche all'azione di sensibilizzazione e coinvolgimento delle Regioni e P.A. per incrementare la residenzialità nelle comunità terapeutiche. Nel 2015, su 52.164 detenuti (dei quali 33.896 condannati) sono state attivate 32.113 misure tra misure alternative, lavori di pubblica utilità, misure di sicurezza non detentive, sanzioni sostitutive e altre. La percentuale di esito positivo della misura è pari al 91% e sale al 95% nel caso di tossicodipendenti che accedono alla misura alternativa direttamente dallo stato di libertà, rispetto a coloro che vi accedono dallo stato di detenzione. A fronte della carenza di posti presso le comunità terapeutiche, i soggetti tossicodipendenti sono stati seguiti dai servizi territoriali per le dipendenze e nel 2015 l'utenza è stata principalmente seguita dai servizi pubblici per le dipendenze; alla fine dell'anno i tossicodipendenti in affidamento in prova al Servizio Sociale sono stati per il 90% seguiti dai servizi pubblici per le dipendenze e per il 10% in comunità terapeutiche. Per quanto riguarda i tossicodipendenti in affidamento terapeutico, il 56% è stato seguito dai servizi territoriali e il 44% affidato alle strutture residenziali accreditate; i tossicodipendenti in detenzione domiciliare, nel 71% dei casi sono stati seguiti dai servizi ASL e per il 29% sono stati trattati in comunità terapeutiche.

Il Centro Studi Ricerca e Documentazione del Ministero dell'Interno rileva i dati sui **tossicodipendenti in cura presso le strutture socio-riabilitative**. Per l'anno 2015 sono state censite 807 strutture, sulle 915 esistenti sul territorio nazionale (88,2%) e il numero degli utenti presso le strutture socio-riabilitative è rimasto pressoché stabile rispetto a quanto censito nell'anno precedente: nell'anno 2015 la media è stata di 15.234 soggetti, con una forte presenza del genere maschile (83%). La maggior parte dei presidi è situata nel Nord d'Italia e il maggior numero di utenti si è registrato in Lombardia, Emilia Romagna, Lazio e Veneto.

Per quanto riguarda le attività di **Riduzione del Danno/Limitazione dei Rischi** (RdD/LdR) in Italia il Coordinamento Nazionale Comunità di Accoglienza (CNCA) ha condotto una rilevazione sui servizi operanti sul territorio nazionale al 31/12/2015. La rilevazione fa riferimento a 104 servizi rispondenti (115 nel 2014) su 189 stimati lo scorso anno. 35 sono state le Unità mobili di RdD rispondenti. Tali unità contattano direttamente consumatori problematici e tossicodipendenti nei luoghi naturali di consumo e di vita quotidiana, svolgendo attività di riduzione del danno correlato all'uso di sostanze stupefacenti (prioritariamente eroina, cocaina e alcool), mediante distribuzione di materiale di profilassi (siringhe, naloxone, profilattici) e/o materiale di screening, nonché offerta di informazione e counselling. 34 sono state le Unità Mobile di LdR rispondenti. Queste contattano in modo attivo giovani e giovani adulti consumatori di sostanze ed intervengono prioritariamente in contesti del divertimento e del loisir (concerti, rave, grandi eventi, locali pubblici), svolgendo attività volte ad aumentare la consapevolezza del rischio dovuto all'uso di varie sostanze spesso combinate tra loro, mediante attività di counselling ed informativa sulle sostanze e la distribuzione di materiale di screening (etilometri, narcotest) e di riduzione del danno (kit cocaina sniffo sicuro, profilattici, acqua, spazi chill out, siringhe, naloxone), nonché attraverso azioni mirate a mettere in sicurezza i contesti d'uso.

I 23 Drop in rispondenti sono centri diurni a libero accesso da parte di consumatori problematici che svolgono attività di riduzione del danno, mediante distribuzione di materiale di profilassi (siringhe,

profilattici) e/o materiale di screening, nonché di sostegno sociale e risposta a bisogni primari (docce, cambio abito, orientamento ai servizi sociosanitari, primi strumenti di sussistenza).

I restanti 12 servizi svolgono attività ambulatoriali o mobili di somministrazione di farmaci sostitutivi con finalità prioritaria di RdD o di counselling per favorire consapevolezza e autoregolazione nell'uso controllato di sostanze, oppure sono dormitori che svolgono mansioni specifiche mirate a persone che usano sostanze, o primi interventi in ambito carcerario.

Dei servizi rispondenti, che risultano concentrati prevalentemente in Lombardia, Lazio, Piemonte ed Emilia Romagna, 2/3 sono a gestione affidata al Terzo settore, mentre un terzo è a gestione pubblica (ASL o Comune). Le risorse sono allocate prevalentemente dalle Regioni (59.5%) e dalle ASL, che hanno competenza in materia sanitaria e a loro volta sono finanziate dalle Regioni.

Nel 2015, in 66 servizi rispondenti risultano essere programmi di scambio siringhe, con un volume complessivo di oltre 1.5 milioni di siringhe distribuite nel 2015. I contatti avvenuti sono stati 901.730, con un numero medio di 10.735 contatti per servizio. Questo dato risulta sottostimato poiché 8 servizi non rilevano il dato. Anche rispetto al numero delle persone afferite ai servizi vi è una sottostima del dato in quanto è riferito a 70 su 84 servizi rispondenti: 58.546 sono le persone afferite e per oltre l'80% sono di genere maschile. La fascia di età prevalente risulta essere quella dei minori di 25 anni.

Secondo i dati forniti dall'Istituto Superiore di Sanità (ISS), le nuove diagnosi di **infezione da HIV** tra i consumatori di sostanze per via iniettiva (Injection Drug Users - IDU) nel 2014 (ultimo anno disponibile) sono state 141, per la maggior parte pervenute dalle regioni Lombardia, Piemonte, Campania, Emilia Romagna e Sicilia.

Il 16,3% riguarda IDU di nazionalità straniera, provenienti soprattutto dai Paesi dell'Europa Centrale e Orientale, da quelli africani e dell'America meridionale.

Dal 2010 i casi incidenti di infezione da HIV sono stati 982 (per i quali si evidenzia nel tempo una progressiva diminuzione), per l'83,4% sono di genere maschile e per il 18,7% sono persone di nazionalità straniera.

I casi incidenti di AIDS tra gli IDU nel 2014 sono stati 105, per l'80,1% di genere maschile e per il 2,1% di nazionalità straniera o non nota. Dal 1982 al 2014 sono stati notificati 34.755 nuovi casi di AIDS, con un aumento in entrambi i generi dell'età mediana degli IDU alla diagnosi di AIDS: nei maschi passa da 32 anni del 1994 a 49 anni nel 2014, nelle femmine da 31 a 44 anni. È aumentata, infatti, in modo rilevante la quota di casi di 40 anni ed oltre di età: nei maschi passa da 7,4% nel 1994 a 83,6% nel 2014 e nelle femmine da 6,3 a 90,0%. In aumento anche la quota dei casi incidenti di AIDS tra gli IDU di nazionalità straniera, che da 2,8% del biennio 2001-2002 passano a 15,5% nel 2013-2014.

Nel complesso, tra gli IDU l'incidenza di casi HIV, così come di AIDS, risulta in diminuzione, con valori nel 2014 rispettivamente pari a 69,5 e 51,7 ogni 100.000 IDU (nel 2010 erano rispettivamente 121,3 e 104,4).

Interessante osservare l'aumento, avvenuto nel corso degli anni, della quota di pazienti con prima positività al test HIV a meno di 6 mesi dalla diagnosi di AIDS, sottolineando come molti soggetti, soprattutto di genere maschile e di nazionalità estera, arrivino allo stadio di AIDS conclamato ignorando la propria sieropositività.

Nel 2014, tra gli IDU i nuovi casi di **Infezioni Sessualmente Trasmesse (IST)** sono stati 60: i soggetti segnalati hanno un'età mediana pari a 34 anni (35 per gli uomini e 22 anni per le donne), per il 91,7% sono di genere maschile e per il 5% sono di nazionalità straniera.

Dal 1991 al 2014 sono stati complessivamente segnalati 2.787 casi incidenti di IST tra gli IDU, il 3,3% di tutti i casi di IST segnalati, mostrando nel corso degli anni una diminuzione progressiva del numero di casi, passando da 912 casi del 1991-1994 a 201 del 2003-2006 ai 404 dell'ultimo quadriennio 2011-2014.

Nel 2014, il 75% dei nuovi IDU con IST è stato sottoposto al test anti-HIV che è risultato positivo per il 24,4% dei casi, prevalenza che risulta significativamente più elevata tra gli uomini omosessuali (45% vs 4,2% tra gli eterosessuali). 2 dei 45 IDU con IST sottoposti a test HIV hanno scoperto di essere sieropositivi al momento della diagnosi di IST, configurando, quindi, un IDU con IST inconsapevole del proprio stato di sieropositività. Se la percentuale dei testati IDU per HIV negli ultimi anni è rimasta stabile, è la prevalenza di HIV ad essere diminuita, sottolineando la rilevante opera di prevenzione condotta dai centri IST partecipanti alla sorveglianza nel corso degli ultimi due decenni.

Al Sistema Epidemiologico Integrato dell'**Epatite Virale Acuta (SEIEVA)**, coordinato dal Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute dell'Istituto Superiore di Sanità, dal 1991 al 2015 sono pervenuti 343 nuovi casi per epatite A tra soggetti tossicodipendenti, 1.826 per epatite B (124 dei quali per coinfezione con epatite Delta), per 1.337 per epatite C e 75 per epatite Delta.

Negli anni tra i tossicodipendenti si osserva una diminuzione dei casi di epatite B, così come di quelli di epatite C e Delta; rispetto all'epatite A, nonostante si sia registrato un calo, il numero di casi rimane pressoché costante, con frequenti picchi in corrispondenza di focolai epidemici.

Negli anni 2010-2015 sono stati segnalati 237 casi di epatite virale acuta, per la maggior parte attribuibili al virus C (61,2%), seguiti da quelli per epatite di tipo B (24%) e A (14,8%). Nessun caso di epatite acuta Delta.

I soggetti tossicodipendenti segnalati per epatite acuta sono per la maggior parte di genere maschile, e riguardano soprattutto giovani adulti; le quote più consistenti di nuovi casi provengono dalla regione Emilia Romagna per quanto riguarda tutti e tre tipi di epatiti virali, dalla regione Toscana per epatite di tipo B e C, Piemonte e Puglia per epatite A e Veneto per quella di tipo C.

Secondo i dati forniti dall'Istat, nel 2014 i **ricoveri droga correlati** sono stati 5.632, con un tasso di ospedalizzazione pari a 9,3 ogni 100.000 residenti e un rapporto M/F pari a 1,7: se i tassi maschili di ospedalizzazione sono rimasti sostanzialmente invariati (pari a 12 ogni 100.000 residenti dal 2010 al 2014), sono quelli femminili a mostrare un decremento, passando da 9,3 a 6,6 ogni 100.000 residenti. Inoltre sono le classi di età 25-34 e 35-44 anni a far registrare i livelli di ospedalizzazione più elevati, mostrando comunque una diminuzione, mentre quelli riferiti ai giovani di 15-24 anni risultano in aumento.

La maggior parte dei ricoveri droga-correlati avviene per utilizzo di oppiacei, seguiti da quelli per cocaina, cannabis, amfetamine e altre sostanze psicostimolanti, considerando comunque che il 49% dei ricoveri maschili ed il 71% di quelli femminili avviene per consumo di sostanze miste o non specificate.

Nel considerare i soggetti di 15-64 anni, si evidenzia che i ricoveri con diagnosi principale droga-correlata sono stati 4.913 e 15.692 sono stati quelli che hanno riportato tra tutte le sei diagnosi presenti nella Scheda di Dimissione Ospedaliera almeno una diagnosi specifica droga-correlata, facendo aumentare il tasso grezzo di ospedalizzazione che raggiunge i 40 casi ogni 100.000 residenti.

Nel considerare tutte le diagnosi si evidenzia una maggiore differenza di genere e una multimorbidità più diffusa tra gli uomini.

I detenuti con problemi droga-correlati attualmente presenti in carcere (da non confondersi con i soggetti con diagnosi di dipendenza, che risultano in numero inferiore) corrispondono al 25% circa dei detenuti totali, quota che risulta sostanzialmente stabile nel corso degli ultimi cinque anni. Sono 16.712 e 5.875 i detenuti con reati di cui rispettivamente all'art.73 (produzione, spaccio e detenzione illeciti di sostanze stupefacenti) e 74 (associazione finalizzata al traffico illecito di sostanze stupefacenti) del DPR 309/90. Il 4% e 37% circa dei reati di cui all'art.73 interessano rispettivamente donne e soggetti di nazionalità straniera, quote che si attestano al 4% e 14% circa nel caso dei reati art.74.

I minorenni presi in carico dai Servizi Sociali della Giustizia Minorile per la prima volta nel 2015 sono stati 7.752 (minorenni e giovani adulti fino a 25 anni: l'innalzamento dell'età dei soggetti presenti nel circuito penale minorile è stabilita dalla Legge 117/2014 che prevede la presa in carico da parte dei Servizi minorili anche dopo la maggiore età, una volta accertato che il reato è stato commesso in minore età) e a questi sono stati 5.131 i reati ascritti per violazioni di cui all'art. 73.

I minori e i giovani adulti presi in carico dai Servizi Minorili per uso/abuso di sostanze stupefacenti sono stati 3.647, il 51% dei quali in carico già dall'anno precedente. Si tratta soprattutto di maschi (94%) e di soggetti di nazionalità italiana (85%). Le sostanze maggiormente assunte sono state i cannabinoidi, soprattutto dai più giovani, seguiti da cocaina, il cui uso, come per l'eroina, aumenta in corrispondenza dell'età dei soggetti. Il consumo delle sostanze stupefacenti risulta generalmente associato a quello dell'alcol. La presa in carico dei soggetti utilizzatori di sostanze stupefacenti avviene in collaborazione con i Ser.D. territoriali, intervenendo in modo integrato alla realizzazione di progetti terapeutici individualizzati e specializzati, dal punto di vista sia clinico-sanitario sia psicologico, che possa continuare anche dopo la dimissione dalla struttura minorile o comunque al termine della misura penale.

Nell'anno 2015 sono stati 1.688 i minori inviati in Comunità terapeutiche, dei quali 280 per consumo di sostanze psicoattive.

Sia dal Registro Generale di Mortalità dell'Istat che dal Registro Speciale della DCSA del Ministero dell'Interno, risulta che dal 1996 in Italia i **decessi droga-indotti** hanno mostrato una progressiva e costante diminuzione. Nel 2015 sono stati registrati 305 casi, l'86,2% dei quali sono uomini, con un rapporto di genere pari a 6.3 maschi ogni femmina deceduta. L'età media dei deceduti è pari a 39,3 anni (36,2 per gli uomini e 39,8 per le donne), il 4,9% è di nazionalità straniera.

Per un terzo dei decessi avvenuti nell'ultimo anno, l'eroina è la sostanza maggiormente riportata, su base circostanziale, come direttamente connessa all'evento letale, soprattutto tra i deceduti di 35 anni ed oltre, seguita da cocaina (12,1%), metadone (1%) e amfetamina (0,7%); per il 52% circa dei decessi non è stato possibile determinare la sostanza.

Se da un lato i decessi indotti da uso di eroina risultano in calo, sono quelli per altre droghe a far registrare un aumento, così come quelli per droghe non specificate, facendo ipotizzare che alcune intossicazioni fatali potrebbero essere state attribuite a sostanze difficili da identificare su base circostanziale oppure alle poliassunzioni.

Nel 2015 le regioni più colpite in numero assoluto sono state Emilia Romagna, Campania, Lazio, Toscana e Piemonte, mentre Valle d'Aosta e Molise non hanno registrato alcun decesso droga-correlato. Il 43,2% dei decessi si è, quindi, verificato nell'ambito delle regioni settentrionali, il 30,8% in quelle centrali e per la restante quota in quelle meridionali e insulari.

Dal Registro Generale di Mortalità dell'Istat si può osservare una diminuzione dei tassi standardizzati di mortalità **droga-indotta** (da 20,1 a 3,8 decessi per 1 milione di residenti dal 1992 al 2013), con

un rischio più elevato nel genere maschile (6 volte superiore a quello delle donne) e nei 35-44enni (10,1 per 1.000.000 di residenti), mostrando sia una diminuzione dei tassi di mortalità droga-correlata tra i 15-24enni (da 33,1 a 2,9 decessi per 1.000.000 abitanti dal 1992 al 2013) sia un avanzamento dell'età a rischio (fino al 2003 la classe più a rischio era quella dei 25-34enni). Se si considerano tutte le cause correlate al decesso (e non solo quella iniziale) nel triennio 2011-2013 risultano 1.353 i certificati con menzione di uso di droghe (691 sono i decessi rilevati sulla base della sola causa iniziale), con tassi standardizzati che per i maschi e per le femmine risultano rispettivamente pari a 20,3 e 3,4 ogni 1.000.000 di abitanti. L'analisi delle cause multiple di morte, che consente di considerare il quadro morboso dei decessi degli utilizzatori di droghe, evidenzia che le patologie più frequentemente associate a quelle droga-correlate si riferiscono ai disturbi psichici e comportamentali, alle malattie infettive e parassitarie (soprattutto epatite virale acuta e cronica e HIV), alle malattie dell'apparato digerente e alle malattie del sistema circolatorio.

PARTE IV – MISURE DI PREVENZIONE

Le attività del Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca (MIUR) sono state incentrate principalmente sulla **prevenzione** all'uso di sostanze stupefacenti costituendo, in **ambito scolastico**, uno strumento per la riduzione del rischio e delle problematiche correlate. La scuola è il contesto privilegiato, vista la giovane età degli studenti, per realizzare interventi efficaci di promozione di stili di vita sani e di prevenzione delle tossicodipendenze favorendo lo sviluppo di abilità personali tali da indurre una scelta autonoma e responsabile nell'adottare comportamenti salutari e relativi al senso sociale. Inoltre, gli interventi di prevenzione risultano significativamente più efficaci se coinvolgono sinergicamente gli alunni, gli educatori e le famiglie, consentendo di soddisfare la domanda informativa ed educativa di tutti i soggetti coinvolti in modo coordinato.

Le Istituzioni scolastiche, nell'ambito della propria autonomia amministrativa, didattica ed organizzativa, hanno messo in atto e partecipato a tutte quelle iniziative che hanno ritenuto utili e rispondenti a particolari esigenze del bacino di utenza. A tal proposito numerose sono state le attività svolte in collaborazione con le ASL, le Polizie Municipali e le Forze dell'Ordine su interventi di educazione alla salute, le cui principali aree di intervento sono state: superamento del disagio giovanile e prevenzione dei comportamenti devianti; promozione di comportamenti alimentari salutari; azioni di contrasto all'uso di droghe; promozione di life skills; sensibilizzazione e prevenzione al doping, tabagismo e alcol; promozione dell'attività fisica.

La programmazione delle attività ha previsto inoltre una collaborazione Interistituzionale con il DPA, il Ministero della Salute e, in ambito territoriale, con gli Enti locali. Il MIUR ha partecipato e collaborato con il DPA per le iniziative di prevenzione delle tossicodipendenze che hanno coinvolto le Istituzioni Scolastiche; nel 2015 nello specifico ha realizzato i progetti "Drugs on street educational", "Info-Safe", "Lim Edu-Durgs", "Vivi la Strada" e "S.O.N. Support".

Nell'ambito del progetto ESPAD®Italia, condotto annualmente in Italia da IFC-CNR, sono state rilevate informazioni sulla prevenzione attraverso la compilazione da parte dei dirigenti scolastici di un questionario costruito sulla base delle direttive EMCDDA.

Il 43% degli **istituti scolastici** secondari di II grado ha previsto di svolgere specifiche attività di **prevenzione** al consumo delle sostanze psicoattive, il 18% al doping e il 23% al gioco d'azzardo; il 19% ha previsto attività di aggiornamento e formazione sulla prevenzione del consumo di sostanze psicoattive e dei comportamenti a rischio rivolte ai docenti, evidenziando una diminuzione nel corso degli anni. Rispetto alle azioni e ai progetti di prevenzione attuati, il 54% ha affrontato le tematiche dei consumi psicoattivi, il 40% circa quelle relative al benessere personale e alle diverse forme di disagio personale, il 16% al gioco d'azzardo. Oltre la metà dei progetti di prevenzione censiti nel

2015 si è posto come obiettivo primario quello di aumentare le conoscenze e il grado di consapevolezza dei rischi associati alla pratica dei comportamenti a rischio.

Osservando gli andamenti temporali congiunti delle quote riguardanti gli istituti scolastici che hanno organizzato attività di prevenzione dei consumi psicoattivi e quelle relative alle prevalenze di consumo di cannabis (sia quello avvenuto durante l'anno sia quello frequente -20 o più volte nell'ultimo mese), si osserva che fino al 2012 al diminuire delle prime corrisponde una tendenza all'aumento delle prevalenze dei consumi di cannabis. Negli anni successivi alla sostanziale invariabilità della quota di istituti segue la tendenza alla stabilizzazione delle prevalenze di consumo di cannabis.

Quadro diverso si presenta quando si fa riferimento al gioco d'azzardo: all'aumentare della quota di istituti scolastici che hanno attuato interventi/attività di prevenzione specifici segue una tendenza alla diminuzione della quota di giovani giocatori problematici e a rischio.

Tutte le **Forze Armate** dello Stato e l'Arma dei Carabinieri mettono regolarmente in atto azioni rivolte a contrastare l'uso di sostanze psicoattive da parte del personale dipendente, individuando procedure sia accertative (accertamenti randomici nei confronti delle condotte tossicofile su tutto il personale) sia finalizzate alla prevenzione di incidenti correlati allo svolgimento di mansioni e/o attività lavorative a rischio.

Gli accertamenti sanitari vengono attuati sin dalla fase di selezione propedeutica all'arruolamento e continuano per tutta la durata della carriera militare: coloro che risultano positivi ai test sono posti in posizione di idoneità temporanea in attesa del test di conferma in seguito al quale, in caso di positività, il personale in servizio permanente effettivo viene avviato ad attività di sostegno e rieducazione sanitaria, mentre il personale ancora non transitato in servizio permanente viene prosciolto dalla vita militare. Tutte le Forze Armate e l'Arma dei Carabinieri attuano regolarmente azioni di sensibilizzazione, dissuasione e contrasto all'uso di sostanze psicoattive, compreso l'alcol, rivolte al personale militare, attuando anche attività di prevenzione, diagnosi precoce e supporto psicologico. Nel complesso i dati pervenuti all'Ispettorato Generale della Sanità Militare confermano una riduzione percentuale dei casi di positività rilevate nel personale delle Forze Armate e dei Carabinieri rispetto agli anni precedenti, percentuale che risulta nettamente inferiore a quella della popolazione generale.

PARTE V – APPROFONDIMENTI

il Ministero della Salute, rispetto al **Gioco d'Azzardo Patologico** (GAP), sul piano legislativo è intervenuto già dal 2012 con il decreto legge 13 settembre 2012 (Decreto Balduzzi) che prevedeva l'aggiornamento dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) per la prevenzione, cura e riabilitazione dei soggetti affetti da "ludopatia" e già da diversi anni le Regioni e P.A. hanno preso in carico i pazienti affetti da disturbo da gioco d'azzardo. La legge 190 del 23 dicembre 2014 ha destinato una quota annua di 50 milioni di euro per la prevenzione, la cura e la riabilitazione delle patologie connesse alla dipendenza da gioco d'azzardo, destinandone una parte alla sperimentazione di modalità di controllo dei soggetti a rischio di patologia. Il Decreto Balduzzi istituiva anche un Osservatorio al fine di realizzare il monitoraggio della dipendenza dal gioco d'azzardo e dell'efficacia delle azioni di cura e prevenzione intraprese. La composizione dell'Osservatorio è stata determinata con decreto interministeriale del Ministro della Salute e del Ministro dell'Economia e delle Finanze (24 giugno 2015). Misure significative, come la riduzione della percentuale minima destinata alle vincite (pay out) e la modifica della tassazione sul margine per alcuni giochi, sono state adottate dalla Legge di Stabilità 2015. Il Ministero della Salute, di concerto con il MIUR, predispone inoltre campagne di informazione e sensibilizzazione e, per garantire le prestazioni di prevenzione,

cura e riabilitazione, presso il Ministero della Salute è istituito il Fondo per il gioco d'azzardo patologico.

ESPAD@Italia 2015, lo studio sugli studenti di età compresa tra i 15 e i 19 anni, oltre a indagare la diffusione e il consumo di sostanze psicotrope, ha rilevato informazioni anche relativamente a comportamenti di addiction non chimiche tra le quali il praticare giochi nei quali si vincono e perdono soldi.

Si stima che in Italia nel 2015 abbia giocato il 42% degli studenti e che il 49% lo abbia fatto almeno una volta nella vita. Le prevalenze risultano in aumento rispetto alla rilevazione precedente dopo alcuni anni di trend in diminuzione.

Tra gli studenti che hanno giocato nel 2015, il 62% ha giocato per non più di una volta al mese. I Gratta&Vinci sono i giochi preferiti (69%), seguiti dalle scommesse sportive (47%) e da Bingo/Tombola (38%); tra le studentesse i giochi preferiti sono quelli non strategici come i Gratta&Vinci, mentre ai ragazzi piace anche scommettere su eventi sportivi e di altro genere, giocare a Totocalcio/Totogol e a Poker Texano. Considerando il mese antecedente l'indagine, la spesa sostenuta è stata inferiore ai 10 euro per il 76% dai giocatori mentre l'8% ha superato i 50 euro.

Rispetto al gioco online, la maggior parte degli studenti che ha giocato ha detto di averlo fatto non più di 5 volte nell'anno (64%); prevalentemente è stato utilizzato un computer per connettersi a internet (47%) e i giochi online maggiormente praticati sono stati Totocalcio/Scommesse sportive (56%) e Poker Texano (33%).

L'indagine ESPAD sottopone il test SOGS-RA (South Oaks Gambling Screen Revised Adolescent) attraverso il quale si stima che in Italia gli studenti che presentano un profilo a rischio nei confronti del gioco siano l'11%, mentre l'8% abbia un profilo "problematico". Tra i giocatori con profilo di rischio, la frequenza di gioco si intensifica all'aumentare del grado di problematicità del comportamento di gioco. Ad eccezione dei Gratta&Vinci, giocati da tutti i profili di giocatore, e delle scommesse sportive, preferite dai giocatori a rischio e problematici, le altre tipologie sono praticate da gran parte dei giocatori problematici. Sale giochi e internet risultano essere i contesti di gioco frequentati in particolar modo dai giocatori problematici, mentre le sale scommesse sono preferite anche dai giocatori a rischio. Nel mese precedente lo svolgimento dello studio, poco meno di 1 giocatore problematico ogni 3 ha speso oltre 50 euro, cifra spesa da quasi il 6% dei giocatori a rischio mentre l'87% dei giocatori sociali ha speso meno di 10€.

L'analisi dei fattori associati riporta come gli studenti con profili definibili "a rischio" e "problematici", rispetto ai "sociali", abbiano una maggior contiguità con l'uso di sostanze: si rileva infatti un'associazione positiva, soprattutto tra i problematici, con l'aver fatto binge drinking nel mese antecedente lo studio, aver usato almeno una sostanza illegale nell'anno (esclusa la cannabis) ed essere un utilizzatore frequente di cannabis. I giocatori problematici risultano associati positivamente anche con l'essere un forte fumatore, bere alcolici tutti i giorni, aver assunto droghe sconosciute e aver fatto uso di psicofarmaci nell'anno.

L'Istituto Superiore di Sanità ha implementato il progetto Sistema di Sorveglianza Nazionale sul Disturbo da gioco d'azzardo, un progetto articolato in diverse azioni con la finalità di sperimentare un sistema di sorveglianza nazionale per assumere elementi conoscitivi, correttivi, esaustivi e proporre strumenti utili alla prevenzione e cura del disturbo da gioco d'azzardo.

È stata realizzata un'indagine demoscopica su 3.000 soggetti con età superiore ai 15 anni. Il 49,7% degli intervistati ha praticato almeno un gioco nell'anno antecedente l'indagine; prevalentemente sono di genere maschile, di età compresa tra i 25 e i 44 anni, molti dei quali fumatori. La dipendenza da gioco d'azzardo è considerata dalla maggioranza degli intervistati una dipendenza grave e, tra i provvedimenti per la lotta al gioco d'azzardo, quello considerato più indicato è l'eliminazione delle slot da bar e locali pubblici (51,8%), mentre le difficoltà economiche sono considerate le prime condizioni personali che possono favorire il gioco d'azzardo (35,2%).

È stata effettuata una revisione degli elenchi disponibili nel web dei servizi per le dipendenze e delle strutture del Privato Sociale e creato un archivio elettronico unico; in seguito è stata costruita una scheda di rilevazione per procedere all'aggiornamento dei servizi del SSN, delle strutture del privato sociale e delle attività erogate per il trattamento del disturbo da gioco d'azzardo. Sono riportati i dati aggiornati al 29 febbraio 2016, data nella quale il 60% circa dei servizi del SSN e il 17% circa delle strutture afferenti al Privato Sociale avevano restituito un feedback in merito alla rilevazione. Tutti i servizi del SSN e il 76% delle strutture del Privato Sociale hanno implementato delle attività più o meno strutturate a contrasto del disturbo da gioco d'azzardo. Solitamente la diagnosi è effettuata nel servizio (98%) o nella struttura (67%), utilizzando il DSM 5 e strumenti di screening/diagnostici. Le relazioni familiari sono l'indicatore più frequentemente usato per la valutazione sociale, così come la presenza di patologie comorbili e l'anamnesi completa sono gli indicatori più frequenti per la valutazione medica. Per quanto riguarda la valutazione psicodiagnostica, non esiste uno "standard" anche se la maggior parte degli operatori, tutti inseriti in equipe multidisciplinari, ha detto di utilizzare il South Oaks Gambling Screen per adulti (SOGS). La psicoterapia individuale risulta essere uno degli interventi più frequenti dell'offerta assistenziale. L'accesso avviene per lo più volontariamente o su indicazione dei familiari.

Alle attività relative ai Focus Group, alle quali hanno collaborato 6 servizi del SSN e 5 strutture del Privato Sociale su tutto il territorio nazionale, hanno partecipato 100 utenti in trattamento per disturbo da gioco d'azzardo equamente distribuiti tra le due tipologie di servizi. Tra le osservazioni riportate dagli utenti alcune sono emerse con frequenza maggiore come la difficoltà a condividere gli spazi con i tossicodipendenti e l'utilità di coinvolgere la famiglia. È stato messo a punto un questionario ad hoc per indagare i fattori di rischio associati, la presenza di eventuali comorbilità o altre dipendenze e rilevare i diversi livelli di gravità. Hanno compilato il questionario 71 soggetti, tutti partecipanti a una terapia di gruppo e in carico ai servizi quasi esclusivamente per dipendenza da gioco d'azzardo, mediamente caratterizzati da un livello culturale medio, coniugati, con un'occupazione a tempo pieno e una fissa dimora. Prevalentemente sono arrivati alla struttura/servizio su suggerimento dei familiari e sono in trattamento da almeno 1 anno. Oltre l'85% ha dichiarato di aver praticato e/o di praticare al momento della compilazione del questionario giochi legali con una preferenza per le slot e/o le VLT (video lottery terminal).

Il Rapporto Nazionale sul **Fumo** in Italia riporta i risultati riferiti all'indagine che l'Istituto Superiore di Sanità, in collaborazione con l'Istituto Mario Negri, commissiona alla Doxa con lo scopo di indagare l'abitudine al fumo degli italiani. L'indagine campionaria è realizzata attraverso interviste personali su un campione nazionale rappresentativo della popolazione italiana adulta di 15 anni ed oltre, condotte in 110 Comuni di tutte le Regioni italiane da intervistatori opportunamente istruiti e controllati attraverso il sistema CAPI (Computer Assisted Personal Interview).

Il Rapporto 2016 evidenzia che i fumatori in Italia sono il 22% della popolazione (27,3% nei maschi, 17,2% nelle femmine), pari a 11,5 milioni di persone. Gli ex fumatori rappresentano il 13,5% della popolazione, pari a 7,1 milioni, mostrando come a partire dall'entrata in vigore della legge antifumo del 16 gennaio 2003 n. 3, la percentuale dei fumatori sia regolarmente diminuita fino ad attestarsi, negli ultimi 8 anni, attorno ad un valore medio pari al 20% della popolazione. Nell'ultimo anno si registra una lieve crescita nella prevalenza dei fumatori di entrambi i generi rispetto all'anno precedente, con un aumento più marcato negli uomini rispetto alle donne.

La prevalenza dei fumatori risulta superiore a quella delle fumatrici in tutte le classi di età, soprattutto tra i 25-44enni (32% nei maschi, 24% nelle femmine). Le prevalenze superiori si registrano tra i maschi delle regioni del Centro Italia (30%) e tra le femmine delle regioni settentrionali (20%).

Il consumo medio è di 13,1 sigarette al giorno e il 73% dei fumatori riferisce di fumarne più di 10. L'82% circa dei giovani di 15-24 anni fuma meno di 15 sigarette al giorno.

L'età media in cui si inizia a fumare è di 17,9 anni (17,4 e 18,7 anni rispettivamente per i maschi e per le femmine); quasi il 14% dei fumatori ha iniziato prima dei 15 anni, in compagnia di amici e compagni di scuola. L'influenza dei "pari" è una costante nell'iniziazione al fumo di tabacco.

L'89% dei fumatori consuma prevalentemente sigarette confezionate e quasi il 19% utilizza anche o esclusivamente sigarette fatte a mano (tabacco trinciato). Il consumo prevalente di sigarette fatte a mano risulta in costante crescita (6,9% nel 2015 e 9,4% nel 2016) e risulta più diffuso nel genere maschile, tra i giovani di 15-24 anni e nelle regioni del centro Italia.

Anche per la sigaretta elettronica si evidenzia un incremento, passando dall'1% del 2015 a quasi il 4% nel 2016 (circa 2 milioni di consumatori abituali o occasionali); quasi il 78% dei fumatori di e-cig fuma anche sigarette tradizionali, sono cioè fumatori duali.

Nel corso del 2015 il Telefono Verde contro il fumo dell'ISS ha raccolto 3.600 telefonate (2.274 maschi, 1.326 femmine), soprattutto dalle regioni meridionali (42,3%; nord: 35,3%; centro: 22,4%) e da persone di 46-55 anni.

Rispetto ai Centri Antifumo, nel 2016 ne risultano 363 attivi sul territorio nazionale (contro i 368 del 2015) con quasi 14.000 utenti in trattamento. I Centri risultano localizzati soprattutto al nord (57%; centro: 19%; sud e isole: 24%). L'84% afferisce al SSN e la restante parte alla Lega Italiana per la Lotta contro i Tumori (LILT).

Gli **incidenti stradali** sono una seria emergenza sanitaria in tutti i paesi europei risultando essere la prima causa di morte per le fasce d'età comprese tra i 15 ed i 35 anni. I dati ufficiali sull'incidentalità stradale sono raccolti dall'Istat e pubblicati annualmente.

Nel 2014 in Italia si sono verificati 177.031 incidenti stradali con lesioni a persone, che hanno provocato la morte di 3.381 persone (entro il 30° giorno) e il ferimento di altre 251.147. Rispetto al 2013 il numero di incidenti è sceso del 2,5%, quello dei feriti del 2,7%, mentre per il numero dei morti la flessione è molto contenuta (-0,6%). Sulla base dei dati di dimissione ospedaliera, i feriti gravi a seguito di incidente stradale sono stati circa 15.000, contro i 13.000 del 2013 (+16%). L'Automobile Club d'Italia (ACI) per il 2010 ha effettuato una stima dei costi per incidenti stradali, riportando un totale di 27.668 milioni di euro.

Per quanto riguarda la causa degli incidenti stradali, l'uso/abuso di alcol e sostanze psicoattive è un fattore di rischio particolarmente importante, benché non sempre possibile da quantificare.

Uno spunto di riflessione importante su questo aspetto può essere fornito analizzando i dati delle Commissioni Mediche Locali (CML) patenti. Le CML sono previste dall'art 119 del Codice della Strada, che prevede che l'accertamento dei requisiti fisici e psichici del candidato o conducente venga effettuato da commissioni mediche locali. Queste vengono costituite in ogni provincia presso le unità sanitarie locali del capoluogo di provincia.

Ad esempio, nel corso del 2015 la CML di Modena ha visitato 12.033 pazienti di cui il 36% per aver guidato dopo avere assunto alcolici (violazione dell'art. 186 e 186bis) e il 6,6% dopo avere assunto sostanze psicoattive (violazione dell'art.187).

Prendendo in esame la CML di Cuneo, sempre per l'anno 2015, sono stati visitati 7.078 pazienti di cui .2124 (30%) per violazione dell'art. 186 e 463 (6.54%) per violazione dell'art.187.

La CML di Avellino, inoltre, ha analizzato il trend storico di accesso di pazienti per violazione del dell'art. 186 e 187 del Codice della Strada: la percentuale di tale categoria di utenti è risultata in continua ascesa rappresentando il 42,6% di tutte le visite effettuate nel 2015 dalla commissione.

Dal 2010, l'UNICRI (United Interregional Crime and Justice Research Institute), in collaborazione con il DPA, ha implementato il **progetto DAWN** (Drugs and Alcohol Women Network - Rete per le Donne sulle Dipendenze da Droga e Alcol), volto a includere un approccio di genere nella

prevenzione, trattamento e il recupero di persone con problemi di consumo e/o di dipendenza da sostanze.

L'obiettivo principale del Progetto DAWN è stato quello di sviluppare le capacità dei professionisti del settore e dei decisori politici nell'integrare un approccio di genere sia a livello politico che pratico, per meglio rispondere alle esigenze specifiche delle donne e dei gruppi vulnerabili in generale.

Gli studi svolti nell'ambito del progetto, anche attraverso indagini sia tra le donne clienti dei servizi di cura delle dipendenze, che tra gli operatori, hanno messo in luce la necessità di non "appiattare" la cura della dipendenza su un'entità individuale indifferenziata, ma di considerare le differenze biologiche, sessuali, nonché i fattori ambientali e culturali che definiscono l'appartenenza ad un genere, permettono di tener conto anche di quei determinanti sociali che influiscono sull'insorgenza ma anche sull'outcome della dipendenza e possono aiutare ad offrire servizi sanitari e sociali più efficaci in termini di costo/beneficio.

Nel 2012, il progetto DAWN ha promosso un'indagine sui bisogni delle donne che afferiscono ai Servizi per le Dipendenze. L'obiettivo era quello di valutare le opinioni delle donne rispetto alla fase dell'accoglienza e della presa in carico e di raccogliere il loro giudizio su una serie di aspetti come l'importanza del coinvolgimento dei genitori e del partner in presenza di particolari situazioni, e su quei fattori che favoriscono l'accesso al servizio promuovendo la relazione terapeutica, nonché le barriere all'accesso. Infine, l'indagine voleva indagare il parere delle donne sulla soddisfazione complessiva del loro servizio curante. Il campione era costituito da 274 donne, con età media di 34,5 anni. Le Unità Operative partecipanti erano 8 Dipartimenti per le Dipendenze e 2 Comunità Terapeutiche in 6 sedi. La metodologia d'indagine si basava su un questionario auto-somministrato preparato in due versioni, una per i servizi pubblici ed una per i servizi del privato sociale. Il questionario è stato messo a punto sulla base delle osservazioni emerse dai gruppi di lavoro di esperti sulle problematiche della tossicodipendenza femminile afferenti al progetto DAWN. I risultati dell'indagine hanno evidenziato un giudizio complessivamente soddisfacente da parte delle donne sui servizi che frequentano. Il rispetto della privacy, sia nella fase di accesso che durante il trattamento, è l'elemento più importante sottolineato dalle pazienti, che si ricollega con la paura di essere individuate, nonché, nel caso di figli, con la paura di essere segnalate ai servizi sociali. Tale fattore influisce sia sull'accesso iniziale, sia sul ritardo nell'accesso che sulla decisione di abbandonare il servizio. Essere accompagnate nella gravidanza da un ginecologo, possibilmente donna, è il secondo elemento più importante, così come un grande punto di forza è la presenza di un ginecologo al Ser.D. Il progetto DAWN nel 2015 ha promosso un'indagine su un campione di Servizi pubblici e del Privato Sociale, impegnati in attività di prevenzione, cura e/o reinserimento di persone con problemi di consumo e/o di dipendenza da sostanze psicoattive. L'indagine è stata effettuata attraverso l'invio elettronico di un questionario semi-strutturato, con l'obiettivo di indagare opinioni, atteggiamenti e comportamenti dei Servizi rispetto all'importanza di adottare un approccio di genere nelle attività svolte a livello sia organizzativo sia formativo.

Il questionario è stato inviato dai Responsabili Regionali ai Responsabili dei Dipartimenti per le Dipendenze e ai Soggetti del Privato Sociale che operano nell'ambito delle dipendenze. 1290 sono state le e-mail effettivamente consegnate e 329 sono stati i Servizi rispondenti: per il 67% di questi ultimi si tratta di Servizi pubblici, per il 18% del Privato Sociale e per il 15% in convenzione.

Il 60% dei servizi rispondenti sono Dipartimenti per le Dipendenze e Ser.D, il 29% Comunità terapeutiche, il 5% Unità Operative di Alcolologia e il 2% Servizi di riduzione del danno. La restante quota comprende servizi di altra natura (Osservatori per le dipendenze, centri diurni, residenziali/semiresidenziali). Il 95% offre un servizio di cura, mentre il 66% si occupano di prevenzione e un'altrettanta quota di reinserimento sociale e lavorativo.

Il 51% dei servizi rispondenti offre un insieme di attività riguardanti prevenzione, cura e reinserimento socio-lavorativo e il 20% offre solo servizi di cura; residuali sono le quote dei servizi

che si occupano esclusivamente di prevenzione o di reinserimento lavorativo o di entrambe queste attività.

I Servizi rispondenti hanno un'utenza media di 528 utenti e quella femminile rappresenta mediamente il 19% dell'utenza in carico, raggiungendo il 16% nelle Comunità terapeutiche e il 25% nei Servizi di riduzione del danno.

Il 63% dei servizi ritiene estremamente utile utilizzare un approccio di genere nell'ambito del proprio lavoro, mentre quasi il 10% lo considera poco o per nulla rilevante. Il 27% esprime un'opinione di incertezza. Il 70% ritiene utile inserire il tema della specificità di genere nella formazione degli operatori per le dipendenze.

Rispetto ai servizi che si occupano di prevenzione, il 56% dei rispondenti svolge attività legate alla prevenzione delle vulnerabilità di genere nell'uso delle sostanze psicoattive, attraverso la costituzione di gruppi peer to peer nelle scuole e in altri contesti per giovani, lo svolgimento di incontri e colloqui con personale appositamente formato, di colloqui individuali gender-sensitive, di gruppi di incontro/laboratoriali genere-specifici, o ancora l'implementazione di progetti genere-specifici (ad esempio per donne in gravidanza) o la distribuzione di opuscoli e materiale appositamente elaborato.

Il 63% dei servizi rispondenti non offre percorsi trattamentali basati su un'ottica di genere; i più organizzati in tal senso risultano i servizi in convenzione e i servizi di riduzione del danno.

Il 36% dei servizi rispondenti ha avviato programmi di affiancamento con servizi antiviolenza per la presa in carico dei casi specifici, attraverso la sottoscrizione di accordi inter-istituzionali con, ad es., consultori familiari, ASL, servizi sociali, servizi di pronto soccorso, questure, Forze dell'Ordine. Il 67% ha previsto lo svolgimento di attività di tutela della salute e di supporto psicologico alle donne in gravidanza, attraverso programmi specifici che garantiscono la continuità terapeutica e attività specifica di informazione/sensibilizzazione sull'uso di sostanze psicoattive. Rispetto ai servizi che si occupano di reinserimento, il 64% ha offerto opportunità di inclusione sociale e di reinserimento abitativo e/o professionale declinate in un'ottica di genere, attraverso la realizzazione di progetti di reinserimento lavorativo e la ricollocazione abitativa in case alloggio o in comunità terapeutiche per sole donne e figli.

Il 55,5% dei servizi rispondenti risulta organizzato in modo da considerare le esigenze specifiche e peculiari dell'utenza femminile, attraverso la messa a disposizione di personale femminile e/o di un'organizzazione maggiormente orientata ai bisogni specifici delle donne (liste di attesa, orari e spazi compatibili con lo stato di gravidanza e/o la presenza di figli minori).

La Relazione Annuale al Parlamento 2016 prevede in allegato un dossier nel quale sono riportati alcuni contributi predisposti da Organizzazioni del Privato Sociale accreditato che operano in ambito nazionale nel settore delle tossicodipendenze e che hanno partecipato al tavolo Interistituzionale costituito presso il Dipartimento Politiche Antidroga.

Le evidenze emerse nella presente Relazione sul fenomeno droga in Italia, derivanti sia dalla specificità delle singole trattazioni che dalle indicazioni che il nostro Paese ha condiviso nelle assise internazionali (UNGASS 2016), saranno la base per lo sviluppo di nuove linee strategiche e del Nuovo Piano di Azione Italiano sulle droghe che questo Dipartimento metterà a punto in collaborazione con le amministrazioni centrali e periferiche, il privato sociale accreditato e la società civile.

Il quadro giuridico di riferimento

*A cura del Ministero della Salute - Direzione Generale dei Dispositivi medici e del servizio farmaceutico-
Ministrero della Giustizia, Corte d'Appello di Roma*

Con la **sentenza n. 32/2014 la Corte Costituzionale** ha dichiarato l'illegittimità costituzionale – per violazione dell'art.77, secondo comma della Costituzione, che regola la procedura di conversione dei decreti legge – degli artt. 4 bis e 4 vicies ter del d.l. 30 dicembre 2005, n.272, come convertito con modificazioni dall'art.1 della legge 21 febbraio 2006, n.49. L'art. 4-bis, modificando l'art. 73 del d.P.R. n. 309 del 1990, aveva previsto una medesima cornice edittale per le violazioni concernenti tutte le sostanze stupefacenti, unificando il trattamento sanzionatorio che, in precedenza, era differenziato a seconda che i reati avessero per oggetto le sostanze stupefacenti o psicotrope incluse nelle tabelle II e IV (cosiddette “droghe leggere”) ovvero quelle incluse nelle tabelle I e III (cosiddette “droghe pesanti”); l'art. 4-vicies ter aveva parallelamente modificato il precedente sistema tabellare stabilito dagli artt. 13 e 14 dello stesso d.P.R. n. 309 del 1990, includendo nella nuova tabella I gli stupefacenti che prima erano distinti in differenti gruppi.

Per effetto della sentenza n. 32/2014 della Corte Costituzionale sono state rimosse le modifiche che da questa norma erano state apportate all'art. 73 del Testo Unico sugli stupefacenti, il cui testo originario, che distingueva il trattamento sanzionatorio a seconda della natura della sostanza stupefacente oggetto della condotta illecita, riprese vigore

La **legge n. 146/2013** mantenendo per i fatti di lieve entità un trattamento sanzionatorio unificato per tutte le sostanze stupefacenti oggetto delle condotte incriminate ha ritoccato al ribasso il limite edittale massimo della sola pena detentiva, portandolo da 6 a 5 anni di reclusione.

Il **d.l. n. 36/2014, convertito con legge n.79/2014**, ha introdotto le nuove Tabelle. La legge di conversione ha ulteriormente modificato al ribasso le pene previste per l'autonomo reato di cui all'art. 73, comma 5, prevedendo la reclusione da 6 mesi a 4 anni e la multa da € 1.032,00 ad € 10.329,00, senza distinguere tra droghe pesanti e leggere. La riduzione di pena ha investito quindi non solo il limite edittale massimo ma anche quello minimo e non solo la pena detentiva ma anche quella pecuniaria.

All'esito di questa tortuosa evoluzione normativa i limiti edittali attualmente previsti all'art. 73 dpr 309/90, sono i seguenti:

- per le cd droghe pesanti la pena è quella della reclusione da otto a ventidue anni e della multa da 25.822 (lire 50 milioni) a euro 309.874 (lire 600 milioni);
- per le droghe cd. leggere la pena è quella della reclusione da due a sei anni e la multa da euro 5.164 (lire 10 milioni) a euro 77.468 (lire 150 milioni).
- Il comma 5 dell'art. 73 senza distinguere tra droghe leggere e pesanti prevede la pena della reclusione da sei mesi a quattro anni e della multa da euro 1.032 a euro 10.329.

A seguito di queste modifiche la giurisprudenza della Corte di Cassazione ha consolidato un diritto vivente secondo il quale:

- in ossequio al principio della irretroattività della legge penale meno favorevole, la norma incriminatrice dichiarata incostituzionale può continuare a trovare applicazione per le condotte realizzate nel corso della sua vigenza, ove la sua disciplina conduca in concreto ad un trattamento più favorevole per l'imputato (Cass. Sez. IV n. 13903 del 28.2.2014);
- l'ipotesi lieve di condotta illecita (art. 73, comma quinto del d.P.R. n. 309 del 1990), configura una fattispecie autonoma di reato rispetto a quella contemplata dal primo comma dello stesso articolo e il termine di prescrizione deve essere calibrato sul relativo massimo edittale e non più sulla pena prevista per l'ipotesi base contemplata dall'art. 73, comma primo (Cass. Sez. IV n. 7363 del 9.1.2016; Cass. Sez. VI n. 14288 dell'8.1.2014);
- la fattispecie della lieve entità è configurabile nelle ipotesi di cosiddetto piccolo spaccio, che si caratterizza per una complessiva minore portata dell'attività dello spacciatore e dei suoi eventuali complici, con una ridotta circolazione di merce e di denaro nonché di guadagni limitati; può ricomprendere anche la detenzione di una provvista per la vendita che non sia superiore - tenendo conto del valore e della tipologia della sostanza stupefacente - a dosi conteggiate a "decine" (Cass. Sez. VI n. 15642 del 27.1.2016).

Con ordinanza del **5 febbraio 2015** il Tribunale per i minorenni di Reggio Calabria ha sollevato la questione di legittimità costituzionale dell'art. 73 comma 5 dpr 309/90 nella parte in cui non prevede un trattamento sanzionatorio differenziato a seconda delle sostanze ipotizzando una irragionevole asimmetria punitiva rispetto alle ipotesi di non lieve entità, non potendosi ritenere che il fatto di lieve entità commesso con droghe cd pesanti sia parificabile a quello commesso con droghe cd leggere stante il diverso spessore dell'interesse tutelato. La **Corte Costituzionale** con pronuncia **n. 23** del 13 gennaio 2016, premesso di non potersi sostituire al legislatore ha dichiarato inammissibile la questione affermando che il legislatore non è vincolato a configurare intervalli edittali differenziati a seconda della natura della sostanza per i casi di lieve entità.

Con ordinanza del 22 giugno 2015 il giudice per le indagini preliminari del Tribunale di Nola ha sollevato la questione di costituzionalità dell'art. **4-quater** del d.l. 30 dicembre 2005, n.272, come convertito con modificazioni dall'art.1 della legge 21 febbraio 2006, n.49 che introdusse l'art. 75-bis del d.P.R. n. 309 del 1990 prevedendo la possibilità di assoggettare a determinate misure di prevenzione i soggetti tossicodipendenti che abbiano commesso illeciti amministrativi in materia di sostanze stupefacenti, qualora, in relazione alle modalità e alle circostanze, possa derivare pericolo per la sicurezza pubblica; la norma prevede altresì che l'inosservanza di tali misure di prevenzione integra una contravvenzione punita con l'arresto da tre a diciotto mesi.

Nei confronti dei tossicodipendenti recidivi era infatti intervenuta la legge 5 dicembre 2005, n. 251, cosiddetta "legge ex Cirielli", che aveva aggiunto l'art. 94-bis al d.P.R. n. 309 del 1990, riducendo da quattro a tre anni la pena massima e consentendo ai recidivi l'affidamento in prova per l'attuazione di un programma terapeutico di recupero dalla tossicodipendenza; la stessa legge aveva altresì introdotto la lettera c) al comma 9 dell'art. 656 c.p.p., escludendo la sospensione della esecuzione della pena per i recidivi anche se tossicodipendenti inseriti in un programma terapeutico di recupero. Il Governo con l'art. 4 del d.l. 30 dicembre 2005, n.272, come convertito con modificazioni dall'art.1 della legge 21 febbraio 2006, n.49, ritenuta la straordinaria necessità e urgenza di garantire l'efficacia dei programmi di recupero anche in caso di recidiva, aveva abrogato il predetto art. 94-bis e aveva

modificato l'art. 656, comma 9, lettera c), cod. proc. pen., ripristinando la sospensione dell'esecuzione della pena nei confronti dei tossicodipendenti con un programma terapeutico in atto, alle condizioni precedentemente previste.

La **Corte Costituzionale**, con sentenza **n. 94** del 20 aprile 2016 ha dichiarato l'illegittimità costituzionale dell'art. 4-quater affermando che, diversamente dall'art. 4 che contiene norme a carattere processuale, l'art. 4-quater prevede anche norme a carattere sostanziale del tutto svincolate da finalità di recupero del tossicodipendente e orientate a finalità di prevenzione di pericoli per la sicurezza pubblica. La Corte, riconoscendo alla predetta disposizione, aggiunta in sede di conversione, una portata sistematica che coinvolge istituti di estrema delicatezza, quali le misure di prevenzione atipiche e le reazioni sanzionatorie alla loro violazione, ha ritenuto estraneo il suo contenuto rispetto alle finalità del decreto-legge in cui è stata inserita, dichiarandone l'illegittimità costituzionale.

Pendono attualmente innanzi alla Corte Costituzionale due questioni di costituzionalità sollevate rispettivamente il **31 luglio e il 29 settembre 2015** rispettivamente dal Tribunale di Perugia e dal Tribunale di Rovereto aventi ad oggetto l'art. 73 dpr 309/90 nella parte in cui prevede la pena edittale minima di anni 8 di reclusione.

I due giudici remittenti premesso che attualmente i fatti di lieve entità, non importa se afferenti a droghe pesanti o leggere, sono puniti e trattati al di fuori del circuito carcerario (considerando i limiti edittali di pena previsti che consentono l'ampio ricorso alla sospensione condizionale e alle misure alternative previste dall'ordinamento penitenziario, nonché la possibilità di sostituzione col lavoro di pubblica utilità ex art. 73 comma 5-bis) hanno evidenziato che invece è opposta la direttrice di politica criminale seguita per il reato avente ad oggetto le droghe pesanti, poiché la pena edittale minima di anni 8 di reclusione preclude, nella generalità dei casi non solo la sospensione condizionale della pena ma anche le misure alternative per la pratica impossibilità di contenere in concreto la pena sotto la soglia di 3 anni (cfr. art. 47 ord. pen.), pur considerando la congiunta riduzione di pena per la concessione delle circostanze attenuanti generiche e per riti speciali a contenuto premiale. Hanno quindi rilevato un contrasto con il principio di proporzionalità delle pene in quanto il limite edittale minimo di 8 anni di reclusione, previsto per il reato maggiore, è addirittura pari al doppio del massimo previsto per il reato minore, considerando questa distanza eccessiva ed irragionevole perché impone al giudice di punire con pene molto diverse tra loro casi sostanzialmente omogenei quanto a contenuto offensivo.

Il 24 novembre 2015 l'intergruppo parlamentare di cui fanno parte 221 fra membri della Camera e del Senato ha presentato un disegno di legge per la legalizzazione della vendita e della coltivazione della cannabis che ha ricevuto un sostegno trasversale di diversi partiti. Il disegno di legge:

- autorizza la coltivazione fino a 5 piante di cannabis di sesso femminile previa comunicazione all'Ufficio regionale dei Monopoli competente per il territorio, che provvede a inserire i dati trasmessi tra quelli sensibili sottoposti al Codice della privacy
- autorizza la costituzioni di associazioni senza fini di lucro composte da 50 membri al massimo, ognuno dei quali può coltivare fino a cinque piante
- consente la cessione a titolo gratuito di una quantità inferiore ai limiti (salvo che il destinatario sia persona minore o manifestamente inferma di mente); la punibilità è comunque esclusa qualora la cessione avvenga tra persone minori e la vendita è comunque illegale anche per le piccole dosi. L'autorizzazione alla vendita all'interno del regime di monopolio prevede l'autorizzazione dell'Agenzia delle Dogane e la predisposizione di locali dedicati, la tracciabilità del processo produttivo e il divieto di importazione e esportazione

- individua aree adatte alla coltivazione e norme più agili per la cura con la cannabis
- prevede la destinazione del 5% dei proventi derivanti dalla legalizzazione del mercato della cannabis al finanziamento dei progetti del Fondo nazionale di intervento per la lotta alla droga, e dei proventi derivanti dalle sanzioni interamente ad opere di informazione, cura e riabilitazione di consumatori di droghe e tossicodipendenti.

Per quanto riguarda l'**assistenza e la cura dei soggetti tossicodipendenti in stato di detenzione** il nostro ordinamento prevede dei percorsi *ad hoc* per i tossicodipendenti sottoposti a provvedimenti di condanna a pena detentiva, come previsto agli artt. 90 e 94 del D.P.R. 9 ottobre 1990 n.309, recanti rispettivamente la disciplina della sospensione dell'esecuzione della pena detentiva e dell'affidamento in prova in casi particolari.

Inoltre, per effetto di quanto stabilito nell'art. 73 co. 5 bis D.P.R. n. 309/90, introdotto dall'art. 4 bis, co. 1 lett. g) del D.L.272/05 convertito con modifiche dalla Legge n. 49/06, per reati ex art. 73 co. 5, commessi da persone tossicodipendenti o da assuntore di sostanze stupefacenti o psicotrope, può essere applicata con sentenza di condanna la sanzione sostitutiva del lavoro di pubblica utilità, in luogo della pena detentiva.

Fondamentale per l'incremento delle opportunità di riabilitazione e reinserimento sociale è la collaborazione Interistituzionale tra Regioni, Servizi Sanitari, Magistratura di Sorveglianza ed Uffici di Esecuzione Penale Esterna.

Sono stati a questo proposito stipulati **Protocolli d'intesa con le Regioni, gli Enti Locali, ed i Tribunali di Sorveglianza** in cui le Regioni firmatarie si sono impegnate ad adottare misure per potenziare le capacità ricettive delle comunità terapeutiche, idonee ad ospitare persone tossicodipendenti agli arresti domiciliari o in misura alternativa alla detenzione; l'Amministrazione penitenziaria, in attuazione del principio di territorializzazione della pena, si è impegnata a non trasferire, salvo casi eccezionali, i detenuti individuati per l'inserimento comunitario ed a promuovere, anche con il contributo della Cassa Ammende, progetti condivisi con le Regioni e con gli Enti territoriali finalizzati alla gestione integrata dei programmi alternativi alla pena detentiva per le persone tossicodipendenti, con la creazione di equipe territoriali e una effettiva individualizzazione dei percorsi terapeutici.

Il 22 gennaio 2015 è stato ratificato dalla Presidenza del Consiglio – Conferenza Unificata - l'accordo previsto dall'articolo 9, comma 2, lett. c) del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, sul documento «Linee guida in materia di modalità di erogazione dell'assistenza sanitaria negli Istituti penitenziari per adulti; implementazione delle reti sanitarie regionali e nazionali» che prevede che in tutti gli istituti penitenziari sia garantita la presa in carico e il trattamento dei detenuti tossicodipendenti e alcolodipendenti (art.2 comma 3) e sia garantita ai detenuti con morbilità complesse, tossicodipendenti, alcolodipendenti, sia garantito un regime particolarmente assistito e cure adeguate in ambito detentivo, anche mediante l'istituzione di sezioni dedicate negli istituti penitenziari con presenza di personale sanitario nelle 24 ore (art. 2 comma 5 e Allegato punto 3.3)

In data 30 novembre 2015 è stato pubblicato nella Gazzetta Ufficiale n. 279 – Serie Generale - il [Decreto del Ministro della salute 9 novembre 2015](#) recante “*Funzioni di Organismo statale per la cannabis previsto dagli articoli 23 e 28 della convenzione unica sugli stupefacenti del 1961, come modificata nel 1972.*” Il decreto, approvato dalle Regioni e Province autonome, oltre ad individuare nel Ministero della salute le funzioni di organismo statale per la coltivazione della cannabis, contiene un Allegato tecnico rivolto a medici e farmacisti per consentire l'uso medico della cannabis in maniera omogenea in Italia.

09/11/2015 [DECRETO del Ministero della Salute](#)

Funzioni di Organismo statale per la cannabis previsto dagli articoli 23 e 28 della convenzione unica sugli stupefacenti del 1961, come modificata nel 1972. (15A08888) Allegato rettificato dal Comunicato 07 gennaio 2016

[Scheda raccolta dati anonimi dei pazienti trattati per fini epidemiologici \(UCS-ISS-Regioni\)](#)

I farmacisti che allestiscono preparazioni magistrali a base di *cannabis* dovranno attenersi alle Norme di Buona Preparazione (NBP) ricordando che eventuali attività di estrazione devono essere di qualità tale da prevedere la titolazione del/dei principio/principi attivo/i dell'estratto. La sostanza attiva vegetale dopo l'estrazione, deve essere distrutta a seguito delle procedure di constatazione da parte della ASL competenti per territorio, come per i medicinali scaduti ed inutilizzabili. Si richiama infine l'attenzione di tutti gli operatori sanitari sulle attività di fitosorveglianza.

Riferimenti:

http://www.salute.gov.it/portale/news/p3_2_1_1_1.jsp?lingua=italiano&menu=notizie&p=dalministero&id=2365

Sessione Speciale dell'Assemblea Generale delle Nazioni Unite sul problema mondiale della droga: UNGASS 2016

New York, 19-21 aprile 2016

Premessa

La delegazione Italiana alla Sessione Speciale dell'Assemblea Generale delle Nazioni Unite sul tema droga, tenutasi a New York dal 19 al 21 aprile 2016, dopo ben 18 anni dalla sua ultima convocazione, ha visto la presenza dell'On. Andrea Orlando, Ministro della Giustizia, in qualità di capo delegazione.

Il Ministro Orlando è stato accompagnato da alti funzionari della Presidenza del Consiglio dei Ministri, Dipartimento Politiche Antidroga, del Ministero degli Affari Esteri e della Cooperazione Internazionale, dei Ministeri della Giustizia, degli Interni, del Lavoro e Politiche Sociali, della Salute.

Alla riunione di New York hanno inoltre partecipato rappresentanti delle Organizzazioni Non Governative e della società civile impegnati nel settore delle tossicodipendenze.

Il Ministro Orlando ha portato il contributo del Governo Italiano alla sessione plenaria ed ha partecipato a due tavole rotonde e un "side event" sul tema dell'uso delle droghe e approccio di genere. Il Dirigente del Dipartimento per le Politiche antidroga della PCM, Cons. Patrizia de Rose, l'Ambasciatore Italiano presso le Nazioni Unite Sebastiano Cardi e il Ministro Plenipotenziario Emilia Gatto hanno attivamente partecipato a successive tavole rotonde e eventi rappresentando a loro volta il Governo.

Di seguito sono riportati i testi degli interventi dei rappresentanti del Governo Italiano agli eventi che si sono succeduti nel corso dell'Assemblea.

**Dichiarazione del Capo della Delegazione italiana
Ministro della Giustizia On. Andrea Orlando**

Sessione Plenaria

New York, 20 aprile 2016

Grazie Signor Presidente, Eccellenze, Signore e Signori,

Nell'allinearmi all'intervento dell'Unione Europea, vorrei condividere alcune osservazioni dal punto di vista dell'Italia.

1. Il tema della droga è una delle principali sfide globali dei nostri tempi. Dall'entrata in vigore delle Convenzioni sulla droga e dalla Dichiarazione Politica del 2009, abbiamo maturato ulteriore esperienza e sono emerse nuove sfide. Dovremmo quindi adattare le politiche nazionali e internazionali, rafforzando gli interventi che si sono dimostrati efficaci e modificando quelli che non hanno funzionato, anche alla luce degli Obiettivi sullo Sviluppo Sostenibile.

L'UNGASS è un'occasione eccezionale per promuovere maggiore consapevolezza circa l'obiettivo ultimo delle Convenzioni sulla droga: la salute e il benessere dell'umanità. Dovremmo sfruttare la flessibilità prevista dalle Convenzioni per applicarle in maniera più bilanciata, efficace ed umana, assicurando che le nostre politiche in materia di droga rispettino pienamente i diritti umani e siano orientate alla tutela della salute.

2. La Comunità internazionale dovrebbe pienamente riconoscere il consumo di droga come una questione sanitaria e la tossicodipendenza come un disturbo multi-fattoriale cronico e curabile, che dovrebbe essere trattato e non punito. Dovrebbe tenere un approccio pragmatico, non ideologico. Un approccio orientato ai risultati, che incoraggi gli Stati nazionali a promuovere politiche pubbliche in considerazione della loro efficacia, più che in obbedienza a mere declamazioni di principio.

La persona umana va posta al centro delle politiche nazionali in materia di droga. Dobbiamo garantire l'accesso all'intera gamma di misure, che includono prevenzione, trattamento, riduzione del rischio e del danno, riabilitazione, recupero totale e reinserimento sociale, prestando speciale attenzione alle donne, ai giovani, ai gruppi vulnerabili e alle persone che hanno meno accesso ai servizi, anche in carcere.

La prevenzione è un investimento cruciale per l'intera società; al riguardo, famiglia e scuola rivestono un ruolo fondamentale. L'HIV/AIDS è tuttora un problema enorme tra le persone che consumano e iniettano droghe: le misure di riduzione del rischio e del danno si sono dimostrate efficaci.

3. Circa tre quarti della popolazione mondiale non ha accesso ad adeguate cure palliative: questa è una delle principali lacune del sistema internazionale per il controllo della droga, che deve essere urgentemente colmata.

4. Dobbiamo assicurarci che i sistemi nazionali di giustizia penale riflettano pienamente il principio di proporzionalità delle pene sancito dalle Convenzioni. La legge italiana prevede diverse misure alternative alla detenzione per le condotte di minore gravità e assicura l'accesso alle cure sanitarie anche in carcere. Da anni

l'Italia ha depenalizzato il consumo personale di droga. Inoltre, nel gennaio 2016 abbiamo depenalizzato alcune violazioni legate alla coltivazione della cannabis per fini medici.

5. Siamo impegnati nel contrasto al traffico di droga ed ai suoi molteplici legami con altri crimini gravi, inclusi corruzione e terrorismo. Sollecitiamo tutti gli Stati Membri a promuovere ulteriormente l'uso degli strumenti previsti dalla Convenzione del 1988 e dalla Convenzione di Palermo contro il crimine organizzato transnazionale e dai suoi Protocolli addizionali, per rafforzare la cooperazione internazionale giudiziaria e di polizia.

6. L'attuazione dell'Agenda 2030 impone ulteriori sforzi per affrontare le cause socio-economiche del problema mondiale della droga, in stretta collaborazione con tutti gli attori. Una efficace cooperazione con la comunità scientifica, la società civile ed il settore privato è fondamentale per l'elaborazione, l'attuazione, il monitoraggio e la valutazione delle politiche in materia di droga. Incoraggiamo tutte le organizzazioni internazionali, tra cui la FAO e l'IFAD, a rafforzare la collaborazione con la Commissione Droga.

7. L'Italia si oppone fermamente all'uso della pena di morte in ogni circostanza, incluso per i reati di droga. Siamo delusi che gli Stati Membri non siano riusciti ad affrontare questa questione cruciale nell'outcome document. Sollecitiamo tutti i Paesi che ancora applicano la pena di morte per questi reati ad adottare una moratoria, quale primo passo verso la sua definitiva abolizione.

Grazie Signor Presidente.

**Intervento del Capo Delegazione della Repubblica Italiana
Ministro della Giustizia On. Andrea Orlando**

Tavola rotonda III

Temi trasversali: droga e diritti umani, giovani, donne, bambini e comunità

New York, 20 aprile 2016

Grazie Signor Presidente, Eccellenze, Signore e Signori,

Nell'allinearci all'intervento dell'Unione Europea, vorremmo condividere alcune osservazioni a titolo nazionale.

1. Il rispetto e la promozione delle libertà fondamentali e dei diritti umani nel quadro delle politiche nazionali e internazionali in materia di droga non è solo un imperativo morale ma anche precondizione per la piena efficacia di tali politiche. L'Italia è fermamente convinta che la tutela dei diritti umani debba essere parte integrante delle politiche internazionali sulla droga.

2. L'UNGASS è una straordinaria occasione per incrementare i nostri sforzi per porre definitivamente la persona umana, la sua salute e il suo benessere al centro delle politiche in materia di droga, in linea con il fine ultimo delle tre convenzioni sulla droga.

3. Dovremmo esaminare tutte le lacune delle nostre politiche sulla droga dal punto di vista dei diritti umani, in materia di riduzione sia della domanda che dell'offerta, per garantire che l'applicazione delle convenzioni internazionali sulla droga rispetti pienamente gli standard internazionali in materia di diritti umani.

4. A tal riguardo, dovremmo riservare un'attenzione particolare ai bisogni specifici di donne, bambini, giovani e membri vulnerabili della società. Non solo perché essi hanno bisogno di misure specifiche e mirate, per esempio dal punto di vista sanitario e della giustizia penale, ma anche perché i fatti dimostrano come questi membri più vulnerabili della società siano più spesso vittime di violazioni dei diritti umani.

5. Siamo lieti che il documento finale dell'UNGASS includa un riferimento al consenso informato per il trattamento sanitario. Dalla sua introduzione nella legislazione italiana a partire dagli anni '70, abbiamo potuto verificare come il consenso informato sia un elemento fondamentale per l'efficacia delle cure.

6. L'accesso per fini medici alle sostanze poste sotto controllo internazionale è una delle principali sfide per il sistema internazionale per il controllo della droga ed è anche direttamente collegato al diritto alle cure. Il recente rapporto dell'INCB su tale materia fornisce un contributo molto utile e tempestivo per affrontare questa sfida.

7. L'UNGASS è un'occasione straordinaria per incrementare i nostri sforzi per assicurare che i nostri sistemi penali siano fondati sul principio di proporzionalità, che ha anche implicazioni concrete sul versante della tutela dei diritti umani. Le convenzioni prevedono infatti che "le condotte più gravi siano assoggettate a sanzioni adeguate in particolare con la detenzione" e che quelle di minore gravità non siano da punire necessariamente con severe sanzioni penali. Un approccio meramente punitivo nei confronti del tossicodipendente è contrario allo spirito delle convenzioni e non contribuisce al recupero della persona. È necessario il mantenimento di un regime detentivo di lunga durata per i trafficanti di droga. Inoltre, tanto i consumatori quanto i trafficanti di droga dovrebbero beneficiare del diritto di accesso ad un trattamento sanitario più adeguato, della protezione da maltrattamenti e torture e del diritto alla vita.

8. L'applicazione della pena capitale per reati in materia di droga è una evidente violazione dei diritti umani. Come riconosciuto dall'INCB, dall'UNODC e dall'Alto Commissario per i Diritti

Umani, la pena di morte non è mai stata nella lettera e nello spirito delle convenzioni internazionali sulla droga, il cui obiettivo ultimo è la salute e il benessere dell'umanità.

Sebbene la preparazione per l'UNGASS sia stata un'utile occasione per stimolare ulteriormente il dibattito su questo tema, ci rincresce che il documento finale non contenga alcun riferimento a tale fondamentale questione. Apprezziamo i passi avanti compiuti da alcuni Paesi per ridurre il numero di crimini punibili con la pena capitale e quelli per limitarne l'applicazione. Sollecitiamo pertanto gli Stati Membri che ancora prevedono la pena di morte per i reati in materia di droga a introdurre una moratoria, come primo passo verso la sua definitiva abolizione.

Grazie per l'attenzione.

**Intervento del Capo Delegazione della Repubblica Italiana
Ministro della Giustizia On. Andrea Orlando**

Tavola rotonda IV

Temi trasversali: nuove sfide, minacce e realtà nel prevenire e contrastare il problema mondiale della droga in conformità con il diritto internazionale, incluse le tre convenzioni per il controllo della droga; rafforzamento del principio di responsabilità comune e condivisa e della cooperazione internazionale

New York, 21 aprile 2016

Grazie Signor Presidente, Eccellenze, Signore e Signori,

Nell'allinearci all'intervento dell'Unione Europea, vorremmo condividere alcune osservazioni a titolo nazionale.

1. L'Italia ritiene prioritario affrontare le sfide globali poste dalle nuove sostanze psicoattive (NPS). Nel 2013 abbiamo adottato un piano di azione nazionale sulle NPS ed abbiamo attivato un sistema di allerta precoce per contrastare in modo coordinato e tempestivo la diffusione di tali sostanze. Le decisioni adottate dalla Commissione Droga su base regolare ed informata per porre sotto controllo internazionale le sostanze più nocive svolgono un ruolo fondamentale. Incoraggiamo tutti gli Stati Membri, l'OMS, l'INCB e UNODC a rafforzare la cooperazione a tal fine.

2. Il crescente uso di internet per il traffico di droga costituisce una minaccia soprattutto per i giovani. Dobbiamo rafforzare le nostre capacità a tutti i livelli per contrastare questo fenomeno, anche in collaborazione con il settore privato, sfruttando al meglio tutti gli strumenti giuridici internazionali disponibili, inclusa la Convenzione di Palermo contro la criminalità organizzata transnazionale. L'Italia ha già avviato iniziative in questa direzione. La nostra risposta dovrebbe anche prevedere la promozione dell'uso di internet a fini preventivi.

3. La produzione e il traffico di medicine contraffatte contenenti sostanze poste sotto controllo internazionale è una minaccia crescente a livello mondiale. Sebbene l'esatto numero di morti causate dai medicinali contraffatti sia tuttora sconosciuto, i costi per la salute pubblica sono enormi. Si tratta di una evidente lacuna del sistema internazionale per il controllo della droga e siamo spiacenti che il documento finale dell'UNGASS non affronti in modo esplicito tale minaccia. Il coinvolgimento di sofisticati gruppi criminali internazionali rappresenta una sfida ulteriore per le forze di polizia. Incoraggiamo tutti gli Stati Membri e le organizzazioni internazionali a rafforzare la cooperazione tra loro per contrastare questa sfida.

4. Alcune delle categorie finora utilizzate nell'ambito della cooperazione internazionale per contrastare il problema mondiale della droga appaiono ormai datate. Dovremmo essere più precisi nel distinguere tra Paesi di "origine", di "transito" e di "destinazione". Queste categorie, ancora pertinenti in certi casi, sono chiaramente inadeguate per altri aspetti, come dimostrano il crescente abuso di droghe in alcuni Paesi tradizionalmente considerati di "origine" o "transito" e la produzione di droga, in particolare di Nuove Sostanze Psicoattive nei cosiddetti Paesi di "destinazione".

5. In questo contesto, dobbiamo monitorare con grande attenzione l'evoluzione delle rotte del traffico di droga. L'Italia presta particolare attenzione all'Africa, che è sempre più coinvolta nei traffici provenienti sia dall'America Latina che dall'Asia. Al fine di intercettare il traffico di droga, l'Italia

monitora le acque internazionali del Mediterraneo attraverso le sue unità aeree e navali, in cooperazioni con organismi internazionali, quali MAOC-N, EUROPOL, CECLAD-M.

6. Riteniamo utile elaborare indicatori precisi per una valutazione condivisa dell'attuale sistema di controllo mondiale delle droghe. L'Italia è disponibile a coinvolgere proprie strutture e centri di ricerca in grado di concorrere ai più elevati standard di evidenze scientifiche, anche attraverso uno scambio con la comunità scientifica internazionale, per affinare una metodologia di lavoro che consenta di giungere ai prossimi appuntamenti sul tema disponendo di dati consolidati su un fenomeno sempre più complesso ed in continua evoluzione.

7. L'Italia continuerà ad essere attenta alle richieste di numerosi Paesi ed Agenzie delle Nazioni Unite in tema di accesso alle medicine essenziali. L'Italia dispone di know how e capacità tecnico-giuridiche per affrontare gli ostacoli normativi e burocratici alla circolazione di sostanze controllate e per ampliare i programmi esistenti di cooperazione medica.

8. Siamo impegnati a contribuire agli sforzi internazionali volti a prevenire e contrastare i vari aspetti del problema mondiale della droga, in ossequio al principio di responsabilità comune e condivisa. Sulla base del documento finale dell'UNGASS, in vista della revisione della Dichiarazione Politica del 2009, continueremo a fare la nostra parte per migliorare le politiche internazionali in materia di droga, anche in qualità di membro della Commissione Droga ed in stretta collaborazione con le rilevanti organizzazioni internazionali, inclusi UNODC ed OMS.

Grazie per l'attenzione.

**Intervento del Capo Delegazione della Repubblica Italiana
Ministro della Giustizia On. Andrea Orlando**

Side Event

Drug use and women: best practices in the implementation of programs and public policies for prevention and treatment with gender approach

New York, 20 aprile 2016

Sono molto onorato di intervenire a questo Evento dedicato alla tutela del genere femminile in rapporto alla droga.

Ringrazio i Governi del Cile e del Perù per aver condiviso con noi questo momento di confronto.

Questo incontro colma una lacuna di attenzione e di impegno che abbiamo notato negli ultimi tempi circa il legame tra problema della droga e condizione femminile. In molti Paesi le donne sono detenute per reati di droga più che per altri crimini, come ha messo in evidenza l'Alto Commissario delle Nazioni Unite per i Diritti Umani, con punte del 70-80% in taluni Paesi latinoamericani e asiatici. E il più recente Rapporto mondiale sulle droghe segnala il persistere di barriere strutturali che ostacolano l'accesso delle donne a trattamenti per l'uso di sostanze stupefacenti. Senza contare la maggiore vulnerabilità alle malattie infettive e in particolare all'HIV delle donne che fanno uso di tali sostanze o che sono oggetto di sfruttamento sessuale.

È importante che la UNGASS oggi affronti in modo aperto il discorso delle politiche di genere nella strategie in materia di droga, nella consapevolezza delle condizioni di povertà, emarginazione e discriminazione nell'accesso ai servizi e alle opportunità di recupero che molte donne soffrono in varie parti del mondo.

Permettetemi di ricordare con gratitudine ed apprezzamento l'intervento svolto da Emma Bonino nel corso della Commissione sullo Status della Donna un mese fa circa. Condividendo quella impostazione, il Governo italiano si candida ad assumere un ruolo propulsivo su questo argomento, promuovendo un approccio articolato che si basa sui diritti della persona, la sanità pubblica, lo sviluppo sostenibile, la riduzione del danno e l'ottica di genere.

Il punto di partenza delle nostre azioni sono quelle parti dell'Outcome document dedicate alla tutela dei generi più vulnerabili tra cui donne e bambini. Ma dobbiamo andare oltre.

È necessario assicurare alle donne - comprese quelle detenute - servizi sanitari adeguati e counseling specifico, un accesso tempestivo ai test volontari per l'HIV e ai servizi di sostegno, riabilitazione e reintegrazione sociale; individuare i fattori protettivi e di rischio, come pure le condizioni che continuano a rendere le donne e le ragazze più vulnerabili allo sfruttamento ed al loro coinvolgimento nel traffico di droga; integrare la prospettiva di genere ed assicurare il coinvolgimento di tutte le donne in tutte le fasi dello sviluppo, attuazione, monitoraggio e valutazione dei programmi e delle politiche sulla droga, al fine di contrastare fermamente le discriminazioni nei confronti delle donne tossicodipendenti e dei loro figli.

Per proporre interventi davvero efficaci ed efficienti, occorre tenere presente la diversità delle situazioni, le differenze psicologiche, sociali ed ambientali, la diversità delle ragioni che spingono le donne al consumo di sostanze, la diversa esposizione al rischio, la diversa sensibilità delle ragazze rispetto a quella dei ragazzi e la loro diversa fragilità.

Nel settore delle attività di prevenzione e cura devono essere garantiti interventi di diagnosi precoce che, nella futura madre, devono avviarsi già nel periodo della gravidanza per la tutela del nascituro.

L'Italia si sforza di dedicare un'attenzione particolare alle questioni *gender oriented* in materia di droghe. Nel 2012 abbiamo promosso la Risoluzione 55/5 intitolata "Promuovere strategie e misure orientate ai bisogni specifici delle donne nel quadro di programmi e strategie complete e integrate per la riduzione della domanda" in materia di tutela del genere femminile, per colmare quel *gap* esistente tra generi diversi soprattutto in materia di riduzione

della domanda di droga (prevenzione, cura, riduzione del rischio e del danno, riabilitazione sociale e lavorativa e ricerca scientifica).

Abbiamo sviluppato, con il coordinamento del Dipartimento Politiche Antidroga della Presidenza del Consiglio dei Ministri e in collaborazione con UNODC e UNICRI, interventi specifici, linee guida, corsi di formazione rivolti a donne/ragazze particolarmente vulnerabili, a coloro che usavano sostanze stupefacenti in modo occasionale ovvero già dipendenti da sostanze.

Queste strategie sono state replicate e condivise anche a livello internazionale, specie in collaborazione con gli Stati aderenti al Gruppo Pompidou del Consiglio d'Europa, e con la rete Mednet che esplica la sua attività sui Paesi dell'area del Mediterraneo.

A livello europeo abbiamo fortemente voluto che sia nel Piano d'Azione Droga (2013-2016) che nella Strategia UE (2013-2020) fosse inserita una parte dedicata alla tutela del genere femminile.

Desidero ringraziare il Messico ed il gruppo di Paesi Latino Americani che alla scorsa Commissione Droga hanno presentato una Risoluzione che tiene in considerazione e completa la Risoluzione da noi presentata nel 2012.

E rivolgo infine la nostra soddisfazione e apprezzamento per il lavoro svolto in questi anni dal Gruppo Pompidou del Consiglio d'Europa, che ha saputo conseguire ottimi risultati in questo settore che vanno al di là di un semplice scambio di informazioni tra i Paesi aderenti. Penso all'attività del *Gender Equality Rapporteur* che ha il compito di garantire una particolare attenzione al genere femminile nell'ambito del problema della droga.

Vi ringrazio.

Dichiarazione del Rappresentante Permanente Amb. Sebastiano Cardi

Tavola rotonda 1

Riduzione della domanda e misure ad essa correlate, tra cui la prevenzione e il trattamento, così come le tematiche correlate alla salute e assicurare la disponibilità di sostanze controllate per scopi medici e scientifici, prevenendone la loro diversione (“droghe e salute”)

New York, 19 aprile 2016

Grazie Signor Presidente, Eccellenze, Signore e Signori,

nell'allinearmi alla dichiarazione dell'Unione Europea, vorremmo condividere alcune osservazioni a titolo nazionale.

1. UNGASS è un'occasione unica per promuovere la consapevolezza sull'obiettivo finale delle Convenzioni di droga: la salute e il benessere del genere umano. E per promuovere un'attuazione più equilibrata del sistema di controllo della droga, attraverso un migliore approccio di salute pubblica.

Le misure di riduzione della domanda – la prevenzione, il trattamento, la riduzione del rischio e del danno, la riabilitazione, il recupero e il reinserimento sociale – si rafforzano a vicenda e dovrebbero essere applicate in modo equilibrato e sistematico.

2. UNGASS è anche l'occasione per promuovere misure di riduzione della domanda basate sulla scienza e sull'evidenza e per aumentare la loro copertura. Non possiamo rimarcare abbastanza l'importanza di garantire la raccolta di dati in modo sistematico e rigoroso, l'analisi e la valutazione, come condizione preliminare per l'elaborazione di politiche sulle droghe efficaci e basate sull'evidenza.

3. L'evidenza mostra che le misure di riduzione della domanda sono veramente efficaci quando garantiscono il pieno rispetto dei diritti umani e se sono adattate a specifici gruppi di persone, con particolare attenzione alle esigenze delle donne, dei bambini e dei giovani e di altri membri vulnerabili della società.

4. Ogni singolo centesimo speso nella prevenzione è un investimento a lungo termine per la società. La diagnosi precoce e l'intervento precoce sono fondamentali in questo senso. Dobbiamo rafforzare la nostra capacità di prevenire l'uso di Internet per la vendita illecita di droga, che è una minaccia crescente, in particolare per i bambini e i giovani.

5. Abbiamo la prova che le misure di riduzione del rischio e del danno sono la chiave per prevenire la diffusione del virus HIV/AIDS e altre malattie infettive trasmissibili per via ematica e sessuale (tra cui HCV e HBV), migliorando così la salute pubblica e riducendo la mortalità diretta e indiretta legati alla droga. Incoraggiamo tutti gli Stati membri a rendere tali misure disponibili o ad aumentare ulteriormente la loro disponibilità.

6. Circa tre quarti della popolazione mondiale non ha ancora accesso a un adeguato trattamento del dolore: questa carenza nel sistema per il controllo internazionale della droga deve

essere affrontata con urgenza. A livello nazionale, stiamo portando avanti un progetto sperimentale per la coltivazione di cannabis per scopi medici al fine di generare una fonte affidabile di approvvigionamento per le persone autorizzate a usare la cannabis per ragioni mediche.

L'accesso dovrebbe essere accoppiato con la sicurezza e la qualità. I farmaci contraffatti contenenti sostanze controllate sono una crescente minaccia per la salute pubblica in tutto il mondo.

7. L'evidenza dimostra l'importanza di un adeguato coinvolgimento della società civile, della comunità scientifica e del settore privato per l'elaborazione, l'attuazione, il monitoraggio e la valutazione delle politiche di riduzione della domanda di droga.

8. La CND potrebbe promuovere un forte approccio di salute pubblica nelle politiche sulla droga attraverso i suoi organi sussidiari regionali, che dovrebbe espandere la propria competenza per la parte riguardante la salute delle politiche sulle droghe, al di là delle misure di riduzione dell'offerta.

9. Noi continueremo a lavorare con i nostri partner nel sostenere i sistemi sanitari di tutto il mondo, anche in conformità con la tabella di marcia fissata dagli Obiettivi di Sviluppo Sostenibile.

Grazie.

Dichiarazione del Ministro Plenipotenziario Emilia Gatto

Tavola rotonda 2

Riduzione dell'offerta e misure ad essa correlate; risposte alla criminalità correlata alla droga; e contrastare il riciclaggio di denaro e promuovere la cooperazione giudiziaria ("droga e crimine")

New York, 20 aprile 2016

Grazie Signor Presidente,

nell'allinearmi alla dichiarazione dell'Unione Europea, vorrei condividere alcune osservazioni a titolo nazionale.

1. In linea con il principio di responsabilità comune e condivisa, l'Italia resta impegnata a fare la sua parte per ridurre l'offerta illecita di droghe e per intensificare la cooperazione internazionale in questo settore.

L'Italia è attivamente impegnata nella lotta contro la produzione illecita e il traffico di droga a livello nazionale e internazionale, anche attraverso l'Unione Europea.

Possiamo contare su una vasta gamma di accordi bilaterali con i Paesi partner e su una rete di addetti delle forze dell'ordine con sede in tutte le regioni, in particolare in quei Paesi che sono più esposti alla produzione e il traffico di droga, con particolare attenzione al Mediterraneo, all'Asia centrale, all'Africa occidentale e orientale e all'America Latina.

2. L'esperienza europea dimostra l'importanza di una cooperazione regionale efficace. L'Italia supporta una vasta gamma di iniziative regionali volte a costruire capacità e a condividere le migliori pratiche. La cooperazione con il sistema delle Nazioni Unite è fondamentale anche in questo senso, in particolare attraverso le iniziative realizzate da UNODC.

3. UNGASS è un'occasione unica per promuovere le politiche e le misure di riduzione dell'offerta basate sull'evidenza. Abbiamo bisogno di monitorare costantemente i collegamenti ampi e in continua evoluzione tra il traffico di droga e le altre attività criminali, in particolare il terrorismo e la corruzione.

4. L'evidenza dimostra che le misure di riduzione dell'offerta sono più efficaci quando si garantiscono il pieno rispetto dei diritti umani e le norme e gli standard rilevanti delle Nazioni Unite.

5. Le reti criminali transnazionali colgono velocemente nuove opportunità e sfruttano le lacune e le debolezze nella cooperazione internazionale nel settore giudiziario e nel settore dell'applicazione della legge. Il crescente utilizzo di Internet per il traffico di droga è un chiaro esempio di come il crimine organizzato sfrutti anche le nuove tecnologie. Pertanto, abbiamo bisogno di aggiornare costantemente e rivedere le nostre politiche e i nostri strumenti al fine di contrastare efficacemente queste sfide in continua evoluzione.

6. Non possiamo sottolineare abbastanza l'importanza di un'efficace attuazione di tutte gli strumenti giuridici internazionali rilevanti contro il traffico di droga. Insieme alla Convenzione del 1988 contro il traffico illecito, la Convenzione di Palermo contro la criminalità organizzata

transnazionale e i relativi protocolli possono svolgere un ruolo cruciale in questo senso, in particolare con riferimento al riciclaggio di denaro e alla confisca dei proventi legati ad attività criminali, anche alla luce dei legami tra il traffico di droga e la tratta di persone, il traffico di migranti e la tratta di armi da fuoco.

7. In conclusione, è giunto il momento di assicurare una cooperazione internazionale nel settore giudiziario e nel settore dell'applicazione della legge completa, tempestiva ed efficace.

La cooperazione internazionale contro la criminalità organizzata transnazionale, tra cui il traffico di droga, potrebbe essere ulteriormente rafforzata attraverso un meccanismo efficace per esaminare l'attuazione della Convenzione di Palermo. Non dovremmo lesinare gli sforzi per raggiungere un consenso a questo scopo in vista dell'ottava sessione della Conferenza delle Parti, che si terrà a Vienna nel mese di ottobre 2016.

Grazie.

Intervento del Rappresentante del Governo Italiano

Consigliere Avv. Patrizia De Rose

Side Event

Stabilire criteri scientifici per la valutazione dei disturbi derivanti dall'uso di sostanze e la definizione di misure alternative al carcere

New York, 18 aprile 2016

Sono lieta di prendere la parola, in rappresentanza del Governo italiano, a questo evento organizzato da UNICRI, un Istituto con il quale l'Italia vanta una lunga e proficua collaborazione nel rafforzamento delle capacità istituzionali nel settore della giustizia penale e della salute pubblica.

Abbiamo accolto con interesse tale iniziativa, che promuove l'attenzione sullo sviluppo delle capacità nell'ambito della giustizia penale per l'applicazione di misure alternative alla detenzione per le persone affette da disturbi da uso di sostanze, sulla base di rigorosi criteri scientifici ed un approccio multidisciplinare, le quali possano adeguatamente sostenere i magistrati nelle loro decisioni.

Secondo le statistiche, è elevata in Italia la percentuale di detenuti con problemi di dipendenza da sostanze stupefacenti; così come consistenti sono le percentuali di soggetti ristretti per violazioni della legge sulla droga¹.

A partire da questi dati e considerando, da un lato, che per tali soggetti il carcere dovrebbe rappresentare l'*extrema ratio* e, dall'altro lato, che il regime sanzionatorio per i reati in materia di stupefacenti si caratterizza ancora per la sua asprezza, le Autorità italiane si riservano di valutare una revisione della legislazione penale sugli stupefacenti, dal momento che nessuna situazione soggettiva - come la tossicodipendenza - o nessun tipo di reato commesso può costituire di per sé esclusione dalle opportunità di recupero sociale.

Tale nodo è stato discusso dagli Stati Generali dell'Esecuzione Penale, voluti dal Ministro della Giustizia sin dal 2014 che si concludono formalmente proprio oggi e domani a Roma. Il rapporto finale degli Stati Generali auspica la depenalizzazione delle condotte riferibili al consumo ed un ripensamento delle sanzioni amministrative, oltre all'adeguata differenziazione delle sanzioni nei casi di spaccio e di traffico. Tale orientamento ispira anche alcuni progetti di legge all'esame del Parlamento.

Accanto agli interventi tesi a ridurre l'area della rilevanza penale di fenomeni contigui al consumo e a ridurre le sanzioni per le varie ipotesi di reato, le Conclusioni degli Stati Generali segnalano l'esigenza di creare le condizioni affinché le persone alcol o tossicodipendenti tendenzialmente non entrino nel circuito penitenziario, evitandone l'ingresso già in fase cautelare. In questo quadro, si suggerisce di creare unità trattamentali *ad hoc* dedicate alla presa in carico dei soggetti alcool e tossicodipendenti autori di reato.

¹ Dai dati del Dipartimento Amministrazione penitenziaria, sappiamo che al 31 dicembre 2015, su un totale di 52.164 detenuti, 17.676 erano ristretti per violazione della legislazione sulla droga 309/90 (da tenere presente che ciò non implica che fossero detenuti *solo* per violazione della legge sulla droga).

Per quanto riguarda le misure alternative alla detenzione, in Italia sta maturando la convinzione che occorra consolidare ulteriormente i dispositivi di legge che consentono l'uscita dal carcere dei soggetti con problematiche di abuso. Una strada percorribile in questa direzione riguarda l'introduzione del nuovo istituto del "*Programma di reintegrazione sociale*" in affiancamento e in modalità complementare rispetto all'affidamento terapeutico già vigente.

Infine, proseguendo con l'idea di proporre opzioni alternative al carcere, si potrebbe ipotizzare l'introduzione di una tipologia di sospensione della pena con messa alla prova dedicata agli alcool e tossicodipendenti che abbiano in corso, o intendano intraprendere, un programma di recupero.

E vengo alla questione dei criteri scientifici per valutare l'uso di sostanze stupefacenti.

Nella prospettiva che stiamo delineando, diviene essenziale il tema della certificazione dello stato di dipendenza dei soggetti tratti in arresto o già detenuti. A tale scopo, data l'attuale disomogeneità dei criteri adottati per la diagnosi, ma anche per il trattamento di tale condizione, si prevede la creazione di tavoli permanenti interistituzionali che coinvolgano professionisti esperti nel campo della giustizia, della sanità e del sociale, che mirino a individuare linee guida condivise a livello locale, regionale e nazionale e che aiutino a distinguere il problema di salute da quello deviante.

Le Conclusioni degli Stati Generali raccomandano, in ogni caso, di favorire sin dal circuito penitenziario percorsi terapeutici e, comunque, di riduzione del danno, in grado di aumentare le opportunità di cura e di ridurre la recidiva. Inoltre, le linee guida internazionali offrono tutte le indicazioni necessarie per agire negli istituti di pena sul fronte della prevenzione delle malattie infettive, in particolare dell'HIV, ma anche dei casi di overdose.

I servizi pubblici per le dipendenze devono in ogni caso conservare la loro attuale funzione di orientamento e di inserimento nelle Comunità Terapeutiche, qualora la misura prevedesse un programma terapeutico di tipo residenziale.

Infine, sia in caso di programma territoriale, sia residenziale, gli Stati Generali raccomandano una migliore sinergia in fase di esecuzione tra la Magistratura di Sorveglianza, l'Ufficio dell'Esecuzione Penale Esterna e i Servizi socio-sanitari territoriali.

Le indicazioni che vi ho sommariamente riassunto saranno portate nei prossimi giorni all'attenzione del Parlamento e del Governo per la determinazione degli opportuni interventi, legislativi e amministrativi, di riforma.

Vi ringrazio dell'attenzione.

**Dichiarazione del Rappresentante Permanente
Amb. Sebastiano Cardi**

Side Event

Effective drugs policies without the death penalty

Organizzato dal Governo dei Paesi Bassi e dall'Unione Europea

New York, 18 aprile 2016

Grazie Signor Presidente,

Eccellenze,

Signore e Signori,

Desidero ringraziare gli organizzatori di questo evento, che si concentra su uno degli aspetti più delicati della pena di morte. Mi riferisco alla realizzazione di politiche efficaci sulle droghe senza infliggere la pena di morte per i trasgressori. Questo è un problema critico, perché i reati legati alla droga rappresentano la maggior parte delle sentenze capitali e un gran numero di esecuzioni in tutto il mondo.

Abbiamo appena sentito i dati allarmanti sull'aumento delle esecuzioni nel mondo. In un periodo in cui il terrorismo è in aumento e le minacce alla sicurezza sono in crescita, alcuni Paesi hanno recentemente attuato pene più severe, tra cui la pena di morte. In alcuni casi è stata anche applicata ai reati legati alla droga, anche se a livello internazionale non sono considerati tra i crimini più gravi ma sono parte di un quadro tremendo più ampio.

L'Italia ha attraversato periodi bui della sua storia, in particolare negli anni '70 e '80, quando stavamo combattendo alti tassi di criminalità, il terrorismo e la criminalità organizzata. Come risultato di questa terribile esperienza, riteniamo di aver acquisito una conoscenza delle situazioni che provocano shock e sgomento.

La nostra risposta a queste minacce terribili è stata la nostra Costituzione, che rifiuta la pena di morte, e ha adottato un approccio più ampio sulla base di sanzioni proporzionate al crimine e l'attuazione di tutti gli strumenti disponibili per la riabilitazione e il reintegro sociale delle persone condannate.

Questo non vuol dire che abbiamo la soluzione. Sappiamo che non vi è una soluzione "buona per tutto", e che i diversi contesti nazionali possono essere impegnativi e unici. Questo è il preciso motivo per cui l'Italia ha sostenuto un approccio flessibile, basato sul dialogo alle Nazioni Unite, che ha permesso la prima risoluzione mai realizzata su una Moratoria sull'uso della pena di morte adottata dall'Assemblea Generale nel 2007.

In vista della prossima nuova risoluzione sulla moratoria alla 71esima Assemblea Generale delle Nazioni Unite, la nostra ferma convinzione continua ad essere che il percorso verso un mondo libero dalla pena di morte richiede dialogo, cooperazione, conoscenza, e inclusione, un'atmosfera in

cui ogni Paese è invitato a contribuire, al proprio ritmo, al raggiungimento dell'obiettivo comune di un mondo senza pena di morte. Siamo convinti che questo obiettivo è possibile e che i crimini legati alla droga sono i primi che dovrebbero esseri presi in considerazione nell'unire le forze per concentrarsi sulla prevenzione piuttosto che sulla punizione.

Dovremmo promuovere campagne di sensibilizzazione e incoraggiare in particolare i dibattiti pubblici e iniziative guidate dai Paesi che possono portare a un allontanamento dalla pena di morte.

Con questo obiettivo in mente, l'Italia è pronta ad ascoltare e a condividere esperienze, buone pratiche e lezioni apprese, e ci tiene a beneficiare della cooperazione e dei contributi di tutti i Paesi che vogliono.

Grazie

Documento a cura del Ministero degli Affari Esteri e della Cooperazione Internazionale

UNGASS 2016

Si è tenuta dal 19 al 21 aprile scorso a New York la Sessione Speciale dell'Assemblea Generale delle Nazioni Unite sul problema mondiale della droga (UNGASS). Essa è stata convocata dall'Assemblea Generale 18 anni dopo l'ultima sessione dedicata alla droga, al fine di valutare i risultati raggiunti e le prossime sfide in questo ambito della cooperazione internazionale, nonché di analizzare i progressi nell'attuazione della Dichiarazione politica e del Piano d'azione in materia di droga, adottati nel corso del Segmento di alto livello della 52esima sessione della Commissione Stupefacenti (Commission on Narcotics Drugs, CND) tenutasi a Vienna nel 2009.

In seguito a tale Sessione Speciale, è stata avviata a Vienna una prima riflessione sui seguiti per la Commissione Stupefacenti.

I partner *like-minded* hanno concordato nel valutare in maniera complessivamente positiva gli esiti dell'UNGASS, incluso l'*outcome document*, considerato il testo più avanzato e bilanciato elaborato dalle Nazioni Unite sulla cooperazione internazionale in materia di droga.

Nonostante il documento finale dell'UNGASS 2016 non contenga gli auspicati riferimenti all'abolizione della pena di morte per i reati in materia di droga ed alla esplicita utilità delle misure di riduzione del rischio e del danno, per la prima volta esso contiene un'articolata serie di raccomandazioni operative su temi prioritari per il nostro Paese e per l'Unione Europea, in particolare in materia di droga e diritti umani, promozione di un approccio innanzitutto sanitario alla droga, accesso per fini medici e scientifici alle sostanze poste sotto controllo internazionale, promozione di politiche basate sull'evidenza scientifica e non su un approccio ideologico, applicazione più equilibrata delle Convenzioni delle Nazioni Unite sulla droga, a cominciare dall'applicazione del principio di proporzionalità della pena per le violazioni in materia di droga, aspetto ancora ampiamente trascurato in molti Paesi.

Tra gli argomenti di maggiore interesse che saranno esaminati dalla Commissione Stupefacenti sin dalla riunione "*reconvened*" del prossimo mese di dicembre vi è il legame tra le raccomandazioni operative adottate dall'UNGASS 2016 e la preparazione della revisione decennale dell'attuazione della Dichiarazione Politica e del Piano d'Azione, che si terrà nel 2019, quando la Dichiarazione Politica volgerà al termine. Appare quindi opportuno riflettere sin d'ora sui nostri obiettivi in vista del 2019 e del post-2019. L'*outcome document* dell'UNGASS 2016 dovrebbe consentire di superare definitivamente la Dichiarazione Politica ed il Piano d'Azione del 2009, ispirati ad un approccio per molti versi riduttivo, a cominciare dalla suddivisione in soli tre pilastri, relativi alla riduzione della domanda, alla riduzione dell'offerta ed alla cooperazione giudiziaria internazionale.

Uno dei principali risultati positivi del documento finale dell'UNGASS è l'essere andati oltre tale suddivisione, sancendo una visione più articolata ed appropriata per affrontare in maniera più efficace un fenomeno complesso quale la droga. I Paesi che nella preparazione dell'UNGASS 2016 hanno continuato a sostenere posizioni sbilanciate sul lato della riduzione dell'offerta hanno fatto intendere di non volersi discostare nel 2019 dai suddetti tre pilastri della Dichiarazione Politica, data

la loro ferma opposizione al dibattito su "nuovi" temi, quali droga e diritti umani o proporzionalità della pena.

Occorrerà pertanto fare in modo che la strategia delle Nazioni Unite post-2019 rifletta la suddivisione promossa dall'UNGASS. Uno dei temi che sicuramente riemergeranno nel dibattito in CND sui seguiti dell'UNGASS è la proposta avanzata da alcuni Paesi latinoamericani di istituire un panel di esperti per esaminare la "*performance*" delle tre convenzioni e del sistema internazionale per il controllo della droga e per elaborare proposte per la strategia delle Nazioni Unite post-2019.

Tale proposta non è stata inclusa nell'*outcome document* data l'opposizione da parte dell'ampia maggioranza degli Stati Membri, inclusi l'Unione Europea e tutti i partner del Gruppo dell'Europa occidentale e altri delle Nazioni Unite (Western European and Others Group, WEOG), i quali hanno ribadito la necessità di non duplicare il mandato della Commissione Stupefacenti o dell'INCB (International Narcotics Control Board) e di mantenere la centralità della Commissione Stupefacenti. Sono stati espressi dubbi sull'effettiva autonomia di un tale panel di esperti, soprattutto ove fosse finanziato tramite contributi volontari per evitare di gravare sul bilancio regolare.

Sin dalla riunione di dicembre della CND ed in vista della 60esima sessione della Commissione (marzo 2017) occorrerà continuare a promuovere i temi prioritari per l'Italia e per l'Unione Europea, con particolare attenzione al dibattito su donne e droga, al principio di proporzionalità, all'abolizione della pena di morte per i reati in materia di droga ed all'accesso alle sostanze poste sotto controllo internazionale per fini medici e scientifici. Considerando che il nostro Paese rientra tra i membri della Commissione anche per il mandato 2016-2019, appare opportuno riflettere sin d'ora anche sull'eventuale presentazione di progetti di risoluzione su tali temi. L'UNGASS 2016 ha sancito la forte connessione tra politiche in materia di droga e l'attuazione dell'Agenda 2030.

A tal riguardo, la CND sarà chiamata a rafforzare la cooperazione con tutti gli organismi delle Nazioni Unite, non solo quelli più "esplicitamente" competenti in materia di droga, quali l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) o Il Programma congiunto delle Nazioni Unite per l'AIDS/HIV (UNAIDS). La preparazione dell'UNGASS ha posto in luce la limitata collaborazione tra l'Ufficio delle Nazioni Unite sulla droga e il crimine (UNODC) e l'Organizzazione delle Nazioni Unite per l'alimentazione e l'agricoltura (FAO) e gli altri organismi romani in materia di sviluppo alternativo; è pertanto auspicabile una maggiore collaborazione tra UNODC e le agenzie del polo romano delle Nazioni Unite, tra cui l'Organizzazione delle Nazioni Unite per l'alimentazione e l'agricoltura, il Programma alimentare mondiale (WFP), Il Fondo internazionale per lo sviluppo agricolo (IFAD), considerato il loro potenziale contributo allo sviluppo alternativo nelle aree rurali in cui sono coltivate il papavero da oppio, la pianta di coca e la cannabis. Per quanto riguarda l'assetto istituzionale della Commissione Stupefacenti, uno dei seguiti prioritari è l'estensione del mandato dei suoi organi sussidiari regionali (le c.d. HONLEA, Head of Law Enforcement Agencies) anche agli aspetti sanitari e di riduzione della domanda. Lo stesso acronimo di tali sottocommissioni indica come esse si siano concentrate sinora esclusivamente sulla cooperazione tra le forze dell'ordine a volte elaborando, soprattutto nel caso della Sottocommissione per il Medio Oriente, proposte operative decisamente sbilanciate e lontane dalle posizioni dell'Unione Europea in materia di droga.

Da parte italiana ed europea si potrebbe promuovere questa estensione del mandato delle sottocommissioni della CND, sottolineando che tale evoluzione non inficia l'utile lavoro sinora svolto da HONLEA ma ne rafforza il ruolo, promuovendo anche in questo contesto un approccio bilanciato.

L'UNGASS 2016 ha posto in luce l'importante contributo da parte dell'INCB alla promozione di un'applicazione autenticamente bilanciata delle Convenzioni, anche grazie a posizioni molto nette su temi controversi, quali l'abolizione della pena di morte per i reati in materia di droga. Tali posizioni avvicinano il Board di INCB ai partner europei mentre rischiano di alienare la simpatia dei Paesi retenzionisti, che hanno più volte accusato l'INCB di voler interferire su materie di competenza strettamente nazionale. Si segnala che il rapporto 2017 del Board di INCB sarà dedicato al tema droga e donne, oggetto del *side event* promosso dall'Italia a margine dell'UNGASS con la partecipazione del Ministro Orlando. Occorrerà monitorare l'evoluzione della composizione del Board di INCB, che sarà di nuovo parzialmente rinnovato nel 2017, con l'auspicio che possa essere confermata l'attuale presenza di esperti con formazione sanitaria. Appare opportuno valutare la candidatura di un esperto italiano per il prossimo rinnovo del Board di INCB.

La preparazione dell'UNGASS ha confermato il ruolo di primo piano di UNODC quale principale organismo delle Nazioni Unite competente in materia di droga. L'Ufficio viennese ha dimostrato di non essere solo attento agli aspetti relativi alla riduzione dell'offerta ma anche alla riduzione della domanda, sulla base del lavoro avviato dall'allora Direttore Esecutivo, che decise di affidare a un esperto italiano le attività dell'Ufficio in ambito sanitario.

Tra i risultati concreti di tale positiva evoluzione si ricordano il rafforzamento della cooperazione con l'OMS, la pubblicazione di manuali operativi quali gli Standard internazionali sulla prevenzione (pubblicati nel 2014 col sostegno finanziario italiano e norvegese) e gli Standard sul trattamento pubblicati in marzo. Sulla scia dell'UNGASS, nelle prossime settimane UNODC prevede di pubblicare la versione aggiornata della Legge modello in materia di droga ("*Model legislative provisions on drug control*"), che riflette l'evoluzione registrata sin dalla prima elaborazione della Legge modello negli anni '90.

Tra i temi che saranno verosimilmente discussi nelle prossime sessioni della CND, anche in vista del 2019, vi è la legalizzazione della cannabis per uso non medico, in particolare alla luce delle politiche adottate in Uruguay ed in alcuni Stati degli USA negli ultimi anni. Durante la preparazione dell'UNGASS, l'INCB ha ribadito la sua contrarietà a tali politiche, come indicato dal Presidente del Board di INCB nel suo intervento nell'ultima sessione della CND.

Nella preparazione dell'UNGASS, la maggior parte dei G77 ha espresso posizioni critiche verso le politiche di legalizzazione, sottolineando come esse equivalgano ad una violazione del principio di responsabilità comune e condivisa, tuttora uno dei principi cardine della cooperazione internazionale in materia di droga. Molti Paesi hanno inoltre ribadito la necessità di prendere in considerazione innanzitutto gli aspetti sanitari e l'evidenza scientifica nel dibattito sulla legalizzazione, in linea con l'impostazione promossa dall'UNGASS; a tal proposito è stato spesso citato il recente rapporto dell'OMS "*The health and social effects of non medical cannabis use*". Per quanto riguarda i potenziali seguiti dell'UNGASS 2016 sul piano nazionale, le raccomandazioni operative invitano gli Stati Membri a riesaminare in senso "critico" le politiche nazionali in materia di droga attuate nel corso degli anni e ad elaborare ed attuare politiche, strategie e programmi nazionali onnicomprensivi, pienamente bilanciati e basati sull'evidenza scientifica.

Al fine di promuovere una maggiore conoscenza a livello nazionale delle raccomandazioni operative dell'UNGASS, si è provveduto a tradurre in italiano l'*outcome document* dell'UNGASS (in allegato). Anche sulla scia di UNGASS, appare auspicabile esaminare il possibile sostegno finanziario alle iniziative di UNODC in questo settore, a cominciare dai programmi realizzati in stretta collaborazione con l'OMS, con particolare riferimento alle regioni per noi prioritarie, quali i Balcani

ed il Mediterraneo. Un settore strategico anche alla luce delle potenziali sinergie col polo romano delle Nazioni Unite è lo sviluppo alternativo. Un altro aspetto da approfondire sulla scia dell'UNGASS, anche con il coinvolgimento della nostra industria farmaceutica, è la promozione dell'accesso alle sostanze poste sotto controllo internazionale per fini medici e scientifici nei Paesi in via di sviluppo.

Note: http://www.who.int/substance_abuse/publications/cannabis_report/en/

Documento finale della sessione speciale UNGASS

Assemblea Generale delle Nazioni Unite²

30ma Sessione Speciale

Risoluzione adottata dall'Assemblea Generale il 19 Aprile 2016

Il Nostro impegno congiunto per affrontare e contrastare il problema mondiale della droga

L'Assemblea Generale

Adotta il documento finale [della Sessione Speciale] intitolato “Il Nostro impegno congiunto per affrontare e contrastare il problema mondiale della droga” allegato alla presente risoluzione.

Allegato

Il Nostro impegno congiunto per affrontare e contrastare il problema mondiale della droga.

Noi, Capi di Stato e di Governo, Ministri e rappresentanti degli Stati Membri, ci siamo riuniti al Quartier Generale delle Nazioni Unite dal 19 al 21 aprile 2016 per la 30ma sessione speciale dell'Assemblea Generale, convenuta secondo quanto stabilito dalla risoluzione dell'Assemblea 67/193 del 20 dicembre 2012, per esaminare i progressi nell'implementazione della “Dichiarazione Politica e del Piano di Azione sulla Cooperazione Internazionale verso una Strategia Integrata e Bilanciata per Contrastare il Problema Mondiale della Droga”, inclusa la valutazione dei risultati e delle problematiche nel contrastare il problema mondiale della droga nell'ambito delle tre Convenzioni internazionali sul controllo della droga e altri strumenti rilevanti delle Nazioni Unite³;

² Traduzione non ufficiale a cura del Dipartimento per le Politiche Antidroga

³ L'attuale sistema di controllo globale delle droghe si basa su tre convenzioni internazionali: la Convenzione singola sui narcotici del 1961 (così come emendata dal Protocollo del 1972), la Convenzione sulle Sostanze psicotrope del 1971, e la Convenzione contro il traffico illecito di sostanze narcotiche e sostanze psicotrope del 1988.

Confermiamo il nostro impegno al raggiungimento degli obiettivi e scopi delle tre Convenzioni internazionali sul controllo delle droghe, incluso la nostra preoccupazione per la salute e il benessere del genere umano come pure dell'individuo e dei problemi relativi allo stato della salute pubblica, e di quelli sociali e di sicurezza risultanti dall'abuso di droghe narcotiche e psicotrope, in particolare tra bambini e giovani, e dei crimini connessi alle droghe, e riaffermiamo la nostra determinazione nel prevenire e trattare l'abuso di tali sostanze e nel prevenire e contrastare la loro coltivazione illecita, produzione, manifattura e smercio (traffico).

Riconosciamo che, mentre un progresso tangibile è stato ottenuto su alcuni fronti, il problema mondiale della droga continua a presentare delle sfide alla salute, sicurezza e al benessere di tutta l'umanità, e siamo risolti nel rafforzare i nostri sforzi nazionali e internazionali per aumentare la cooperazione internazionale per far fronte a queste sfide;

Affermiamo la nostra determinazione nell'affrontare il problema mondiale della droga e di promuovere attivamente una società libera dall'abuso di droga al fine di assicurare che tutte le persone possano vivere in salute, dignità e pace, in sicurezza e prosperità, e riaffermiamo la nostra determinazione nell'affrontare i problemi di salute pubblica, sicurezza e sociali risultanti dall'abuso di droghe;

Notiamo con preoccupazione che la disponibilità, internazionalmente controllata, di droghe per scopi medici e scientifici, incluse per la riduzione del dolore, rimane bassa o non esistente in molti paesi del mondo, ed evidenziamo la necessità di sostenere gli sforzi nazionali e la cooperazione internazionale a tutti i livelli per affrontare questa situazione promuovendo misure per assicurare la loro disponibilità e accessibilità per scopi medici o scientifici, entro il disposto degli ordinamenti giuridici nazionali, e allo stesso impedendone lo sviamento, l'abuso e il traffico in modo così da rispettare lo scopo e gli obiettivi delle tre Convenzioni internazionali sul controllo della droga.

Riconosciamo che il problema mondiale della droga rimane una responsabilità comune e condivisa che dovrebbe essere affrontata in un contesto multilaterale per mezzo di un'efficace e maggiore cooperazione internazionale e che esige un approccio integrato, multidisciplinare e comprensivo, mutualmente rafforzato, bilanciato, scientifico e basato sull'evidenza.

Riaffermiamo il nostro incrollabile impegno a garantire che tutti gli aspetti della riduzione della domanda e le relative misure, della riduzione dell'offerta e le misure connesse, e della cooperazione internazionale vengano affrontati in piena conformità con le finalità e i principi della Carta delle Nazioni Unite, del diritto internazionale e della Dichiarazione Universale dei Diritti dell'Uomo, nel pieno rispetto della sovranità e integrità territoriale degli Stati, del principio di non intervento negli affari interni degli Stati, e nel rispetto di tutti i diritti umani, delle libertà fondamentali, della dignità inerente a tutti gli individui e dei principi di parità nei diritti e rispetto reciproco tra gli Stati;

Sottolineiamo che la Convenzione unica sugli stupefacenti del 1961, modificata dal protocollo del 1972, la Convenzione sulle sostanze psicotrope del 1971, la Convenzione delle Nazioni Unite contro il traffico illecito di stupefacenti e di sostanze psicotrope del 1988 e altri strumenti internazionali pertinenti costituiscono la pietra angolare del sistema di controllo internazionale della droga;

Riaffermiamo il nostro impegno ad implementare efficacemente le disposizioni della Dichiarazione Politica e del Piano di Azione, memori degli obiettivi e traguardi in essi prefissati, nonché ad affrontare le sfide generali e le priorità di azione individuati nella Dichiarazione Congiunta dei Ministri adottata in occasione della riunione di alto livello di riesame del Marzo 2014;

Accogliamo con favore l'adozione dell'Agenda 2030 per lo sviluppo sostenibile e notiamo che gli sforzi per raggiungere gli obiettivi di sviluppo sostenibile e quelli per affrontare efficacemente il problema mondiale della droga sono complementari e si rafforzano a vicenda;

Riconosciamo, come parte di un approccio globale, integrato ed equilibrato di contrasto al problema mondiale della droga, che un'adeguata enfasi dovrebbe essere messa sugli individui, le famiglie, le comunità e la società nel suo complesso, con una visione volta a promuovere e tutelare la salute, la sicurezza e il benessere di tutta l'umanità;

Riconosciamo l'importanza di integrare in modo appropriato la prospettiva di genere e demografiche nei programmi e politiche relativi alla droga;

Ci rendiamo conto che ci sono sfide persistenti, nuove e in evoluzione che dovrebbero essere affrontate in conformità con le tre convenzioni sul controllo internazionale delle droghe, che attribuiscono una sufficiente flessibilità agli Stati parte di progettare e attuare politiche nazionali sulla droga in base alle loro priorità e necessità, in linea con il principio della responsabilità comune e condivisa e con il diritto internazionale applicabile;

Riaffermiamo la necessità di mobilitare risorse adeguate per affrontare e contrastare il problema mondiale della droga e richiediamo, su richiesta, una migliore assistenza ai paesi in via di sviluppo per l'effettiva attuazione della Dichiarazione Politica e del Piano d'azione e delle raccomandazioni operative contenute nel presente documento;

Ci rendiamo conto che gli Stati di transito continuano ad affrontare sfide molteplici, e pertanto ribadiamo la necessità di una cooperazione e di sostegno continuati, compresa la fornitura

di assistenza tecnica diretta, tra le altre cose, a migliorare le loro capacità nell'affrontare e contrastare il problema mondiale della droga, in conformità con la Convenzione del 1988;

Riaffermiamo il ruolo della Commissione delle Nazioni Unite sui Narcotici [di seguito CND] come l'organismo principale delle Nazioni Unite per l'elaborazione di politiche relative a questioni sul controllo della droga, e ribadiamo il nostro sostegno e apprezzamento per gli sforzi delle Nazioni Unite, in particolare quelli dell'Ufficio delle Nazioni Unite per il controllo della Droga e della Prevenzione del Crimine [di seguito UNODC] come l'entità leader nel sistema delle Nazioni Unite per affrontare e contrastare il problema della droga nel mondo, e ribadire ulteriormente i ruoli definiti dai trattati del Consiglio Internazionale sul Controllo dei Narcotici [di seguito INCB] e dell'Organizzazione Mondiale della Sanità [di seguito WHO];

Ci rendiamo conto che affrontare e contrastare con successo il problema mondiale della droga richiede una stretta cooperazione e il coordinamento tra autorità nazionali a tutti i livelli, in particolare nei settori dell'esecuzione e applicazione della legge, della salute, dell'istruzione, della giustizia e, tenendo conto delle rispettive competenze ai sensi della legislazione nazionale;

Accogliamo con favore gli sforzi diretti a migliorare la coerenza a tutti i livelli in seno al sistema delle Nazioni Unite;

Ci rendiamo conto che la società civile, come pure la comunità scientifica e il mondo accademico, svolgono un ruolo importante nell'affrontare e contrastare il problema mondiale della droga, e notiamo che le popolazioni colpite e i rappresentanti delle entità della società civile, se del caso, dovrebbero essere abilitate a svolgere un ruolo partecipativo nella formulazione, implementazione e la fornitura di rilevanti dati scientifici a sostegno, a seconda dei casi, della valutazione delle politiche e dei programmi di controllo della droga, e riconosciamo l'importanza della cooperazione con il settore privato in questo senso;

Esprimiamo profonda preoccupazione per l'alto prezzo pagato dalla società, dagli individui e le loro famiglie come risultato del problema mondiale della droga, e rendiamo un omaggio speciale a coloro che hanno sacrificato la loro vita, in particolare al personale della polizia e giudiziario, e al personale del settore socio-sanitario, ai rappresentanti della società civile e ai volontari che si dedicano con tutti se stessi a contrastare e affrontare questo fenomeno;

Riaffermiamo la necessità di rafforzare la cooperazione tra l'UNODC e gli altri organismi delle Nazioni Unite, nell'ambito dei rispettivi mandati, nei loro sforzi per sostenere gli Stati membri nell'attuazione dei trattati internazionali sul controllo delle droghe nel rispetto e nel rispetto degli obblighi sui dei diritti umani e per promuovere la tutela e il rispetto dei diritti umani e della dignità di tutti gli individui nel contesto dei programmi, strategie e politiche sulla droga;

Riaffermiamo la necessità di affrontare le cause principali e le conseguenze del problema mondiale della droga, incluse quelle nel sociale, salute, diritti umani, economiche, giustizia e sicurezza pubblica e del rispetto della legge, in linea con il principio di responsabilità comune e condivisa, e di riconoscere il valore di interventi di policy equilibrati e omnicomprensivi, compresi quelli nel campo della promozione di mezzi di sussistenza che possano crescere ed essere sostenibili;

Ribadiamo che interventi mirati basati sulla raccolta e l'analisi dei dati, compresi i dati per età e di genere, possono essere particolarmente efficaci nel soddisfare le esigenze specifiche delle popolazioni e delle comunità esposte ai problemi della droga;

Ribadiamo il nostro impegno a porre fine, entro il 2030, alle epidemie di AIDS e tubercolosi, nonché alla lotta contro l'epatite virale e altre malattie trasmissibili, tra le altre, tra le persone che fanno uso di droghe, comprese quelle che iniettano droghe.

Raccomandazioni operative sulla riduzione della domanda e le relative misure, compresa la prevenzione e il trattamento, e su altri problemi relativi alla salute.

1. Riaffermiamo il nostro impegno a promuovere la salute, il benessere, la prosperità di tutti gli individui, famiglie, e comunità e della società nel suo insieme, e a facilitare stili di vita salubri tramite iniziative di riduzione della domanda a tutti i livelli che siano efficaci, comprensive, e basate sul dato scientifico e che vadano a includere, nel rispetto della legislazione nazionale e delle tre convenzioni internazionali sul controllo della droga, misure sulla prevenzione, il primo intervento, il trattamento, la cura, il recupero, la riabilitazione e sulla reintegrazione sociale come pure iniziative dirette a minimizzare gli effetti negative sulla salute pubblica e le conseguenze sociali legati all'abuso di droga, e raccomandiamo le misure seguenti:

Prevenzione dell'abuso di droga

- a) Adottare misure effettive e pratiche di prevenzione primaria per proteggere le persone, in particolare bambini e giovani, all'iniziazione all'uso della droga provvedendo a fornire informazione accurate circa i rischi sull'abuso di droga, e promuovendo competenze e opportunità per scegliere corretti e sani stili di vita e per sviluppare ambienti sociali e parentali di sostegno e per assicurare eguale accesso all'educazione e alla formazione tecnica;
- b) Altresì, adottare misure efficaci e pratiche per prevenire la progressione verso disturbi severi da uso di droghe per mezzo di interventi preventive diretti a quelle persone più esposte a tale rischio;
- c) Incrementare la disponibilità, la copertura, e la qualità delle misure e strumenti preventive basati sull'evidenza e i dati scientifici indirizzati a diversi gruppi in base all'età e ai rischi in contesti multipli, raggiungendo i giovani dentro e fuori le scuole, tra gli altri, per mezzo di programmi di prevenzione di abuso delle droghe e di campagne di informazione e sensibilizzazione, incluso per mezzo di internet, i social media e altre piattaforme online, sviluppare e realizzare curricula e

programmi di primo intervento da usare nel sistema scolastico a tutti i livelli di istruzione, incluso nella formazione tecnica, al lavoro, aumentando le capacità e competenze degli insegnanti e di tutti gli altri professionisti per poter offrire o raccomandare servizi di consulenza, prevenzione e assistenza;

d) Promuovere il benessere della società nel suo insieme attraverso l'elaborazione di strategie di prevenzione basate su prove scientifiche, centrate sui bisogni degli individui, delle famiglie, delle comunità come parte di politiche nazionali anti-droga comprensive e bilanciate e non discriminatorie;

e) Coinvolgere, a seconda dei casi, i politici, i parlamentari, gli educatori, civile la società civile, la comunità scientifica, il mondo accademico, le popolazioni più esposte al rischio, gli individui in recupero da disturbi per uso di sostanze e i loro gruppi di sostegno, le famiglie e altre persone co-dipendenti, nonché il settore privato, nello sviluppo di programmi di prevenzione diretti a sensibilizzare l'opinione pubblica riguardo ai rischi e pericoli associati all'abuso di droga, e coinvolgere, tra gli altri, i genitori, i fornitori di servizi di cura, gli insegnanti, i gruppi di sostegno, gli operatori sanitari, le comunità religiose, i rappresentanti e i leader delle comunità, operatori sociali, associazioni sportive, professionisti dei media e industria dell'intrattenimento, come appropriato, della loro attuazione;

f) Nello sviluppare iniziative di prevenzione, considerare di rafforzare la cooperazione tra il settore della salute pubblica, le istituzioni addette all'istruzione e al rispetto della legge;

g) Sviluppare e migliorare le strutture ricreative e garantendo accesso regolare ai bambini e giovani allo sport e le attività culturali, al fine di promuovere stili di vita sani, anche attraverso il recupero e il miglioramento degli spazi pubblici, e promuovere lo scambio di esperienze e delle buone pratiche in questo campo anche per migliorare ulteriormente l'efficacia di interventi di prevenzione;

h) Promuovere e migliorare la raccolta sistematica di informazioni e la raccolta di prove, così come la condivisione, a livello nazionale e internazionale, di dati affidabili e comparabili sul consumo di droga e sull'epidemiologia, inclusi sui fattori di rischio sociali, economici, ed altri, e promuovere, ove opportuno, tramite la CND e l'Assemblea Mondiale della Sanità, l'uso di standard riconosciuti a livello internazionale, come ad esempio gli Standard Internazionali sulla Prevenzione dell'Uso di Droga, e lo scambio di buone prassi, per formulare strategie e programmi efficaci di prevenzione al consumo di droga in collaborazione con l'UNODC, l'OMS e altre rilevanti organismi ed entità delle Nazioni Unite;

Trattamento dei disturbi da uso di droghe, riabilitazione, recupero, e reintegrazione sociale; prevenzione, trattamento e cura dell'HIV/AIDS, epatiti virali e altre malattie a trasmissione per via ematica

i) Riconoscere la tossicodipendenza come un disturbo di salute complesso, multifattoriale caratterizzato da una natura cronica e recidivante con cause sociali e conseguenze che possono essere prevenute e curate attraverso, tra l'altro, un trattamento farmacologico basato un'efficace evidenza scientifica, programmi di cura e di riabilitazione, inclusi quelli di comunità, e il rafforzamento della capacità per sostenere la post-terapia e la riabilitazione, il recupero e il reinserimento sociale delle persone con disturbi da uso di sostanze, incluso se appropriato, attraverso il supporto al reinserimento efficace nel mercato del lavoro e attraverso altri servizi di sostegno;

j) Incoraggiare la partecipazione volontaria in programmi di trattamento di soggetti con disturbi da uso di droghe, attraverso il consenso informato, ove in linea con la legislazione nazionale, e sviluppare e attuare programmi e campagne di informazione e di sensibilizzazione, coinvolgendo i

tossicodipendenti in programmi di recupero a lungo termine, ove appropriato, per prevenire emarginazione sociale e promuovere atteggiamenti non stigmatizzanti, nonché per incoraggiare i consumatori di droga nel cercare e ottenere trattamento e cura, e adottare misure per facilitare l'accesso alle cure e migliorare ed aumentare le capacità;

k) Promuovere e rafforzare la cooperazione regionale e internazionale sviluppando e realizzando iniziative di trattamento, migliorando l'assistenza tecnica, potenziando le capacità e assicurando un accesso non discriminatorio a una ampia gamma di interventi, compresi i trattamenti psicosociali comportamentali e farmacologici, a seconda dei casi e in base alla legislazione nazionale, nonché programmi di riabilitazione, reinserimento sociale e di recupero, assicurando l'accesso a tali servizi nelle carceri e anche agli ex detenuti, con particolare attenzione alle esigenze specifiche delle donne, dei bambini e dei giovani;

l) Sviluppare e rafforzare, ove appropriato, le capacità dei servizi sanitari, sociali, delle forze dell'ordine e della giustizia penale di cooperare, all'interno delle loro mandati, nella realizzazione di risposte sull'abuso di droghe e i suoi disturbi da uso di droghe, a tutti i livelli di governo;

m) In linea con le legislazione nazionale e ove appropriato, promuovere l'inclusione nelle politiche nazionali anti-droga di elementi per la prevenzione e il trattamento di overdose di droga, in particolare quella da oppiacei, compreso l'uso di recettori degli oppioidi come Naloxone per ridurre la mortalità legata alla droga;

n) Promuovere la cooperazione e il supporto tecnico agli Stati più soggetti al transito di droga nello sviluppo e nell'attuazione di politiche omnicomprensive e integrate per affrontare, ove appropriato, l'impatto del traffico illecito di stupefacenti cioè l'incremento del consumo di droga in questi Stati, incluso anche per mezzo del rafforzamento dei programmi nazionali diretti alla prevenzione, al primo intervento, al trattamento, alla cura, alla riabilitazione e alla reintegrazione sociale;

o) Invitare le autorità nazionali competenti a prendere in considerazione, in conformità con la loro legislazione nazionale e le tre convenzioni internazionali sul controllo degli stupefacenti, anche nell'ambito di misure e programmi nazionali di prevenzione, trattamento, cura, recupero, riabilitazione e reinserimento sociale, e nel contesto degli sforzi omnicomprensivi ed imparziali di riduzione della domanda di droga, misure efficaci volte a ridurre al minimo le conseguenze negative sociali e sulla sanità pubblica della tossicodipendenza, compresa per mezzo di programmi di terapia medico-assistita adeguata, somministrando programmi adeguati comprese le terapie anti-retrovirali e altri interventi rilevanti che prevengano la trasmissione del virus HIV, l'epatite virale e le altre malattie trasmissibili per via ematica associate all'uso di droghe, così come considerare l'accesso a tali interventi, incluso il trattamento e i servizi di prossimità, carceri e altre strutture di custodia, e promuovendo a tal riguardo l'utilizzo, a seconda dei casi, della guida tecnica per i Paesi per fissare gli obiettivi per l'accesso universale alla prevenzione dell'HIV, il trattamento e la cura per i consumatori di droghe iniettabili, pubblicata dall'WHO, lo UNODC e il Programma Congiunto delle Nazioni Unite sul HIV/AIDS;

p) Promuovere e attuare le norme sul trattamento del consumo dei disturbi dall'uso di droga sviluppate dallo UNODC e la WHO e gli altri standard internazionali rilevanti, a seconda dei casi e conformemente alla legislazione nazionale e alle convenzioni internazionali di controllo della droga, e fornire indicazioni, assistenza e formazione agli operatori sanitari sul loro uso appropriato, e prendere in considerazione lo sviluppo di standard e regole per l'accreditamento di servizi a livello nazionale per garantire risposte qualificate e basate su prove e dati scientifici;

q) Intensificare, se e quando appropriato, la partecipazione significativa di, il sostegno e la formazione alle organizzazioni della società civile e agli enti coinvolti nella prestazione di servizi socio-sanitari per trattamenti connessi alla droga, in conformità alla legislazione nazionale e nel quadro integrato e coordinato delle politiche nazionali anti-droga, e incoraggiare gli sforzi della

società civile e del settore privato per lo sviluppo di reti di sostegno per la prevenzione, trattamento, cura, recupero, riabilitazione e reinserimento sociale in un maniera equilibrata e inclusiva;

r) Incoraggiare lo UNODC e la INCB a rafforzare la cooperazione con la WHO e con gli altri organismi rilevanti e competenti delle Nazioni Unite, nell'ambito dei loro rispettivi mandati, come parte di un approccio globale, integrato ed equilibrato diretto a rafforzare le misure sanitarie e di assistenza sociale per affrontare il problema mondiale della droga, anche attraverso una prevenzione efficace, l'intervento preventivo, il trattamento, la cura, il recupero, la riabilitazione e il reinserimento sociale, in collaborazione, a seconda dei casi, con la società civile e la comunità scientifica, e di mantenere la CND opportunamente aggiornata e informata.

Raccomandazioni Operative per assicurare la disponibilità e l'accesso alle sostanze sottoposte a controllo esclusivamente a scopi medici o scientifici, e per prevenirne la diversione

2. Ribadiamo il nostro impegno per migliorare l'accesso all'uso controllato di sostanze per scopi medici e scientifici abbattendo in maniera appropriata le barriere, incluse quelle legislative, regolatorie, quelle relative al sistema sanitario, alla disponibilità, alla formazione dei professionisti del sistema sanitario, all'educazione, alla sensibilizzazione, alle stime, alla valutazione e monitoraggio e reporting, alla definizione di punti di riferimento per il consumo di sostanze controllate, alla cooperazione e il coordinamento internazionale, e allo stesso tempo impedendo la loro diversione, e raccomandiamo le seguenti misure:

a) Prendere in considerazione la revisione, nel quadro dei sistemi giuridici nazionali, della legislazione nazionale e dei meccanismi normativi e amministrativi, così come delle procedure comprese quelle nazionali, con l'obiettivo (da un lato) di semplificare e razionalizzare i processi e di rimuovere norme eccessivamente restrittive e altri impedimenti, laddove esistenti, al fine di garantire l'accesso alle sostanze controllate per uso medico e scopi scientifici, anche per la terapia contro il dolore, come richiesto nelle tre convenzioni internazionali sul controllo delle droghe e definito dalla legislazione nazionale, e (dall'altro) di impedirne la diversione, l'abuso e il traffico, e favorire lo scambio di informazioni, le esperienze acquisite e le migliori prassi nella progettazione e implementazione di pertinenti misure regolamentari, finanziarie, educative, amministrative e di ogni altro genere;

b) Rafforzare, a seconda dei casi, il corretto funzionamento dei sistemi di controllo nazionale e dei meccanismi e programmi di valutazione nazionali, in collaborazione con l'INCB, lo UNODC, la WHO e ogni altro ente del Sistema delle Nazioni Unite rilevante in materia, per identificare, analizzare e rimuovere gli ostacoli alla disponibilità e accessibilità delle sostanze controllate per scopi medici e scientifici, all'interno degli adeguati meccanismi di controllo, come richiesto dalle convenzioni internazionali sul controllo della droga e tenendo conto della pubblicazione intitolata "Garantire imparzialità nelle politiche nazionali sulle sostanze controllate: guida per la disponibilità e accessibilità ai medicinali controllati" e, a tal fine, considerare la fornitura di assistenza tecnica e finanziaria, su richiesta, ai paesi in via di sviluppo;

c) Accelerare, in conformità con la legislazione nazionale, il processo di emissione delle autorizzazioni di importazione ed esportazione per le sostanze controllate per scopi medici e scientifici utilizzando la suddetta guida e il Sistema di Autorizzazione Internazionale all'Importazione e all'Esportazione della INCB;

d) Affrontare, a livello nazionale e internazionale, le questioni relative all'accessibilità a buon mercato delle sostanze controllate per scopi medici e scientifici, assicurando allo stesso tempo la loro

qualità, sicurezza ed efficacia, comprese le limitate risorse finanziarie e i problemi di approvvigionamento per quanto riguarda queste sostanze, anche in collaborazione, come opportuno, con il settore privato attraverso, tra l'altro, e dove necessario, espandendo la copertura delle reti nazionali di distribuzione alle zone rurali, affrontando il tema del legame con i relative regolamenti governativi, licenze e la tassazione e permettendo a professionisti qualificati e adeguatamente addestrati di prescrivere, dispensare e somministrare farmaci controllati sulla base della loro licenza professionale in generale, nonché, e quando opportuno, di produrre preparati farmaceutici generici che siano bioequivalenti e economicamente vantaggiosi;

e) Adottare misure, conformemente alla legislazione nazionale, per rafforzare le capacità e formare, anche con il supporto delle pertinenti entità delle Nazioni Unite come la WHO e lo UNODC, destinate alle autorità nazionali competenti e ai professionisti dell'assistenza sanitaria, inclusi i farmacisti, per garantire un accesso adeguato e l'utilizzo di sostanze controllate per scopi medici e scientifici, tra cui quelle per la terapia del dolore; e prendere in considerazione lo sviluppo e la più ampia attuazione delle relative linee guida cliniche per l'uso razionale dei farmaci controllati, e opportune campagne di sensibilizzazione sotto il coordinamento delle rilevanti autorità sanitarie e in cooperazione con tutte le altre parti interessate;

f) Sviluppare sistemi nazionali di gestione dell'offerta di sostanze controllate che comprendano la selezione, la quantificazione, l'approvvigionamento, lo stoccaggio, la distribuzione e l'uso, rafforzare le capacità delle autorità nazionali competenti di valutare e stimare in modo adeguato la necessità di sostanze controllate e prestando particolare attenzione ai farmaci essenziali, come stabilito dalla legislazione nazionale, prendendo atto della guida su La stima dei requisiti per le sostanze sotto controllo internazionale, e migliorare i meccanismi nazionali di raccolta dei dati, al fine di presentare alla INCB stime sul consumo di droghe utilizzate per scopi medici e scopi scientifici;

g) Continuare ad aggiornare regolarmente 'La lista modello dei farmaci essenziali' della WHO, migliorare la collaborazione tra gli Stati membri e gli organi del trattato con responsabilità di programmazione, che portino a decisioni informate e coordinate da parte della CND che tengano in considerazione tutti gli aspetti rilevanti al fine di garantire che gli obiettivi delle convenzioni vengano soddisfatti, e rivedere, a seconda dei casi, gli elenchi nazionali delle sostanze controllate e le liste nazionali dei farmaci essenziali.

Raccomandazioni operative sulla riduzione dell'offerta e le relative misure; sull'effettiva applicazione della legge; sulle risposte ai reati connessi alla droga; sulle misure per contrastare il riciclaggio di denaro e promuovere la cooperazione giudiziaria

3. Ribadiamo il nostro impegno per la sicurezza e la protezione delle persone, società e comunità intensificando i nostri sforzi per prevenire e contrastare la coltivazione illecita, la produzione e la fabbricazione e il traffico di stupefacenti e sostanze psicotrope, nonché reati connessi alla droga e la violenza, attraverso, tra l'altro, più efficaci misure di prevenzione dei crimini droga correlati e di operazioni di polizia, nonché affrontando i legami con altre forme di criminalità organizzata, incluso il riciclaggio di denaro, corruzione e altre attività criminali, memori delle loro cause sociali ed economiche e delle conseguenze, e raccomandiamo le seguenti misure:

Prevenzione della criminalità connessa alla droga

(a) Rafforzare le misure multidisciplinari a livello internazionale, regionale, nazionale, locale e di comunità per prevenire il crimine legato alla droga, la violenza, la vittimizzazione e la corruzione, e promuovere lo sviluppo e l'inclusione sociale; integrare tali misure negli sforzi complessivi di azioni di polizia di contrasto e nelle politiche e programmi, e promuovere una cultura della legalità, come indicato nella Dichiarazione di Doha sull'Integrazione della Prevenzione del Crimine e della Giustizia Penale⁴ nella più ampia Agenda delle Nazioni Unite per Affrontare le Sfide Sociali ed Economiche e per Promuovere lo Stato di Diritto a Livello Nazionale e Internazionale, e la Partecipazione del Pubblico;

(b) Promuovere gli sforzi globali di riduzione dell'offerta che includano misure preventive dirette, tra l'altro, alla giustizia penale ed ad affrontare i fattori sociali ed economici che possono facilitare, sostenere, consentire e perpetuare il crimine organizzato e quello connesso alla droga;

(c) Promuovere la raccolta di dati, la ricerca e la condivisione di informazioni, così come lo scambio di migliori pratiche in materia di prevenzione e contrasto della criminalità connessa alla droga e di misure di riduzione dell'offerta di stupefacenti, al fine di migliorare l'efficacia delle risposte della giustizia penale, nel contesto e rispetto del diritto applicabile;

Contrastare il traffico illecito di stupefacenti e di sostanze psicotrope

(d) Aumentare la cooperazione a tutti i livelli e rafforzare le misure per prevenire e per ridurre in maniera significativa e misurabile o eliminare le coltivazioni illegali di papavero da oppio, di piante di coca e cannabis utilizzate per la produzione di stupefacenti e sostanze psicotrope, anche attraverso lo sradicamento, nel quadro di misure e strategie sostenibili di controllo delle colture;

(e) Monitorare i trends attuali e le rotte del traffico di droga e condividere esperienze, le buone prassi e le lezioni apprese al fine di prevenire e contrastare l'uso improprio del commercio internazionale per attività illecite legate alla droga, e prendere nota del successo ottenuto tramite le iniziative operative dell'UNODC, tra cui quelle volte a contrastare lo sfruttamento dei cargo-merci

⁴ Per maggiori informazioni: <https://www.unodc.org/congress/>;
http://www.un.org/ga/search/view_doc.asp?symbol=A/CONF.222/L.6

per il traffico di droga, a prevenire e contrastare la diversione dei precursori per usi illeciti e dei flussi finanziari illeciti derivanti dal traffico di droga e reati connessi, nonché altre forme di assistenza tecnica;

(f) Promuovere e rafforzare lo scambio di informazioni e, quando appropriato, di intelligence criminale connessa alla droga tra le forze dell'ordine e le agenzie di controllo delle frontiere, anche attraverso le piattaforme multilaterali e i centri di informazione regionali e reti dello UNODC, la promozione congiunta di indagini e il coordinamento delle operazioni, in conformità con la legislazione nazionale, e i programmi di formazione a tutti i livelli, al fine di identificare, bloccare e smantellare i gruppi criminali organizzati che operano a livello transnazionale e che sono coinvolti in qualunque attività relativa alla produzione illecita e al traffico di stupefacenti e sostanze psicotrope, la diversione dei loro precursori e il relativo riciclaggio di denaro;

(g) Rafforzare le strategie di gestione coordinata delle frontiere, come pure le capacità delle autorità di controllo delle frontiere, delle forze dell'ordine e delle autorità inquirenti, anche, su richiesta, per mezzo della relativa assistenza tecnica, e, quando necessario, attraverso la fornitura di attrezzature e tecnologie, insieme alla formazione necessaria e all'assistenza al supporto al fine di prevenire, monitorare e contrastare il traffico di droga, il traffico di precursori e altri crimini legati alla droga, come il traffico di armi da fuoco, i flussi finanziari illeciti, il contrabbando di denaro contante e il riciclaggio di denaro;

(h) Migliorare la capacità delle forze dell'ordine e delle agenzie della giustizia penale nelle scienze forensi nel contesto delle indagini di droga, inclusa la qualità e le capacità dei laboratori di analisi di droga per raccogliere, conservare e presentare prove forensi per poter perseguire efficacemente reati legati alla droga, prendendo in considerazione, tra le altre, la fornitura di attrezzature avanzate di rilevazione, scanner, kit per fare i test, campioni di riferimento, laboratori e formazione forense, a seconda delle richieste;

(i) Rafforzare la cooperazione regionale, sub-regionale e internazionale in materia penale, inclusa, dove appropriato, la cooperazione giudiziaria in materia, tra l'altro, di estradizione, assistenza legale reciproca e trasferimento dei procedimenti, in conformità con le convenzioni internazionali sul controllo delle droghe e con gli altri strumenti giuridici internazionali e la legislazione nazionale; impegnarsi a fornire risorse adeguate alle autorità nazionali competenti, anche attraverso la fornitura di assistenza tecnica mirata ai paesi che ne facciano richiesta;

(j) Ottimizzare l'efficacia delle misure di applicazione della legge contro gruppi organizzati criminali e individui coinvolti in crimini legati alla droga, ivi incluso ponendo adeguata attenzione all'interno delle nostre rispettive giurisdizioni ai responsabili di attività illecite di scala più ampia o di natura più grave;

Affrontare i collegamenti con le altre forme di criminalità organizzata, tra cui il riciclaggio di denaro, la corruzione e altre attività criminali

(k) Rispondere alle gravi sfide poste dal crescente legame tra il traffico di droga, la corruzione e le altre forme di criminalità organizzata, tra cui la tratta di esseri umani, il traffico di armi da fuoco, la criminalità informatica e il riciclaggio di denaro, e, in alcuni casi, il terrorismo, incluso il riciclaggio di denaro diretto al finanziamento del terrorismo, utilizzando un approccio integrato, multidisciplinare, come ad esempio attraverso la promozione e il sostegno alla raccolta dei dati affidabili, la ricerca e, a seconda dei casi, la condivisione di elementi di intelligence e di fattori di analisi e al fine di garantire politiche e interventi efficaci;

- (l) Incoraggiare l'uso di meccanismi di cooperazione subregionale, regionale e internazionale per combattere tutte le forme di criminalità legata alla droga, ovunque commessi, tra cui, in alcuni casi, i crimini violenti legati a bande, anche attraverso il rafforzamento della cooperazione internazionale per contrastare con successo e smantellare i gruppi criminali organizzati, compresi quelli che operano a livello transnazionale;
- (m) Rafforzare le misure nazionali, regionali e internazionali e, se appropriato, le norme e regolamenti volti a migliorare la cooperazione operativa per impedire che le reti criminali transnazionali organizzate coinvolte nel traffico illecito di droga traffichino in e acquisiscano armi da fuoco, loro parti, componenti e munizioni, esplosivi e altro materiale relativo;
- (n) Considerare la ratifica o aderire a importanti strumenti giuridici internazionali, tra i quali la Convenzione delle Nazioni Unite contro la criminalità organizzata transnazionale e relativi protocolli, la Convenzione delle Nazioni Unite contro la corruzione e le convenzioni e i protocolli internazionali in materia di lotta al terrorismo; e fare appello a tutti gli Stati parti ad adottare misure per attuare in maniera più efficace questi strumenti giuridici internazionali;
- (o) Continuare a promuovere la cooperazione internazionale attraverso l'attuazione delle disposizioni contro il riciclaggio di denaro contenute in tutti gli strumenti multilaterali internazionali pertinenti, come la Convenzione del 1988, la Convenzione sul crimine organizzato e la Convenzione contro la corruzione e in linea con la legislazione nazionale, le raccomandazioni della Task Force per l'Azione Finanziaria sul riciclaggio di denaro;
- (p) Rafforzare e utilizzare le rilevanti ed esistenti reti regionali, e a seconda dei casi, [anche quelle] subregionali e internazionali per lo scambio di informazioni operative dirette a prevenire e contrastare il riciclaggio di denaro, i flussi finanziari illeciti e di finanziamento del terrorismo;
- (q) Sviluppare e rafforzare, come necessario, i meccanismi di coordinamento interno e di scambio tempestivo ed efficace delle informazioni tra le autorità coinvolte nell'identificazione e contrasto al traffico di droga, alla diversione dei precursori e al relativo riciclaggio di denaro sporco; integrare le indagini finanziarie in modo più approfondito con le operazioni di interdizione per identificare gli individui e le società coinvolte in tali attività, e incoraggiare, in conformità alla legislazione nazionale, la cooperazione con il settore privato, compresi gli istituti finanziari, le imprese e le professioni [di tipo] non finanziario [espressamente] designate, così come i fornitori di servizi di trasferimento di denaro o di valore, per individuare le operazioni sospette, al fine di favorire le indagini e ostacolare il modello di business legato al traffico di droga;
- (r) Migliorare le capacità di prevenzione e contrasto al riciclaggio di denaro e dei flussi finanziari illeciti derivanti dal traffico di droga e da relativi reati, al livello nazionale, regionale, sub-regionale, interregionale e internazionale ivi incluso, a seconda dei casi, attraverso il rilevamento, l'indagine e il perseguimento di tali attività, al fine di affrontare efficacemente [il problema] dei 'porti sicuri', e di identificare e mitigare i rischi di riciclaggio di denaro legati alle nuove tecnologie, così come i metodi di riciclaggio di denaro e le tecniche emergenti, utilizzando, tra l'altro, gli strumenti di assistenza tecnica dello UNODC;
- (s) Sviluppare e rafforzare i meccanismi bilaterali, sub-regionale e internazionali di condivisione delle informazioni tra le autorità competenti e promuovere la loro cooperazione per identificare, rintracciare, sequestrare e confiscare, in maniera efficace e tempestiva, i beni e i proventi dei reati connessi alla droga, garantendone la loro [messa a] disposizione, compresa la condivisione, secondo la convenzione del 1988, così come il loro ritorno, se opportuno nei casi di corruzione legati alla droga, nel quadro della Convenzione contro la corruzione, o, a seconda dei casi, nei casi di crimini legati alla droga che coinvolgono gruppi organizzati transnazionali, in linea con la Convenzione sulla criminalità organizzata; favorire lo scambio tempestivo di informazioni operative tra le forze dell'ordine e le relative forze giudiziarie e le unità di intelligence finanziaria;
- (t) Promuovere misure efficaci in grado di affrontare i legami tra reati connessi alla droga e la corruzione, così come [i fattori di] ostruzione della giustizia, anche attraverso l'intimidazione dei

funzionari della giustizia, come parte delle strategie nazionali di lotta alla corruzione nazionale e di controllo della droga;

(u) Migliorare la disponibilità e la qualità delle informazioni e dell'analisi statistica in materia di coltivazioni illegali di droga, produzione e manifattura, traffico di droga, riciclaggio di denaro, e flussi finanziari illeciti, incluso affinché siano riportati adeguatamente nei rapporti dello UNODC e della INCB, al fine di meglio misurare e valutare l'impatto di tali crimini e per migliorare ulteriormente l'efficacia delle risposte della giustizia penale al riguardo.

Raccomandazioni operative su questioni trasversali: la droga e dei diritti umani, i giovani, i bambini, le donne e le comunità

4. Ribadiamo il nostro impegno a rispettare, proteggere e promuovere tutti i diritti umani, le libertà fondamentali e la dignità intrinseca di tutti gli individui e lo stato di diritto nello sviluppo e nell'attuazione di politiche contro le droghe, e raccomandiamo le misure seguenti:

Droghe e diritti umani, giovani, donne, bambini, e membri vulnerabili della società, e comunità

(a) Migliorare le conoscenze dei responsabili politici e le capacità, a seconda dei casi, delle rilevanti autorità nazionali sui vari aspetti del problema mondiale della droga in modo da garantire che le politiche nazionali anti-droga, come parte di un approccio omicomprensivo, integrato ed equilibrato, rispettino pienamente i diritti umani e le libertà fondamentali, tutelino la salute, la sicurezza e il benessere degli individui, delle famiglie, e dei membri più vulnerabili della società, le comunità e la società nel suo complesso, e a tal fine incoraggiare la collaborazione con l'UNODC, la INCB, l'OMS, e altre entità rilevanti delle Nazioni Unite, nell'ambito dei rispettivi mandati, compresi quelli relativi alle questioni di cui sopra, e i rilevanti organismi regionali e internazionali, nonché, a seconda dei casi, le organizzazioni della società civile e il settore privato;

(b) Garantire l'accesso non discriminatorio alla salute, all'assistenza sociale e ai servizi di prevenzione, ai programmi di cura primaria e di trattamento, inclusi quelli offerti alle persone in carcere o in attesa di giudizio, che devono essere di livello pari a quelli dei programmi disponibili nella comunità, e garantire che le donne, incluse le detenute, abbiano accesso adeguato ai servizi sanitari e psicoteraputici particolarmente nei momenti di bisogno come quello della gravidanza;

(c) Promuovere una efficace supervisione delle strutture di trattamento e la riabilitazione da parte delle competenti autorità nazionali per garantire un livello adeguato di qualità dei servizi di trattamento, recupero, e riabilitazione e per prevenire qualsiasi atto crudele, trattamenti inumani o degradanti, secondo quanto disposto dalla legislazione nazionale e dal diritto internazionale applicabile;

(d) Continuare ad identificare e affrontare i fattori di protezione e di rischio, così come le condizioni che rendono donne e ragazze vulnerabili allo sfruttamento e alla partecipazione nel traffico di droga, anche quanto corrieri, al fine di prevenire il loro coinvolgimento nella criminalità connessa alla droga;

(e) Promuovere, in linea con la legislazione nazionale, un coordinamento efficace tra amministrazione della giustizia, istruzione, forze di polizia e servizi sociali per assicurarsi che i

bisogni specifici, inclusi quelli fisici e mentali, degli autori di reato connessi alla droga minorenni e dei bambini coinvolti in reati connessi alla droga vengano opportunamente considerati, ivi compreso nei procedimenti penali anche fornendo, se necessario, per gli individui in bisogno, trattamento farmacologico e relativi servizi di supporto;

(f) Attuare misure pratiche adeguate all'età dei soggetti, fatte su misura per le specifiche esigenze di bambini, giovani e membri più vulnerabili della società nel legislativo, nell'esecutivo e amministrativo, nei settori sociali, economici, culturali ed educativi, tra cui misure per fornire loro opportunità per una vita sana e autosufficiente, per prevenire l'abuso di stupefacenti e di sostanze psicotrope, e affrontare il loro coinvolgimento, uso e sfruttamento nella produzione di coltivazioni illegali, della manifattura e nel traffico di stupefacenti, sostanze psicotrope e in altre forme di criminalità connessa alla droga, compresa la criminalità urbana, quella giovanile, e la criminalità e violenza delle gangs, adempiendo così agli obblighi degli Stati parti della Convenzione sui diritti del Fanciullo e tenendo conto delle Linee Guida delle Nazioni Unite per la Prevenzione della Delinquenza Minorile (Linee Guida di Riyadh);

(g) Incorporare una prospettiva di genere e garantire il coinvolgimento delle donne in tutte le fasi dello sviluppo, implementazione, monitoraggio e valutazione delle politiche e dei programmi contro le droghe, sviluppare e diffondere misure sensibili al genere e alle fasce di età che tengano in considerazione i bisogni specifici e le circostanze che devono affrontare le donne e le ragazze con riguardo al problema mondiale della droga e, come Stati parti, implementare il disposto della Convenzione sull'Eliminazione di ogni Forma di Discriminazione contro le Donne;

(h) Considerare, su base volontaria, quando fornire informazioni alla CND ai sensi delle tre convenzioni internazionali sul controllo internazionale della droga e le pertinenti risoluzioni della Commissione, l'inserimento di informazioni riguardanti, tra l'altro, la promozione dei diritti umani, della salute, della sicurezza e del benessere di tutti gli individui, delle comunità e della società nel contesto dell'attuazione domestica di queste convenzioni, compresi gli sviluppi recenti, le migliori pratiche e le sfide;

(i) Garantire che le misure per prevenire la coltivazione illegale di e per sradicare le piante contenenti sostanze stupefacenti e psicotrope rispettino i diritti umani fondamentali, tengano debitamente conto degli usi tradizionali leciti, se esistono prove storiche di tale uso, e della protezione dell'ambiente, in accordo con le tre convenzioni internazionali di controllo delle droghe, e tengano ugualmente conto, a seconda dei casi e in accordo con la legislazione nazionale, della Dichiarazione delle Nazioni Unite sui Diritti dei Popoli Indigeni;

Politiche e risposte proporzionate ed efficaci, così come garanzie legali e tutele inerenti i procedimenti di giustizia penale e il settore della giustizia

(j) Promuovere lo sviluppo, l'adozione e l'attuazione, con il dovuto rispetto dei sistemi nazionali, costituzionali, legali e amministrativi, di misure alternative o aggiuntive alla detenzione o alla pena nei casi appropriati, in accordo con le tre convenzioni internazionali sul controllo internazionale della droga e tenendo in considerazione, quando appropriato, le relative norme e regole delle Nazioni Unite, come quella sugli standard minimi per le misure non detentive (Regole di Tokyo);

(k) Considerare la condivisione, per mezzo della Commissione sui Narcotici, di informazioni, insegnamenti, esperienze e buone pratiche sulla progettazione, l'attuazione e i risultati delle politiche nazionali di giustizia penale, ivi comprese, e se appropriato, sulle pratiche nazionali in materia di condanna proporzionale, legate alla attuazione delle tre Convenzioni internazionali sul controllo della droga, in particolare l'art.3 della Convenzione del 1988;

- (l) Promuovere politiche nazionali di condanna proporzionale, pratiche e linee guida per reati legati alla droga in cui la severità delle pene è proporzionata alla gravità dei reati e dove sia le cause attenuanti che aggravanti siano fattori da tenere in debita considerazione, comprese le circostanze elencate all'articolo 3 della la Convenzione del 1988 e altre rilevanti e applicabili dal diritto internazionale applicabile e secondo la legislazione nazionale;
- (m) Migliorare l'accesso al trattamento dei disturbi da uso di droga per i detenuti e promuovere un efficace supervisione e incoraggiare, quando appropriato, le autovalutazioni delle strutture di reclusione, tenendo in considerazione gli standards e le norme delle Nazioni Unite in materia di prevenzione del crimine e di giustizia penale, comprese le Regole Minime delle Nazioni Unite per il Trattamento dei Detenuti (le così dette Regole Mandela), e implementare, quando appropriato, misure dirette a affrontare ed eliminare il problema del sovraffollamento e della violenza nelle carceri, e provvedere alla formazione e sviluppo delle capacità delle rilevanti autorità nazionali;
- (n) Incoraggiare a tenere in considerazione le esigenze specifiche e per quanto possibile le diverse e molteplici vulnerabilità delle donne in prigione per reati di droga, in linea con le Regole delle Nazioni Unite sul Trattamento delle Donne Detenute e sulle Misure non Detentive per le donne che hanno commesso reati (Regole di Bangkok);
- (o) Promuovere e realizzare risposte efficaci di giustizia penale per i crimini legati alla droga per assicurare alla giustizia gli autori di tali crimini garantendo adeguate garanzie legali e il giusto processo salvaguardando i procedimenti di giustizia penale, comprese misure pratiche per sostenere il divieto di arresti arbitrari, della detenzione e della tortura e il divieto di altri trattamenti crudeli, disumani e degradanti, e di eliminare l'impunità, in accordo con il diritto internazionale pertinente e applicabile e tenendo in considerazione le regole e gli standards delle Nazioni Unite e le norme in materia di prevenzione del crimine e di giustizia penale, e associare il tempestivo accesso all'assistenza legale e il diritto ad un processo equo.

Raccomandazioni operative su questioni trasversali nell'affrontare e contrastare il problema mondiale della droga: realta' in evoluzione, trend, circostanze attuali, sfide e rischi emergenti e persistenti, incluse le nuove sostanze psicoattive, in conformita' con le tre Convenzioni internazionali sul controllo della droga e gli altri strumenti internazionali rilevanti

5. Ribadiamo il nostro impegno a rafforzare i nostri sforzi nell'affrontare e contrastare le sfide e i rischi emergenti e persistenti connessi al problema mondiale della droga; notiamo il bisogno di rispondere efficacemente alle realta' in evoluzione, i trend, circostanze attuali per mezzo di politiche e programmi di controllo della droga omnicomprensivi, integrati e bilanciati che prendano in considerazione le implicazioni transnazionali e che siano conformi alle tre convenzioni internazionali sul controllo della droga e gli altri strumenti internazionali rilevanti, e di rafforzare la nostra cooperazione internazionale, regionale, sub-regionale; raccomandiamo [pertanto] cio' che segue:

Affrontare il problema delle nuove sostanze psicoattive, degli stimolanti di tipo amfetaminico, incluse le metamfetamine, la diversione dei precursori e pre-precursori e l'uso non medico e improprio di prodotti farmaceutici contenenti droghe narcotiche e sostanze psicotrope.

Siamo determinati a rafforzare l'azione nazionale e internazionale per affrontare la sfida emergente delle nuove sostanze psicoattive, incluse le conseguenze negative sulla salute, e la

minaccia in [costante] evoluzione di stimolanti di tipo amfetaminico, tra cui le metamfetamine, e sottolineamo l'importanza di migliorare la condivisione delle informazioni e le reti di alerta rapida, di sviluppare un'appropriata legislazione nazionale, modelli di prevenzione e trattamento, e di sostenere la revisione e la pianificazione basata sull'evidenza scientifica delle sostanze più diffuse, persistenti e dannose, e rileviamo l'importanza di prevenire la diversione e abuso di farmaci contenenti stupefacenti e sostanze psicotrope e precursori, garantendo nel contempo la loro la disponibilità per scopi legittimi, e [pertanto] raccomandiamo le seguenti misure:

- (a) Se opportuno e in linea con la vigente legislazione nazionale, promuovere lo sviluppo e l'implementazione di misure e programmi omnicomprensivi, come delineato nel paragrafo 1 del presente documento, adattare tali misure ai rischi e le sfide poste dall'uso delle nuove sostanze psicoattive e stimolanti di tipo amfetaminico, comprese le metamfetamine, e l'uso non medico e l'abuso di prodotti farmaceutici contenenti stupefacenti e sostanze psicotrope, e condividere attivamente le informazioni sulle migliori pratiche e le lezioni apprese in materia di esperienze nazionali relative alla salute;
- (b) Rafforzare la capacità delle forze dell'ordine di individuare e identificare nuove sostanze psicoattive e stimolanti di tipo amfetaminico, tra cui metamfetamine, e promuovere la cooperazione transfrontaliera e la condivisione delle informazioni per prevenirne l'abuso e la diversione, anche attraverso l'uso di strumenti e progetti esistenti dello UNODC e della INCB;
- (c) Stabilire e rafforzare i partenariati e lo scambio di informazioni con industrie, in particolare con le industrie chimiche e farmaceutiche e altri importanti organismi del settore privato, e incoraggiare l'uso delle *Linee guida per un codice di condotta volontario per l'industria chimica* pubblicate dalla INCB, e il suo modello di memorandum d'intesa tra i governi e partners del settore privato, se e quando appropriato, come e se del caso, tenendo presente l'importante ruolo che queste industrie possono svolgere nell'affrontare e contrastare il problema mondiale della droga;

Le nuove sostanze psicoattive

- (d) Continuare a individuare e monitorare le tendenze nella composizione, produzione, prevalenza e la distribuzione delle nuove sostanze psicoattive, così come i modelli di uso e conseguenze negative, e valutare i rischi per la salute e la sicurezza delle persone e la società nel suo complesso e il potenziale utilizzo delle nuove sostanze psicoattive per scopi medici e scientifici, e su questa base sviluppare e rafforzare le risposte legislative, regolamentari, amministrative e operative nazionali e le pratiche adottate dalle autorità interne e legislative nazionali, le forze dell'ordine, la magistratura, socio-sanitarie ed educative;
- (e) Impegnarsi ad attuare tempestivamente misure di controllo e di regolamentazione, basate sul rigore e le evidenze scientifiche, nell'ambito dei sistemi legislativi e amministrativi nazionali per far fronte e gestire la sfida delle nuove sostanze psicoattive, e prendere in considerazione l'uso di passaggi intermedi mentre le sostanze sono in fase di revisione, come le misure provvisorie di controllo, o fare allerte di salute pubblica, così come condividere le informazioni e le competenze in materia di tali misure;
- (f) Condividere informazioni rilevanti con, e, a seconda dei casi, rafforzare la capacità della WHO, del UNODC, l'INCB ed altre rilevanti organizzazioni internazionali e regionali per dare priorità alla revisione delle sostanze psicoattive più diffuse, persistenti e nuove e per facilitare decisioni informate di programmazione da parte della CND;

- (g) Partecipare attivamente ai sistemi e reti di pre-allerta e promuovere l'uso di relative liste di sorveglianza e di controlli volontari e la condivisione delle informazioni attraverso la INCB, lo UNODC, e la WHO nell'ambito dei rispettivi mandati, e rafforzare la cooperazione bilaterale, subregionale, regionale e internazionale per l'identificazione e la comunicazione delle nuove sostanze psicoattive e degli incidenti collegati a tali sostanze e, a tal fine, rafforzare l'uso di sistemi di scambio di informazioni e di presentazione di rapporti già esistenti a livello nazionale, regionale e internazionali, ad esempio, se appropriato, il sistema di allerta rapida e di pre-allerta sulle nuove sostanze psicoattive e il [sistema] di monitoraggio delle sostanze sintetiche: il programma Analisi, Trend, e Rapporti (SMART) dello UNODC e il progetto Ion della INCB;
- (h) Migliorare le capacità e l'efficienza dei laboratori nazionali e promuovere la cooperazione nazionale e regionale tra di loro, a seconda dei casi, per il rilevamento e l'identificazione di nuove sostanze psicoattive, anche attraverso l'uso degli standard di riferimento attuali e l'attività di assistenza [tecnica] del UNODC;
- (i) Rafforzare lo scambio di informazioni a livello nazionale e promuovere lo scambio di informazioni a livello regionale e internazionale in materia di prevenzione efficace e trattamento, e le misure legislative correlate al fine di sostenere lo sviluppo di risposte efficaci, basate su prove scientifiche, alla sfida emergente delle nuove sostanze psicoattive con riguardo alle loro conseguenze sociali e sanitarie negative;

Stimolanti di tipo amfetaminico, tra cui la metamfetamina

- (j) Sostenere gli attuali [sforzi di] ricerca, la raccolta e l'analisi scientifica dei dati relativi agli stimolanti di tipo amfetaminico attraverso il programma globale SMART e i relativi della INCB, come ad esempio il progetto Prisma, e rafforzare la cooperazione a tutti i livelli per contrastare [la produzione e la diffusione di] stimolanti di tipo amfetaminico, tra cui le metamfetamine;
- (k) Promuovere l'utilizzo a tutti i livelli, a seconda dei casi, dei relativi programmi, meccanismi e operazioni coordinate esistenti e continuare lo sviluppo e la condivisione delle migliori pratiche e lezioni apprese tra gli esperti [e operatori del settore] con riguardo ad un approccio imparziale ed integrato diretto alla mutevole minaccia degli stimolanti del tipo amfetaminico;

Precursori e pre-precursori

- (l) Intensificare il monitoraggio nazionale, regionale e internazionale di prodotti chimici utilizzati nella produzione illecita di stupefacenti e delle nuove sostanze psicoattive, al fine di prevenire in maniera più efficace la diversione e il traffico di questi prodotti, garantendo nel contempo che il commercio e l'uso legittimo di queste sostanze non subisca effetti negativi, anche mediante l'uso nazionale, subregionale e internazionale dei sistemi e strumenti della INCB come il Progetto Prisma, il Sistema di Comunicazione degli Incidenti da Precursori e quello di Notifica pre-Esportazioni Online (PEN online);
- (m) Adottare misure appropriate per affrontare la diversione e la fabbricazione e il traffico illecito così come l'uso improprio dei precursori sotto controllo internazionale e di affrontare l'uso improprio dei pre-precursori e sostituti o precursori alternativi diretto alla produzione illecita di droga, e migliorare gli sforzi volontaristici, compresi i codici di condotta volontari, in collaborazione con le

industrie e il settore commerciale interessati a livello nazionale, regionale e internazionale, anche attraverso l'uso dei pertinenti strumenti della INCB;

Uso non medico e improprio di prodotti farmaceutici

(n) Migliorare la condivisione delle informazioni sul cattivo uso dei prodotti farmaceutici contenenti stupefacenti e sostanze psicotrope, e la qualità e l'uniformità dei dati riportati, anche attraverso il questionario del rapporto annuale del UNODC;

(o) Sviluppare e implementare contromisure e strategie di sostegno alla salute pubblica, all'istruzione e [strategie] socio-economiche per affrontare e contrastare efficacemente l'uso non medico ed improprio dei prodotti farmaceutici che contengono sostanze stupefacenti e sostanze psicotrope, garantendo nel contempo la loro disponibilità per scopi legittimi, e promuovere la cooperazione nazionale, subregionale, regionale e internazionale per prevenire la loro deviazione, traffico e abuso, anche attraverso l'uso di progetti e strumenti esistenti della WHO, del UNODC e della INCB;

L'uso di Internet in relazione alle attività connesse con la droga

(p) Sostenere la ricerca, la raccolta di dati, l'analisi delle prove e la condivisione delle informazioni e rafforzare l'applicazione e il rispetto della legge, gli interventi giuridici e della giustizia penale, così come la cooperazione internazionale, per prevenire e contrastare attività criminali connesse alle droghe attraverso l'uso di Internet, in linea con la legge rilevante e applicabile;

(q) Aumentare la fornitura di assistenza tecnica e di sviluppo delle capacità a tutti i livelli per gli Stati membri, su richiesta, per prevenire e contrastare l'uso delle tecnologie, incluso Internet, da parte delle reti del traffico di droga e delle organizzazioni criminali transnazionali, per facilitare le attività connesse con la droga;

(r) Migliorare le capacità delle autorità nazionali, in particolare delle forze dell'ordine, per preservare e analizzare le prove elettroniche relative alle attività illecite, incluso il traffico di droga e il riciclaggio di denaro sporco, e per controllare vendite di droghe illecite attraverso Internet;

(s) Incoraggiare, se appropriato, l'uso delle *Linee guida per i governi sulla prevenzione della vendita illegale attraverso Internet di sostanze internazionalmente controllate*;

(t) Sostenere misure per l'uso di Internet a fini di prevenzione, inclusa la fornitura di consulenza adeguata e di informazioni, sviluppare, implementare e promuovere, conformemente alla legislazione nazionale, le strategie, i programmi e le misure di prevenzione anche attraverso i social media e gli altri social network, finalizzate, tra l'altro, a proteggere i bambini e i giovani dall'abuso di sostanze controllate e di nuove sostanze psicoattive e dal coinvolgimento nella vendita e acquisto illegale via Internet, e, al riguardo, rafforzare la cooperazione a tutti i livelli;

L'evoluzione della realtà, le tendenze e le circostanze attuali, e le sfide e minacce emergenti e persistenti

- (u) Promuove, ove opportuno, l'utilizzo e l'analisi di dati pertinenti, affidabili e oggettivi generati dai [sistemi di] monitoraggio e valutazione nazionali e regionali al fine di migliorare l'attuazione di strategie, politiche e programmi nazionali omnicomprensivi, integrati ed imparziali di controllo della droga, in conformità con le tre convenzioni internazionali sul controllo delle droghe e con gli altri strumenti internazionali pertinenti, e incoraggiare la condivisione delle migliori pratiche e delle lezioni apprese, anche attraverso la CND e le altre rilevanti organizzazioni regionali e internazionali, nell'ambito dei loro mandati, tra l'altro, per capire meglio le loro implicazioni nazionali e transnazionali;
- (v) Intensificare gli sforzi nel contesto dei programmi di sviluppo sostenibile e di lungo termine per affrontare i fattori socioeconomici più urgenti legati alla droga, tra cui la disoccupazione e l'emarginazione sociale, che contribuiscono al loro successivo sfruttamento da parte di organizzazioni criminali coinvolte in crimini connessi alla droga;
- (w) Incoraggiare la CND, in collaborazione con i competenti organismi delle Nazioni Unite, nell'ambito dei rispettivi mandati, di prendere in considerazione, come appropriato, la revisione delle linee guida esistenti e, se necessario, lo sviluppo di nuove sui vari aspetti del problema mondiale della droga, al fine di migliorare la capacità delle autorità nazionali competenti e rafforzare la cooperazione internazionale tra agenzie;
- (x) Promuovere lo scambio di informazioni per capire meglio l'entità degli effetti negativi, inclusi quelli socio-economici, sulla salute, e sulla di sicurezza del traffico in piccole quantità di droga, al fine di sviluppare, se del caso, efficaci risposte per contrastare il micro-traffico;
- (y) Invitare lo UNODC, la INCB, la WHO e altri organismi delle Nazioni Unite con la rilevante competenza tecnica ed operativa, all'interno dei loro rispettivi mandati, a continuare a fornire, su richiesta, consulenza e assistenza a quegli Stati che stanno rivedendo e aggiornando le loro politiche sulle droghe, nel rispetto delle convenzioni sul controllo internazionale delle droga, tenendo conto delle loro priorità ed esigenze nazionali attraverso, tra l'altro, la promozione dello scambio di informazioni e di migliori pratiche in materia di politiche basate su prove scientifiche adottate dagli Stati membri.

Raccomandazioni operative sul rafforzamento della cooperazione internazionale basato sul principio della responsabilità comune e condivisa

6. Ribadiamo il nostro impegno a sostenere i nostri sforzi a tutti i livelli, basati sul principio di responsabilità comune e condivisa, per affrontare e contrastare in modo efficace il problema mondiale della droga e per potenziare la cooperazione internazionale, a tal fine, raccomandiamo le seguenti misure:

- (a) Rafforzare l'assistenza tecnica, specializzata, mirata, efficace e sostenibile, incluso, ove appropriato, per mezzo di un adeguato sostegno finanziario, la formazione, lo sviluppo di capacità, la fornitura di attrezzature e know-how tecnologico, ai paesi che ne facciano richiesta, compresi i paesi oggetto di transito di droghe, per mezzo e in collaborazione dell'UNODC, come pure dell'OMS e di ogni altro ente rilevante delle Nazioni Unite e gli organismi internazionali e regionali, nell'ambito dei rispettivi mandate, ad assistere gli Stati membri per affrontare efficacemente, nell'ambito del problema mondiale della droga, gli spetti sanitari, socio-economici, quelli legati ai diritti e all'amministrazione della giustizia;

- (b) Migliorare la cooperazione Nord-Sud, Sud-Sud e quella triangolare tra gli Stati membri, in cooperazione con la comunità internazionale e le altre principali parti interessate al fine di affrontare e contrastare in maniera efficace il problema mondiale della droga;
- (c) Rafforzare, anche per mezzo della Commissione sui Narcotici e, se appropriato, per mezzo dei suoi organi sussidiari, lo scambio regolare di informazioni, buone pratiche e le lezioni apprese tra gli esperti nazionali dai diversi settori e a tutti i livelli per attuare efficacemente un approccio integrato ed equilibrato al problema mondiale della droga e dei suoi vari aspetti e considerare l'adozione di misure aggiuntive per facilitare ulteriormente discussioni significative tra questi esperti;
- (d) Incoraggiare la Commissione sui Narcotici a contribuire a dar seguito e sostenere la revisione tematica dei progressi sugli Obiettivi di Sviluppo Sostenibile, nell'ambito del suo mandato, tenendo presente la natura integrata di questi Obiettivi come pure lo stesso legame tra questi, e rendere questa informazione disponibile in occasione del forum politico ad alto livello sullo sviluppo sostenibile attraverso l'appropriato quadro istituzionale, tenendo conto della risoluzione dell'Assemblea generale 70/1 del 25 settembre 2015;
- (e) Incoraggiare la Commissione sui Narcotici e lo UNODC a aumentare ulteriormente la cooperazione e la collaborazione con tutti gli enti delle Nazioni Unite e con le istituzioni finanziarie internazionali, nell'ambito dei rispettivi mandati, nell'assistere gli Stati membri nella progettazione e implementazione di strategie, politiche e programmi completi, integrati ed equilibrati.

Raccomandazioni operative sullo sviluppo alternativo; cooperazione regionale, interregionale e internazionale orientate allo sviluppo di politiche equilibrate di controllo delle droghe; affrontare le questioni socio-economiche

7. Ribadiamo il nostro impegno ad affrontare i problemi socio-economici legati alla droga riguardanti la coltivazione illecita di piante narcotiche, la manifattura, produzione e il traffico illecito attraverso l'attuazione di politiche e programmi di controllo della droga a lungo termine, omnicomprensivi e sostenibili, tra cui i programmi di sviluppo alternativi e, se del caso, programmi di sviluppo alternativo preventivi, che sono parte di strategie di controllo di colture sostenibili, e consigliamo le seguenti misure:

Questioni socio-economiche e sviluppo alternativo

- (a) Colpire la coltivazione illecita di colture utilizzate per la fabbricazione illecita e produzione di droghe e affrontare i relativi fattori per mezzo dell'implementazione di strategie omnicomprensive dirette ad alleviare la povertà e a rafforzare lo Stato di diritto, le istituzioni perché siano responsabili, efficaci ed inclusive, e i servizi pubblici e le strutture istituzionali, e, come appropriato, promuovere lo sviluppo sostenibile diretto a migliorare il benessere della popolazione colpita e dei gruppi vulnerabili attraverso alternative lecite;
- (b) Promuovere una crescita economica inclusiva e supportare iniziative che contribuiscano allo sradicamento della povertà e alla sostenibilità dello sviluppo economico e sociale, sviluppare misure per lo sviluppo rurale, migliorare le infrastrutture e l'inclusione e la protezione sociale, affrontando le conseguenze sull'ambiente delle coltivazioni illecite, della fabbricazione e produzione di stupefacenti e sostanze psicotrope, con il coinvolgimento e la partecipazione delle comunità locali, e considerare di adottare misure volontarie per promuovere i prodotti derivanti da uno sviluppo

alternativo, inclusa l'adozione di modelli di sviluppo alternativa preventivi, come appropriato, per ottenere l'accesso ai mercati, in linea con le regole del commercio multilaterale applicabile e con il diritto nazionale e internazionale, nell'ambito di strategie di controllo della droga omnicomprensive ed equilibrate;

(c) Esprimere preoccupazione perché la presenza di coltivazioni illecite, e relativa fabbricazione, distribuzione e traffico illecito di tali produzioni rappresentano ancora delle gravi sfide al contrasto del problema mondiale della droga, e riconoscere la necessità di rafforzare le strategie di controllo basate sulle colture sostenibili, che includano, tra l'altro, lo sviluppo alternativo, l'eradicazione e le misure di contrasto della polizia, al fine di prevenire e ridurre significativamente e in maniera misurabile la coltivazione illecita di colture, e la necessità di intensificare gli sforzi congiunti a livello nazionale, regionale e internazionale in maniera più completa, in base al principio della responsabilità comune e condivisa, anche attraverso l'uso appropriato di strumenti e misure preventive, una migliore e più coordinata assistenza tecnico-finanziaria e programmi di azione per affrontare tali sfide;

(d) Considerare elaborare e implementare programmi di sviluppo alternativo omnicomprensivi e sostenibili, inclusi programmi preventive di sviluppo alternativo, se appropriato, che sostengano le strategie di controllo delle colture sostenibili per prevenire e ridurre in maniera significativa, durevole e misurabile le coltivazioni illegali e altre attività illecite legate alla droga assicurando la responsabilizzazione, la proprietà e la responsabilità delle comunità locali interessate, compresi gli agricoltori e le loro cooperative, tenendo conto delle esigenze e delle vulnerabilità specifiche delle comunità colpite o a rischio di coltivazione illecita, in collaborazione con l'UNODC, la FAO, l'OIL, UNDP e altre organizzazioni internazionali rilevanti tenendo conto delle politiche di sviluppo e dei piani d'azione nazionali e regionali, al fine di contribuire alla costruzione di società pacifiche, inclusivi e giuste, in linea con gli Obiettivi di Sviluppo Sostenibile e nel rispetto del diritto internazionale e nazionale pertinente ed applicabile;

(e) Rafforzare la cooperazione subregionale, regionale e internazionale per sostenere programmi di sviluppo alternativo sostenibile e omnicomprensivi, ivi comprese, se del caso, sviluppo alternativo preventivo, come parte essenziale di strategie di successo di prevenzione e controllo delle colture per aumentare l'impatto positivo di simili programmi, particolarmente nelle zone colpite da e a rischio di coltivazione illecita di colture utilizzate per la produzione di stupefacenti e di sostanze psicotrope, facendo riferimento ai Principi Guida delle Nazioni Unite sullo Sviluppo Alternativo⁵;

(f) Rafforzare la cooperazione regionale e internazionale per sostenere i programmi di sviluppo alternative sostenibili, fra cui, a seconda dei casi, quelli di sviluppo alternative preventivo, in stretta collaborazione con tutti i soggetti interessati a livello locale, nazionale e internazionale, e per sviluppare e condividere le migliori pratiche verso l'attuazione dei Principi Guida delle Nazioni Unite sullo Sviluppo Alternativo, tenendo conto di tutte le lezioni apprese e le buone pratiche, in particolare da parte dei paesi con una vasta esperienza nel campo dello sviluppo alternativo, e tenendo conto, tra le altre, della Seconda Conferenza Internazionale sullo Sviluppo Alternativo, tenutasi in Thailandia dal 19 al 24 novembre 2015⁶;

(g) Promuovere la ricerca da parte degli Stati, anche tramite la cooperazione con l'UNODC e altre entità rilevanti delle Nazioni Unite e altri organismi internazionali e regionali, istituzioni accademiche e la società civile, per meglio comprendere i fattori che contribuiscono a favorire la coltivazione di colture illecite, tenendo conto delle specificità locali e regionali, e per migliorare la

⁵ [Risoluzione 68/96](#);

⁶ http://www.icad2.com/about_ICAD2.html;
https://www.unodc.org/documents/ungass2016/Contributions/IGO/ICAD2/Chairs_Summary.pdf

valutazione d'impatto dei programmi di sviluppo alternativi, tra cui lo sviluppo alternativo preventivo, al fine di aumentare l'efficacia di questi programmi anche per mezzo dell'uso di rilevanti indicatori di sviluppo umano, criteri relativi alla sostenibilità ambientale e altri in linea con gli Obiettivi di Sviluppo Sostenibile;

La cooperazione tecnica e finanziaria per lo sviluppo completo e bilanciato di politiche anti-droga e di fattibili alternative economiche

(h) Considerare il rafforzamento di una prospettiva di sviluppo come parte di politiche e programmi nazionali anti-droga omnicomprensivi, integrati ed equilibrati così da affrontare le relative cause e le conseguenze delle coltivazioni illecite, e della manifattura, produzione e traffico di droga, tra l'altro, i fattori di rischio che colpiscono gli individui, le comunità e la società, e che possono includere mancanza di servizi, bisogni infrastrutturali, violenza connessa alla droga, l'esclusione, l'emarginazione e la disgregazione sociale, al fine di contribuire alla promozione di società pacifiche e inclusive;

(i) Sollecitare le istituzioni finanziarie internazionali, le entità delle Nazioni Unite, le organizzazioni non governative e il settore privato, a seconda dei casi, a considerare di aumentare il loro sostegno, incluso attraverso finanziamenti a lungo termine e flessibili, per la realizzazione di programmi di controllo anti-droga completi e bilanciati e di alternative economiche attuabili, in particolare lo sviluppo alternativo, incluse, ove appropriate, programmi di sviluppo alternativo preventivo, basata sui bisogni e le priorità nazionali, per le aree e le popolazioni colpite o vulnerabili alla coltivazione illecita di colture di droga, al fine di prevenirle, ridurle ed eliminarle, e incoraggiare gli Stati, per quanto possibile, a rimanere fortemente impegnati nel finanziare tali programmi;

(j) Incoraggiare lo sviluppo di valide ed attuabili alternative economiche, particolarmente per le comunità nelle aree urbane e rurali colpite o vulnerabili alla coltivazione illecita di colture di droga e di altre attività illecite connesse alla droga, anche attraverso programmi di sviluppo alternativo omnicomprensivi, e a tal fine considerare interventi di sviluppo orientati, al tempo stesso garantendo che uomini e donne ne beneficino egualmente, incluso in termini di opportunità di lavoro, migliori infrastrutture di base e di servizi pubblici e, se appropriato, attraverso il riconoscimento di titoli legali alla terra per gli agricoltori e le comunità locali, che permetterebbero una riduzione o eliminazione di coltivazioni illecite e di altre attività connesse alla droga;

(k) Considerare lo sviluppo di iniziative di sviluppo urbano sostenibile per quei soggetti che risentono degli effetti delle attività illecite collegate alle droghe per favorire la partecipazione del pubblico nella prevenzione del crimine, la costituzione di comunità più coese, la protezione e la sicurezza e per stimolare l'innovazione, l'imprenditorialità e l'occupazione;

(l) Promuovere partenariati e iniziative di cooperazione innovative con il settore privato, la società civile e le istituzioni finanziarie internazionali per creare condizioni più favorevoli per investimenti più produttivi mirati alla creazione di lavoro nelle aree e tra le comunità che risentono di più da o sono esposte di più al rischio delle coltivazioni illegali di droga, produzione, manifattura, traffico e altre attività illegali legate alla droga al fine di prevenire, ridurre o eliminarle, e, in questo senso, di condividere le migliori pratiche, le lezioni apprese, le esperienze e le competenze.

8. Esprimiamo apprezzamento per il processo preparatorio alla sessione speciale, inclusivo, trasparente e aperto, guidato dalla Commissione sui Narcotici con il supporto, la guida e il coinvolgimento del Presidente dell'Assemblea Generale, e per tutti i contributi a questo processo di preparazione.

9. Noi decidiamo di adottare le misure necessarie per attuare le sopra-elencate raccomandazioni operative, in stretta collaborazione con le Nazioni Unite e altre organizzazioni intergovernative e la società civile, e di condividere tempestivamente con la Commissione sui Narcotici, come l'organo di indirizzo politico delle Nazioni Unite con la responsabilità principale in materia di controllo delle droghe, le informazioni sui progressi compiuti nell'implementazione di queste raccomandazioni.

PARTE I
OFFERTA DI SOSTANZE

Capitolo 1 - Tendenze del mercato e dimensione dell'offerta

Ministero Interno, Direzione Centrale Servizi Antidroga (DCSA), Direzione Centrale Anticrimine della Polizia di Stato - Istituto Nazionale di Statistica (ISTAT), Dipartimento per la produzione Statistica -

1.1 Sequestri delle sostanze

L'azione di contrasto svolta in Italia nel corso del 2015 dal personale della Polizia di Stato, dai militari dell'Arma dei Carabinieri e dalla Guardia di Finanza - talora con il supporto degli Esperti per la Sicurezza della D.C.S.A. all'Estero - nel comparto della lotta alla diffusione delle sostanze stupefacenti e psicotrope è stata, al pari degli anni trascorsi, positiva.

L'analisi dei dati rilevati dalla Direzione Centrale per i Servizi Antidroga nel 2015 con riferimento alle operazioni antidroga, alle segnalazioni all'Autorità Giudiziaria e ai sequestri di stupefacenti, consente di affermare che la domanda e l'offerta di droga comunque permangono elevate con un incremento marcato per gli amfetaminici, malgrado il traffico illecito sia stato incisivamente contrastato dalle Forze di Polizia.

L'andamento dei sequestri, raffrontato all'anno precedente, registra:

- per la cocaina un incremento del 4,16%;
- per l'eroina un decremento del 18,12%;
- per la marijuana un decremento del 73,95%;
- per l'hashish un decremento del 40,06%;
- per gli amfetaminici un incremento del 175,53% dei sequestri "in dosi", mentre l'incremento per i rinvenimenti di "polvere" pari al 161,73%;
- un decremento pari al 2,55% dei decessi per abuso di stupefacenti.

L'azione di contrasto si è mantenuta su livelli importanti ed ha portato:

- al sequestro di kg 84.066,38 (-45,59%) complessivi di droga, dato che, nonostante la marcata flessione rispetto all'anno precedente, è comunque leggermente superiore al quantitativo medio di droga sequestrato negli ultimi cinque anni (kg 80.000);
- alla denuncia all'Autorità Giudiziaria, a vario titolo, di 27.718 soggetti responsabili (-7,37%), di cui 10.136 stranieri (-5,65%) e 1.125 minori (+6,33%).

DATO IN AMBITO NAZIONALE		2015	% sul 2014	
Sostanze sequestrate		(kg)	84.066,38	-45,59
<i>di cui:</i>				
Cocaina		(kg)	4.047,68	4,16
Eroina		(kg)	767,50	-18,12
Cannabis	Hashish	(kg)	67.829,49	-40,06
	Marijuana	(kg)	9.313,01	-73,95
	Piante di cannabis	(nr)	138.015	13,42
Amfetaminici	in dosi	(nr)	18.177	175,53
	in polvere	(kg)	29,17	161,73
L.S.D.		(nr)	8.395	441,96
Operazioni		(nr)	19.091	-2,87
Persone segnalate all'Autorità Giudiziaria	in stato di:	arresto	19.524	-6,80
		libertà	7.979	-7,52
		irreperibilità	215	-38,04
	dei quali:	stranieri	10.136	-5,65
		minori	1.125	6,33
	Totale	(nr)	27.718	-7,37
Decessi per abuso di sostanze stupefacenti		(nr)	305	-2,55

Figura 1

Operazioni antidroga

Nel 2015 le operazioni antidroga, rispetto all'anno precedente, si sono mantenute alquanto stabili con 19.091 attività svolte. Emerge inoltre un incremento nei sequestri di cocaina con una percentuale del 4,16%, mentre si sottolinea, nell'ambito del contrasto alle droghe sintetiche (amfetamine, M.D.M.A., M.D.A., M.D.E.A. e M.D.B.D. etc.) un forte incremento dei sequestri. In diminuzione invece i quantitativi sequestrati di eroina e derivati della cannabis.

Operazioni antidroga - distribuzione regionale

La regione Lombardia, con un totale di 3.132 operazioni, emerge come valore assoluto rispetto alle altre regioni, seguita dal Lazio (2.940), dalla Campania (1.782), dalla Puglia (1.405), dall'Emilia Romagna (1.372) e dalla Sicilia (1.316).

I valori più bassi sono stati registrati in Molise (92) e in Valle d'Aosta (48).

Rispetto al 2014 gli interventi di polizia sono aumentati in Piemonte (+37,59%), in Valle d'Aosta (+33,33%) e nel Lazio (+17,22%).

I cali più vistosi, in percentuale, sono stati rilevati in Veneto (-26,08%), in Sardegna (-22,72%) e in Molise (-22,03%).

Prendendo in esame le macroaree, nel 2015 il Nord è in testa con il 41,43% delle operazioni antidroga complessive, seguito dal Sud e Isole con il 32,75% e dal Centro con il 25,82%.

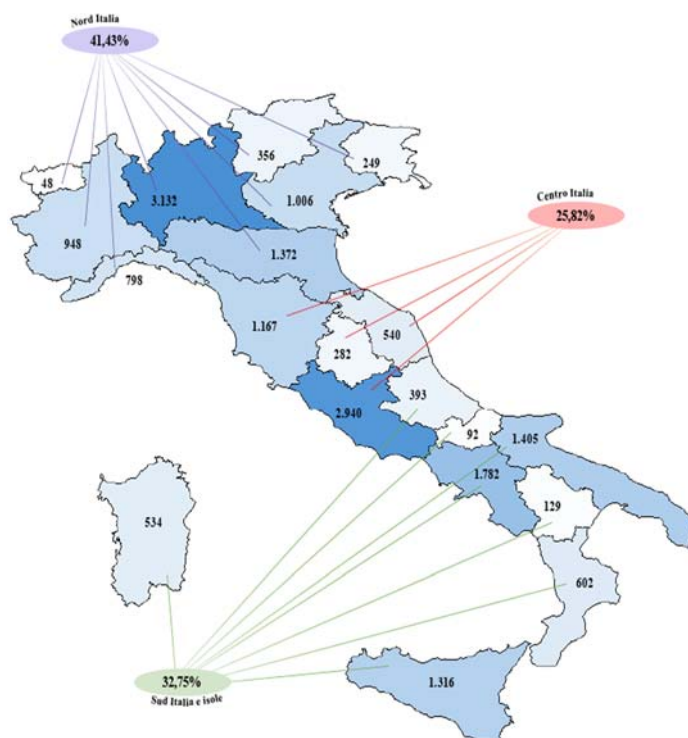


Figura 2

Sostanze sequestrate

Nel 2015 sono stati registrati, rispetto all'anno precedente, incrementi nei sequestri di cocaina (+4,16%), L.S.D. (+441,96%) e di droghe sintetiche in dosi (+185,63%) e in polvere (+140,08%).

Sono risultati, invece, in diminuzione, nonostante un aumento del rinvenimento di piante (+13,42%), i sequestri di marijuana (-73,95%), di hashish (-40,06%) e di eroina (-18,12%).

Il sequestro più rilevante, pari a kg 22.406 di hashish, è stato effettuato nel mese di ottobre nel Porto di Cagliari.

Meritevoli di menzione sono anche i dati relativi ai maggiori sequestri di sostanze psicoattive il cui uso non è tradizionalmente diffuso nel nostro Paese: kg 768,60 di khat, kg 23 di ketamina, kg 6,80 di bulbi di papavero, kg 3,35 di metadone e kg 1,97 di oppio.

I narcotrafficanti di cocaina operanti in Italia si sono riforniti per lo più presso il mercato colombiano, trasportando la sostanza attraverso l'Ecuador, Panama, Venezuela, Brasile e Repubblica Dominicana e, una volta in Europa, attraverso la Spagna e l'Olanda. L'eroina venduta nel nostro Paese è prevalentemente di produzione afghana e giunge sul mercato illecito nazionale attraverso la rotta balcanica, dalla Turchia via mare e per mezzo di corrieri impiegati dalle organizzazioni criminali nigeriane e tanzaniane. Queste ultime approvvigionano lo stupefacente principalmente dal Pakistan sulla rotta marittima. Per l'hashish i sodalizi criminali utilizzano le rotte che transitano dal Marocco, Spagna e Francia. Il mercato olandese riveste tuttora un ruolo significativo per l'Italia per quanto concerne in particolare le droghe sintetiche. Per la marijuana la maggior parte dei carichi viaggia lungo le rotte che partono dall'Albania e dalla Grecia.

I gruppi criminali maggiormente coinvolti nei traffici che attengono il territorio nazionale sono stati:

- per la **cocaina** la 'ndrangheta, la camorra e le organizzazioni balcaniche e sud americane;
- per l'**eroina** la criminalità campana e pugliese in stretto contatto con le organizzazioni albanesi e balcaniche;
- per i **derivati della cannabis** la criminalità laziale, pugliese e siciliana, insieme a gruppi maghrebini, spagnoli e albanesi.

Sostanze sequestrate - distribuzione regionale

La regione Sicilia, con kg 31.676,01 di droga e oltre 23.984 piante di cannabis sequestrate, emerge come valore assoluto rispetto alle altre regioni, seguita dalla Sardegna (kg 22.826,16), dalla Lombardia (kg 7.427,38), dalla Puglia (kg 5.480,17), dal Lazio (kg 3.764,20) e dalla Liguria (kg 3.432,95).

I valori più bassi si sono avuti in Valle d'Aosta (kg 27,11) e in Molise (kg 14,39).



Figura 3

Rispetto al 2014 sono stati registrati aumenti consistenti nei sequestri in Sardegna (+1.326,84%), in Valle d'Aosta (+373,40%), in Umbria (+121,50) e in Liguria (+77,91).

I cali più vistosi, in percentuale, sono stati registrati in Molise (-99,23%), in Trentino Alto Adige (-88,66%) e in Basilicata (-88,47).

Prendendo in esame le macroaree, nel 2015 il Sud e Isole è in testa con il 74,70% dei sequestri complessivi, seguito dal Nord con il 17,88% e dal Centro con il 7,42%.

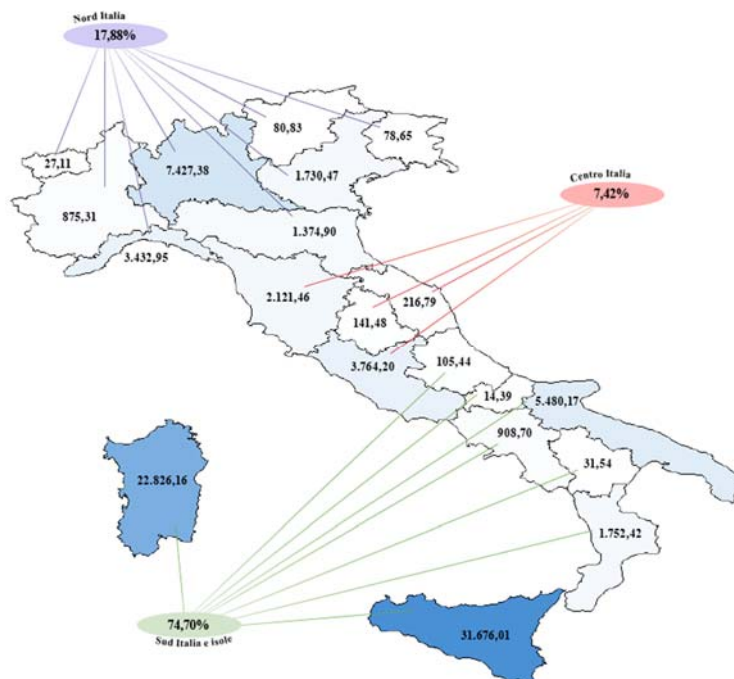


Figura 4

Attività di contrasto nelle aree di frontiera italiana

Con riferimento alle singole tipologie di stupefacenti, si riportano di seguito le quantità di droga sequestrate nel 2015 nelle aree di frontiera:

- **eroina**: kg 254,87, di cui 73,18% presso le frontiere aeree, 26,14% presso quelle marittime e 0,69% presso quelle terrestri;
- **cocaina**: kg 2.152,95, di cui 80,80% presso le frontiere marittime, 14,90% presso quelle aeree e 4,30% presso quelle terrestri;
- **hashish**: kg 54.018,53, di cui 98,78% presso le frontiere marittime, 1,18% presso quelle terrestri e 0,03% presso quelle aeree;
- **marijuana**: kg 3.125,27, di cui 94,00% presso le frontiere marittime, 4,50% presso quelle terrestri e 1,50% presso quelle aeree.

Confrontando i valori del 2015 con quelli dell'annualità precedente, si evidenziano incrementi dei sequestri presso le zone aeroportuali (+128,31%), presso le frontiere terrestri (+306,07%), mentre si assiste ad un decremento nelle aree marittime (-49,99%).

Sequestri delle principali droghe (2015)								
	Cocaina (kg)	Eroina (kg)	Hashish (kg)	Marijuana (kg)	Droghe sintetiche (kg)	(nr)	Altre droghe (kg)	(nr)
Aerea	320,72	186,51	18,13	46,83	11,92	402	1.995,99	1.397
Frontiera								
Marittima	1.739,72	66,62	53.360,57	2.937,93	0,02	3	0,01	10
Terrestre	92,50	1,75	639,83	140,51	1,47	134	0,07	-
Totale spazi doganali:	2.152,95	254,88	54.018,53	3.125,27	13,41	539	1.996,07	1.407

Figura 5

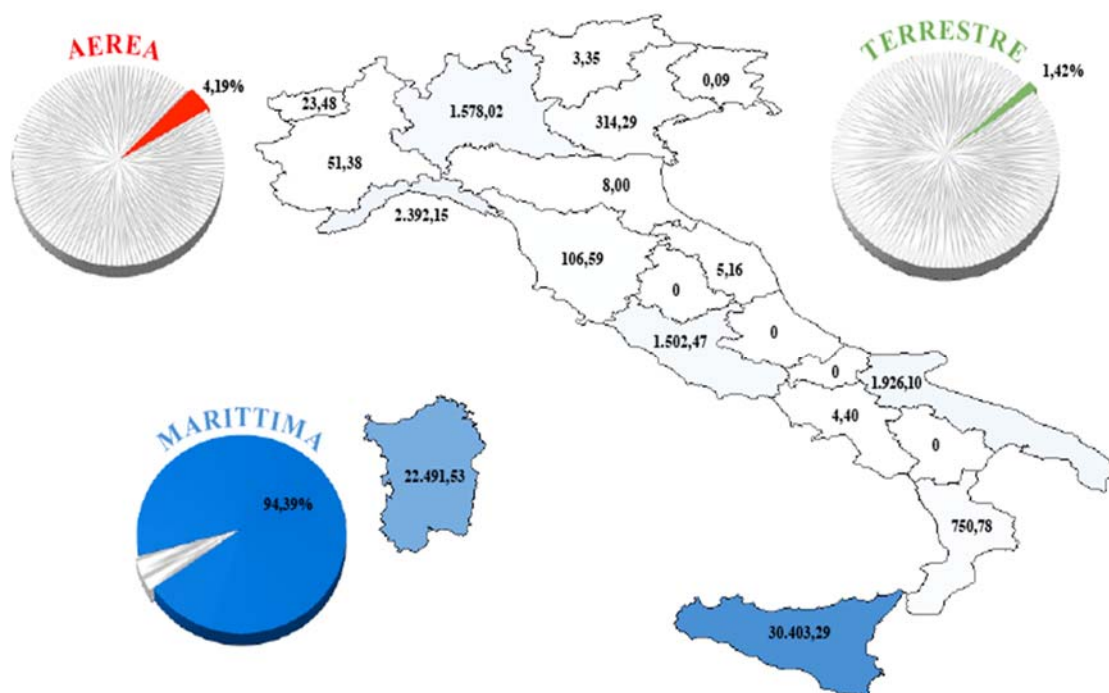


Figura 6

1.2 Purezza delle sostanze

I dati sulla purezza delle sostanze stupefacenti derivano dalle analisi effettuate dalla Sezione Indagini sulle Droghe del Servizio Polizia Scientifica della Direzione Centrale Anticrimine della Polizia di Stato inseriti nelle schede dell'European Monitoring Centre for Drugs and Drugs Addictions

TABELLA STANDARD 14: Purezza/Efficacia a livello di strada di alcune sostanze illecite

Resina di cannabis (% THC)

	2013	2014	2015
Dimensione del campione (1.2.1)	147	180	1030
Minimo (1.2.2)	1	0,7	1
Massimo (1.2.3)	27	27	35
Media (1.2.4)	11	11	9,7
Mediana (1.2.5)	10	11	9,2
Moda (1.2.6)	10	12	11

Tabella 1

Cannabis in foglie (Tipo non specificato) (% THC)

	2013	2014	2015
Dimensione del campione (1.2.1)	170	420	704
Minimo (1.2.2)	1	0,4	0,9
Massimo (1.2.3)	24	23	26
Media (1.2.4)	12	10	8,9
Mediana (1.2.5)	12	11	8,7
Moda (1.2.6)	12	12	12

Tabella 2

Eroina (tipo non specificato) (%)

	2013	2014	2015

Dimensione del campione (1.2.1)	69	70	208
Minimo (1.2.2)	2	2,2	0,6
Massimo (1.2.3)	62	64	59
Media (1.2.4)	27	27	20
Mediana (1.2.5)	23	26	14
Moda (1.2.6)	18	21	21

Tabella 3

Cocaina (%)

	2013	2014	2015
Dimensione del campione (1.2.1)	143	227	510
Minimo (1.2.2)	20	55	0,4
Massimo (1.2.3)	87	88	87
Media (1.2.4)	60	55	50
Mediana (1.2.5)	63	56	55
Moda (1.2.6)	80	79	80

Tabella 4

Amfetamina (%)

	2013	2014	2015
Dimensione del campione (1.2.1)	13	7	18
Minimo (1.2.2)	0,5	1,6	1
Massimo (1.2.3)	21	77	71
Media (1.2.4)	8,1	25	15
Mediana (1.2.5)	5,9	7,4	5,4
Moda (1.2.6)			1

Tabella 5

Metamfetamine (%)

	2013	2014	2015
Dimensione del campione (1.2.1)	5	5	20
Minimo (1.2.2)	6,6	8	5,9
Massimo (1.2.3)	78	65	65
Media (1.2.4)	37	31	25
Mediana (1.2.5)	17	15	6,5
Moda (1.2.6)			6,2

Tabella 6

Ecstasy (mg MDMA base per ogni pasticca / unità)

	2013	2014	2015
Dimensione del campione (1.2.1)	6	23	
Minimo (1.2.2)	27	50	
Massimo (1.2.3)	107	127	
Media (1.2.4)	68	95	
Mediana (1.2.5)	80	92	
Mediana (1.2.5)		84	
Moda (1.2.6)	6	23	

Tabella 7

MDMA POLVERE (%)			
	2013	2014	2015
Dimensione del campione (1.2.1)		12	14
Minimo (1.2.2)		24	17
Massimo (1.2.3)		87	88
Media (1.2.4)		59	64
Mediana (1.2.5)		57	64
Moda (1.2.6)		87	64

Tabella 8

Commento alla Tabella 8

La Tabella 8 compilata con i dati analitici delle sostanze stupefacenti esaminate presso i laboratori chimici degli Uffici della Polizia Scientifica, contiene le diverse tipologie di droghe e le relative concentrazioni in purezza di principio attivo.

Per quanto riguarda i campioni analizzati di derivati della Cannabis, il valore medio del contenuto in principio attivo tetraidrocannabinolo (THC) si mantiene praticamente costante al 9-10% confrontato con il valore riscontrato negli anni precedenti (2014 e 2013). Ciò che emerge osservando i valori massimi percentuali è

la presenza di alcuni campioni di Cannabis con concentrazioni elevate in THC (massimo 35% per hashish e 26% per marijuana).

I valori del contenuto in principio attivo per le sostanze stupefacenti, eroina e cocaina, non mostrano negli ultimi tre anni sensibili variazioni (eroina 20%, cocaina 55%). Un analogo andamento è osservato per quanto concerne i valori percentuali in principio attivo delle droghe sintetiche anfetamina, metanfetamina e MDMA (anfetamina 15%, metanfetamina 25% ed MDMA 64%).

Al fine di comprendere ancora meglio i suddetti dati riportati nella tabella bisogna innanzitutto considerare il cambiamento del campione statistico utilizzato nel corso del tempo. Infatti, fino al 2013 e per metà anno 2014, i dati forniti riguardavano oltre che le analisi di campioni su strada anche le percentuali di purezza ottenute dalle analisi delle sostanze stupefacenti poste in sequestro dalle Forze di Polizia (Polizia di Stato, Arma dei Carabinieri e Guardia di Finanza) su tutto il territorio nazionale. Queste ultime analisi erano effettuate su richiesta della Direzione Centrale per i Servizi Antidroga (DCSA) sui medi e grandi sequestri. I valori soglia delle quantità che erano sottoposte ad analisi si riferivano a campionature di sequestri di almeno 10 kg per Hashish e Marijuana, 2 kg per eroina e cocaina, 20 grammi per droghe sintetiche in polvere e n. 50 pasticche per droghe sintetiche. Dal mese di giugno 2014, queste analisi, i dati inerenti queste analisi non sono più disponibili e quindi il campione statistico da allora in poi, riguarda esclusivamente le analisi eseguite su sostanze sequestrate su droga da strada da parte della P.G. operante della Polizia di Stato. I dati raccolti dal luglio 2014 a tutt'oggi quindi riguardano le analisi effettuate sia dal Servizio Polizia Scientifica di Roma che dai laboratori chimici periferici dei Gabinetti Regionali e Interregionali di Polizia Scientifica a richiesta dell'Autorità Giudiziaria nell'ambito di procedimenti penali per reati connessi all'art. 73 del D.P.R. 309/90 e s.m.i.

Quindi, qualora si volessero valutare trend di variazione di purezza tra un anno e l'altro è importante tener presente che la droga circolante su strada può essere più o meno “tagliata” con sostanze adulteranti e/o diluenti e questo aspetto, se pur di alcuna rilevanza per quanto riguarda i derivati della Cannabis, va tenuto invece in considerazione nel caso di stupefacenti in polvere che potrebbero presentare, a causa del taglio, delle percentuali di purezza più basse rispetto ai medi e grandi sequestri.

Inoltre, i campioni di droga analizzata provenienti da sequestri su strada sono ancora più rappresentati per il fatto che nel campione statistico utilizzato sono state anche prese in considerazione le analisi effettuate nell'ambito di processi con “giudizio per direttissima” ove tutti i sequestri effettuati dalle Forze di Polizia in flagranza di reato, vengono analizzati nell'immediatezza.

La quasi totalità delle analisi effettuata riguarda quindi le cosiddette droghe classiche: hashish e marijuana, cocaina, eroina, anfetamine ed ecstasy. I quantitativi di droghe sintetiche sequestrati su strada sono abbastanza bassi rispetto alle droghe più comuni. I sequestri di sostanze analizzate rapportati in valori percentuale corrispondono al 43% derivati della Cannabis (hashish e marijuana), 16% cocaina, 4% eroina, 1% anfetamine ed ecstasy, e 36% per altre sostanze di varia natura (metadone, benzodiazepine, buprenorfina, ketamina, mefedrone, fenetilammine e altre sostanze non classificate nella normativa delle Nazioni Unite del 1971).

NPS

Per quanto riguarda le Nuove Sostanze Psicoattive, si evidenzia, che nonostante ci sia una grande varietà di composti chimici di questa tipologia, queste molecole sono presenti sul nostro territorio in quantità significativamente inferiore rispetto alle cosiddette droghe classiche.

MINORI

Nel 2015 è stato osservato un significativo incremento del numero di analisi effettuate su reperti sequestrati a carico di minorenni rispetto al triennio precedente (2012-2014). La detenzione delle sostanze stupefacenti a carico di minori riguarda prevalentemente hashish e marijuana.

COMPOSIZIONE DELLE PASTICCHE DI DROGA ILLECITE

Campione

	2013	2014	2015
Numero di record	26	1	4
e/o Numero di pasticche analizzate	26	10	10
Numero totale di pasticche		103	207

Tabella 9

Distribuzione del contenuto delle pasticche di droga illecite, percentuale (%)

	2013	2014	2015
1 Sostanze simili a MDMA {come uniche sostanze classificate (1.2.1) } (1.2.2)	44	0	0
2 (META)AMFETAMINE {come uniche sostanze classificate (1.2.1) } (1.2.3)	27	100	3
3 Sostanze simili a MDMA E (META)AMFETAMINE {come uniche sostanze classificate (1.2.1) } (1.2.4)	15	0	0
4 ALTRE { sostanze classificate (1.2.1) } (1.2.5)	14	0	0
5 VARIE (1.2.6)	0	0	97

Tabella 10

COMMENTO ALLA TABELLA 10

In questa tabella sono riportati i dati inerenti i sequestri di pasticche di droghe illecite e pasticche di sostanze non classificate secondo la normativa delle Nazioni Unite del 1971. Negli ultimi anni è stata riscontrata una notevole riduzione della presenza di compresse contenenti MDMA a favore di un incremento di MDMA in forma di polvere cristallina. L'ecstasy (MDMA) in polvere è

caratterizzata da una percentuale di purezza superiore rispetto alle compresse che circolavano negli anni precedenti.

1.3 Dimensione del mercato

Introduzione

L'Istat elabora correntemente delle stime sulla componente non osservata dell'economia, ossia quell'area che per motivi diversi sfugge all'osservazione diretta. Si tratta essenzialmente dell'economia sommersa e dell'economia illegale, quest'ultima circoscritta alle sole attività di prostituzione, commercializzazione di sostanze stupefacenti e contrabbando di sigarette.

Stimare la dimensione economica di un fenomeno non osservato è un'attività complessa che richiede l'utilizzo di strumenti teorici e tecniche di analisi statistica appropriate per consentirne l'inserimento nei conti nazionali. L'insieme delle attività oggetto di analisi è stato, pertanto, circoscritto e le metodologie impiegate sono state finalizzate a misurare aspetti specifici del fenomeno.

In generale, poiché le attività illegali sono praticate da soggetti con forti incentivi a occultare il proprio coinvolgimento, sia come produttori sia come consumatori, le relative stime sono affette da un margine di errore decisamente superiore a quello che caratterizza altre componenti del Pil.

1. Le fonti e il metodo di stima del mercato delle droghe

In Italia non esistono indagini statistiche dirette utili ai fini della stima del valore degli aggregati economici associati al consumo di sostanze stupefacenti.

Come in altri paesi europei, anche in Italia si evidenzia una situazione piuttosto difficile riguardo alla disponibilità e alla qualità dei dati. Le fonti amministrative fornite dagli organi di polizia, dai ministeri e dalle dogane, gli studi del CNR sull'uso di alcol ed altre sostanze psicoattive nella popolazione, così come le ricerche di associazioni non-profit o universitarie utilizzano spesso concetti e modalità di rilevazione tra loro molto diverse e non standardizzate.

Informazioni che rispondono a degli standard di raccolta dati sulle quantità, i prezzi e i consumatori di droga, sono deducibili principalmente dalle due agenzie internazionali EMCDDA (European Monitoring Center for Drug and Drug Addiction) e UNODC (United Nations Organization on Drug and Crime) che da molti anni monitorano il mercato della droga per diversi ordini di finalità (in particolare, controllo, prevenzione e lotta al terrorismo internazionale). Anche in questo caso, tuttavia, la qualità del dato non è del tutto assicurata, perché le rilevazioni sono affidate ai singoli paesi ed essendo le metodologie molto diverse, non è possibile stabilirne il grado di accuratezza.

Un'analisi preliminare sulla domanda di sostanze stupefacenti ha consentito all'Istat di individuare gli aggregati economici da stimare in relazione all'effettiva significatività del mercato interno in termini di produzione, commercializzazione e interscambio con l'estero.

L'approccio alla stima prende a riferimento prevalentemente indicatori di domanda e informazioni relative agli utilizzatori finali e ai loro comportamenti di consumo per tipologia di sostanza stupefacente. In questo modo, quindi, si analizzano i diversi mercati della droga, uno per ogni sostanza stupefacente oggetto di analisi, e si determinano i corrispondenti valori di consumo procedendo alla stima del numero degli utilizzatori, della quantità media consumata e dei prezzi di mercato unitari.

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

Le difficoltà di misurazione hanno riguardato, in particolare, la mancanza d'indicatori esaustivi sul numero di soggetti coinvolti e il rischio della doppia contabilizzazione di fasi del processo produttivo, dalla distribuzione allo scambio finale.

2. La stima del consumo di sostanze stupefacenti

Informazioni dirette sul consumo di droga non sono disponibili. L'accessibilità di indicatori sull'uso di sostanze stupefacenti e ad altre informazioni, in particolare sui comportamenti di consumo della popolazione, consente, tuttavia, di pervenire indirettamente ad una stima del valore del consumo di droga.

Data la difficoltà di aggiornamento delle informazioni alla base delle stime, le assunzioni sulla frequenza d'uso e la quantità media consumata dagli utilizzatori di sostanze stupefacenti sono ritenute variabili piuttosto stabili nel medio periodo e confrontabili tra paesi.

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

$$HFC_j = N_j * Q_{HFCj} * P_{HFCj}$$

Dove HFC_j è il valore del consumo finale per la tipologia di sostanza j , N_j è il numero di individui coinvolti nel consumo di droga per sostanza, Q_{HFCj} le quantità consumate e P_{HFCj} sono i prezzi al dettaglio. Il consumo finale HFC è la risultante della somma dei consumi per le diverse sostanze stupefacenti j .

Il numero dei consumatori N si ottiene utilizzando i dati d'indagine che stimano la prevalenza del consumo, in termini di tassi, per tipologia di sostanza: eroina, cocaina, cannabis, amfetamine, ecstasy e LSD. Il tasso di prevalenza annuale (*last year prevalence rate*) è un indicatore chiave dell'Osservatorio europeo (EMCDDA) e viene stimato sulla base della General Population Survey (GPS). Il tasso ha l'obiettivo di fornire l'informazione sulla proporzione di soggetti che hanno fatto uso di sostanze stupefacenti nei 12 mesi precedenti il momento della rilevazione rispetto alla popolazione di riferimento (15-64 anni).

Dal 2010, i tassi di prevalenza sono diffusi dal Dipartimento delle Politiche antidroga nella Relazione annuale al Parlamento sulle tossicodipendenze. L'analisi dei dati per tipologia di sostanza ha evidenziato alcuni problemi di qualità dell'informazione raccolta, in particolare sui consumatori problematici che risultano notevolmente sottostimati. I dati pubblicati nella Relazione

sono stati, quindi, sottoposti a verifica tenendo conto anche di altre informazioni sia nazionali che sovranazionali. Sono stati utilizzati gli indicatori sui consumatori problematici forniti dall'EMCDDA⁷ e i dati sugli utenti in trattamento presso i Ser.T. per abuso di eroina come sostanza primaria per ottenere un numero di consumatori di eroina più attendibili⁸.

⁷ Si veda "Estimated trends in the prevalence of problem and injecting drug use, rate per 1.000 population aged 15–64", EMCDDA.

⁸ Quest'ultimi erano nel 2010 circa 115 mila mentre i consumatori potenziali ottenuti con i tassi di prevalenza risultavano nello stesso anno circa 95 mila.

L'approccio indiretto considerato porta a stimare un numero di consumatori di eroina molto più alto rispetto a quello che si otterrebbe utilizzando gli indicatori di indagine e fornisce un fattore di correzione che è stato poi applicato a tutte le tipologie di droghe⁹.

In questo modo si ottiene un numero di consumatori per tipologia di sostanza validato in funzione di tutte le fonti disponibili sul fenomeno e coerente con altri studi analoghi pubblicati dalla Commissione Economica Europea¹⁰. Poiché le indagini hanno cadenza biennale, i dati sul numero di consumatori per l'anno non coperto dall'indagine vengono stimati applicando il tasso di variazione medio annuo calcolato tra i due anni per cui l'indagine è disponibile.

Per determinare la quantità media di sostanza consumata nell'anno, è necessario definire delle assunzioni relative ai comportamenti individuali di consumo. Il numero di utilizzatori per tipologia di sostanza è stato quindi dettagliato in modo da applicare comportamenti di consumo differenziati per tre diverse tipologie di consumatori: problematici, regolari, occasionali¹¹. La distinzione tra le tre diverse tipologie di consumatori è possibile prendendo a riferimento informazioni di esperti riportate in letteratura¹².

I livelli di consumo possono essere molto diversi tra un consumatore occasionale e un consumatore regolare. Inoltre, alcuni studi osservano che oggi la maggior parte dei consumatori acquista la droga al momento disponibile sul mercato e questo comportamento rende diffuso il poli-consumo, ovvero l'assunzione da parte di una stessa persona di più sostanze stupefacenti, specialmente fra i consumatori regolari e problematici¹³.

Nel 2013 il numero di utilizzatori di cannabis stimati dall'Istat è di 6,1 milioni mentre 1,1 milioni sono gli utilizzatori di cocaina. I consumatori di eroina risultano 218 mila e 591 mila sono gli utilizzatori di altre sostanze chimiche (exctasy, LSD, anfetamine). La somma degli utilizzatori per sostanza non consente di stimare il numero dei consumatori di droga in quanto nelle stime una stessa persona può essere conteggiata una o più volte essendo misurato anche il poli-consumo.

Dopo aver definito il numero degli utilizzatori per tipo di sostanza e per comportamento di consumo (consumatori problematici, regolari e occasionali) è possibile pervenire alla stima della quantità di droga immessa nel mercato interno, inserendo alcune assunzioni sulla frequenza e le quantità d'uso delle diverse tipologie di consumatori. I comportamenti di consumo della popolazione, che riguardano sia la frequenza di consumo in un anno sia le dosi giornaliere, si basano su ipotesi condivise in ambito Europeo¹⁴ e su indicazioni di esperti (Direzione Centrale Servizi Antidroga).

Il consumo in termini di valore è individuato moltiplicando le quantità consumate per i prezzi al dettaglio. I dati relativi al numero di consumatori ed alle quantità assunte richiedono un lavoro di raccordo tra fonti diverse, nonché la formulazione di ipotesi sui comportamenti di consumo, mentre

⁹ I consumatori di cocaina sono stati sottoposti ad un ulteriore aggiustamento utilizzando come fonte informativa una ricerca scientifica che mette in relazione i consumatori di cocaina con quelli di cannabis (*"Monitoring the size and protagonist of drug market: combining supply and demand data sources and estimates"*, a cura di Carla Rossi in *Current Drug Abuse Reviews*, 6, 2013).

¹⁰ La Commissione europea ha fatto svolgere nel 2012 un'indagine sulla dimensione del mercato in 7 paesi europei: Olanda, Svezia, Portogallo, Repubblica Ceca, Bulgaria, Regno Unito e Italia. I risultati fanno parte di un rapporto della Commissione europea (Trautman F, Kilmer B, Turnbull P. Eds. "Further insights into aspects of the illicit EU drugs market", European Commission, 2013) mentre la stima del mercato italiano è pubblicata su una rivista internazionale (Carla Rossi, *"Monitoring the size and protagonists of the drug market: combining supply and demand data sources and estimates"*, *Current Drug Abuse Reviews*, 2013).

¹¹ Si definiscono come problematici i consumatori che tendono a fare uso di droga tutti i giorni o quasi, spesso anche più volte al giorno, regolari i consumatori che fanno un uso settimanalmente di sostanze psicotrope, specialmente nel fine settimana, occasionali quei consumatori che hanno provato qualche sostanza stupefacente e che, se continuano nell'uso, riescono a limitarsi nella frequenza.

¹² Si veda Fabi et al. "Segmentazione e valutazione del mercato dal lato domanda. In G.M. Rey, C. Rossi, A. Zuliani, (2011), "Il mercato delle droghe: dimensione, protagonisti, politiche" e "Further insights into aspects of the EU illicit drugs market", European Commission 2013.

¹³ Si veda "Il mercato delle droghe", a cura di G.M. Rey, C. Rossi e A. Zuliani, Marsilio, 2011, pag. 193.

¹⁴ Si rimanda all'Ebook di Vopravil J. e Rossi C "Illicit drug market and its economic impact" del 2014.

le informazioni sui prezzi appaiono più univoche e affidabili, e dunque l'elemento meno controverso tra quelli che concorrono alla determinazione della spesa.

Le informazioni sui prezzi sono disponibili nelle relazioni annuali della Direzione del Servizio Antidroga del Ministero dell'Interno. I dati forniti per tipo di sostanza si riferiscono al prezzo unitario minimo, massimo e medio per dose o per grammo, a seconda dei casi. Ai fini della stima della spesa, è stato considerato un prezzo al consumo intermedio tra le due quotazioni estreme indicate per le vendite al dettaglio. I prezzi risultano coerenti con quelli diffusi dalle Nazioni Unite.

Una volta stabilita la dimensione del mercato interno, rappresentata dalla quantità di sostanze stupefacenti consumate, si procede alla stima del valore delle importazioni, delle esportazioni e della produzione interna, tramite assunzioni riguardanti il grado medio di purezza delle sostanze, la quota di ri-esportazione e i prezzi di riferimento degli aggregati da stimare (prezzo di acquisto sui mercati internazionali, di vendita all'ingrosso e al dettaglio sul mercato nazionale). Questi ultimi sono rilevati dal Ministero degli Interni e dall'agenzia delle Nazioni Unite per il controllo e la prevenzione del crimine (UNODC).

Le quantità di sostanze stupefacenti esportate e quelle utilizzate sul mercato interno rappresentano l'ammontare di droga disponibile per i residenti. Considerando le fasi tipiche del traffico di stupefacenti (commercio all'ingrosso internazionale, commercio all'ingrosso nazionale, commercio al dettaglio), si procede alla stima del valore della produzione (definito come il margine derivante dalla vendita delle sostanze stupefacenti), dei costi intermedi e, conseguentemente, del valore aggiunto generato. Tale stima è basata su informazioni indirette fornite da analisti operanti presso le diverse istituzioni che svolgono attività di contrasto al fenomeno e relative alle "tecnologie di produzione" e ai prezzi della merce ai diversi stadi del processo.

I risultati

Le stime effettuate rilevano che nel 2013 le attività connesse agli stupefacenti rappresentano quasi il 70% del complesso delle attività illegali stimate dalla contabilità nazionale e pesano per circa lo 0,9% sul Pil. In particolare, il consumo di sostanze stupefacenti sul territorio nazionale è stimato in 14,0 miliardi di euro, di cui circa la metà attribuibile al consumo di cocaina e un quarto all'utilizzo di derivati della cannabis (Tabella 11).

Tipologia di droga	Consumi finali
Eroina	1,9
Cocaina	6,5
Cannabis	4,0
Altro	1,7
Totale	14,0

Tabella 11– Spesa per consumi finali di droga per tipologia di sostanze stupefacenti – Anno 2013 (valori in miliardi di euro)

Stimare il valore economico delle attività illegali è un compito molto complesso e numerose sono le difficoltà che si incontrano: le informazioni disponibili da fonti ufficiali sono limitate e i metodi di stima comportano necessariamente l'utilizzo di ipotesi che presentano un carattere di

discrezionalità. Nel complesso, l'Istat ritiene che le stime presentino un livello di fondatezza accettabile e tale da migliorare l'esaustività delle misure di contabilità nazionale.

Bibliografia

- European Commission, IMF, OECD, United Nations, World Bank (2009), *System of National Accounts 2008*, Brussels/Luxembourg, New York, Paris, Washington, D.C.
- Fabi et al. (2011), *Segmentazione e valutazione del mercato dal lato domanda*, in “Il mercato delle droghe: dimensione, protagonisti, politiche” a cura di G.M. Rey, C. Rossi, A. Zuliani.
- Groom, C. and Davies, T. (1998), *Developing a methodology for measuring illegal activity for the UK National accounts*, Economic trends, No. 536 July.
- EMCDDA (2003), *The state of the drugs problem in the European Union and Norway*, Annual Report 2003, Lisbon.
- EMCDDA (2008), *Guidelines for estimating the incidence of problem drug use*, Lisbon.
- EMCDDA (2011), *Annual report on the state of the drugs problem in Europe. 2011*, Lisbon.
- European Commission (2013), *Further insights into aspects of the EU illicit drugs market*, Editors Franz Trautmann (Trimbos Institute), Beau Kilmer (RAND) and Paul Turnbull (ICPR).
- Eurostat (1996), *European system of accounts ESA 1995*, Luxembourg.
- Eurostat (2013), *European system of accounts ESA 2010*, Luxembourg.
- Heij, R. de (2007), *Linking the illegal economy to National accounts*, Statistics Netherlands.
- Istat (2014), *I nuovi conti nazionali in Sec 2010 - Innovazioni e ricostruzione delle serie storiche (1995-2013)*, Nota informativa, 6 ottobre.
- Istat (2015), *L'economia non osservata nei conti nazionali. Anni 2011-2013*, Statistiche Report, 4 dicembre.
- OECD (2002), *Handbook for Measurement of the Non-Observed Economy*, Paris.
- REITOX (2012), *2012 National Report to the EMCDDA. Italy*.
- Rey, G.M., Rossi C., Zuliani A. (2011), *Il mercato delle droghe: dimensione, protagonisti, politiche*, Marsilio.
- Rossi, C. (2013), *Monitoring the size and protagonists of the Drug Market: combining supply and demand data sources and estimates*, Current Drug Abuse Reviews, 6, 2013.
- Rossi C. e altri (2014), *A chi compete la raccolta, l'interpretazione dei dati e lo studio della parte sommersa del 'fenomeno droga'?*, UniversItalia Editrice.
- UNODC (2000-2013), *World Drug Report*, Vienna.
- UNODC (2013), *Illicit flows*, Vienna.
- Vopravil J., Rossi C. (2014), *Illicit drug market and its economic impact*, Ebook, UniversItalia Editrice.

1.4 Nuovi Indicatori Europei

A cura di UNICRI - United Nations Interregional Crime and Justice Research Institute

I nuovi indicatori proposti dalla Commissione Europea, “drug market” (DM), “drug related crime”(DRC), e “drug supply reduction”(DSR), sono il frutto di un percorso iniziato nel 2009 nell’ambito del Piano d’Azione sulle droghe 2009-2012, che richiedeva di sviluppare indicatori sul crimine correlato alla droga, le coltivazioni illecite, i mercati e gli interventi di riduzione della domanda che fossero rilevanti per indirizzare le politiche, nonché di sviluppare una strategia adeguata per la raccolta dei dati. Successivi gruppi di studio e due importanti conferenze, nel 2010 e nel 2012, hanno prodotto una serie di documenti tecnici. In particolare, la Conferenza del 2012 è stata guidata da una considerazione fondamentale, inserita nella relazione come base della discussione: la necessità di un approccio olistico ed integrato. Questo approccio, mutuato anche dalle posizioni espresse dagli Stati Membri in ambito ONU¹⁵, si ritiene necessario per una comprensione adeguata del fenomeno delle droghe nel senso che è necessario considerare i dati relativi alla domanda per comprendere appieno gli aspetti collegati all’offerta e viceversa.

La Seconda Conferenza ha ufficialmente introdotto i tre indicatori, articolati in sottoindicatori (che identificano i dati utili, le stime da effettuare e le informazioni qualitative): Drug Markets Drug Supply Reduction (DSR) e Drug Related Crime (DRC).

Come per i 5 indicatori epidemiologici, già introdotti da più di 15 anni dall'Osservatorio Europeo (EMCDDA), le riunioni periodiche dei gruppi di lavoro, presso l’EMCDDA, hanno cercato di stabilire quali fossero i dati da utilizzare per elaborare indicatori scientificamente fondati, da calcolare o stimare con metodi e modelli adatti.

Attualmente, l’EMCDDA sta lavorando per mettere a disposizione degli Stati Membri UE delle linee guida per ottenere valori confrontabili dall’analisi degli indicatori.

Si riportano di seguito i nuovi indicatori e relativi sottoindicatori qualitativi e quantitativi:

<p>Drug Markets (DM)</p> <ul style="list-style-type: none">• Sequestri<ul style="list-style-type: none">• Per sostanza: quantità, numero, organismo sequestrante, localizzazione, punto della catena di offerta, singoli casi importanti• Precursori (materie prime per la produzione di droghe)<ul style="list-style-type: none">• Sequestri o controllo dei precursori• Per qualità chimica: quantità, numero, localizzazione, autorità• Strutture di produzione<ul style="list-style-type: none">• Per sostanza: coltivazione, produzione, tipologia del sito, localizzazione, dimensione, attrezzatura, metodi di produzione, precursori• Origini e flussi delle droghe disponibili nei mercati europei<ul style="list-style-type: none">• Per sostanza (se idoneo): analisi a fini investigativi, mappatura delle rotte del traffico, transito e punti di distribuzione derivati• Prodotti<ul style="list-style-type: none">• Per sostanza: potenza, purezza, contenuti (pastiglie e polveri), adulteranti, nelle differenti fasi della catena distributiva• Prezzi

¹⁵ Si veda l’Outcome Document della Sessione Speciale dell’Assemblea Generale delle Nazioni Unite sul problema della droga che si è svolta ad Aprile 2006 a New York.

- Per sostanza: nelle differenti fasi della catena del mercato, adattate per purezza
- Prezzi dei precursori e degli adulteranti
- Disponibilità
 - Per sostanza a livello di popolazione (indagini)
- Reati connessi con l'offerta delle sostanze
 - Per sostanza: frequenza e tipologia, nelle diverse fasi della catena di offerta
- Dimensione del mercato
 - Per sostanza e per tipo di consumatore: consumo individuale (frequenza e quantità per ogni consumo), prevalenza, modifiche nel tempo
- Dati di contesto
 - Attività di repressione: organizzazione, priorità, risorse, indicatori di efficacia

Drug Supply Reduction (DSR)

- Analisi descrittiva dell'organizzazione della repressione e delle attività
 - Tipo di organizzazione, mandati organizzativi, budget delle strutture
 - Obiettivi: controllo del mercato; blocco dell'importazione/distribuzione; controllo dei precursori; blocco della produzione; catena di confisca dei beni
 - Tattiche: consegne controllate; cooperazione con organizzazioni private; controlli routinari ecc.
 - Mezzi: informatori; agenti sotto copertura; cani; network di comunicazione e data base protetti; strumenti di localizzazione; strumenti di intercettazione vocale; software di analisi; attrezzature di rilevamento ecc.
 - Impostazioni: localizzazioni prioritarie delle attività
- Descrizione del sistema di attività di giustizia criminale legate alla riduzione dell'offerta di sostanze
 - Attività Eurojust e cooperazione europea: Squadre di investigazione congiunte, consegne controllate, richieste di assistenza legale reciproca, mandati di arresto europei, altri accordi di collaborazione bi-e-multilaterali
 - Attività nazionali del sistema di giustizia criminale legato alla riduzione dell'offerta di sostanze
- Sequestri
 - Per sostanza: quantità, numero, autorità di sequestro, luoghi, livello del mercato
- Precursori
 - Sequestri o controllo del dirottamento dei precursori
 - Chimica: quantità, numero, posizione, autorità
- Strutture di produzione
 - Per sostanza: coltivazioni, produzione, tipologia del sito, ubicazione, portata, attrezzatura, metodi di produzione, precursori
- Prezzi
 - Per sostanza: nelle diverse fasi della catena di offerta, tenendo conto della purezza
 - Prezzi dei precursori e degli adulteranti (se appropriato)
- Reati connessi all'offerta di droghe
 - Per sostanza: numero e tipo, nelle diverse fasi della catena di offerta
- Recupero dei beni frutto del traffico
 - Sequestri: numero di casi, valore finanziario
- Dati di contesto
 - Quadro legale e strategico: sostanze, precursori
 - Applicazione della legge: ruoli, prerogative, mandati
 - Sistema della giustizia penale: ruoli, prerogative, mandati

Drug Related Crime (DRC)

- Reati riportati
 - Reati e soggetti coinvolti per reati legati alla droga,
 - Per sostanza: numero e tipo, nelle diverse fasi della catena di offerta
- Reati droga-correlati, per sostanza
 - Percentuale attribuibile di reati connessi alla droga
 - Numero di reati per tipologia
- Condanne e sanzioni amministrative
 - Reati e soggetti coinvolti per reati legati alla droga
 - Per sostanza: numero e tipo, nelle diverse fasi della catena di offerta
- Detenzione/detenuti
 - Reati e soggetti coinvolti per reati legati alla droga: numero e tipo, nelle diverse fasi della catena di offerta
- Sanzioni applicate
 - Reati e soggetti coinvolti per reati legati alla droga: numero e tipo, nelle diverse fasi della catena di offerta
- Dati di contesto
 - Descrizione del crimine organizzato (OC): numero di gruppi di criminalità organizzata identificati, attività criminali, legami tra i gruppi
 - Corruzione: numero di casi
 - Riciclaggio di denaro: denunce (e azioni penali) di transazioni sospette
 - Sequestri di beni criminali: numero di casi, valore finanziario

Gli indicatori sono basati sulla raccolta di dati e informazioni che provengono dalle Istituzioni nazionali ed internazionali che si occupano di contrasto all'offerta. I dati raccolti secondo tali indicatori vanno successivamente riorganizzati per essere utilizzati in modo opportuno. Nel primo indicatore sono presenti tre sotto indicatori derivabili da quantità stimate e non solo da dati amministrativi. Tali indicatori riguardano la popolazione dei consumatori e l'entità e la provenienza delle quantità consumate, che non sono registrate né registrabili, ma devono essere stimate con indagini e integrate con il contributo dei dati amministrativi.¹⁶

Come detto sopra, I tre indicatori sono ancora applicati in via sperimentale, in attesa che siano emanate le linee guida con le metodologie per l'elaborazione e la valutazione dei dati e delle informazioni.

¹⁶ European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction and Europol (2016), EU Drug Markets Report: Strategic Overview, EMCDDA–Europol Joint publications, Publications Office of the European Union, Luxembourg.

Capitolo 2 – Dimensione della criminalità

Ministero Interno – Direzione Centrale Servizi Antidroga (DCSA) - IFC Istituto di Fisiologia Clinica e CNR –
 Ministero Giustizia - Dipartimento per gli Affari di Giustizia - UNICRI – United Nations Interregional Crime and Justice
 Research Institute

2.1 Denunce a piede libero, in stato di irreperibilità e arresti ¹⁷

Nel 2015 sono state segnalate all’Autorità Giudiziaria 27.718 persone, con un decremento pari al 7,37% rispetto all’anno precedente, delle quali 19.524 in stato di arresto. Più in dettaglio, è stata rilevata una diminuzione delle denunce per i reati correlati alla marijuana (-41,87%), all’eroina (-22,65%), alle piante di cannabis (-7,20%) e alle altre droghe (-6,57%) ed un aumento per quelle relative alle droghe sintetiche (+45,90%) e all’hashish (+44,77%). La sostanza stupefacente che ha prodotto il più alto numero di denunce è stata la cocaina (9.206 casi), seguita dall’hashish (7.214), dalla marijuana (4.728), dall’eroina (3.271) e dalle piante di cannabis (1.418).

Le denunce hanno riguardato in 17.582 casi cittadini italiani (63,43%) e in 10.136 cittadini stranieri (36,57%). L’incidenza delle donne e dei minori è stata rispettivamente del 7,17% e del 4,06%.

Su un totale di 27.718 informative di reato, 2.286 di esse hanno riguardato l’art. 74 del T.U. 309/90 (associazione finalizzata al traffico di stupefacenti) un numero che ben riflette l’impegno operativo e l’attenzione degli organi investigativi nei confronti della Criminalità Organizzata.

Persone segnalate all’A.G.		2015	% sul 2014
Tipo di denuncia	Arresto	19.524	-6,80
	Libertà	7.979	-7,52
	Irreperibilità	215	-38,04
Tipo di reato	Traffico illecito (Art.73)	25.420	-6,06
	Ass. finalizzata al traffico (Art.74)	2.286	-20,01
	Altri reati	12	100,00
Nazionalità	Italiani	17.582	-8,34
	Stranieri	10.136	-5,65
Sesso	Maschile	25.730	-6,67
	Femminile	1.988	-15,62
Età	Maggiorenni	26.593	-7,87
	Minorenni	1.125	6,33
Fasce di età	< 15	37	-13,95
	15 + 19	2.842	-3,99
	20 + 24	5.166	-9,26
	25 + 29	5.148	-10,42
	30 + 34	4.328	-9,21
	35 + 39	3.563	-6,01
	≥ 40	6.634	-4,17
Totale		27.718	-7,37

Figura 7

¹⁷ Per approfondimenti si rimanda all’articolo: L’approccio quantitativo secondo la metodoliga Europea

Persone segnalate - distribuzione regionale

La regione Lazio, con un totale di 4.095 soggetti coinvolti nel traffico di stupefacenti, emerge come valore assoluto rispetto alle altre, seguita dalla Lombardia (3.974), dalla Campania (2.779), dalla Sicilia e dalla Puglia (2.125). I valori più bassi in Molise (115) e Valle d'Aosta (52).

Rispetto al 2014 aumentano in maniera consistente le denunce in Piemonte (+35,91%) e in Basilicata (+32,82%).

I cali più vistosi, in percentuale, in Valle d'Aosta (-58,73%) e in Molise (-27,22%).

Prendendo in esame le macroaree, i soggetti segnalati all'Autorità Giudiziaria risultano distribuiti per il 38,48% al Nord, per il 35,56% al Sud e Isole e per il 25,96% al Centro.



Figura 8

STRANIERI SEGNALATI

Nel 2015 sono stati 10.136 i soggetti stranieri denunciati in Italia, dei quali 7.481 tratti in arresto, per reati concernenti gli stupefacenti. Il dato generale, che rappresenta il 36,57% del totale dei denunciati, pur evidenziando un decremento del 5,65% rispetto all'anno precedente, appare comunque particolarmente rilevante.

Sono soprattutto cittadini di origine marocchina (il 23,90% del totale) gli stranieri denunciati per droga a livello nazionale, seguiti da soggetti di nazionalità albanese (15,34%),

tunisina (14,29%), nigeriana (5,68%), gambiani (5,07%) e senegalese (4,16).

La cocaina, i derivati della cannabis e l'eroina sono le droghe maggiormente commercializzate dalle consorzierie formate da stranieri (in particolare albanesi, marocchini, tunisini e nigeriani) attive nel nostro Paese.

Volendo, invece, specificare l'ambito criminale in cui è prevalente una particolare etnia, sembra emergere una tendenza dei cittadini di nazionalità albanese, tunisina, marocchina e nigeriana alla partecipazione ad associazioni dedite al traffico illecito di droga mentre si confermano leader nelle attività di spaccio i cittadini di origine marocchina, tunisina e albanese.

Stranieri segnalati - distribuzione regionale

In termini assoluti le regioni maggiormente interessate dalla presenza di stranieri coinvolti nel narcotraffico, complessivamente pari al 65,28% del totale, sono la Lombardia, il Lazio, la Toscana, l'Emilia Romagna e il Veneto.

Anche la Liguria, luogo di transito dell'hashish proveniente dal Marocco via Spagna e Francia, raggiunge livelli significativi nell'incidenza di stranieri denunciati in rapporto alla popolazione.

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

Si rileva, inoltre, la seguente maggiore concentrazione per nazionalità: marocchina in Lombardia, Toscana, Emilia Romagna, e Veneto; albanese in Lombardia, Toscana, Umbria e Emilia Romagna; tunisina in Emilia Romagna, Veneto, Toscana e Lombardia; nigeriana nel Lazio, in Veneto e in Emilia Romagna.

Prendendo in esame le macroaree gli stranieri segnalati all'Autorità Giudiziaria nel 2015 risultano distribuiti per il 55,27% al Nord, per il 32,61% al Centro e per il 12,12% al Sud e Isole.

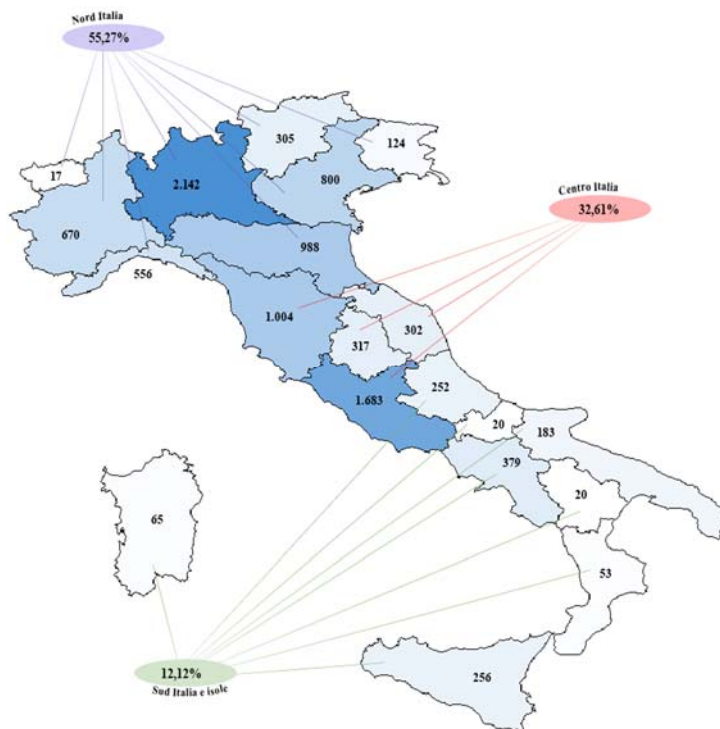


Figura 9

DONNE SEGNALATE

Le donne segnalate all'Autorità Giudiziaria nel 2015 sono state 1.988 (1.310 delle quali in stato di arresto) corrispondenti al 7,17% del totale nazionale, con un decremento, rispetto all'anno precedente, del 15,62%. Fra queste, 428 sono di nazionalità straniera, in particolare romene, marocchine, nigeriane e albanesi.

La fascia di età maggiormente coinvolta è stata quella ≥ 40 anni, con 585 casi.

Le segnalazioni hanno riguardato per il 91,60% il reato di traffico/spaccio e per l'8,30% quello di associazione finalizzata al traffico di stupefacenti.

Donne segnalate - distribuzione regionale

La regione Campania, con un totale di 278 donne coinvolte nel traffico di stupefacenti, emerge come valore assoluto rispetto alle altre regioni, seguita dal Lazio (269), dalla Lombardia (249), dalla Puglia, (158) e dall'Emilia Romagna (139).

I valori più bassi in Molise (11) e Valle d'Aosta (2).

Rispetto al 2014 sono stati registrati aumenti consistenti di denunce in Basilicata (+28,57%) e in Liguria (+9,09%).

I cali più vistosi, in percentuale, in Valle d'Aosta (-80%), in Abruzzo (-56,17%), nelle Marche (-50%), in Umbria (-37,50%), in Molise (-31,25%) e in Friuli Venezia Giulia (30,23%).

Prendendo in esame le macroaree, le donne segnalate all'Autorità Giudiziaria nel 2015 risultano distribuite per il 40,55 % al Sud e Isole, per il 35,76% al Nord e per il 23,69% al Centro.

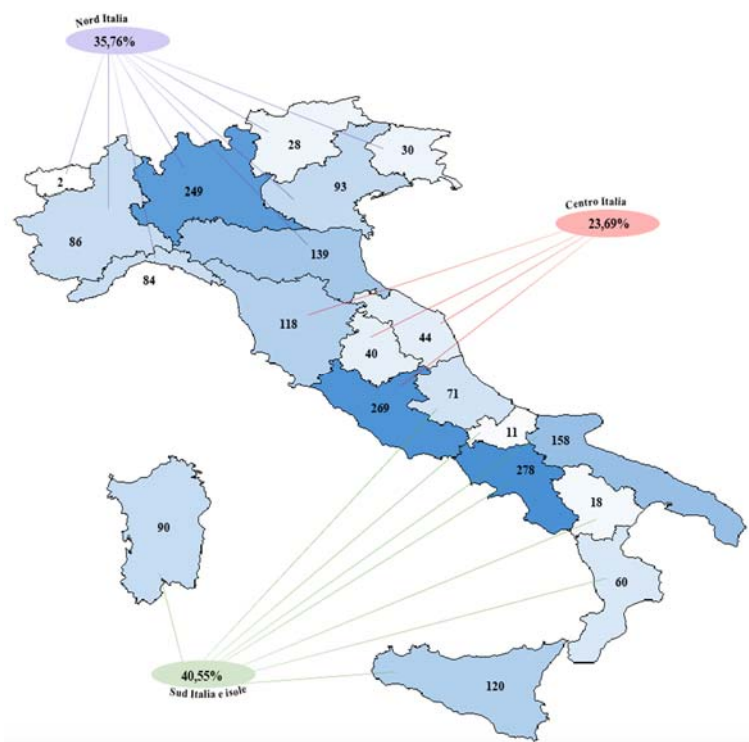


Figura 10

MINORI SEGNALATI

I minori segnalati all'Autorità Giudiziaria nel 2015 sono stati 1.125 (432 dei quali in stato di arresto) pari al 4,06% del totale delle persone segnalate a livello nazionale, con un incremento del 6,33% rispetto all'anno precedente.

Come evidenziato nella seguente tabella, le denunce, 37 delle quali a carico di quattordicenni, presentano incrementi costanti man mano che ci si avvicina alla soglia della maggiore età.

Minori segnalati all'A.G.		2015	% sul 2014
Tipo di denuncia	Arresto	432	1,41
	Liberta	687	8,70
	Irreperibilita	6	--
Tipo di reato	Traffico illecito (Art.73)	1.117	8,24
	Ass. finalizzata al traffico (Art.74)	8	-69,23
	Altri reati	0	--
Nazionalita (prime 10)	Italiani	880	1,50
	Stranieri	245	28,27
	Marocchina	34	112,50
	Tunisina	33	26,92
	Romena	26	30,00
	Senegalese	20	233,33
	Albanese	19	0,00
	Gabonese	18	38,46
	Egiziana	16	14,29
	Maliana	13	333,33
	Gambiana	10	233,33
Polacca	4	33,33	
Altre nazionalita	52	-23,13	
Sesso	Maschile	1.063	6,30
	Femminile	62	6,90
Facce di eta	Quattordicenni	37	-13,95
	Quindicenni	163	12,41
	Sedicenni	374	22,22
	Diciassettenni	551	-2,30
Totale		1.125	6,33

tra i denunciati 245 sono di nazionalita straniera, in particolare marocchini, tunisini, romeni, senegalesi e albanesi.

Relativamente al tipo di reato, 1.117 minori sono stati segnalati per l'art. 73 (traffico/spaccio) e 8 per l'art. 74 (associazione finalizzata al traffico).

Relativamente al tipo di reato, 1.117 minori sono stati segnalati per l'art. 73 (traffico/spaccio) e 8 per l'art. 74 (associazione finalizzata al traffico).

Andamento decennale

Negli ultimi dieci anni le denunce a carico di minori hanno registrato il picco più alto nel 2012 con 1.281 casi e quello più basso nel 2007 con 1.036 casi.

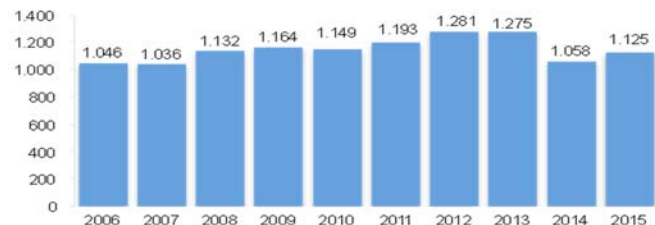


Figura 12

Figura 11

Minori segnalati - distribuzione regionale

La regione Lombardia, con un totale di 171 minori coinvolti nel traffico di stupefacenti, emerge in termini assoluti rispetto alle altre, seguita dal Lazio (133), dal Piemonte (121), dalla Campania (86), dalla Puglia (85), dalla Toscana (82) e dal Veneto (65).

I valori più bassi in Basilicata (10) e in Valle d'Aosta (5).

Rispetto al 2014 sono stati registrati aumenti consistenti di denunce in Valle d'Aosta

(+400%), in Piemonte (+105,08%), in Molise (+100%) e in Basilicata (+66,67%).

I cali più vistosi, in percentuale, nelle Marche (-38,98%), in Sicilia (-37,84%), in Calabria (-35,48%) e in Umbria (-33,33%).

Prendendo in esame le macroaree i minori segnalati all'Autorità Giudiziaria nel 2015 risultano distribuiti per il 47,64% al Nord, per il 28,98% al Sud e Isole e per il 23,38% al Centro.

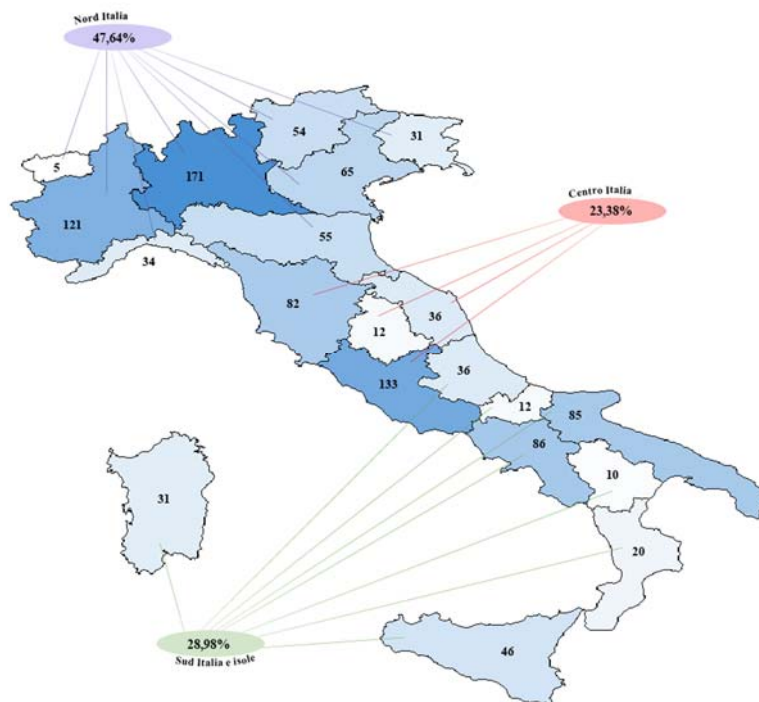


Figura 13

CONTRASTO ALLA COCAINA

Nel 2015 sono risultati in aumento sia le operazioni di contrasto al traffico di cocaina (+7,92%) che i sequestri (+4,16%), mentre sono di segno negativo le denunce all'Autorità Giudiziaria nei confronti degli autori di reati che hanno avuto per oggetto questa sostanza (-0,03%).

Nel complesso le operazioni rivolte al contrasto della cocaina sono state 5.180 e le denunce 9.206 (di cui 6.851 in stato di arresto), mentre la sostanza sequestrata è risultata pari a kg 4.047,68.

Tra le 9.206 persone denunciate per i delitti aventi per oggetto la cocaina, 697 (7,57%) sono state donne e 154 (1,67%) minori.

I cittadini stranieri coinvolti sono stati 3.700, corrispondenti al 40,2% del totale dei denunciati per cocaina.

Le nazionalità straniere maggiormente coinvolte nel traffico di questo stupefacente sono quelle marocchine, albanesi, tunisine e nigeriane.

Rispetto al tipo di reato le denunce hanno riguardato per l'86,85% il traffico/spaccio e per il 13,15% quello più grave di associazione finalizzata al traffico di stupefacenti.

Dall'esame dei casi in cui la provenienza è stata compiutamente accertata, si rileva che il mercato italiano è alimentato per la maggior parte dalla cocaina prodotta in Colombia e proveniente dal Brasile, Repubblica Dominicana, Perù e Messico.

La cocaina sequestrata nel corso delle operazioni antidroga è stata, il più delle volte, rinvenuta occultata nelle abitazioni (228 casi), in auto (198 casi), sulla persona (183 casi), nel bagaglio (71 casi), nel corpo in cavità rettale o ingerita (59 casi) e in lettere o pacchi postali (46 casi).

I sequestri più significativi sono avvenuti a Forlì (kg 485), al porto di Gioia Tauro (kg 289,86), al porto di Marghera (VE) (kg 222), al porto di Vado Ligure (SV) (kg 219,32), al porto di Genova (kg 185,37), al porto di Gioia Tauro (kg 173,18) e a Genova (kg 147,97).

Cocaina sequestrata - distribuzione regionale

Le regioni nelle quali sono stati sequestrati i maggiori quantitativi di cocaina sono la Calabria con kg 846,09, la Liguria con kg 811,95, l'Emilia Romagna con kg 534,62, la Lombardia con kg 529,40 e il Lazio con kg 360,57.

Il valore più basso in Molise (0,35).

Rispetto al 2014 sono stati registrati aumenti consistenti di sequestri in Valle d'Aosta (+9.859,58%), in Veneto (+530,34%), in Emilia Romagna (+398,03%), in Toscana (+315,05%) e in Umbria (+201,70%).

I cali più vistosi, in percentuale, sono stati registrati in Sardegna (-81,43%), in Campania (-66,95%), in Molise (-43,68%) e in Calabria (-41,58%).

Prendendo in esame i dati per macroaree nel 2015 il Nord si attesta al 58,86% dei sequestri complessivi, seguito dal Sud e Isole con il 28,89% e dal Centro con il 12,25%.

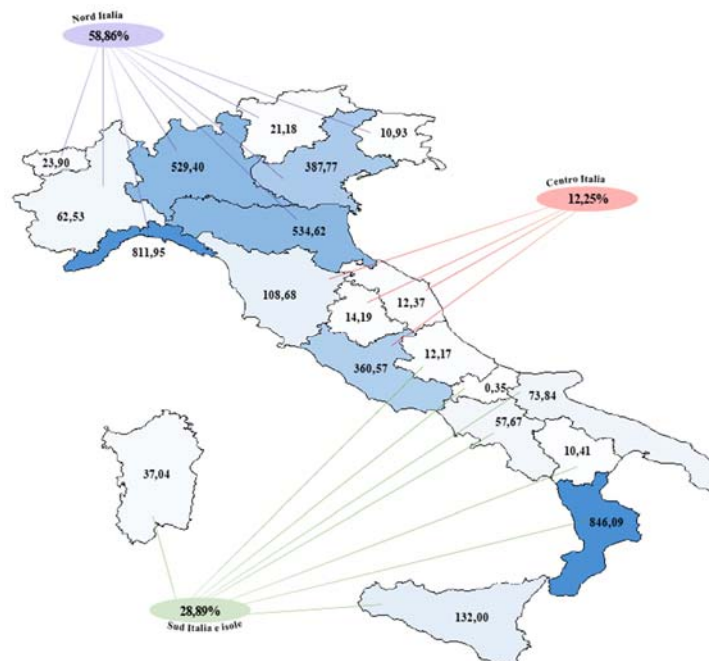


Figura 14

Nel 2015 i sequestri di eroina in Italia sono risultati in diminuzione. Si è passati da kg 937,387 del 2014 a kg 767,497 del 2015 (-18,12%). In diminuzione anche le operazioni e le denunce relative a questa sostanza, che sono state rispettivamente 2.150 (-4,10%) e 3.271 (-22,65%), con l'arresto di 2.573 soggetti.

Tra le 3.271 persone denunciate per eroina, 310 (9,48%) sono donne e 51 (1,56%) minori. I cittadini stranieri coinvolti sono stati 1.773, corrispondenti al 54,20% del totale dei denunciati per eroina.

Le nazionalità straniere maggiormente coinvolte nel traffico e nello spaccio dell'eroina in Italia sono quelle tunisina, marocchina, nigeriana, albanese, e pakistana. Relativamente al tipo di reato le denunce hanno riguardato per il 92,60% il traffico/spaccio e per il 7,40% quello più grave di associazione finalizzata al traffico di stupefacenti.

Dall'esame dei casi in cui la provenienza è stata accertata, si rileva che i principali paesi di provenienza di questo stupefacente sono il Pakistan, il Madagascar, la Grecia, l'Uganda e il Kenya.

L'eroina sequestrata nel corso delle operazioni antidroga è stata il più delle volte rinvenuta occultata sulla persona (78 casi), nelle abitazioni (72 casi), nelle cavità corporee (62 casi) in autovetture (58 casi), in lettere o pacchi postali (46 casi) e nei bagagli (24 casi).

I sequestri più significativi sono avvenuti al porto di Genova (kg 41), all'aeroporto di Malpensa (VA) (kg 38,95), a Milano (kg 36,50), a Livorno (kg 32,25), a Cadoneghe (PD) (kg 27,65) e a Ravenna (kg 26,01).

Eroina sequestrata - distribuzione regionale

Le regioni nelle quali sono stati sequestrati i maggiori quantitativi di eroina sono la Lombardia con kg 201,89, il Lazio con kg 124,56, l'Emilia Romagna con kg 92,01, il Veneto con kg 91,27 e la Liguria con kg 61,16.

I valori più bassi in Valle d'Aosta (kg 0,10), in Basilicata (kg 0,37) e in Molise (kg 0,47).

Rispetto al 2014 sono stati registrati aumenti consistenti di sequestri in Friuli Venezia Giulia (+1.182,90%), in Liguria (+647,30%), nel Lazio (+299,01), in Calabria (+151,06) e in Emilia Romagna (+50,62).

I cali più vistosi, in percentuale, sono stati registrati in Basilicata (-99,03%), nelle Marche (-85,72%), in Molise (-65,84%), in Puglia (-57,70%), in Sardegna (-57,55%) e in Abruzzo (-71,94%).

Prendendo in esame i dati per macroaree nel 2015 il Nord è in testa con il 61,15% dei sequestri complessivi, seguito dal Centro con il 24,38% e dal Sud e Isole con il 14,46%.

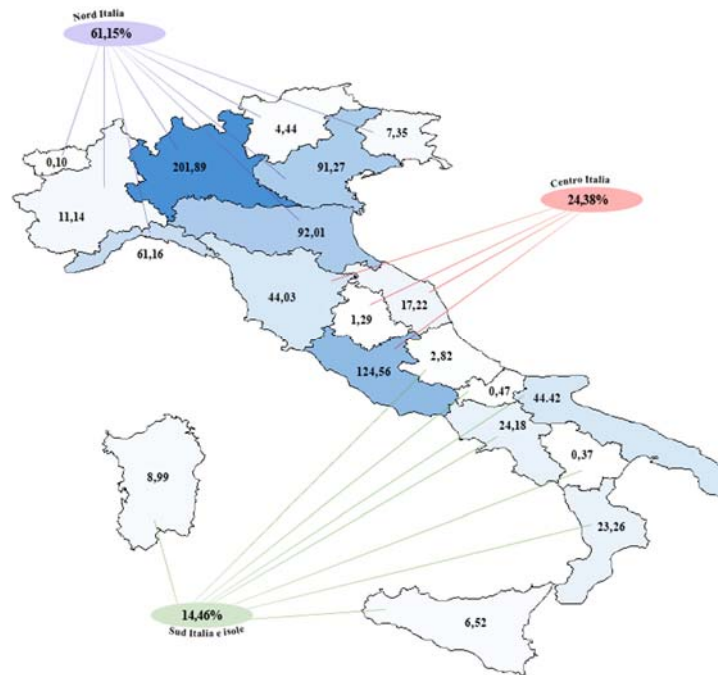


Figura 15

CONTRASTO ALLA CANNABIS

Il 2015 ha portato un marcato decremento nei sequestri di marijuana (-73,95%) e di hashish (-40,06%) sul territorio nazionale. Per l'hashish il segno è positivo sia per le operazioni (+47,49%) che per le segnalazioni all'Autorità Giudiziaria (+44,77%); sono, invece, entrambe di segno negativo per la marijuana, rispettivamente con -40,65% e con -41,87%. Nel complesso le operazioni di polizia finalizzate al contrasto dei derivati della cannabis sono state 10.751; le denunce per hashish 7.214 (di cui 4.814 in stato di arresto), quelle per la marijuana 4.728 e quelle per la coltivazione di piante 1.418. I sequestri, invece, hanno raggiunto la soglia di kg 67.829,49 per l'hashish e di kg 9.313,01 per la marijuana.

Tra le 13.360 persone denunciate per condotte concernenti i derivati della cannabis, 808 (6,05%) sono donne e 864 (6,47%) minori. I responsabili di nazionalità straniera sono 4.093, corrispondenti al 30,64% del totale dei denunciati per reati aventi per oggetto questo tipo di sostanze.

Le nazionalità straniere maggiormente coinvolte nel traffico dei derivati della cannabis sono quelle marocchina, tunisina, gambiana, albanese, senegalese e nigeriana.

Rispetto al tipo di reato le denunce hanno riguardato per il 96,86% il traffico/spaccio e per il 3,13% il reato più grave di associazione finalizzata al traffico.

I sequestri più significativi sono stati effettuati, per la resina di cannabis, nel porto di Cagliari (con kg 22.406) e nelle acque antistanti l'isola di Pantelleria (TP) (kg 13.606) e, per la marijuana, nel porto di Bari (kg 1.650) e nel porto di Riposto (CT) (kg 880).

I quantitativi di cannabis sequestrati sono stati rinvenuti per lo più in abitazioni (656 casi), sulla persona (404 casi), in auto (266 casi) e all'interno di corrispondenza postale (224 casi).

L'esame dei casi in cui la provenienza è stata puntualmente accertata, consente di

affermare che il mercato italiano é stato rifornito prevalentemente dall'hashish proveniente dal Marocco e dalla marijuana albanese.

Cannabis sequestrata - distribuzione regionale

Le regioni nelle quali sono stati sequestrati i maggiori quantitativi di hashish sono la Sicilia con kg 30.166,65, la Sardegna con kg 22.504,38 e la Lombardia con kg 4.843,77. Per la marijuana i sequestri più consistenti sono stati effettuati in Puglia con kg 3.519,02, in Sicilia con kg 1.370,30 e nel Lazio con kg 1.002,85.

Per quanto riguarda le piante di cannabis coltivate illegalmente sul territorio nazionale l'anno 2015 ha fatto registrare un incremento del 13,42% rispetto al 2014.

Il maggior numero di sequestri è stato operato in Calabria con 45.210 piante eradicato, in Sicilia con 23.984 e in Toscana con 13.520 piante, avendo anche cura di precisare che, per le favorevoli condizioni geoclimatiche, queste regioni rappresentano luoghi particolarmente adatti a questo tipo di coltivazioni.

Rispetto al 2014 sono stati registrati aumenti consistenti di sequestri, per l'hashish, in Sardegna (+2.977,73%), in Puglia (+1.415,55%) e in Calabria (+724,10%), per la marijuana, in Liguria (+130,71%), in Piemonte (+8,23%) e, per le piante di cannabis, nelle Marche (+427,08), in Piemonte (+394,33%) e in Calabria (+248,17).

I cali più vistosi, in percentuale, per l'hashish, sono stati registrati in Basilicata (-89,87%), in Piemonte (-72,88%), in Sicilia (-61,66%), per la marijuana, in Molise (-99,54%), in Trentino Alto Adige (-96,07%) e in Abruzzo (-94,66%) e, per le piante di cannabis, in Puglia (-77,71), in Molise (-75,26%) e in Basilicata (-68,18%).

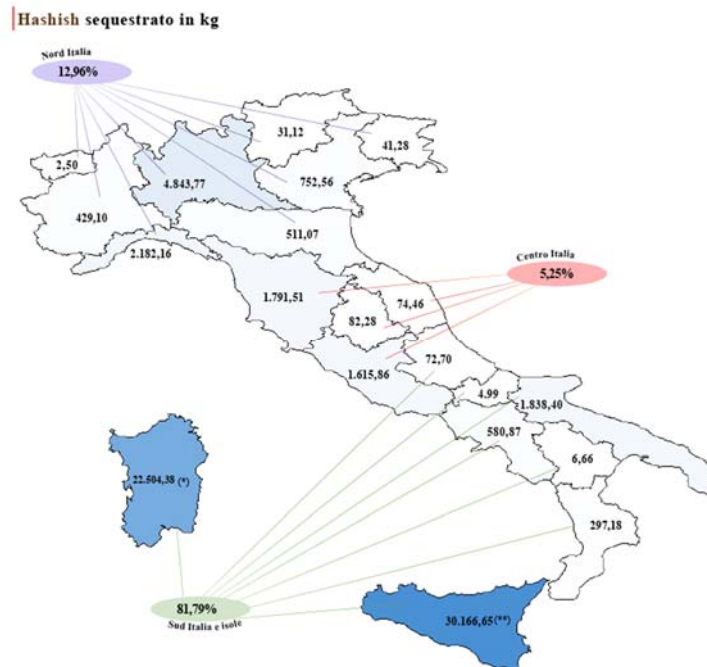
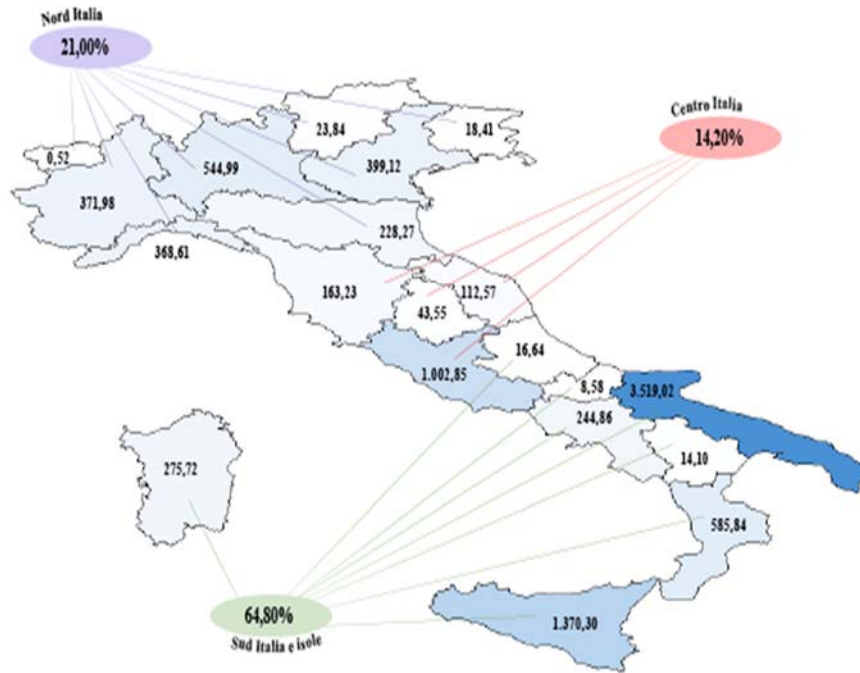


Figura 16

Marijuana sequestrata in kg



Piante di cannabis sequestrate (nr)

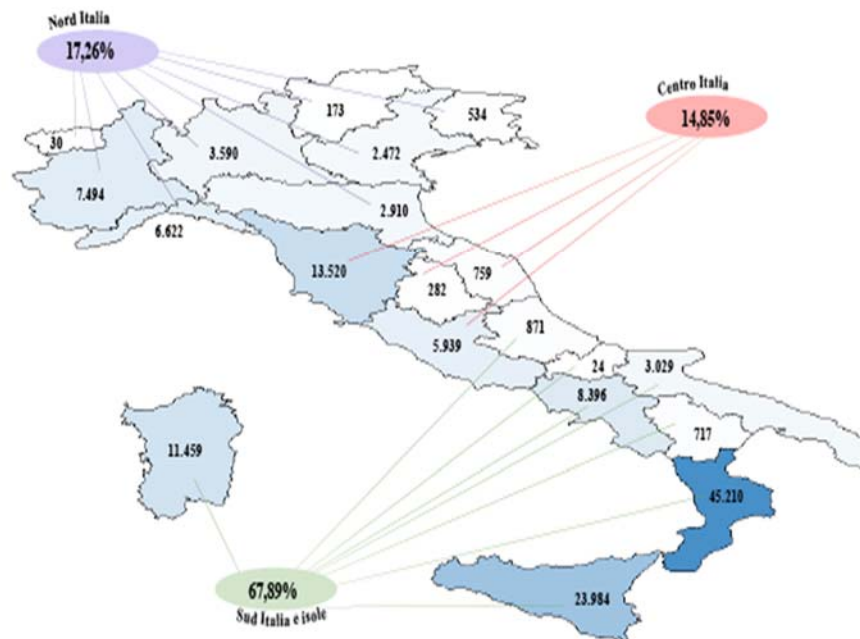


Figura 17

CONTRASTO ALLE DROGHE SINTETICHE

Nel 2015, in Italia, i sequestri di droghe sintetiche nel loro complesso hanno registrato un incremento per quanto concerne le presentazioni "in dosi", tale aumento è del 185,63%, mentre per quelle rinvenute "in polvere" l'incremento è pari al 140,08.

Le operazioni dirette al contrasto delle droghe sintetiche sono state 346 e le denunce 445, di cui 353 in stato di arresto, mentre le dosi sequestrate ammontano a 26.689 unità.

I sequestri più significativi sono stati quelli eseguiti a Milano, nel mese di ottobre, che ha avuto per oggetto 14.000 pastiglie di ecstasy, e a Dalmine (BG), nel mese di novembre, che ha consentito di rinvenire kg 11,1 di amfetamina.

Delle 445 persone denunciate per attività illecite concernenti le droghe sintetiche, 50 (11,24%) sono donne e 16 (3,60%) minori. I cittadini stranieri coinvolti sono stati 170, corrispondenti al 38,20% del totale dei denunciati per questo tipo di sostanze.

Le nazionalità straniere maggiormente coinvolte nei traffici e nelle attività di spaccio sono quelle filippina (69), cinese (43), bengalese (16), marocchina (8), bulgara e romena (3).

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

Relativamente al tipo di reato, le denunce hanno riguardato, per il 90,11%, le condotte di traffico e di spaccio e, per il 9,66%, il reato più grave di associazione finalizzata al traffico di stupefacenti.

Anche nel 2015 il mercato olandese ha rappresentato il punto di approvvigionamento delle piazze di spaccio nazionali. Non a caso le principali direttrici d'ingresso di questo stupefacente provengono da quel Paese, oltreché dalla Spagna, Polonia e dalla Cina.

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

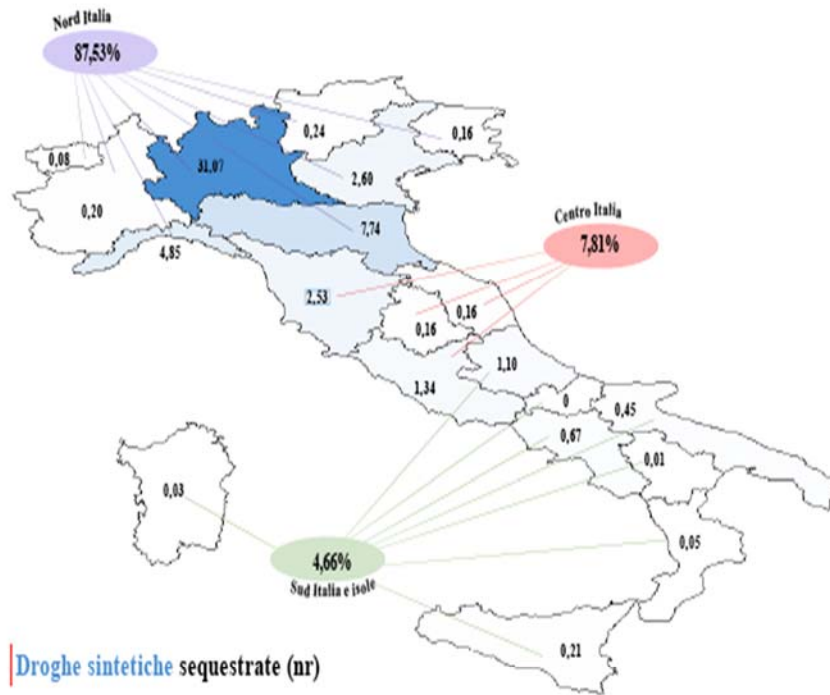
Droghe sintetiche sequestrate - distribuzione regionale

Le regioni nelle quali sono stati sequestrati i maggiori quantitativi di droghe sintetiche in polvere sono la Lombardia con kg 31,07, l'Emilia Romagna con kg 7,74, mentre, per i sequestri in dosi, spicca la Lombardia con 22.783 dosi e il Lazio con 1.263 dosi.

Rispetto al 2014 sono stati registrati aumenti consistenti di sequestri in polvere in Liguria (+5.652,60%), in Abruzzo (+2.993,09%) e in Sicilia (+1.002,79%), mentre per i sequestri in dosi in Sicilia (+3.500,00%), in Lombardia (+3.310,63%) ed in Calabria (+750,00%).

I cali più vistosi per i sequestri in polvere, in percentuale, sono stati registrati in Trentino Alto Adige (-81,14%), in Puglia (-58,54%) e in Sardegna (-56,26%), mentre per i sequestri in dosi in Sardegna (-99,17%), in Toscana (-90,81%) e in Trentino Alto Adige (-88,55%).

Droghe sintetiche sequestrate in kg



Droghe sintetiche sequestrate (nr)

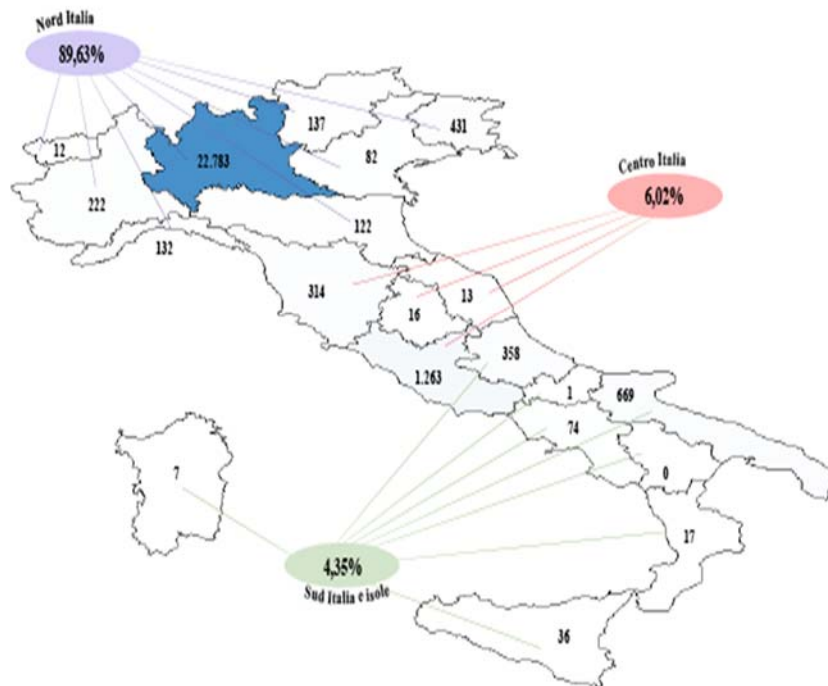


Figura 18

QUADRO RIEPILOGATIVO

Sostanze sequestrate



Andamento quinquennale

Anno	Cocaina (kg)	Erroina (kg)	Hasish (kg)	Marijuana (kg)	Droghe sintetiche (kg)	Altre droghe (kg)	Piante di cannabis (nr)	Droghe sintetiche (nr)	Altre droghe (nr)	Totale (kg)	Totale (nr)
2011	6.348,43	813,48	20.326,44	10.924,09	50,30	993,94	1.008.236	16.382	16.318	39.456,68	1.041.136
2012	5.309,73	940,25	21.918,33	21.526,98	68,33	428,42	4.122.619	22.727	27.231	50.192,04	4.172.577
2013	4.973,34	884,28	36.367,08	28.864,04	97,36	951,89	894.890	7.536	16.528	72.137,99	918.954
2014	3.886,14	937,39	113.169,83	35.744,03	22,34	743,38	121.682	9.344	30.861	154.583,11	161.887
2015	4.047,68	767,50	67.829,49	9.313,02	53,63	2.055,06	138.015	26.689	44.397	84.066,38	209.101

Ripartizione geografica (2015)

Regione	Cocaina (kg)	Erroina (kg)	Hasish (kg)	Marijuana (kg)	Droghe sintetiche (kg)	Altre droghe (kg)	Piante di cannabis (nr)	Droghe sintetiche (nr)	Altre droghe (nr)	Totale (kg)	Totale (nr)
Italia Nord	2.382,30	469,38	8.793,55	1.951,74	46,94	1.379,68	23.825	23.921	4.262	15.027,59	52.008
Italia Centro	495,81	187,10	3.564,11	1.322,20	4,19	670,52	20.500	1.606	10.143	6.243,93	32.249
Italia Sud e isole	1.169,57	111,01	55.471,83	6.035,07	2,50	4,85	93.690	1.162	29.992	62.794,83	124.844

Persone segnalate all'Autorità Giudiziaria



Andamento quinquennale

Anno	Italiani	Stranieri	Maggiorenni	Minoresnni	Maschile	Femminile	< 15	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	≥ 40
2011	24.433	12.792	36.032	1.193	34.037	3.188	44	3.568	7.606	7.458	6.427	4.526	7.596
2012	23.215	12.383	34.317	1.281	32.565	3.033	62	3.465	7.297	6.983	5.759	4.516	7.476
2013	22.304	11.727	32.756	1.275	31.351	2.680	48	3.554	6.747	6.560	5.475	4.182	7.465
2014	19.181	10.743	28.866	1.038	27.568	2.356	43	2.960	5.693	5.747	4.767	3.791	6.923
2015	17.520	10.136	26.593	1.125	25.730	1.988	37	2.842	5.166	5.148	4.328	3.563	6.634

Ripartizione geografica (2015)

Regione	Italiani	Stranieri	Maggiorenni	Minoresnni	Maschile	Femminile	< 15	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	≥ 40
Italia Nord	5.067	5.602	10.133	536	9.858	711	24	1.187	1.867	2.027	1.750	1.443	2.371
Italia Centro	3.889	3.306	6.932	263	6.724	471	7	719	1.369	1.393	1.154	889	1.664
Italia Sud e isole	8.626	1.228	9.528	326	9.048	806	6	936	1.930	1.728	1.424	1.231	2.599

Figura 19

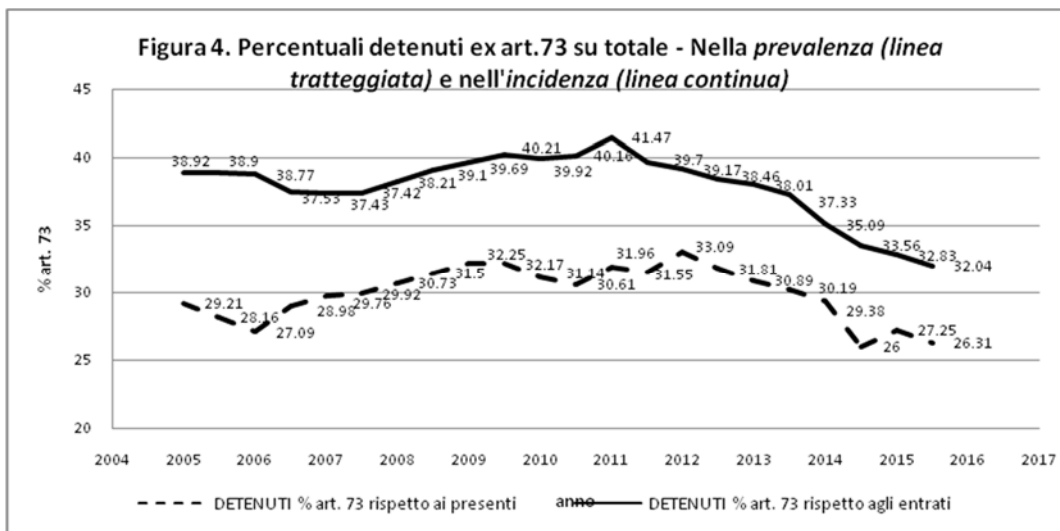
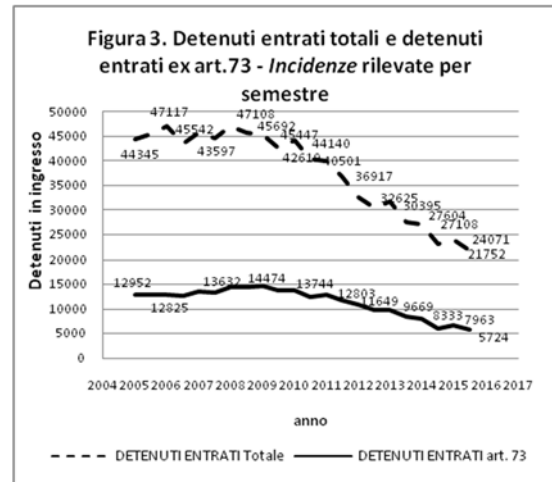
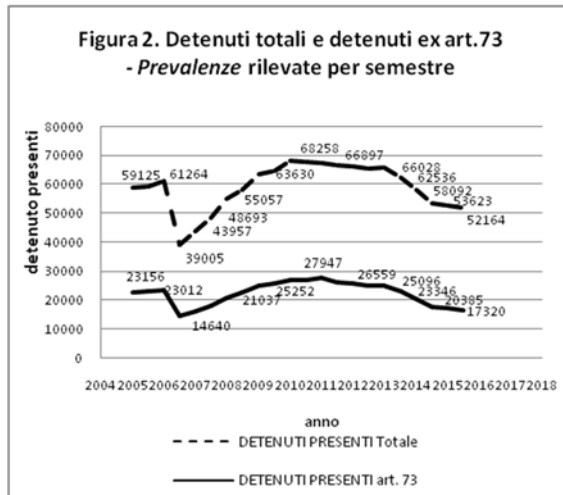
2.2 Monitoraggio della popolazione carceraria in Italia: analisi del sottoindicatore detenzione/detenuti

Si considerano i dati forniti dal DAP (Dip. Amm.ne Penitenziaria) come dati base per il sotto-indicatore: i soggetti presenti nelle carceri italiane nel 2015 per i reati relativi all'art.73, pari a circa 17.000 (circa il 27% dei presenti), e all'art. 74, pari a circa 5.900 (26% dei presenti per reati legati alla legge 309/90), si passa dal 9% dei denunciati (DCSA) al 26% dei detenuti per la legge 309/90; questa differenza di percentuali relative all'art. 74 tra le denunce e le detenzioni dipende dalla non-detenzione per parte dei denunciati per art. 73, che fa salire la percentuale relativa all'art.74 tra i detenuti, ma, soprattutto, dipende dalla durata maggiore della pena per art.74 rispetto all'art. 73. Il DAP fornisce anche la serie storica (art. 73) della presenza in carcere (prevalenza) rilevata semestralmente e degli ingressi semestrali (incidenza) riportati in Figura 2 e Figura 3 assieme ai totali per il periodo di tempo che va dal 2005 al 2015 ovvero 11 anni di rilevazioni, che comprendono anche l'effetto di interventi (indulto del 2006) e ben due modifiche della legge, ben evidenziati dagli andamenti delle relative curve nei grafici.

Sulle prevalenze è evidente l'effetto dell'indulto del 2006, che invece non modifica le incidenze, come è naturale, dato che l'indulto non modifica la legge che determina gli ingressi in carcere (incidenza). Nel 2006 entra anche in vigore (fino al 2014) la legge Fini-Giovanardi, che provoca l'aumento delle incidenze per art. 73 (in particolare dal 2007 al 2009) e delle prevalenze (dal 2007 al 2011). Successivamente si osserva una decrescita della prevalenza per art. 73, più evidente dal 2014, per effetto della sentenza n.32 della Corte costituzionale, che ha reintrodotto la legge Jervolino-Vassalli¹⁸. Inoltre i provvedimenti svuota carcere hanno sull'incidenza, per art. 73, un effetto inferiore rispetto alla modifica della legge, come si vede dalla minore decrescita percentuale dell'incidenza generale (-21%) rispetto all'incidenza per art.73 (-31%) .

Per quanto riguarda la percentuale di detenuti ristretti e in ingresso per l'art.73, l'andamento e i valori sono riportati in Figura 4. Come si vede la percentuale è più alta nell'incidenza, indicando per questo reato tempi di permanenza in carcere più brevi in media rispetto agli altri reati che influiscono sulla prevalenza.

¹⁸ I provvedimenti per la riduzione del sovraffollamento sono stati accompagnati nel 2014 dalle modifiche relative al DPR n. 309/90, riguardanti in particolare l'articolo 73. Con la sentenza n. 32/2014 della Corte costituzionale, che ha comportato l'illegittimità costituzionale delle modifiche alla normativa sugli stupefacenti introdotte nel 2006, sono state riportate in vigore le norme previgenti del DPR n. 309/90, con la distinzione delle sostanze stupefacenti in droghe pesanti e droghe leggere e la diversificazione delle pene previste dall'articolo 73. Nell'ipotesi della lieve entità del fatto le pene sono state ulteriormente ridimensionate. I detenuti condannati ai sensi dell'articolo 73 del DPR n. 309/90 hanno potuto beneficiare, nel caso di droghe leggere, della rideterminazione della pena e della scarcerazione se imputati. Pur non essendo propriamente un provvedimento "svuotacarcere", la sentenza della Corte costituzionale ha avuto un impatto sulla popolazione detenuta: alla fine dell'anno 2014 la percentuale di detenuti presenti con ascritto il reato di cui all'articolo 73 è arrivata al 34%, il valore più basso riscontrato dal 2000.



Per studiare meglio il fenomeno e comprendere alcuni aspetti delle serie storiche, è opportuno utilizzare i numeri indici dei dati sia a base fissa che a base mobile¹⁹.

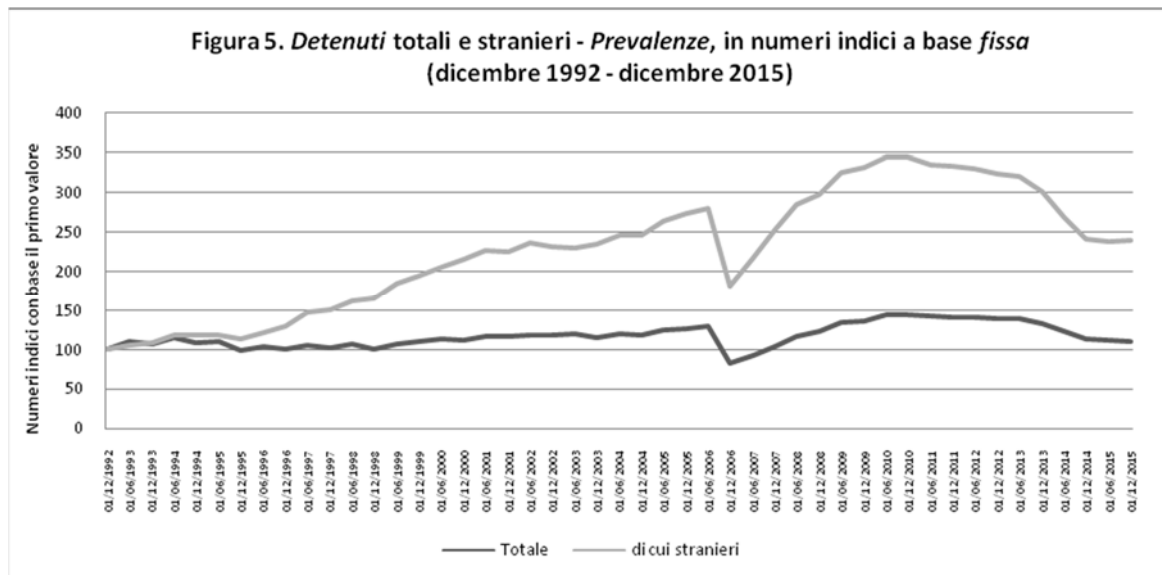
¹⁹ Molto spesso interessa confrontare nel tempo grandezze economiche, sociali..., per far emergere le tendenze di fondo dei fenomeni. In tali situazioni, è utile considerare, invece dei dati, dei particolari rapporti statistici chiamati "numeri indici". Il numero indice, generalmente costruito prendendo una determinata "situazione" (che può essere un determinato anno) come base, permette di valutare immediatamente le variazioni tra detta base e il "momento" che interessa, consentendo un rapido confronto. I numeri indici possono essere calcolati a base fissa o a base mobile: nel primo caso, il confronto sarà tra i differenti anni ed un anno scelto come base (che rimane sempre la stessa); nel secondo caso, invece, la base cambia al variare dell'indice "t".

La scelta della base (fissa o mobile) dipende dall'obiettivo che si pone chi costruisce il numero indice: infatti, nel caso di base fissa sarà possibile confrontare tra loro tutte le diverse situazioni presentate con la formula: Indicando con p_0 il prezzo di un bene al tempo preso come base, e con p_t il prezzo dello stesso bene al tempo "t", il numero indice che esprime la variazione del prezzo tra l'anno t e l'anno preso come base è calcolato con formula: $I_t = 100p_t/p_0$; nel caso di base mobile,

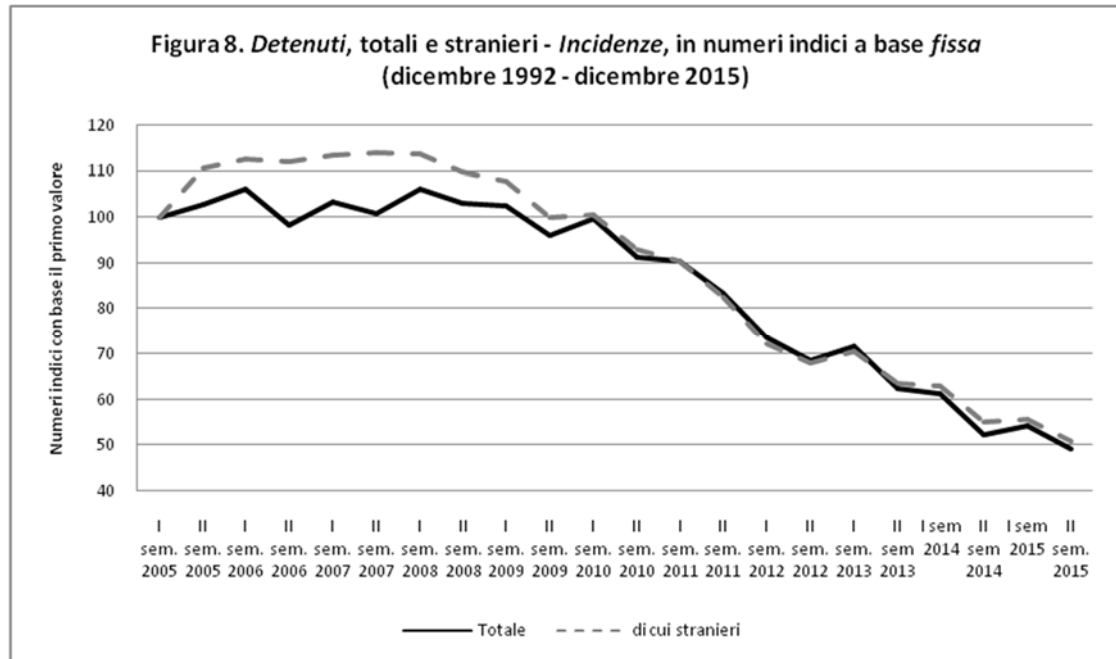
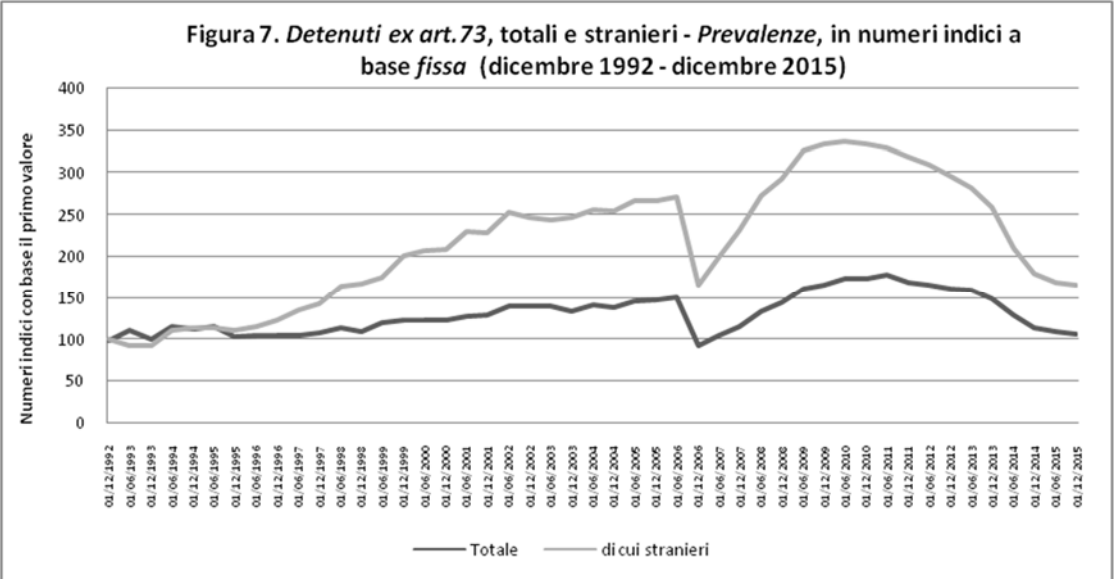
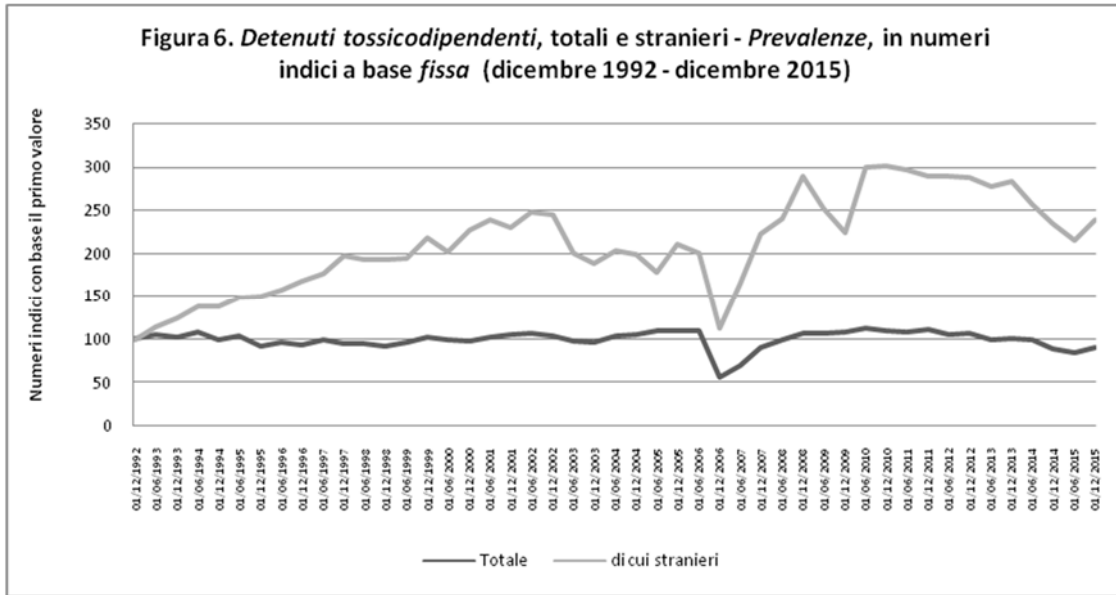
Se interessa studiare l'andamento della presenza di stranieri in carcere si considerano innanzitutto gli indici a base fissa (prima osservazione nel tempo) delle prevalenze, riportate nelle Figure 5-7, e delle incidenze, riportate nelle Figure 8-10.

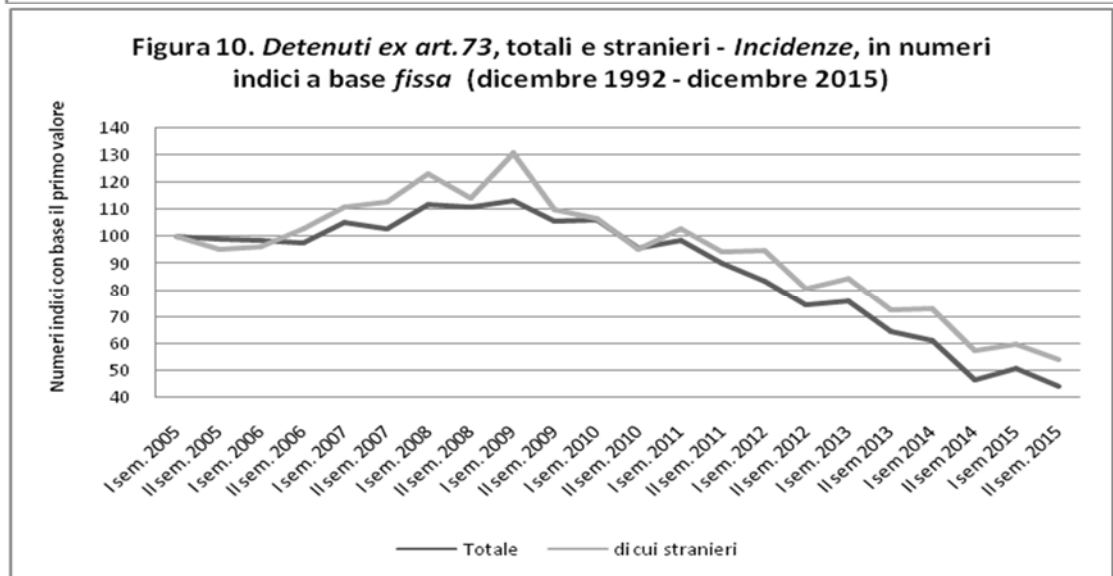
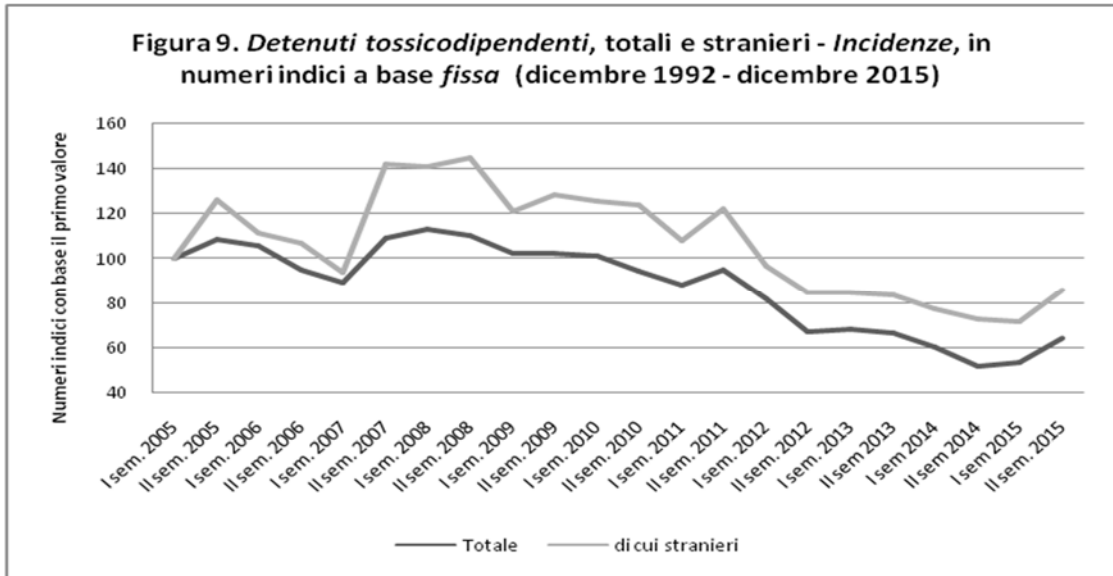
Come si vede, nel periodo considerato per le prevalenze (dal dicembre del 1992 a dicembre 2015), aumenta molto la presenza di stranieri, anche tossicodipendenti e ristretti per art.73. Per la prevalenza totale degli stranieri l'indice nel periodo cresce più del 100%, mentre per il totale dei detenuti è pressoché costante e analogamente accade per i tossicodipendenti, mentre l'aumento dell'indice, per quanto riguarda l'art. 73, si limita a poco più del 50%, che dimostra che i tossicodipendenti, anche stranieri, sono detenuti soprattutto per altri reati e non per il coinvolgimento nel mercato della "droga", dato il confronto immediato sui tassi di crescita: l'aumento dei detenuti per art. 73 è più basso dell'aumento dei tossicodipendenti.

Per quanto riguarda le incidenze, tutte decrescenti dal 2009, se consideriamo quelle specifiche rispetto alla tossicodipendenza e al reato per art. 73, gli indici relativi agli stranieri sono sempre maggiori di quelli relativi al totale. Questo implica che la popolazione tossicodipendente e quella implicata nell'offerta di droghe (art. 73) vede l'ingresso di stranieri in continua crescita.

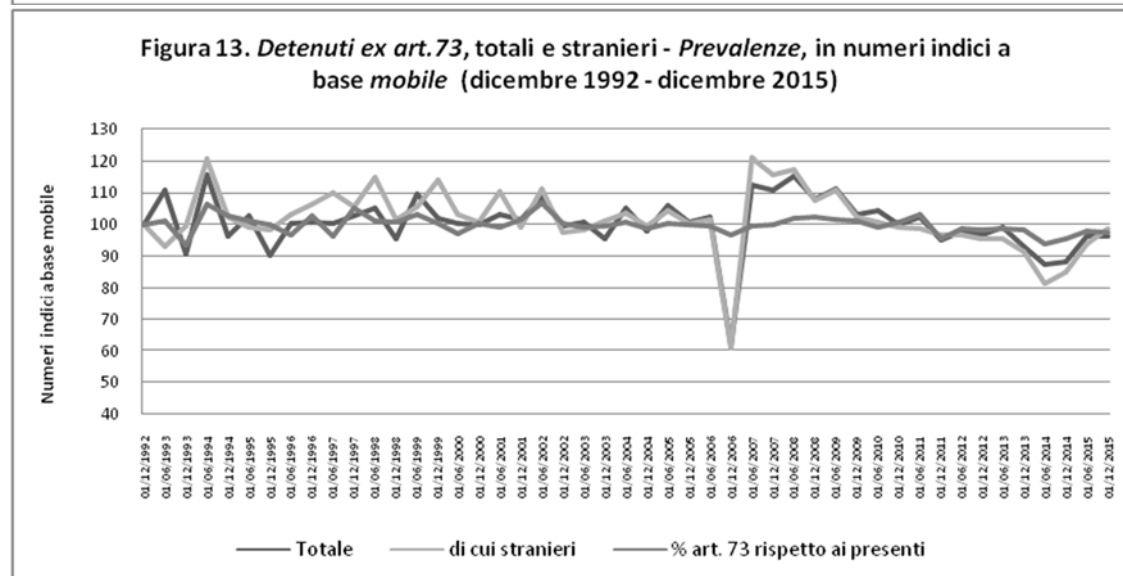
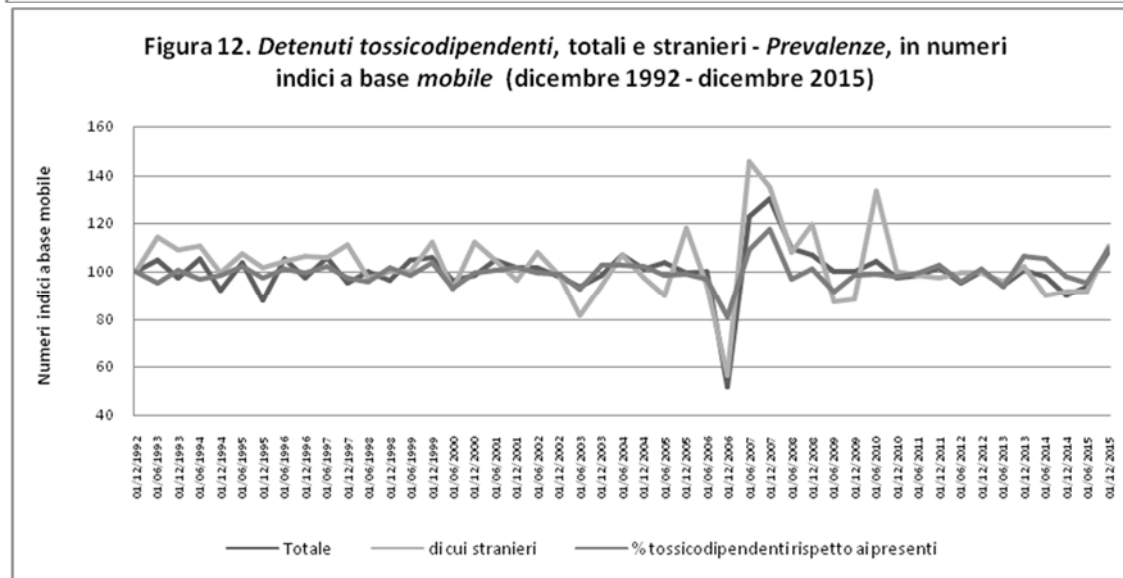
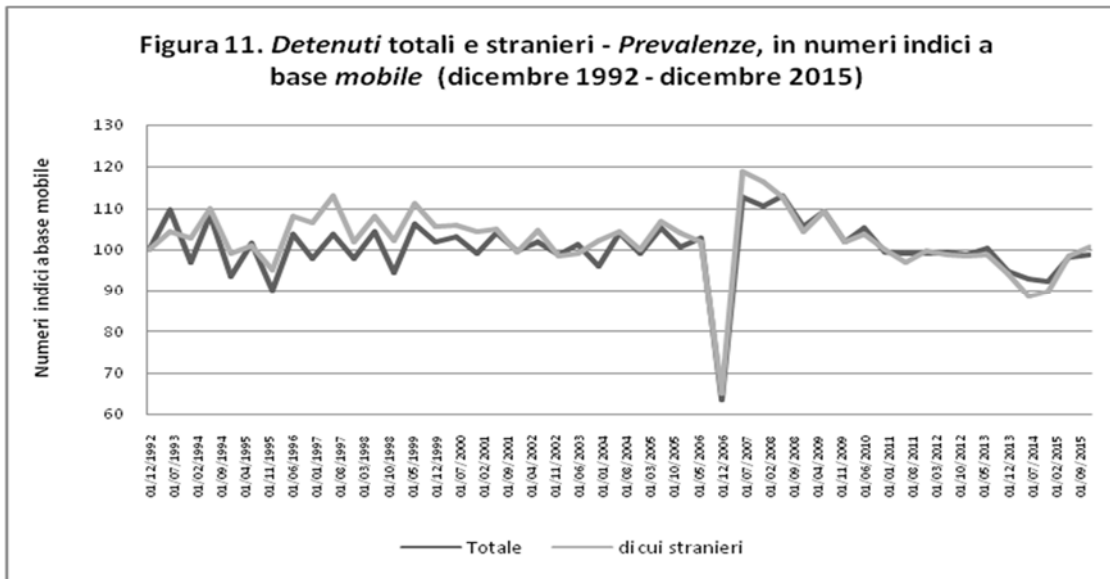


invece, potrà essere rilevata solamente la variazione relativa tra la situazione "t" e l'anno immediatamente precedente. La formula cambia e diventa: $I_t = 100p_t/p_{t-1}$





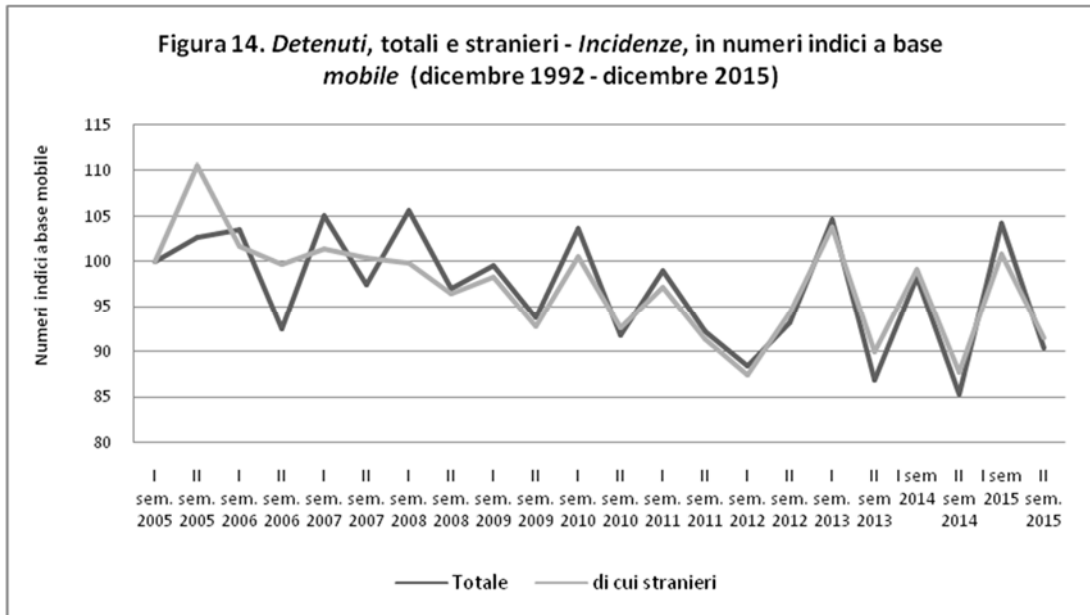
Per studiare meglio l'influenza immediata di interventi di legge e di politica, sono maggiormente utili i numeri indici a base mobile riportati nelle Figure 11-13 per quanto riguarda le prevalenze e nelle Figure 14-16 per le incidenze. La Figura 11, a parte l'effetto dell'indulto, mostra come la prevalenza abbia avuto una diminuzione rispetto all'anno precedente in relazione agli interventi svuota carcere e alla modifica della legge Fini-Giovanardi. La Figura 12 mostra che gli effetti degli interventi svuota carcere e della modifica della legge Fini-Giovanardi siano stati meno influenti sui tossicodipendenti, mentre per quanto riguarda l'art. 73, si riscontra in Figura 13 un andamento sugli stessi ultimi anni analogo a quello della Figura 11. Queste differenze evidenti mostrano che una buona parte di detenuti tossicodipendenti non è in carcere per reati relativi alla legge 309/90.



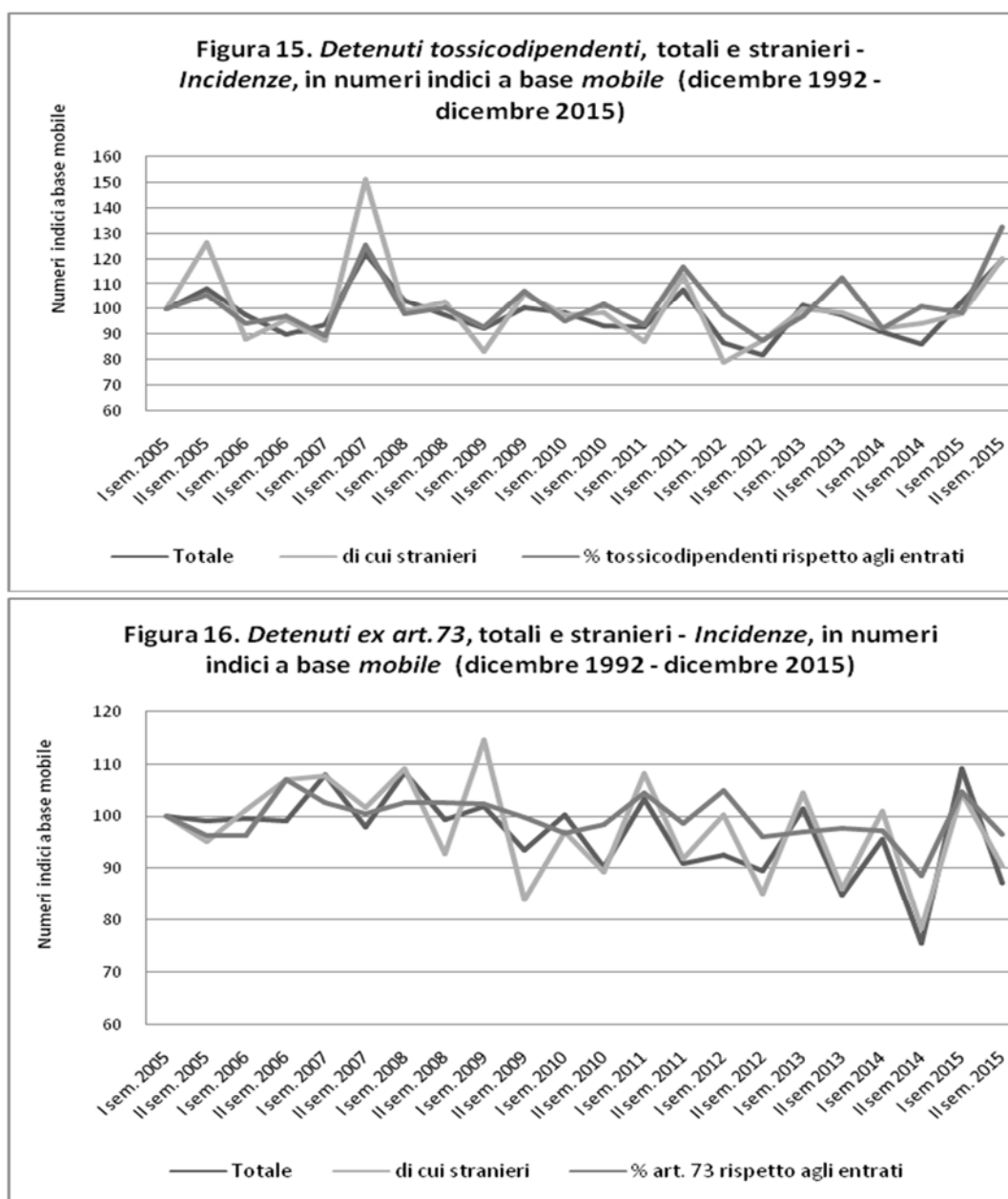
La Figura 14, mostra un andamento sempre più simile degli indici per l'incidenza semestrale totale e quella degli stranieri, che, proprio a partire dal 2013, mostra fluttuazioni sempre più ampie e

alternanti di una rilevazione rispetto a quella precedente. Se si confrontano le Figure 15 e 16 si osserva, come già fatto sulla base degli indici a base mobile delle prevalenze, che si ha un aumento da una rilevazione alla successiva per l'ingresso in carcere di tossicodipendenti non riscontrabile per gli ingressi per art.73, mostrando ancora una volta che molti tossicodipendenti entrano per altri reati.

Questo deve indurre a rilevare gli "altri" reati per cui sono detenuti i tossicodipendenti, o utilizzatori di sostanze, che entrano nell'indicatore Drug Related Crime (DRC)²⁰. Un'indagine in proposito è stata svolta, per la Relazione al parlamento 2016, dal DAP presso la casa di reclusione Milano San Vittore per gli anni dal 2000 al 2015.



²⁰ E' possibile effettuare queste rilevazioni sui detenuti droga correlati, ma solo fino al 2008, dato che gli archivi della Direzione amministrativa penitenziaria riportavano anche la diagnosi di "tossicodipendenza" o di "utilizzatore" di sostanze e contemporaneamente di reato commesso. Dal 1 aprile 2008 è entrato in vigore il DPCM per il trasferimento delle funzioni in materia di sanità penitenziaria al SSN. Questo cambiamento ha avuto come conseguenza l'impossibilità di avere informazioni sul detenuto tossicodipendente o utilizzatore in un'unica banca dati (DAP) limitando di fatto la rilevazione di tipologia di reati per questi soggetti, dato che i data sets diversi non sono linkabili.



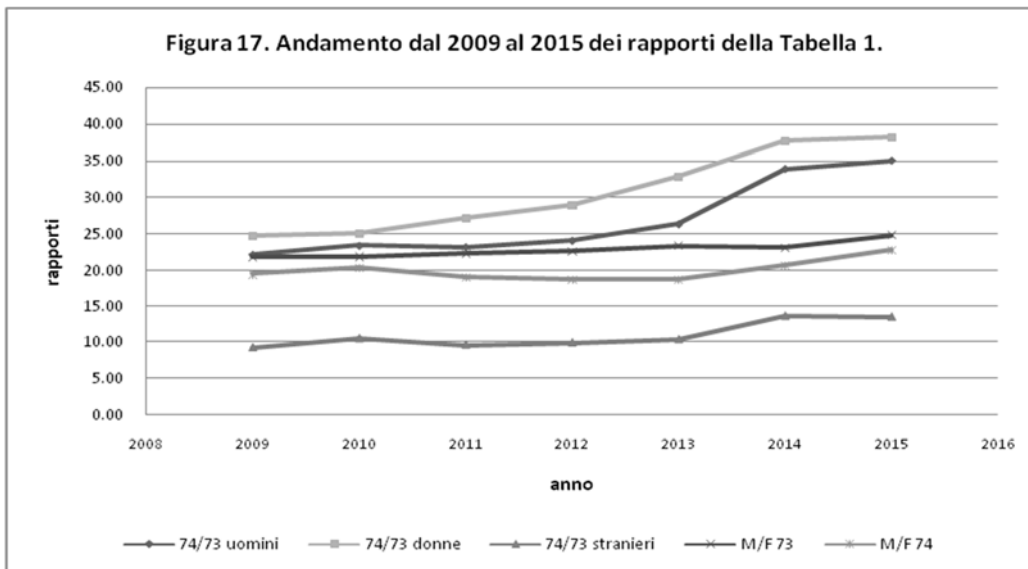
Nella Tabella 1 sono riportati i dati forniti e le elaborazioni effettuate per confrontare la popolazione ristretta rispetto al genere e alla nazionalità per gli art.73 e art.74. I rapporti calcolati sono poi riportati in Figura 17.

Come mostra chiaramente la figura, i rapporti calcolati sono tutti crescenti nel tempo e mostrano che è sempre maggiore la presenza, tra i detenuti, di ristretti per art. 74 rispetto all'art. 73²¹, in particolare tra le donne e, in ogni caso, la frequenza di art. 74 rispetto all'art. 73 è sempre maggiore per le donne che per gli uomini e sempre maggiore per gli italiani che per gli stranieri. Sono invece crescenti i rapporti uomini/donne nel tempo sia per art.73 che per art.74, anche se molto più lievemente degli altri rapporti considerati.

In parole povere, i dati evidenziano quello che si sente “raccontare” e cioè che le donne assumono sempre di più il “comando” del traffico di “droga”.

²¹ Questo accade in modo più evidente dopo la sentenza della Corte Costituzionale che ha riportato alla legge Jervolino Vassalli limitando gli ingressi in carcere per art. 73, ma non 74.

Tabella 1. SERIE DETENUTI PRESENTI CON REATI DI CUI AGLI ARTICOLI 73 E 74 DEL DPR 309/90. Anni 2009-2015							confronti per uomini, donne e stranieri tra ristretti per art.73 e ristretti per art. 74				
DATA DI RIFERIMENTO	Articoli violati del DPR 309/90 (dati forniti dal DAP)						elaborazioni dai dati forniti				
	73			74			Rapporto uomini ristretti per art. 74 su uomini ristretti per art.73 in percentuale	Rapporto donne ristrette per art. 74 su donne ristrette per art.73 in percentuale	Rapporto stranieri ristretti per art. 74 su stranieri ristretti per art.73 in percentuale	Rapporto uomini ristretti per art. 73 su donne ristrette per art.73	Rapporto uomini ristretti per art. 74 su donne ristrette per art.74
	totale	solo DONNE	solo STRANIERI	total e	solo DONNE	solo STRANIERI					
31/12/2009	26.052	1.144	12.522	5.800	283	1.161	22,15	24,74	9,27	21,77	19,49
31/12/2010	27.294	1.196	12.522	6.400	300	1.316	23,37	25,08	10,51	21,82	20,33
31/12/2011	26.559	1.141	11.966	6.207	310	1.155	23,20	27,17	9,65	22,28	19,02
31/12/2012	25.269	1.070	11.061	6.136	310	1.100	24,08	28,97	9,94	22,62	18,79
31/12/2013	23.346	958	9.688	6.207	314	1.004	26,32	32,78	10,36	23,37	18,77
31/12/2014	17.995	747	6.715	6.127	282	911	33,89	37,75	13,57	23,09	20,73
31/12/2015	16.712	647	6.230	5.875	247	838	35,03	38,18	13,45	24,83	22,79



2.3 Procedimenti giudiziari per reati connessi all'offerta di droga

I soggetti che arrivano alla condanna definitiva per crimini legati alla droga sono prevalentemente maschi adulti che hanno commesso il reato per la maggioranza in età compresa tra 25 e 34 anni, caratteristica rilevata anche negli anni precedenti. Tra i maschi di questa fascia d'età prevalgono i cittadini stranieri, mentre nelle altre fasce d'età si distinguono gli italiani. Per quanto riguarda le femmine, sebbene questi reati siano meno frequenti tra le donne, quelle che li commettono in prevalenza sono in età compresa tra i 35 e i 54 anni e la maggioranza è rappresentata dalle Italiane, anche per le altre fasce d'età.

Tabella 12: Condannati con sentenza definitiva per i reati di cui agli art. 73 e/o 74 del D.P.R. 309/1990, per sesso, classe di età e cittadinanza, negli anni 2014 e 2015²²

2014												
Cittadinanza	Maschi						Femmine					
	meno di 18	18-24	25-34	35-54	55 e oltre	n.a.	meno di 18	18-24	25-34	35-54	55 e oltre	n.a.
ESTERA	90	1.739	3.192	1.670	56	335	3	76	139	107	3	20
ITALIANA	220	2.697	2.754	2.872	355	530	7	209	237	278	46	53
Totale	310	4.436	5.946	4.542	411	865	10	285	376	385	49	73
2015												
Cittadinanza	Maschi						Femmine					
	meno di 18	18-24	25-34	35-54	55 e oltre	n.a.	meno di 18	18-24	25-34	35-54	55 e oltre	n.a.
ESTERA	94	943	1.716	970	55	183	1	36	92	55	4	11
ITALIANA	127	1.420	1.490	1.658	203	208	5	92	140	182	24	39
Totale	221	2.363	3.206	2.628	258	391	6	128	232	237	28	50

Fonte: Sistema Informativo del Casellario.

Sia per il 2014 che per il 2015 le distribuzioni dei paesi d'origine dei condannati per crimini legati alla droga sono abbastanza simili. Tra i condannati italiani la grande maggioranza proviene da Sicilia, Campania, Lombardia sia per i maschi che per le femmine. Mentre per i nati all'estero i maschi sono prevalentemente provenienti da Marocco, Tunisia e Albania, le femmine da Nigeria, Marocco e Romania. Le donne di cittadinanza italiana sono pari al 9% degli uomini di cittadinanza italiana mentre quelle di cittadinanza straniera sono pari al 3% degli uomini di cittadinanza straniera. Irrilevante il numero di cittadini condannati per reati di droga stranieri nati in Italia.

²² La rilevazione potrebbe discostarsi dai dati reali a causa del fenomeno dell'arretrato nell'alimentazione del sistema da parte degli uffici.

n.a.= Non applicabile: per alcuni soggetti non è stato possibile indicare l'età perché non è presente la data del commesso reato.

Tabella 13 Condannati con sentenza definitiva per i reati di cui agli artt.73 e/o 74 del DPR 309/1990, per sesso, cittadinanza e luogo di nascita. Anno 2014

2014				
Luogo Di Nascita	Italiani		Stranieri	
	Maschi	Femmine	Maschi	Femmine
Italia				
Abruzzo	175	26	0	0
Basilicata	61	4	0	0
Calabria	708	34	0	0
Campania	1.188	136	0	0
Emilia Romagna	246	41	0	0
Friuli Venezia Giulia	107	10	0	0
Lazio	905	82	3	0
Liguria	191	23	0	0
Lombardia	1.127	94	1	0
Marche	140	29	0	0
Molise	32	7	0	0
Piemonte	302	31	0	0
Puglia	820	54	1	0
Sardegna	432	36	0	0
Sicilia	1.547	84	0	0
Toscana	257	38	1	0
Trentino Alto Adige	71	5	0	0
Umbria	59	8	0	0
Valle D'aosta	11	3	0	0
Veneto	342	37	0	0
Totale	8.721	782	6	0
Altri Paesi				
Marocco	2	0	1.776	34
Tunisia	2	0	1.151	6
Albania	0	1	991	26
Nigeria	1	0	446	54
Gambia	0	0	235	2
Senegal	0	0	235	1
Romania	0	0	118	45
Egitto	1	0	152	0
Repubblica Dominicana	2	2	105	31
Algeria	0	0	135	0
Totale	8	3	5.344	199

Fonte: Sistema Informativo del Casellario.

Tabella 14: Condannati con sentenza definitiva per i reati di cui agli artt.73 e/o 74 del DPR 309/1990, per sesso, cittadinanza e luogo di nascita. Anno 2015

2015				
Luogo Di Nascita	Italiani		Stranieri	
	Maschi	Femmine	Maschi	Femmine
Italia				
Abruzzo	65	10	0	0
Basilicata	32	5	0	0
Calabria	290	17	0	0
Campania	589	63	0	0
Emilia Romagna	157	16	0	1
Friuli Venezia Giulia	63	5	0	0
Lazio	425	37	0	0
Liguria	124	23	0	0
Lombardia	673	61	0	0
Marche	105	20	0	0
Molise	38	4	0	0
Piemonte	152	19	0	0
Puglia	459	35	0	0
Sardegna	373	45	0	0
Sicilia	849	46	0	0
Toscana	129	19	0	0
Trentino Alto Adige	53	5	0	0
Umbria	37	3	0	0
Valle D'Aosta	4	1	0	0
Veneto	165	22	0	0
Totale	4.782	456	0	1
Altri Paesi				
Marocco	2	0	1.008	24
Tunisia	0	0	642	2
Albania	1	0	475	12
Nigeria	0	0	288	28
Gambia	0	0	139	3
Senegal	0	0	134	1
Egitto	0	0	107	0
Romania	2	0	66	15
Repubblica Dominicana	1	0	53	15
Algeria	0	0	60	1
Totale	6	0	2.972	101

Fonte: Sistema Informativo del Casellario.

Sia nelle condanne emesse nel 2014 che nel 2015 il reato prevalente è sempre quello definito dall'art. 73 del D.P.R. 309/1990. Si pensi che i reati legati al Testo Unico stupefacenti risultano essere tra i primi per numerosità di quelli che giungono a sentenza definitiva di condanna.

Dai dati si evince come per la maggior parte dei crimini legati alla droga i tempi tra la data del reato e la sentenza definitiva sono entro due anni sia per gli italiani che per gli stranieri. Pochissimi sono i casi in cui il soggetto viene condannato per entrambi gli articoli 73 e 74 del D.P.R. 309/1990.

Tabella 15 Condannati con sentenza definitiva per i reati di cui agli art. 73 e/o 74 del D.P.R. 309/1990 per cittadinanza tipo reato e anno commesso reato, negli anni 2014 e 2015

2014						
Anno del reato	Italiani			Stranieri		
	solo Art. 73	solo Art. 74	Artt. 73 e 74	solo Art. 73	solo Art. 74	Artt. 73 e 74
2014	2.847	1	0	2.905	0	0
2013	2.762	10	0	1.936	10	0
2012	1.163	25	0	818	8	0
2011	733	46	0	340	13	0
2010	578	37	0	235	24	0
2009	406	25	0	162	10	0
2008	342	60	0	180	15	0
anni precedenti	684	95	0	405	47	1
anno reato non presente	556	64	0	349	12	0
2015						
Anno del reato	Italiani			Stranieri		
	solo Art. 73	solo Art. 74	Artt. 73 e 74	solo Art. 73	solo Art. 74	Artt. 73 e 74
2015	1.641	2	0	1.636	0	0
2014	1.374	2	0	1.170	2	0
2013	777	8	0	459	1	0
2012	481	14	0	231	0	1
2011	315	6	0	136	1	0
2010	213	10	0	106	0	0
2009	170	10	0	69	1	0
2008	133	8	0	61	7	0
anni precedenti	180	21	0	79	7	0
anno reato non presente	241	14	0	192	3	0

Fonte: Sistema Informativo del Casellario.

Sia nel 2014 che nel 2015 la regione dove si commettono più crimini legati alla droga, come numerosità assoluta, è la Lombardia qualunque sia il sesso o la cittadinanza dell'attore del reato. Gli stranieri maschi che li commettono in Lombardia sono molti di più degli italiani. Completamente opposta in questa regione la situazione delle donne, dove le italiane sono molte di più delle straniere. A seguire la Sicilia registra un numero elevato di questo tipo di reati, commesso in prevalenza da maschi italiani, mentre l'Emilia Romagna con reati commessi da maschi stranieri. Le femmine italiane commettono questi reati anche in Campania, dove le straniere sono pochissime, mentre queste ultime li commettono nel Lazio, ma qui le straniere sono poche di più delle italiane nel 2015, mentre nel 2014 sono la metà delle italiane.

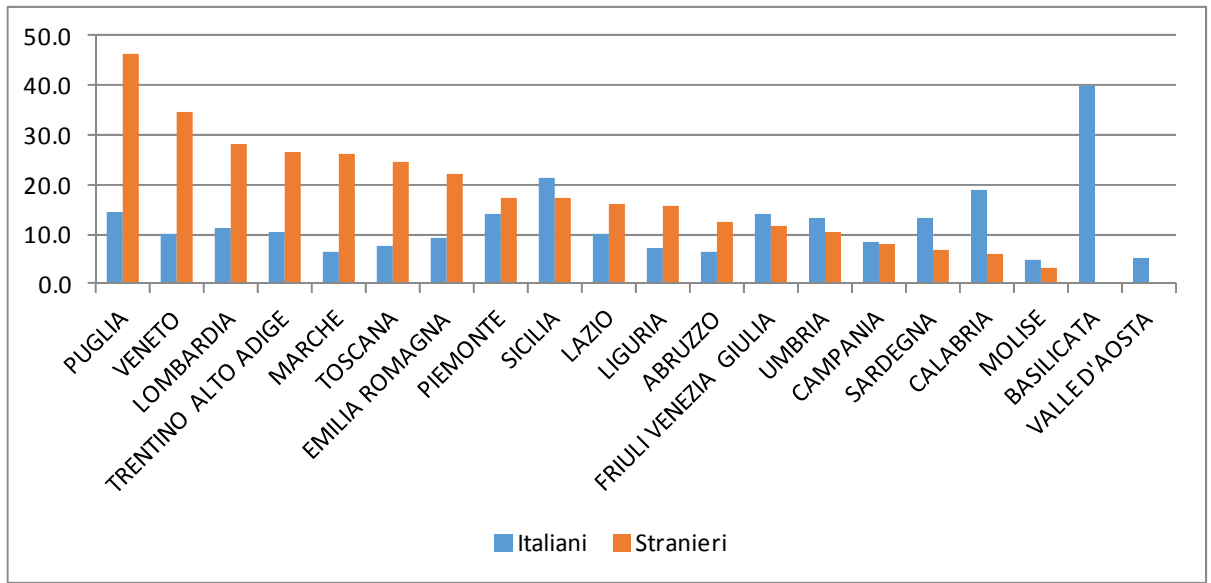
Tabella 16 : Condannati con sentenza definitiva per i reati di cui agli art. 73 e/o 74 del D.P.R. 309/1990 per sesso, cittadinanza e regione del commesso reato, negli anni 2014 e 2015

Regione Del Commesso Reato	2014				2015			
	Italiani		Stranieri		Italiani		Stranieri	
	Maschi	Femmine	Maschi	Femmine	Maschi	Femmine	Maschi	Femmine
Abruzzo	208	33	98	8	67	14	31	0
Basilicata	40	1	0	0	17	2	1	0
Calabria	528	28	30	5	231	14	18	1
Campania	833	99	158	20	405	58	88	3
Emilia Romagna	436	48	817	37	219	26	457	19
Friuli Venezia Giulia	140	10	69	6	80	6	35	1
Lazio	942	95	724	45	445	35	433	38
Liguria	248	34	436	28	153	31	223	9
Lombardia	1.270	115	1.602	57	722	64	1.012	49
Marche	183	29	236	9	141	17	90	4
Molise	38	8	3	1	45	4	6	0
Piemonte	294	21	310	18	164	19	188	7
Puglia	627	43	139	3	344	22	36	2
Sardegna	406	31	41	6	387	42	31	5
Sicilia	1.181	55	120	7	620	40	94	7
Toscana	310	40	420	17	150	20	174	9
Trentino Alto Adige	84	8	186	7	61	7	115	4
Umbria	80	6	189	18	44	6	75	3
Valle D'aosta	15	3	4	0	9	1	7	0
Veneto	326	32	660	19	172	20	437	19
Luogo Reato Non Presente	821	62	495	31	428	18	252	13
Totale	9.010	801	6.737	342	4.904	466	3.803	193

Fonte: Sistema Informativo del Casellario.

La Figura 20 mostra il rapporto Maschi/Femmine per regione del commesso reato tra italiani e stranieri nel 2014. Il dato più recente non viene mostrato in figura a causa del fenomeno dell'arretrato nell'alimentazione del sistema da parte degli uffici.

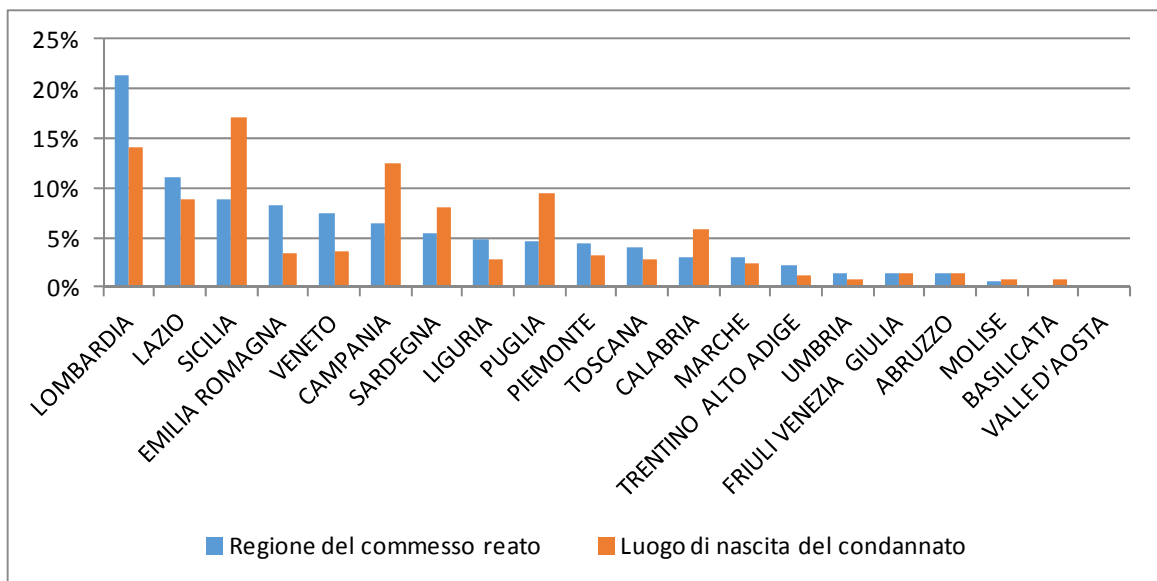
Figura 20 : Rapporto Maschi/Femmine per regione del commesso reato tra Italiani e Stranieri. Anno 2014.



Fonte: Elaborazioni su dati del Casellario effettuate da IFC-CNR.

In Figura 21 sono confrontate le distribuzioni dei condannati con sentenza definitiva per regione di nascita e regione del commesso reato.

Figura 21 Distribuzione percentuale dei condannati per regione del commesso reato e luogo di nascita. Confronto regionale. Anno 2015



Fonte: Elaborazioni su dati del Casellario effettuate da IFC-CNR.

La Lombardia, il Lazio e la Sicilia sono le regioni dove si registra la quota più alta di crimini legati alla droga tra tutti quelli commessi in Italia nel 2015.

Se si considera invece la distribuzione per luogo di nascita del condannato, la Sicilia è la regione con la percentuale più alta di condannati, seguita dalla Lombardia e dalla Campania.

Sia nel 2014 che nel 2015 gran parte dei soggetti italiani e stranieri vengono condannati con sentenza definitiva al primo grado di giudizio. La maggior parte di essi è non recidivo. Elevato è anche il numero dei soggetti condannati in secondo grado, anche qui i non recidivi sono molti di più. Rispetto alla recidiva: gli stranieri recidivi sono circa la metà degli italiani, mentre i non recidivi sono circa due terzi degli italiani. Con riferimento a soggetti condannati da autorità minorili, quindi minorenni, si evidenzia che sono tutti non recidivi e che gli italiani sono più degli stranieri. In dettaglio, per gli adulti nel 2014 si è registrata una recidività del 21% tra gli italiani e del 22% tra gli stranieri in primo grado e del 36% tra gli italiani e 26% tra gli stranieri in secondo grado. Nel 2015 tali percentuali si attestano intorno al 23% e al 27% rispettivamente per gli italiani e gli stranieri in primo grado e intorno al 36% e 31% in secondo grado.

Tabella 17: Condannati con sentenza definitiva per i reati di cui agli artt.73 e/o 74 del DPR 309/1990, per cittadinanza, recidività e tipo dell'autorità giudicante negli anni 2014 e 2015

2014				
Autorità Giudicante	Italiani		Stranieri	
	Recidivi	Non Recidivi	Recidivi	Non Recidivi
G.I.P. TRIBUNALE PER I MINORENNI	0	1	0	0
G.U.P. TRIBUNALE PER I MINORENNI	0	42	0	16
TRIBUNALE PER I MINORENNI	0	36	0	28
Totale autorità 1°grado(Minorenni)	0	79	0	44
SEZIONE DI CORTE DI APPELLO PER I MINORENNI 2°grado(Minorenni)	1	121	2	38
G.I.P. TRIBUNALE	505	2.129	246	1.216
G.U.P. TRIBUNALE	260	1.371	164	719
TRIBUNALE	659	1.927	719	2.101
CORTE DI ASSISE	2	3	1	5
Totale autorità 1°grado(Maggiorenni)	1.426	5.430	1.130	4.041
CORTE DI APPELLO	995	1.785	495	1.398
CORTE DI ASSISE DI APPELLO	11	20	1	2
Totale autorità 2°grado(Maggiorenni)	1.006	1.805	496	1.400
TOTALE	2.433	7.435	1.628	5.523
2015				
Autorità Giudicante	Italiani		Stranieri	
	Recidivi	Non Recidivi	Recidivi	Non Recidivi
G.I.P. TRIBUNALE PER I MINORENNI	0	0	0	3
G.U.P. TRIBUNALE PER I MINORENNI	0	40	0	17
TRIBUNALE PER I MINORENNI	0	19	0	24
Totale autorità 1°grado(Minorenni)	0	59	0	44
SEZIONE DI CORTE DI APPELLO PER I MINORENNI 2°grado(Minorenni)	2	63	1	39

G.I.P. TRIBUNALE	248	1.094	113	629
G.U.P. TRIBUNALE	171	796	88	385
TRIBUNALE	496	1.131	612	1.238
CORTE DI ASSISE	2	0	1	4
Totale autorità 1°grado(Maggiorenni)	917	3.021	814	2.256
CORTE DI APPELLO	496	865	279	621
CORTE DI ASSISE DI APPELLO	0	2	1	0
Totale autorità 2°grado(Maggiorenni)	496	867	280	621
TOTALE	1.415	4.010	1.095	2.960

Fonte: Sistema Informativo del Casellario.

Capitolo 3 – Le nuove sostanze

A cura del Ministero della Salute - Direzione generale dei dispositivi medici e del servizio farmaceutico- e dell' ISS – Istituto Superiore Sanità - Reparto Farmaco Farmacodipendenza, Tossicodipendenza e doping

3.1 Sistema di allerta precoce

A cura dell'Istituto Superiore di Sanità e del Sistema di Allerta Precoce

Dal 2009 il Dipartimento Politiche Antidroga della Presidenza del Consiglio dei Ministri, nel rispetto delle disposizioni Europee in materia, ha centralizzato ed istituzionalizzato nel nostro Paese il Sistema Nazionale di Allerta Precoce e Risposta Rapida per le Droghe – National Early Warning System (N.E.W.S.).

Il Sistema è finalizzato, da una parte, ad individuare precocemente i fenomeni potenzialmente pericolosi per la salute pubblica correlati alla comparsa di nuove droghe e di nuove modalità di consumo sul territorio e, dall'altra, ad attivare segnalazioni di allerta che tempestivamente coinvolgano le strutture deputate alla tutela della salute e responsabili dell'eventuale attivazione di adeguate misure in risposta alle emergenze.

Principali attività

Le attività svolte dal Sistema Nazionale di Allerta Precoce ed i risultati ottenuti nel corso dell'anno 2015 riguardano le segnalazioni ricevute (input), relative all'identificazione di nuove sostanze o nuovi fenomeni sul territorio italiano e internazionale, e le comunicazioni trasmesse (output) differenziate per tipologia di informazione: Informative, Preallerte ed Allerte di vario grado, comunicazioni contenenti informazioni provenienti dall'Osservatorio Europeo sulle Droghe e le Tossicodipendenze (EMCDDA - European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction), allerte diramate dall' EMCDDA, note formali.

Criteria e definizioni

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

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

Allerta di grado 1: comparsa di una nuova sostanza psicoattiva, di una nuova modalità di consumo, un nuovo agente da taglio/adulterante in Europa o in Italia. Informazioni

analiticamente confermate. Non ci sono casi clinici, né in Europa o in Italia. Condizioni di disagio sociale (preoccupazioni, ansie, allarmi sociali);

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

Allerta di grado 3: comparsa di una nuova sostanza psicoattiva, di una nuova modalità di consumo, un nuovo agente da taglio/adulterante in Europa e/o in Italia. Informazioni analiticamente confermate. Casi clinici osservati e documentati in Europa o in Italia. Condizioni di rischio di gravi danni per la salute (malattie invalidanti, decessi).

Successivamente all'attivazione, le allerte possono essere oggetto di aggiornamenti che riportano notizie aggiuntive a complemento di quanto inizialmente comunicato.

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

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

Segnalazioni in ingresso – input

Le segnalazioni registrate dal Sistema nel corso del 2015 sono pervenute prevalentemente dalle Forze dell'Ordine (46 segnalazioni), dall'EMCDDA (62 segnalazioni e due allerte) e da centri collaborativi (8 segnalazioni) appartenenti in particolare alle Tossicologie cliniche, alle tossicologie forensi, all'Agenzia delle Dogane, alle Università, Enti di ricerca, aziende sanitarie, Centri Antiveleni.

Tabella 18

TABELLA A			
Informative			
Segnalazioni (Forze dell'ordine)	Centri collaborativi	Comunicazioni EMCDDA	Allerte EMCDDA
46	8	62	2

Le segnalazioni ricevute dal Sistema di Allerta nel corso del 2015 da parte dei Centri collaborativi (54) risultano in netto calo rispetto al 2013, anno durante il quale si era registrato il picco massimo di segnalazioni (245), dall'inizio delle attività del Sistema di Allerta, fatto che potrebbe essere correlabile a diversi ed importanti aspetti.

Occorre infatti sottolineare che nel 2015 l'attività del Sistema ha subito qualche rallentamento determinato da una riorganizzazione di tutto il network e che prevede che l'Istituto Superiore di Sanità coordini tutte le attività nazionali e ne comunichi i risultati al DPA-PCM, dove hanno sede l'Osservatorio nazionale ed il Punto Focale Nazionale deputato a corrispondere con l' EMCDDA di Lisbona.

Comunicazioni in uscita – output

Nel corso del 2015 il Sistema Nazionale di Allerta Precoce ha prodotto una serie di comunicazioni destinate ai centri collaborativi (output), classificate secondo la tipologia di seguito riportata:

- n. 8 Informative: comunicazioni che il Sistema invia al network di centri collaborativi e che non presentano carattere di urgenza. In generale esse sono finalizzate ad informare le unità del network e per inoltrare al network degli esperti le segnalazioni provenienti dai centri collaborativi. Tali Informative hanno inoltre l'obiettivo di condividere le informazioni analitiche e cliniche per agevolare l'identificazione delle nuove molecole e il riconoscimento di eventuali intossicazioni acute che pervengono ai Dipartimenti di Emergenza.
- n. 10 informative EMCDDA: comunicazioni che il Sistema riceve dall' EMCDDA di Lisbona e trasmette al network di centri collaborativi. Anche queste comunicazioni non presentano carattere di urgenza, ma hanno la funzione di condividere le informazioni analitiche e cliniche, ottenute dall' EMCDDA attraverso la rete REITOX/EWS collegata con tutti i Paesi Membri, al fine di agevolare l'identificazione delle nuove molecole che già circolano nell'UE e il riconoscimento di eventuali intossicazioni acute che pervengono ai Dipartimenti di Emergenza.
- n. 7 Allerte: avvisi a carattere di urgenza che implicano un'azione coordinata tra tutte le strutture competenti per l'attivazione e l'implementazione di opportune procedure di risposta al fenomeno segnalato. Secondo la gravità dell'oggetto dell'allerta e quindi, del potenziale rischio per la salute pubblica, i documenti in uscita vengono definiti come Pre-allerta, Allerta di grado 1, 2 o 3 secondo criteri predefiniti. Due delle sette allerte sono state trasmesse all' EMCDDA (tabella B).
- Infine il Sistema ha inviato all' EMCDDA di Lisbona due reporting form riassuntivi di tutta l'attività in ambito nazionale.

TABELLA B								
	Infor mative	EMCD DA	Pre- allerte	Allerte		Aggiorname nto allerte	Alert a EMC DDA	Reporti ng forms a Lisbon a
				Grado 2	Grado 3			
Numero	8	10	1	1	2	1 (Allerta Grado 3)	2	2

Tabella 19

Nelle 10 comunicazioni inviate ai Centri del Sistema e provenienti dall'Osservatorio di Lisbona (EMCDDA) che raccoglie tutte le nuove sostanze psicoattive segnalate dai diversi paesi europei (per un totale di 63 – Grafico A), si evidenziano i cannabinoidi sintetici al 31.7%, seguiti dai catinoni

sintetici al 23.8%. A seguire in proporzione minore le fenetilamine al 11.1%, i derivati piperazinicici al 6.3%, le benzodiazepina al 4.7% ed a seguire tutte le altre.

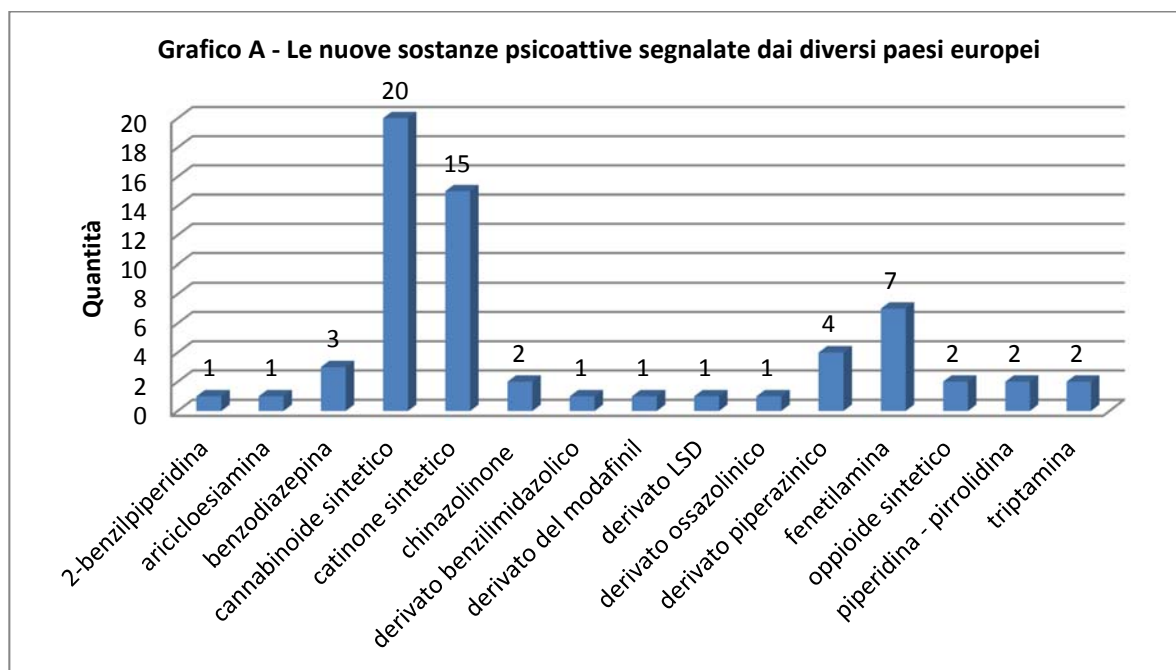


Figura 22

I dati provenienti dalle 14 nazioni (riportate nella tabella C) evidenziano una prevalenza delle segnalazioni da parte della Svezia con 21 sostanze, seguita dalla Francia con 7, la Germania, la Polonia la Spagna con 6, l'Ungheria e il Regno Unito con 5. Per quanto riguarda la tipologia di sostanze segnalate, in larga parte sono presenti i cannabinoidi sintetici, seguiti dalle fenetilamine, dalle piperidine e le restanti a chiudere la lista.

TABELLA C		
Tipo di sostanza	Nazione	Tipologia
4F- α -POP;	Ungheria	catinone sintetico
5-MeO-EIPT;	Svezia	triptamina
Cumyl-5F-PINACA;	Svezia	cannabinoide sintetico
DALT;	Norvegia	triptamina
3-CMC;	Svezia	catinone sintetico
5-APB-NBOMe;	Germania	fenetilamina
4-MMA-NBOMe;	Germania	fenetilamina
4-EA-NBOMe;	Germania	fenetilamina

3,4-DMA-NBOMe; 4-Metil-N,N-dietilcatinone; Afloqualone; Flubromazolam; Metilmetaqualone	Germania Francia Svezia Svezia Polonia	fenetilamina catinone sintetico chinazolinone benzodiazepina chinazolinone
Flibanserina; 5F-AMB-PICA; AMB-FUBINACA	Germania Ungheria Svezia	Derivato benzilimidazolico cannabinoide sintetico cannabinoide sintetico
5F-MDMB-PINACA; Nifoxipam; NSI-189; Clonazolam; U-47700; Bk-IVP; N-metil-bk-MMDA-2; 2-Cloro-4,5-MDMA; ADAMANTYL-THPINACA; 1-(2,3-diidro-1H-inden-5-il)-2-fenil-2-(pirrolidin-1-il)etan-1-one	Ungheria Svezia Svezia Svezia Svezia Svezia Francia Spagna Slovenia Finlandia	cannabinoide sintetico benzodiazepina derivato piperazinico benzodiazepina oppioidi sintetico catinone sintetico catinone sintetico fenetilamina cannabinoide sintetico catinone sintetico
4-FEC; 5-DBFPV; 25I-NB34MD; FUB-144; 4F-PBP	Spagna Svezia Svezia Lettonia Spagna	catinone sintetico catinone sintetico fenetilamina cannabinoide sintetico cannabinoide sintetico
HDMP-28; Isopropilfenidato; 1p-LSD; MCHMIC; Descloroketamina; Modafinil sulfone; 4Br- α -PVP; DB-MDBP; SDB-005;	Regno Unito Regno Unito Regno Unito Irlanda e Spagna Regno Unito Estonia Polonia Polonia Svezia	piperidina - pirrolidina piperidina - pirrolidina derivato LSD cannabinoide sintetico aricicloesiamina derivato del modafinil catinone sintetico derivato piperazinico cannabinoide sintetico

5F-ADB-PINACA	Svezia	cannabinoidi sintetici
5-BPDI;	Polonia	catinone sintetico
MDMB-FUBICA;	Svezia	catinone sintetico
4-metilmetilfenidato;	Regno Unito	2-benzilpiperidina
4-EEC;	Spagna	catinone sintetico
DOIP;	Slovenia	fenetilamina
3,4-DMeO- α -PHP;	Svezia	catinone sintetico
4-MeO- α -PV9;	Ungheria	catinone sintetico
AMB-CHMINACA	Croazia	cannabinoidi sintetici
5F-AB-FUPPYCA;	Francia	cannabinoidi sintetici
5F-PY-PICA;	Francia	cannabinoidi sintetici
FUB-JWH-018;	Francia	cannabinoidi sintetici
Nor-mefedrone;	Francia	catinone sintetico
Despropionil-2-fluorofentanil;	Germania, Francia	oppioidi sintetici
Propilfenidato;	Danimarca	derivato piperidinico
5CAKB48;	Svezia	cannabinoidi sintetici
5F-EMB-PINACA;	Svezia	cannabinoidi sintetici
5F-PY-PINACA;	Svezia	cannabinoidi sintetici
EMB-FUBINACA;	Svezia	cannabinoidi sintetici
Etilnaftidato	Spagna	derivato piperidinico
CBL-018;	Polonia	cannabinoidi sintetici
N-metil derivato dell'aminorex;	Polonia	derivato ossazolico
5-fluoropentil-3-piridinoilindolo	Ungheria	cannabinoidi sintetici

Tabella 20

3.2 Procedura di aggiornamento delle tabelle delle sostanze sotto controllo

La procedura di aggiornamento delle tabelle delle sostanze da porre sotto controllo in conformità alle convenzioni internazionali in materia di droghe è prevista tra le attribuzioni del Ministro della salute dall'articolo 2, comma 1, lettera e), numero 2) del DPR 309/90 e s.m.i., Testo Unico, di seguito riportato:

2) il completamento e l'aggiornamento delle tabelle di cui all'articolo 13, sentiti il Consiglio superiore di sanità e l'Istituto Superiore di Sanità;

ed avviene in conformità alle previsioni dei commi 1 e 2 dell'articolo 13 del Testo Unico:

1. *Le sostanze stupefacenti o psicotrope sottoposte alla vigilanza ed al controllo del Ministero della salute e i medicinali a base di tali sostanze, ivi incluse le sostanze attive ad uso farmaceutico, sono raggruppate, in conformità ai criteri di cui all'articolo 14, in cinque tabelle, allegate al presente testo unico. Il Ministero della salute stabilisce con proprio decreto il completamento e l'aggiornamento delle tabelle con le modalità di cui all'articolo 2, comma 1, lettera e), numero 2).*
2. *Le tabelle di cui al comma 1 devono contenere l'elenco di tutte le sostanze e dei preparati indicati nelle convenzioni e negli accordi internazionali e sono aggiornate tempestivamente anche in base a quanto previsto dalle convenzioni e accordi medesimi ovvero a nuove acquisizioni scientifiche.*

L'Ufficio Centrale Stupefacenti del Ministero della salute, una volta acquisite informazioni relative all'avvenuto aggiornamento degli elenchi internazionali o all'esistenza di nuove acquisizioni scientifiche in materia di droghe, è tenuto ad avviare l'istruttoria per l'aggiornamento delle tabelle, raccogliendo tutta la documentazione relativa alla sostanza che potrebbe essere inserita nelle tabelle allegate al Testo Unico. Successivamente richiede formalmente il parere tecnico di competenza all'Istituto Superiore di Sanità, ai sensi dell'articolo 2, comma 1, lettera e), numero 2) del Testo Unico. Se tale parere identifica la sostanza come psicoattiva e avente capacità di indurre dipendenza, l'Ufficio Centrale Stupefacenti trasmette una relazione tecnica al Consiglio Superiore di Sanità, sempre ai sensi dell'articolo 2, comma 1, lettera e), numero 2) del Testo Unico, che ne valuta l'eventuale inserimento in una delle quattro tabelle degli stupefacenti. Per le sostanze aventi attività farmacologica e terapeutica, deve essere anche valutato l'inserimento nella tabella dei medicinali stupefacenti. Il decreto di aggiornamento delle tabelle è successivamente pubblicato nella Gazzetta Ufficiale della Repubblica italiana e inserito nella successiva edizione della Farmacopea ufficiale.

Le tabelle delle sostanze sotto controllo allegate al DPR 309/90 sono aggiornate generalmente con decreto ministeriale (pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale della Repubblica italiana) ogni volta che se ne presenti la necessità, cioè, ad esempio, quando:

1. vengono modificate le liste delle sostanze classificate a livello internazionale come stupefacenti o psicotrope;
2. una sostanza diventa oggetto di abuso o viene immessa sul mercato clandestino; o in altri casi.

1) Gli organismi internazionali (WHO – OMS, ONU, etc.) sulla base di evidenze scientifiche aggiornate e in accordo con le convenzioni internazionali in materia di droghe, possono segnalare che determinate sostanze possono indurre dipendenze e sono da ritenersi dannose per la tutela della salute pubblica. A marzo 2015, in occasione della 58° sessione della Commission on Narcotic Drugs su segnalazione dell'OMS circa la pericolosità di 13 sostanze e la raccomandazione di schedulazione delle stesse, l'UNODC ha posto all'Ordine del giorno una discussione in seno alla CND. A seguito di votazione in sede di assemblea plenaria, alcune di queste sostanze sono state poste sotto controllo internazionale e di conseguenza ogni Paese ha dovuto provvedere a porre sotto controllo le sostanze, secondo la propria normativa nazionale vigente. Anche a seguito delle decisioni della 58ma CND, nel 2015 Ufficio Centrale Stupefacenti del Ministero della salute ha provveduto all'emanazione dei seguenti decreti:

[08/01/2015 DECRETO del Ministero della Salute](#)

Aggiornamento delle tabelle contenenti l'indicazione delle sostanze stupefacenti e psicotrope, di cui al decreto del Presidente della Repubblica 9 ottobre 1990, n. 309 e successive modificazioni e integrazioni. Inserimento nella Tabella IV delle sostanze etizolam

e meprobamato e nella Tabella dei medicinali, Sezione D, dei medicinali ad uso parenterale a base di lormetazepam. (15A00571).

10/02/2015 DECRETO del Ministero della Salute

Aggiornamento delle tabelle contenenti l'indicazione delle sostanze stupefacenti e psicotrope, di cui al decreto del Presidente della Repubblica 9 ottobre 1990, n. 309 e successive modificazioni. Inserimento nella tabella I delle sostanze 4-iodo-2,5-dimetossi-N-(-2-metossibenzil) fenetilamina (25I-NBOMe) e 3,4-dicloro-N-[(1-(dimetilammino)cicloesil)metil] benzamide (AH-7921), 1-cicloesil-4-(1,2-difenilettil)-piperazina (MT-45). (15A01336)

2) Attraverso il Sistema di allerta rapido (NEWS – New Early Warning System) sono state individuate numerose nuove sostanze di sintesi immesse sul mercato clandestino e sequestrate sul territorio nazionale. Il Ministero della salute ha un ruolo operativo all'interno di tale Sistema e riceve dal NEWS comunicazioni di vario genere che vanno dalle Allerte (grado I, II, III, a gravità crescente), alle informative e alle comunicazioni OEDT (queste ultime vengono trasmesse dall'Osservatorio sulle tossicodipendenze di Lisbona a ogni punto focale della rete REITOX dell'Unione Europea). Il sistema individua nuove sostanze psicoattive presenti sul territorio dell'Unione Europea in vari modi: a seguito di sequestri, quale causa presunta di decessi, intossicazioni, accessi al DEA, etc. Le comunicazioni vengono trasmesse in forma di relazione tecnico-scientifica al Ministero della salute per i seguiti di competenza. Se una sostanza è nuova e pericolosa per la tutela della salute, a seguito degli opportuni accertamenti, questa può divenire oggetto di inserimento nelle tabelle delle sostanze stupefacenti o psicotrope.

PARTE II
DOMANDA DI SOSTANZE

Capitolo 1 – Prevalenza e incidenza di uso

A cura di IFC – Istituto di Fisiologia Clinica, Consiglio Nazionale delle Ricerche (CNR) e Istituto Superiore Sanità (ISS), Reparto Farmacodipendenza, Tossicodipendenza e doping - Ministero della Difesa, Ispettorato generale della Sanità Militare

1.1 Analisi sui dati sulla popolazione studentesca

Aspetti metodologici

ESPAD

Il progetto ESPAD (The European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs) è uno studio transnazionale sull'uso di alcol, tabacco e altre sostanze ad azione psicoattiva condotto sugli studenti europei, promosso dal Consiglio Svedese per l'informazione su alcol e altre droghe e supportato dall'Osservatorio Europeo per le Droghe e le Tossicodipendenze (OEDT-EMCDDA). Lo studio è stato realizzato per la prima volta nel 1995 in 26 Paesi dell'Unione Europea coinvolgendo, negli anni, sempre più Paesi arrivando nel 2015 a contarne circa 35. Il progetto europeo prevede la conduzione dello studio ogni quattro anni, attraverso un questionario rivolto agli studenti di 15-16 anni che raccoglie informazioni relative al consumo di sostanze stupefacenti, monitora le tendenze nel tempo e permette di effettuare confronti tra i Paesi partecipanti, utilizzando metodi e strumenti standardizzati per la definizione di campioni rappresentativi a livello nazionale (<http://www.espad.org>).

ESPAD@Italia

ESPAD@Italia è uno studio sui comportamenti d'uso di alcol, tabacco e sostanze illegali da parte degli studenti italiani, di età compresa tra i 15 ed i 19 anni, degli istituti secondari di secondo grado. Lo studio, realizzato dall'Istituto di Fisiologia Clinica del Consiglio Nazionale delle Ricerche (IFC-CNR) dal 1995, dal 1999 viene ripetuto con cadenza annuale, tra i mesi di Marzo e Aprile, su un campione rappresentativo degli studenti iscritti alle scuole superiori presenti sul territorio nazionale (<http://www.epid.ifc.cnr.it>). L'indagine è condotta seguendo lo standard della metodologia prevista dal progetto ESPAD (Hibell et al., 2012).

Il questionario ESPAD@Italia rileva diverse caratteristiche socio-culturali degli studenti e i consumi di sostanze quali tabacco, alcol, psicofarmaci, doping e altre sostanze psicoattive illecite; contiene inoltre diversi strumenti standardizzati per la rilevazione di disturbi alimentari, del gioco d'azzardo problematico e dell'uso di internet. Rispetto al consumo di sostanze, sono indagate le esperienze d'uso delle sostanze nella vita, nell'anno e nel mese antecedenti la somministrazione del questionario. Nel 2015 lo studio ha coinvolto oltre 30mila studenti afferenti a 408 istituti scolastici secondari di secondo grado in Italia, con un tasso di rispondenza delle scuole pari all'88%.

Campionamento

Il piano di campionamento prevede, ogni anno, l'estrazione di un campione casuale stratificato a tre stadi. Il primo stadio prevede la stratificazione delle province italiane sulla base di

due variabili: l'area geografica (Nord, Centro, Sud e Isole) e la densità abitativa. Le province vengono estratte casualmente e in modo proporzionale alla dimensione dello strato. Se le risorse economiche lo permettono, vengono estratte tutte le province, procedendo nel campionamento direttamente dal secondo stadio. Nel secondo stadio le scuole all'interno delle province sono stratificate per tipologia di istituto (Licei, Istituti Artistici, Professionali e Tecnici) e per dislocazione geografica (metropolitana e non metropolitana); vengono quindi estratte casualmente e proporzionalmente secondo questa stratificazione. Nell'ultimo stadio una quota fissa di classi viene casualmente estratta da ogni strato (questa frazione può variare sensibilmente in relazione alle risorse economiche a disposizione). Tale procedimento ha permesso un considerevole abbattimento dei costi e dei tempi di realizzazione dell'indagine, ma ha reso necessaria una procedura di ponderazione per ottenere le stime nazionali. Questa procedura è stata basata su una post-stratificazione per genere, in accordo con la distribuzione della popolazione scolarizzata a livello regionale. Dal momento che gli indicatori da rilevare non sono omogenei e comprendono sia sostanze di larga diffusione, come l'alcol, sia sostanze con prevalenze estremamente basse, come invece l'eroina, un disegno di campionamento che possa assicurare prefissati livelli di precisione per tutte le stime prodotte non è attuabile. Per questo motivo è stato deciso di adottare una strategia basata su una valutazione degli errori delle stime a livello nazionale dell'uso di eroina negli ultimi dodici mesi, con possibile riferimento a domini territoriali di interesse (regionale e/o provinciale a seconda delle risorse a disposizione). La dimensione del campione teorico in termini di studenti, prefissato a livello nazionale in base ai criteri riferiti alla strategia di cui sopra, è pari almeno all'1% degli studenti iscritti.

Procedure per lo svolgimento dello studio

Sono molteplici i passaggi previsti per lo svolgimento dell'indagine che vanno dal primo contatto con le scuole fino al rientro del materiale direttamente presso la sede del Consiglio Nazionale delle Ricerche. Una volta individuate le scuole nel piano di campionamento, viene implementato uno specifico database per raccogliere tutte le informazioni relative alle scuole contattate: nome, numero di contatti e breve descrizione testuale degli stessi, data di adesione, difficoltà emerse durante la somministrazione dei questionari (real time), informazioni sul rientro dei questionari, sulla somministrazione dei questionari (classi nelle quali è stato somministrato, numero di questionari). Il contatto con le scuole viene effettuato all'inizio dell'anno scolastico; nel momento in cui la scuola accetta di partecipare al progetto, le si invia il materiale necessario alla somministrazione: lettera illustrativa del progetto, questionari da somministrare agli studenti, busta anonima dove sigillare ogni questionario, istruzioni per la somministrazione, scheda classe da compilare, istruzioni per la restituzione del materiale. La scuola non deve farsi carico di alcuna spesa.

Il professore incaricato e gli studenti sono tenuti a seguire le procedure standard adottate e condivise a livello europeo durante la somministrazione del questionario (Hibell et al., 2012). Viene comunicato agli studenti che la partecipazione è volontaria e del tutto anonima; a garanzia del più completo anonimato, i questionari vengono compilati senza riportare alcun dato identificativo (nome, cognome, data di nascita). Sono necessari circa 45 minuti per compilare l'intero questionario. Ogni questionario compilato viene quindi sigillato e inserito in una busta direttamente dallo studente; la busta viene riposta in una scatola chiusa, simile alle urne elettorali, con un'unica fessura nella parte superiore.

I pacchi vengono recapitati e aperti presso il CNR: i questionari da inserire sono codificati secondo l'identificativo della scuola e della classe, ma i risultati vengono presentati esclusivamente in forma aggregata, non viene mai divulgata alcuna informazione relativa alla classe e alla scuola partecipante all'indagine.

Procedura di verifica dell'acquisizione e analisi di affidabilità del database

L'acquisizione delle risposte ai questionari cartacei è effettuata da operatori CNR attraverso l'utilizzo di una specifica strumentazione: OCR (Optical Character Recognition). Lo scanning software adottato (ReadSoft Forms) è utilizzato da diversi Paesi Europei partecipanti all'indagine ESPAD.

La tecnologia OCR consente di memorizzare automaticamente le informazioni "scritte" attraverso una opportuna conversione dei dati basata sul riconoscimento ottico dei caratteri. Le fasi del processo di lavorazione con OCR prevedono: lo scanning delle informazioni presenti (scan), l'interpretazione dei dati riconosciuti (interpret), la verifica della bontà degli stessi mediante postazioni PC monitorate da operatori (verify). L'output finale (transfer) viene restituito nei formati elettronici standard, idonei all'import su database e all'elaborazione. Per il processo di verifica della qualità dei dati, viene estratto un campione di questionari compilati da acquisire nuovamente allo scanner e da sottoporre alle fasi di lavorazione OCR. Se i risultati dell'output della seconda acquisizione OCR sono congruenti con i risultati della prima, il controllo qualità si ritiene eseguito con successo. Per ridurre il numero delle variabili "not valid" e identificare i falsi missing, spesso generati da un eccessivo/insufficiente annerimento delle caselle presenti nel questionario cartaceo, vengono verificati i valori di risposta acquisiti su set di variabili, suddivise nelle principali aree di interesse (genere, età, alcol, cannabis, ecc.), risalendo dai valori dell'output dati elettronico alla corrispondente scannerizzazione del questionario. Prima di procedere con le analisi, una volta ottenuto il set completo di dati, viene verificata la consistenza delle risposte fornite nei questionari. Seguendo gli standard adottati a livello europeo, vengono eliminati i questionari che presentano: più del 50% di mancata risposta, risposte sistematiche (per esempio aver risposto sempre allo stesso item in colonna), risposte incongruenti (per esempio aver usato tutte le sostanze 40 o più volte negli ultimi 30 giorni), inconsistenza di almeno una risposta sull'uso di sostanze (per esempio aver risposto di aver fatto uso nei dodici mesi e non nella vita).

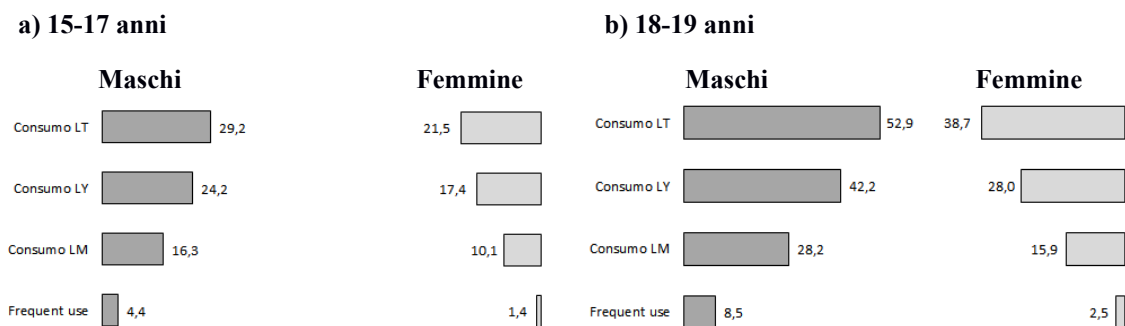
Analisi della affidabilità delle nuove domande

Quando si rende necessario aggiungere o cambiare alcune domande del questionario, viene condotta una procedura di test-retest su un campione di almeno 5 scuole: su di esse viene condotto lo studio a distanza di 3 settimane al fine di analizzare e migliorare l'affidabilità e la consistenza delle risposte alle nuove domande (i questionari delle due somministrazioni vengono linkati attraverso codici anonimi) (Molinari et al., 2012). A parte viene campionato un gruppo di controllo di 40 scuole per testare possibili differenze nelle risposte tra il precedente questionario e quello nuovo, così da evitare distorsioni nella comparabilità temporale delle evidenze.

I consumi di sostanze psicoattive

Il 34% degli studenti italiani di 15-19 anni ha utilizzato almeno una sostanza psicoattiva illegale nel corso della propria vita (maschi: 39%; femmine: 28%) e il 27% circa (maschi: 31%; femmine: 22%) nel corso dell'anno antecedente lo svolgimento dello studio campionario, l'85% di questi ultimi è "monoconsumatore", ne ha cioè utilizzata una sola, mentre per il 15% si tratta di "policonsumatori", in quanto hanno usato 2 o più sostanze illegali. Il 17% degli studenti ha utilizzato sostanze psicoattive illegali nel mese precedente la survey (maschi: 21%; femmine: 12%) e il 4% ne ha fatto un uso frequente (maschi: 6%; femmine: 2%), ha cioè utilizzato nel corso dell'ultimo mese cannabis 20 o più volte e/o altre illegali (cocaina, stimolanti, allucinogeni, eroina) 10 o più volte. Tra gli studenti di genere maschile e tra i maggiorenni le prevalenze di consumo risultano superiori,

differenze che tendono a ridursi passando dal consumo nella vita a quello corrente (riferito cioè al mese antecedente lo studio) a quello frequente.



LT=LifeTime (almeno una volta nella vita); LY=Last Year (almeno una volta negli ultimi 12 mesi); LM=Last Month (almeno una volta negli ultimi 30 giorni); Frequent use=20 o più volte negli ultimi 30 giorni per cannabis e/o 10 o più volte per cocaina e/o stimolanti e/o allucinogeni e/o eroina

Figura 23 Stime di prevalenza degli studenti italiani che hanno utilizzato almeno una sostanza illegale. ESPAD®Italia 2015

Tra le sostanze illegali, quella maggiormente utilizzata è la cannabis, seguita da cocaina, stimolanti e allucinogeni, mentre l'eroina è quella meno diffusa. Il rapporto di genere mostra la maggior attrazione del genere maschile per il consumo delle sostanze psicoattive: rispetto al consumo durante l'anno, il rapporto di genere varia da 1,5 per la cannabis a poco più di 2 per stimolanti e cocaina e a circa 3 per le altre sostanze illegali.

Sono Piemonte, Emilia Romagna, Marche, Lazio, Molise e Sardegna a far registrare le prevalenze superiori alla media nazionale (con valori compresi tra 27,5% e 30,2%), mentre nelle regioni del nord-est, in Valle d'Aosta, Campania, Basilicata e Calabria sono inferiori (19,2-25,6%).

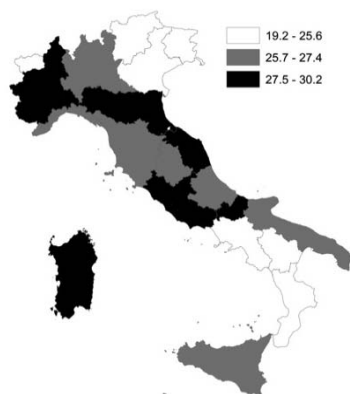
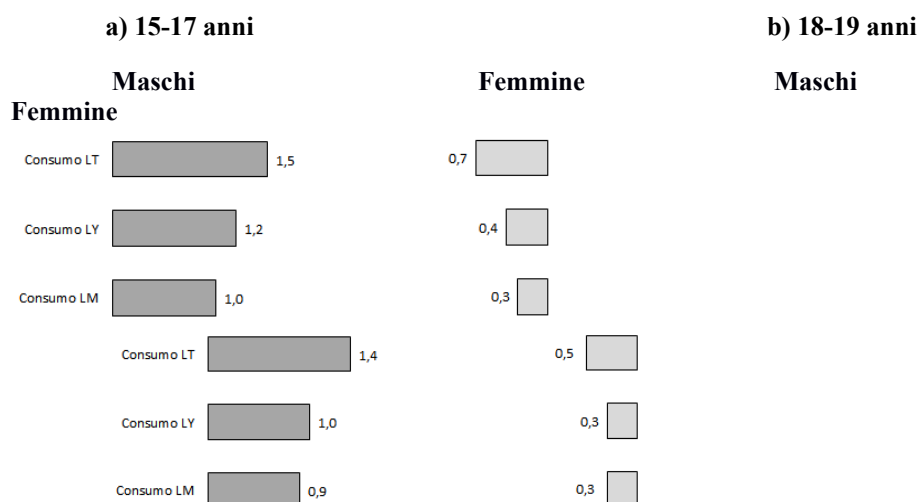


Figura 24 Stime di prevalenza degli studenti italiani che hanno consumato almeno una sostanza illegale nell'anno. ESPAD®Italia 2015

L'1% degli studenti italiani, almeno una volta nella propria vita, ha usato sostanze psicoattive per via iniettiva e lo 0,7% lo ha fatto nel corso dell'anno, in particolar modo gli studenti di genere maschile (rispettivamente 1,4% e 1,1%; femmine: 0,6% e 0,4%). Prevalenza del tutto simile a quella annuale si osserva rispetto all'ultimo mese: lo 0,6% degli studenti italiani ha usato sostanze psicoattive per via iniettiva, che corrisponde all'84% di chi, durante l'anno, ha utilizzato questa modalità di assunzione.



LT=LifeTime (almeno una volta nella vita); LY=Last Year (almeno una volta negli ultimi 12 mesi); LM=Last Month (almeno una volta negli ultimi 30 giorni)

Figura 25 Stime di prevalenza degli studenti italiani che hanno utilizzato sostanze psicoattive per via iniettiva. ESPAD®Italia 2015

Il 2,8% degli studenti italiani (maschi: 3%; femmine: 2%) almeno una volta nella vita ha utilizzato farmaci antidolorifici (*painkillers*) con lo specifico scopo di sballare: tra coloro che ne hanno fatto uso, per la maggior parte (41%) si è trattato di un uso molto contenuto (non più di 2 volte: maschi: 38%; femmine: 44%), mentre per il 25% l'assunzione è stata più frequente (20 o più volte: maschi: 30%; femmine: 19%).

Si stima che il 2,1% degli studenti italiani (maschi: 2,5%; femmine: 1,6%) abbia utilizzato sostanze psicoattive "sconosciute" almeno una volta nella vita, senza sapere cioè cosa stesse assumendo. Il 52% circa di questi studenti le ha assunte per non più di 2 volte, ma per il 26% si è trattato di ripetere l'esperienza oltre 10 volte. Per il 56% di questi studenti le sostanze sconosciute assunte si presentavano in forma liquida, per il 54% come un miscuglio di erbe, per il 52% sotto forma di pasticche/pillole, per il 47% erano in polvere e nel 38% dei casi sotto forma di cristalli.

Gli utilizzatori di sostanze psicoattive "sconosciute" si osservano soprattutto tra coloro che durante l'anno hanno utilizzato sostanze diverse dalla cannabis: tra gli utilizzatori di eroina sono il 58%, tra chi ha utilizzato cocaina, stimolanti e/o allucinogeni rappresentano il 35% circa e sono il 2% tra i monoconsumatori di cannabis.

Le prevalenze superiori alla media nazionale riferite agli studenti che hanno consumato nella vita almeno una sostanza a loro sconosciuta, si concentrano nelle regioni centrali della penisola (Toscana, Marche, Lazio), in Sardegna, Lombardia e Friuli Venezia Giulia con valori compresi tra 2,3% e 2,5%. Al sud (ad esclusione della Basilicata), in Liguria e Veneto, invece, si rilevano prevalenze al di sotto della media nazionale.

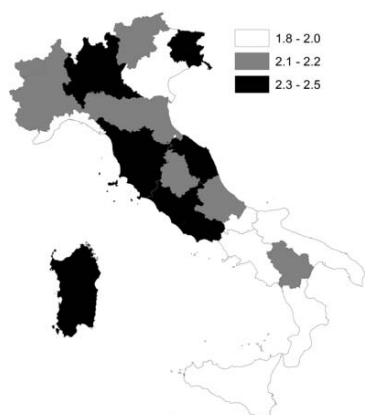
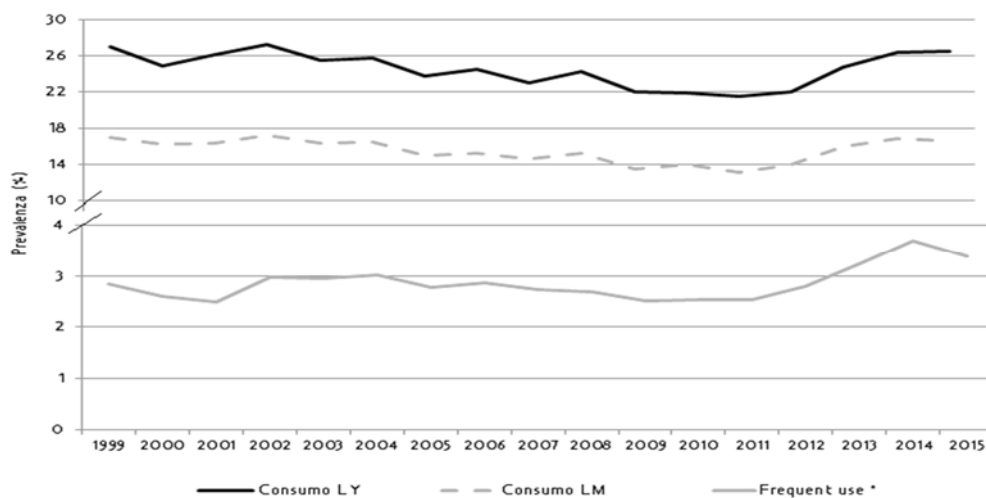


Figura 26 Stime di prevalenza degli studenti italiani che hanno consumato sostanze sconosciute nella vita. ESPAD®Italia 2015

Il consumo di cannabis

Dopo un decennio di andamento decrescente, si registra una ripresa dei consumi di cannabis dal 2011 al 2014, per mostrare nell'ultimo studio campionario una stabilizzazione delle prevalenze, fatta eccezione per quella riferita al consumo frequente, per la quale si osserva un decremento, passando da poco meno del 4% all'attuale 3%.



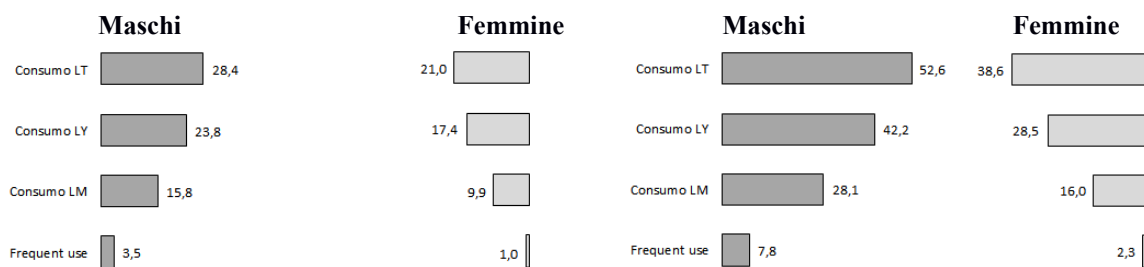
LY=Last Year (almeno una volta negli ultimi 12 mesi); LM=Last Month (almeno una volta negli ultimi 30 giorni); Frequent use=20 o più volte negli ultimi 30 giorni

Figura 27 Stime di prevalenza degli studenti italiani che hanno consumato cannabis. ESPAD®Italia trend anni 1999-2015

Un terzo degli studenti italiani di 15-19 anni ha provato cannabis almeno una volta nella vita (maschi: 38%; femmine: 28%), mentre quasi il 27% l'ha utilizzata recentemente (maschi: 31%; femmine: 22%), prevalenze che si riducono quando si fa riferimento al consumo corrente e a quello frequente. Sono, infatti, il 17% gli studenti italiani che hanno usato cannabis nel corso del mese precedente alla somministrazione del questionario (i cosiddetti "current users") e il 3% è chi ne ha fatto un uso frequente (20 o più volte nel corso dell'ultimo mese), con prevalenze che risultano superiori nel genere maschile (21% e 5%; femmine: 12% e 2% rispettivamente).

a) 15-17 anni

b) 18-19 anni



LT=LifeTime (almeno una volta nella vita); LY=Last Year (almeno una volta negli ultimi 12 mesi); LM=Last Month (almeno una volta negli ultimi 30 giorni); Frequent use=20 o più volte negli ultimi 30 giorni

Figura 28 Stime di prevalenza degli studenti italiani che hanno consumato cannabis. ESPAD@Italia 2015

Il 60% circa dei consumatori recenti ha utilizzato cannabis meno di 10 volte durante l'anno, soprattutto le ragazze (69%; maschi: 53%), mentre sono il 27% coloro che l'hanno utilizzata 20 o più volte, in particolar modo i maschi (33%; femmine: 18%).

Tra tutti gli studenti italiani, il 43% ritiene che sia facile potersi procurare cannabis, percezione che aumenta in corrispondenza del consumo stesso di cannabis: si passa, infatti, dal 28% di chi non ha utilizzato la sostanza durante l'anno, al 77% circa dei consumatori occasionali, al 95% dei *frequent users*.

È nei luoghi all'aperto, come strada/giardini/parchi, quelli peraltro maggiormente frequentati dai giovani, che il 35% degli studenti italiani ritiene di poter facilmente reperire cannabis; ma sono soprattutto coloro che utilizzano la sostanza a definire questi stessi luoghi come privilegiati per il reperimento (75% dei *frequent users* e 56% di chi l'ha utilizzata poche volte durante l'anno contro 25% dei non consumatori).

Soffermando l'attenzione sui *current users* il 14% di questi, nell'ultimo mese, ha speso oltre 50 euro per acquistare cannabis, il 27% circa non ne ha spesi più di 10 e il 34% non ha sostenuto alcuna spesa, percentuali che tra i *frequent users* raggiungono rispettivamente il 49%, 6% e 13%.

Il 10% degli studenti italiani ha utilizzato almeno una volta cannabis sintetica, conosciuta come *spice*, in particolar modo i maschi (13% circa; femmine: 8%) e i maggiorenni (14%; minorenni: 8%).

Tra chi ha provato questa sostanza, il 36% circa l'ha utilizzata non più di 2 volte, soprattutto le femmine (41%; maschi: 32%), ma il 26% l'ha consumata 20 o più volte, frequenza per la quale si riducono le differenze di genere (maschi: 28%; femmine: 21%). È interessante rilevare che tra i *frequent users* di cannabis il 57% ha utilizzato anche *spice*, quota che risulta pari al 23% tra i consumatori occasionali.

Rispetto alla distribuzione regionale delle prevalenze di consumo di cannabis durante l'anno, sono Piemonte, Emilia Romagna, Marche, Lazio e Sardegna a far registrare i valori superiori alla media nazionale, risultando compresi tra 27% e 30%. Nel nord-est (Veneto, Trentino Alto Adige e Friuli Venezia Giulia), in Abruzzo e nelle regioni del sud (Campania, Basilicata e Calabria) si concentrano le prevalenze che si pongono al di sotto di quella nazionale, con valori che vanno da 19% a 26% circa.

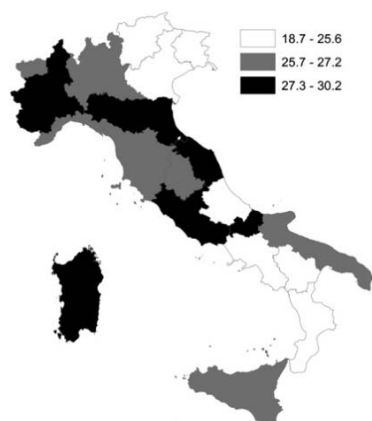


Figura 29 Stime di prevalenza degli studenti italiani che hanno consumato cannabis nell'anno. ESPAD®Italia 2015

Il consumo problematico di cannabis

Allo scopo di rilevare il grado di problematicità correlato al consumo recente di cannabis e poterlo monitorare nel corso del tempo, nello studio ESPAD®Italia si è provveduto a inserire il test di screening CAST–*Cannabis Abuse Screening Test* (Legleye et al., 2007), opportunamente validato a livello nazionale (Bastiani et al., 2013). L'ultimo studio campionario ha rilevato che per il 6% di tutti gli studenti italiani il consumo di cannabis è definibile “problematico”, prevalenza che corrisponde al 23% di coloro che hanno assunto la sostanza durante l'anno, in egual misura tra minorenni e maggiorenni, mentre risulta superiore nel genere maschile (27% contro 18% delle coetanee). È interessante sottolineare che per il 28% dei *frequent users* il consumo di cannabis non risulta problematico, così come il 62% dei consumatori con uso problematico non è un *frequent user*.

I consumatori problematici di cannabis si caratterizzano per la tendenza a utilizzare anche altre sostanze psicoattive, che vanno dal consumare regolarmente sostanze legali, quali alcol e tabacco, all'essere un *frequent users* di psicofarmaci non prescritti (10 o più volte nel mese), aver usato nell'anno altre sostanze psicoattive illegali o, ancora, all'aver provato almeno una volta nella vita sostanze psicoattive “sconosciute”.

Ma i consumatori problematici di cannabis sono maggiormente attratti anche dall'intraprendere altri comportamenti a rischio, come danneggiare volontariamente beni pubblici o altrui, avere rapporti sessuali non protetti o ancora avere incidenti stradali alla guida di un veicolo.

La quasi totalità dei consumatori problematici ha amici che utilizzano cannabis e il 79% la fuma abitualmente quando si ritrova con gli amici, pratica che per quasi la metà di questi è quotidiana o quasi.

Quasi tutti i consumatori problematici ritengono che la cannabis sia possibile recuperarla facilmente e circa 1 su 4 per acquistarla ha speso oltre 50 euro nel corso dell'ultimo mese.

Rispetto alla percezione del rischio associato al consumo di cannabis si osserva che sono coloro che la consumano, in particolare quelli che lo fanno occasionalmente, ad attribuire al consumo regolare della sostanza un elevato grado di rischio per lo stato di salute (58% e 52% dei consumatori rispettivamente occasionali e problematici contro il 46% dei non consumatori).

I consumatori problematici di cannabis, in quota superiore rispetto agli occasionali e ai non consumatori, si ritengono insoddisfatti del rapporto con i propri genitori, con gli amici e, in misura inferiore, con se stessi, mentre 1 su 4 ritiene di aver conseguito buoni risultati scolastici (contro oltre la metà dei non consumatori e il 42% di chi ha utilizzato cannabis occasionalmente). È tra i problematici che si osserva, inoltre, la quota superiore di studenti che, nel mese antecedente la

rilevazione, ha fatto 7 o più giorni di assenza per mancanza di motivazione, ma anche di coloro che riferiscono di avere genitori che non sanno dove e come trascorrono il sabato sera.

	Non consumatori (%)	Consumatori di cannabis (%)	
		Occasionali (≤10 volte annue)	Problematici
Comportamenti a rischio			
Bere alcolici tutti i giorni o quasi	2,4	6,0	14,1
Aver fatto binge drinking nell'ultimo mese	24,4	58,2	75,2
Essere un forte fumatore quotidiano (≥10 sigarette/die)	2,0	8,5	27,5
Aver usato droghe sconosciute	0,8	2,1	13,6
Aver usato almeno una sostanza illegale nell'anno (esclusa cannabis)	0,8	2,1	13,6
Essere un <i>frequent users</i> di psicofarmaci non prescritti	1,5	2,4	6,5
Aver danneggiato di proposito beni pubblici	3,4	7,9	24,9
Aver avuto rapporti sessuali non protetti	7,6	23,1	39,8
Aver avuto incidenti alla guida di veicoli	6,4	11,3	20,2
Aver perso 7 o più giorni di scuola senza motivo	1,4	3,1	7,4
Contiguità e percezione del rischio			
Avere amici che consumano cannabis	58,4	95,0	97,1
Consumare cannabis in gruppo	0,9	19,8	78,6
Consumare cannabis con gli amici tutti i giorni o quasi	0,8	1,3	36,8
Aver speso oltre 50 euro per acquistare cannabis nell'ultimo mese	0,3	0,8	27,6
Ritenere che la cannabis sia possibile recuperarla facilmente	27,7	76,3	91,3
Ritenere che chi consuma cannabis regolarmente rischi in grado moderato/elevato di danneggiarsi	45,7	57,9	51,5
Percezione di sé e rapporto familiare			
Il mio rendimento scolastico è stato buono/ottimo	54,6	41,5	25,0
Sono soddisfatto/a del rapporto con i miei genitori	85,3	75,8	66,0
Sono soddisfatto/a del rapporto con i miei amici	86,3	86,8	79,8
Sono soddisfatto/a di me stesso/a	67,1	57,8	54,8
I miei genitori sanno (spesso/sempre) con chi esco e cosa faccio il sabato sera	91,7	83,3	66,8

Tabella 21 Distribuzione percentuale delle caratteristiche relative agli studenti non consumatori e ai consumatori di cannabis durante l'anno (occasionali e quelli con profilo di consumo problematico). ESPAD@Italia 2015

The Cannabis Abuse Screening Test - CAST

È una scala di screening composta da 6 domande che descrivono il comportamento d'uso o eventuali esperienze problematiche vissute a causa dell'utilizzo della sostanza e misura la frequenza dei seguenti eventi nei dodici mesi precedenti all'intervista:

- a) Hai mai fumato cannabis prima di mezzogiorno?
- b) Hai mai fumato cannabis da solo?
- c) Hai mai avuto problemi di memoria dopo aver fumato cannabis?
- d) Gli amici o i tuoi familiari ti hanno mai detto che dovresti ridurre il tuo uso di cannabis?
- e) Hai mai provato a ridurre o a smettere di consumare cannabis senza riuscirci?
- f) Hai mai avuto problemi a causa del tuo uso di cannabis (discussioni, risse, incidenti, brutti voti a scuola, ecc.)?

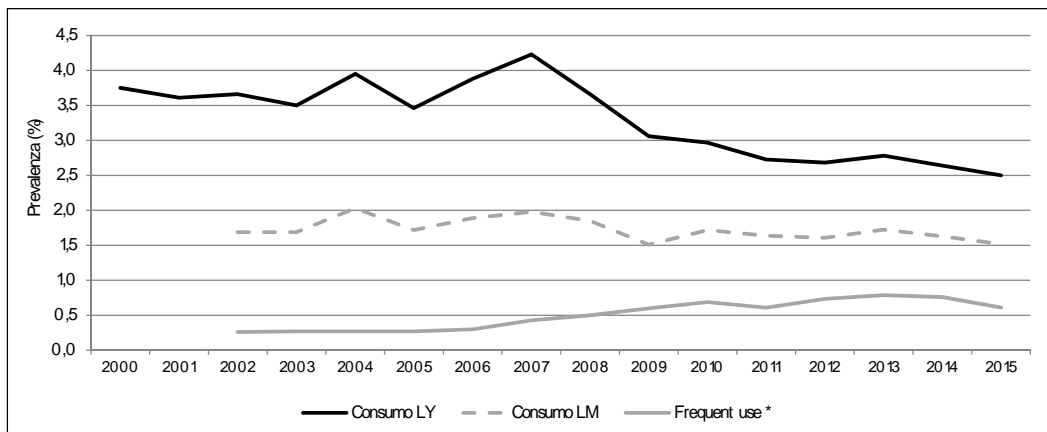
Le risposte si distribuiscono lungo una scala a 5 punti (0 "mai", 1 "di rado", 2 "di tanto in tanto", 3 "piuttosto spesso" e 4 "molto spesso"). Nella versione originale denominata CAST binario (Legleye et al., 2007) l'attribuzione del punteggio varia a seconda dell'item ed il punteggio totale può variare da 0 a 6, dove uno score totale ≥ 2 definisce un comportamento problematico.

Legleye e collaboratori (2011) hanno testato e validato anche una versione del CAST denominata Full-version, che non prevede soglie diverse tra le alternative di risposta ma, ad ogni item, viene assegnato lo stesso punteggio a seconda dell'alternativa di risposta segnata, cosicché il punteggio totale risulta compreso tra 0 a 24. Un comportamento problematico è identificato da uno score totale ≥ 3 .

Lo studio italiano di validazione del CAST (Bastiani et al., 2013) è stato condotto mediante un'analisi multivariata (Multiple Correspondence Analysis-MCA) per la valutazione dell'equidistanza tra le diverse alternative di risposta per ognuno dei 6 items. Il punteggio totale della versione Italiana (CAST-MCA) prevede, quindi, un algoritmo che somma i pesi attribuendo differente importanza alle diverse opzioni di risposta. Il punteggio totale di questa versione è compreso tra 0 a 24, definendo comportamento problematico uno score totale ≥ 7 .

Il consumo di cocaina

Tra gli studenti italiani il consumo recente di cocaina, avvenuto cioè nell'anno antecedente lo svolgimento della rilevazione, mostra un andamento sostanzialmente stabile fino al 2005, con prevalenze comprese tra 3,5% e 4%, per raggiungere il valore massimo nel 2007 (4,2%), decrescere negli anni successivi e rimanere sostanzialmente invariate nell'ultimo quinquennio, con valori che oscillano tra 2,5% e 2,8%. Un andamento del tutto simile si osserva per il consumo nell'ultimo mese che risulta attestato dal 2009 intorno a prevalenze pari a 1,5-1,7%. È altresì per il consumo frequente (10 o più volte nell'ultimo mese) che si registra una tendenza all'aumento, passando da 0,3% degli anni 2002-2006 a 0,6-0,8% dal 2009 in avanti.

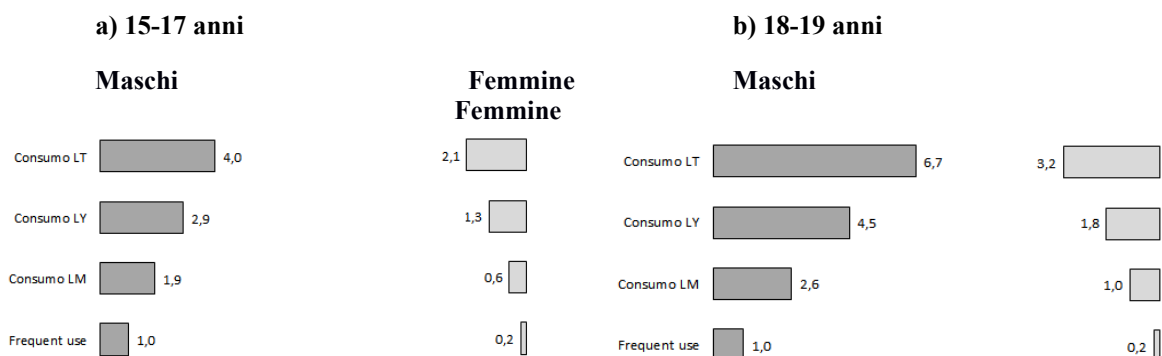


LY=Last Year (almeno una volta negli ultimi 12 mesi); LM=Last Month (almeno una volta negli ultimi 30 giorni); Frequent use=10 o più volte negli ultimi 30 giorni

Figura 30 Stime di prevalenza degli studenti italiani che hanno consumato cocaina. ESPAD®Italia trend anni 2000-2015

Lo studio campionario condotto nel 2015 ha rilevato che il 4% circa degli studenti italiani ha provato cocaina almeno una volta nella vita e quasi il 3% lo ha fatto nel corso dell'anno di rilevazione, con le prevalenze maschili che risultano superiori (rispettivamente 5% e quasi 4%; femmine: quasi 3% e 2%).

I *current users*, coloro cioè che hanno consumato la sostanza nel mese antecedente la somministrazione del questionario, rappresentano poco meno del 2% di tutti gli studenti italiani, mentre corrispondono allo 0,6% i *frequent users*, ossia quelli che hanno utilizzato la sostanza almeno 10 volte nel corso dell'ultimo mese. Anche in questo caso, è per il genere maschile che si osservano le prevalenze superiori (rispettivamente 2% e 1% contro 0,8% e 0,2% di quelle femminili) così come quelle riferite ai maggiorenni.



LT=LifeTime (almeno una volta nella vita); LY= Last Year (almeno una volta negli ultimi 12 mesi); LM=Last Month (almeno una volta negli ultimi 30 giorni); Frequent use=10 o più volte negli ultimi 30 giorni

Figura 31 Stime di prevalenza degli studenti italiani che hanno consumato cocaina nell'anno. ESPAD®Italia 2015

Tra gli studenti che hanno utilizzato cocaina nell'anno, il 55% ne ha fatto un uso occasionale, limitato a non più di 5 volte, mentre il 24% l'ha utilizzata almeno 20 volte: se il consumo occasionale riguarda in particolar modo il genere femminile (64%; maschi: 51%), è quello più assiduo a caratterizzare il genere maschile (28%; femmine: 15%).

La facilità di reperimento della cocaina è riferita dal 14% di tutti gli studenti italiani, senza particolari differenze di genere (maschi: 15%; femmine: 12%), con prevalenze che aumentano in corrispondenza dell'età: da 11% dei minorenni a 18% dei maggiorenni. La percentuale di chi ritiene

che la cocaina sia facilmente reperibile aumenta in corrispondenza dell'utilizzo della sostanza stessa: se tra chi non ha utilizzato la sostanza durante l'anno tale percentuale risulta pari a 12%, raggiunge l'80% tra coloro che ne hanno fatto un uso occasionale (non più di 5 volte annue) e il 73% tra i *frequent users*.

Il 12% degli studenti italiani ritiene che i luoghi privilegiati per il reperimento della cocaina siano gli spazi aperti, come strada o giardini pubblici/parchi, seguiti da discoteca e spacciatore (11% e 9% rispettivamente), senza particolari differenze di genere, bensì sull'aver utilizzato o meno la sostanza durante l'anno.

Tra gli studenti che hanno utilizzato cocaina negli ultimi 30 giorni, il 31% riferisce di aver speso nel mese oltre 90 euro per acquistare la sostanza, mentre il 36% non ha sostenuto alcuna spesa e l'8% non ha superato i 10 euro, percentuali che raggiungono rispettivamente il 54%, 23% e 6% tra i *frequent users*.

Sono concentrate tutte nel Centro-Italia le regioni che riportano prevalenze di consumatori nell'ultimo anno superiori alla media nazionale (con valori tra il 2,8% e il 3,2%), mentre si collocano al Nord (a esclusione del Friuli Venezia Giulia), con l'aggiunta di Campania e Puglia, le regioni che fanno registrare prevalenze al di sotto del dato nazionale (con valori compresi tra 2,2% e 2,3%).

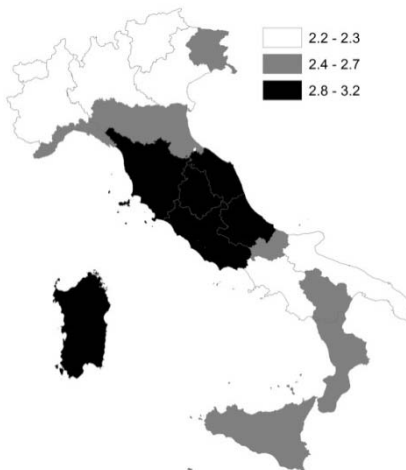
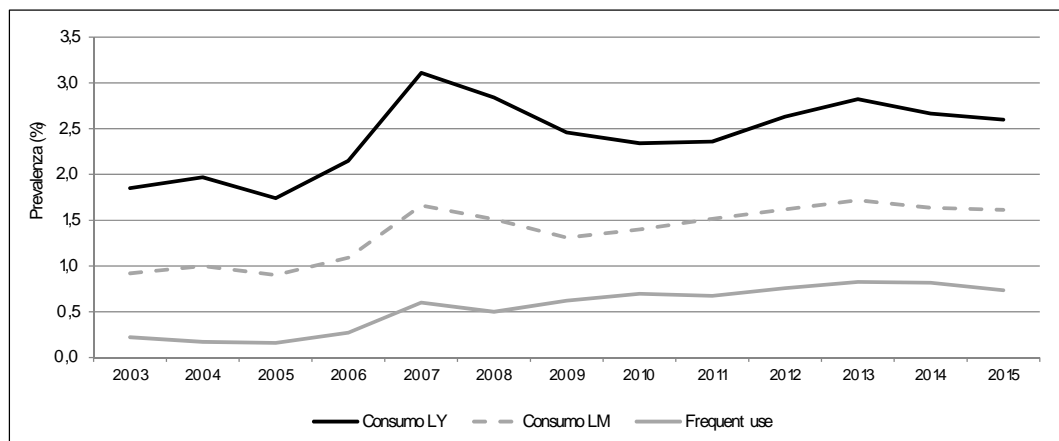


Figura 32 Stime di prevalenza degli studenti italiani che hanno consumato cocaina nell'anno. ESPAD®Italia 2015

Il consumo di stimolanti e allucinogeni

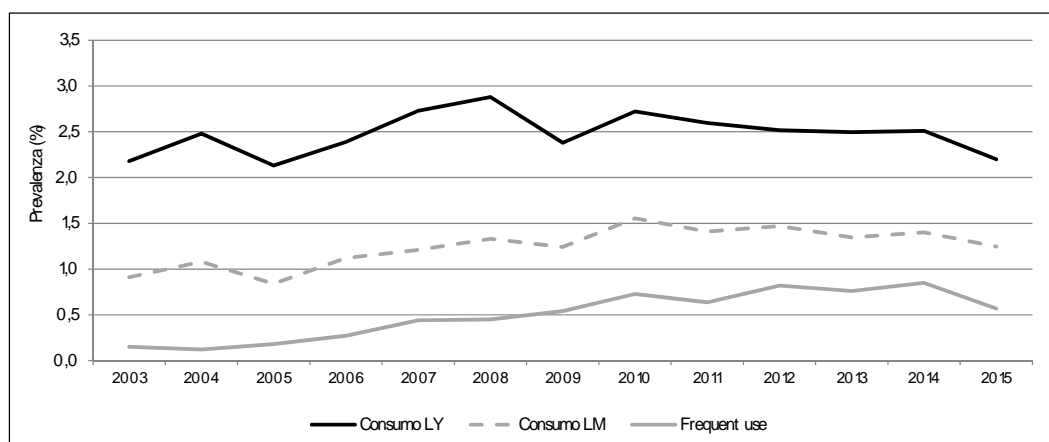
I consumi di sostanze stimolanti (es. amfetamine, ecstasy) e di allucinogeni (es. LSD e funghi allucinogeni) seguono andamenti del tutto simili: per entrambe le sostanze, dopo l'aumento delle prevalenze annuali registrato negli anni 2003-2008 (da 1,9% a 2,8% per gli stimolanti e da 2,2% a 2,9% per gli allucinogeni), dal 2012 al 2014 si osserva una invariabilità dei consumi (per gli stimolanti intorno a 2,6-2,8% e per gli allucinogeni al 2,5%). Nel caso degli stimolanti la stabilizzazione prosegue anche nell'ultimo anno, mentre per gli allucinogeni si registra un leggero decremento.

Le prevalenze riferite al consumo corrente (ultimi 30 giorni) fanno registrare una tendenza all'aumento fino al 2011 per stabilizzarsi negli anni successivi (gli stimolanti passano da 0,9% del 2003 a 1,3% nel 2009 a 1,6-1,7% nelle ultime quattro rilevazioni; gli allucinogeni da 0,8% del 2005 passano a 1,6% nel 2010, per mantenersi intorno a 1,2-1,4% nelle ultime tre rilevazioni). Stessa tendenza si osserva per il *frequent use* (10 o più volte negli ultimi 30 giorni): nel caso del consumo di stimolanti le prevalenze passano da 0,2% degli anni 2003-2005 a 0,6% nel 2009 e si mantengono intorno a 0,7-0,8% negli anni successivi; per gli allucinogeni le prevalenze passano da 0,2% del 2003 a 0,5% nel 2008-2009 a 0,8% negli anni 2012-2014 a 0,6% nell'ultima rilevazione.



LM=Last Year (almeno una volta negli ultimi 12 mesi); LM=Last Month (almeno una volta negli ultimi 30 giorni); Frequent use=10 o più volte negli ultimi 30 giorni

Figura 33 Stime di prevalenza degli studenti italiani che hanno consumato sostanze stimolanti. ESPAD®Italia trend anni 2003-2015



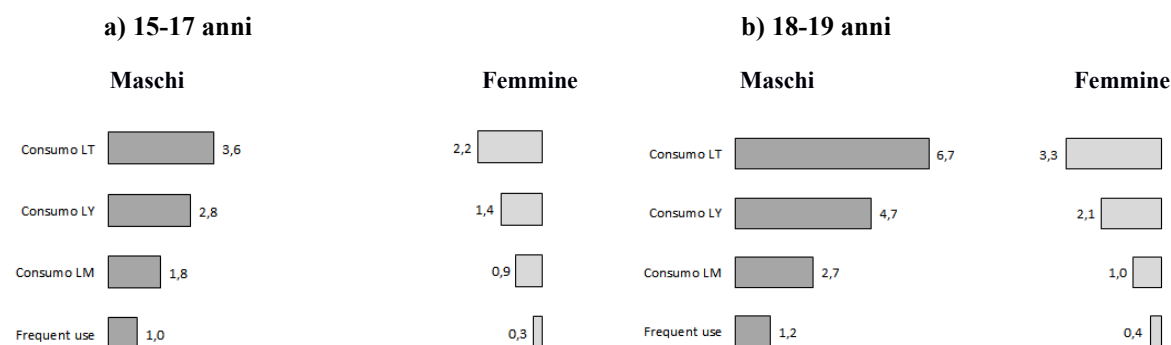
LY=Last Year (almeno una volta negli ultimi 12 mesi); LM=Last Month (almeno una volta negli ultimi 30 giorni); Frequent use=10 o più volte negli ultimi 30 giorni

Figura 34 Stime di prevalenza degli studenti italiani che hanno consumato allucinogeni. ESPAD®Italia trend anni 2003-2015

Il 4% e 3% degli studenti italiani almeno una volta nella vita hanno provato ad assumere rispettivamente sostanze stimolanti e/o allucinogeni, circa il 3% e 2% l'hanno fatto nel corso dell'ultimo anno e per quasi il 2% e 1% si è trattato di ripetere il consumo nel mese antecedente a quello di somministrazione.

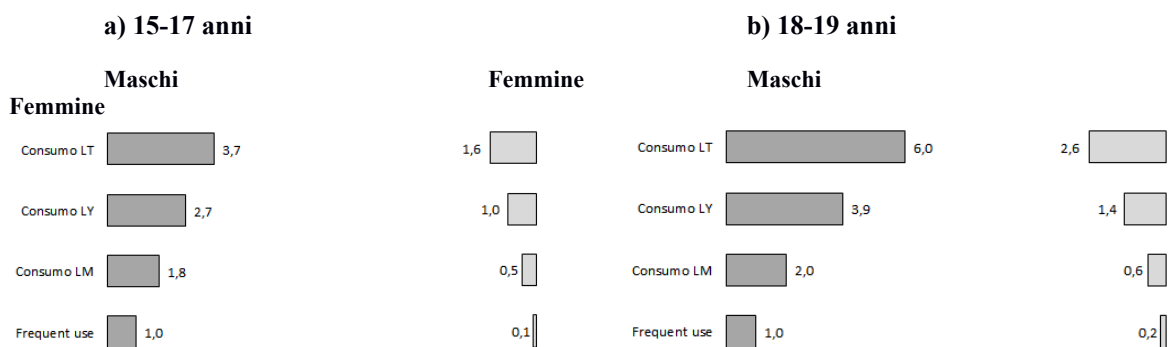
I *frequent users* di sostanze stimolanti (10 o più volte nell'ultimo mese) corrispondono allo 0,7% di tutti gli studenti italiani e un'altrettanta quota risulta essere *frequent user* di allucinogeni (0,6%).

Anche per queste sostanze psicoattive è il genere maschile a esserne maggiormente attratto, così come i maggiorenni.



LT=LifeTime (almeno una volta nella vita); LY= Last Year (almeno una volta negli ultimi 12 mesi); LM=Last Month (almeno una volta negli ultimi 30 giorni); Frequent use=10 o più volte negli ultimi 30 giorni

Figura 35 Stime di prevalenza degli studenti italiani che hanno consumato stimolanti. ESPAD®Italia 2015



LT=LifeTime (almeno una volta nella vita); LY= Last Year (almeno una volta negli ultimi 12 mesi); LM=Last Month (almeno una volta negli ultimi 30 giorni); Frequent use=10 o più volte negli ultimi 30 giorni

Figura 36 Stime di prevalenza degli studenti italiani che hanno consumato allucinogeni. ESPAD®Italia 2015

Circa la metà degli studenti che ha utilizzato sostanze stimolanti durante l'anno ne ha fatto un uso occasionale (non più di 5 volte annue: 54%), mentre sono poco meno di un terzo coloro che le hanno assunte più assiduamente (20 o più volte nell'anno: 29%).

Distribuzioni percentuali del tutto simili si osservano tra gli studenti che hanno riferito di aver utilizzato allucinogeni durante l'anno: il 57% li ha utilizzati non più di 5 volte, mentre il 28% lo ha fatto per 20 o più volte.

Il 13% degli studenti italiani ritiene sia facile poter reperire sostanze stimolanti, soprattutto coloro che ne hanno fatto un consumo frequente nell'ultimo mese (10 o più volte: 75% contro il 58% di coloro che le hanno utilizzate non più di 5 volte annue e il 10% dei non consumatori). Se a livello

di genere non si evidenziano sostanziali differenze, sono i maggiorenni a percepire la maggiore facilità di accesso (15% contro il 10% dei minorenni), del tutto in linea con le prevalenze di consumo.

Generalmente gli studenti ritengono che in discoteca e per strada/parchi sia possibile reperire facilmente le sostanze stimolanti illegali (rispettivamente 10% e 9%), percentuali che raggiungono rispettivamente il 36% e 33% tra i *frequent users*, i quali individuano anche lo spacciatore (35%) e le manifestazioni pubbliche (30%) i contesti privilegiati per il reperimento delle sostanze (nell'ordine 10%, 8%, 6% e 7% tra coloro che non hanno utilizzato sostanze stimolanti durante l'anno; 39%, 36%, 33% e 35% tra chi le ha consumate non più di 5 volte annue).

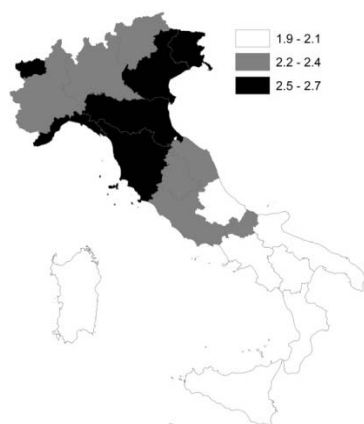
Lo stesso quadro si presenta quando si considerano gli allucinogeni: il 10% degli studenti italiani ritiene che sia facile poterli reperire, soprattutto presso discoteche e spazi aperti (circa 7% per entrambe le opzioni). Come per le altre sostanze, la percezione della facilità di reperimento varia in funzione della tipologia di consumo: se tra chi non ha utilizzato allucinogeni durante l'anno il 9% ritiene sia facile poterseli procurare, la percentuale raggiunge il 77% tra coloro che li hanno utilizzati occasionalmente e il 71% tra i *frequent users*.

Anche i luoghi dove si ritiene che gli allucinogeni si possano trovare facilmente variano in base alla tipologia di consumo: se tra coloro che non hanno utilizzato queste sostanze durante l'anno il 6% ritiene sia la discoteca e il 7% gli spazi aperti, tra i *frequent users*, oltre a quelli già citati (rispettivamente 31% e 30%), è tramite lo spacciatore che si recuperano queste sostanze (47%; tra i consumatori occasionali queste percentuali risultano rispettivamente pari a 30%, 39% e 36%).

La distribuzione delle prevalenze regionali non risulta completamente sovrapponibile per le due tipologie di sostanze. Per entrambe si osservano prevalenze superiori alle medie nazionali nell'area centro-settentrionale della penisola ma con differenze sulle regioni specifiche. Se Friuli Venezia Giulia, Liguria, Emilia Romagna e Toscana sono comuni a entrambe le sostanze, per quanto riguarda gli stimolanti si aggiungono Umbria e Marche (con valori che vanno da 2,9% a 3,2%), mentre per gli allucinogeni sono Valle d'Aosta e Veneto (2,5-2,7%).

Se per gli stimolanti le regioni che si pongono al di sotto della media nazionale sono Valle d'Aosta, Lombardia e tutte le regioni del sud-Italia (con valori tra 2,2% e 2,5%), per gli allucinogeni alle regioni meridionali si aggiungono Sardegna e Abruzzo, con prevalenze da 1,9% a 2,1%.

a) Allucinogeni



b) Stimolanti

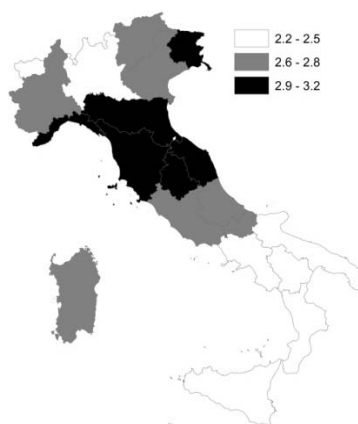
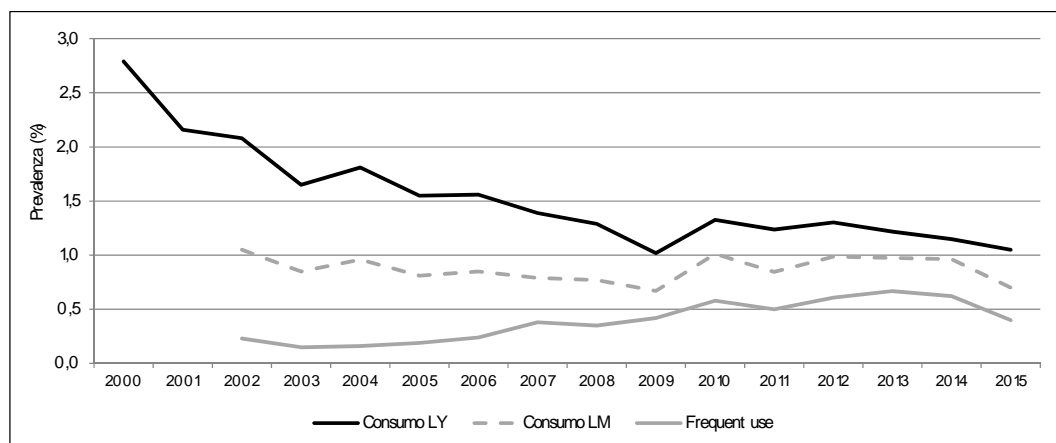


Figura 37 Stime di prevalenza degli studenti italiani che hanno consumato allucinogeni e stimolanti nell'anno. ESPAD®Italia 2015

Il consumo di eroina

L'eroina, da sempre la sostanza psicoattiva illegale meno utilizzata, dopo una progressiva diminuzione dei consumi recenti dal 2000 al 2009, nei quali è passata da 2,8% a 1%, e di quelli correnti (da 1,1% nel 2002 a 0,7% nel 2009), dal 2010 al 2014 ha registrato una leggera ripresa dei consumi arrivando a prevalenze tra 1,1% e 1,3% per il consumo nell'anno e all'1% per quelle riferite al *current use*. Rispetto al *frequent use* (10 o più volte nell'ultimo mese) si è osservato un lieve incremento da 0,2% del 2002 a 0,6-0,7% nelle rilevazioni sino al 2014. L'ultimo studio del 2015 segna per tutte le tipologie di consumo una lieve flessione rispetto all'indagine dell'anno precedente.



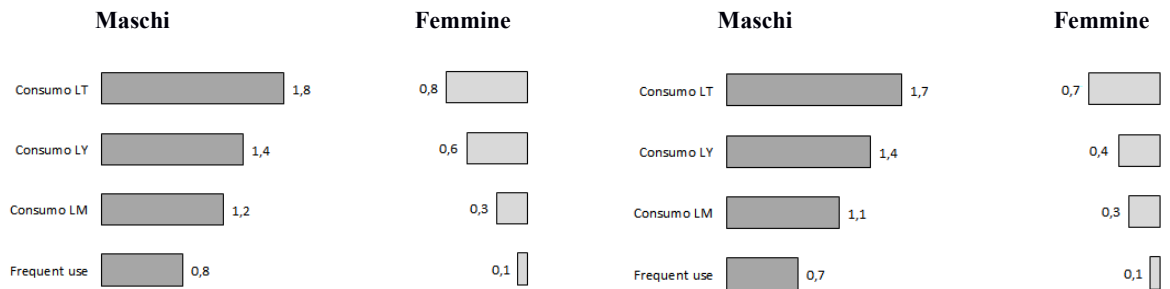
LY=Last Year (almeno una volta negli ultimi 12 mesi); LM=Last Month (almeno una volta negli ultimi 30 giorni); Frequent use=10 o più volte negli ultimi 30 giorni

Figura 38 Stime di prevalenza degli studenti italiani che hanno consumato eroina. ESPAD®Italia trend anni 2000-2015

L'1% degli studenti ha assunto eroina nei dodici mesi precedenti lo studio e lo 0,7% ha consumato anche nel corso degli ultimi trenta giorni, di questi ultimi il 57% ne ha fatto un uso frequente (10 o più volte nell'ultimo mese), corrispondente a 0,4% di tutti gli studenti italiani. Per tutte le tipologie di consumo le prevalenze maschili risultano superiori a quelle femminili e, a differenza di quanto rilevato per le altre sostanze illegali, le prevalenze per genere risultano del tutto simili tra minorenni e maggiorenni.

a) 15-17 anni

b) 18-19 anni



LT=LifeTime (almeno una volta nella vita); LY=Last Year (almeno una volta negli ultimi 12 mesi); LM=Last Month (almeno una volta negli ultimi 30 giorni); Frequent use=10 o più volte negli ultimi 30 giorni

Figura 39 Stime di prevalenza degli studenti italiani che hanno consumato eroina. ESPAD®Italia 2015

Il 29% degli studenti che hanno riferito di aver utilizzato eroina durante l'anno ne ha fatto un uso limitato (non più di 5 volte), soprattutto il genere femminile (41%; maschi: 26%); sono, invece, la metà coloro che l'hanno assunta più assiduamente (20 o più volte annue) e in questo caso sono soprattutto i maschi (55%; femmine: 32%).

Sono il 6% gli studenti italiani che ritengono sia facile poter reperire eroina, con prevalenze che aumentano in corrispondenza della tipologia di consumo: se tale percezione è espressa dal 65% dei consumatori occasionali, tra i *frequent users* la percentuale raggiunge il 76% (6% tra coloro che non l'hanno utilizzata).

I contesti dove gli studenti italiani ritengono sia possibile trovare facilmente eroina sono strada (7%), discoteca e spacciatore (6% in entrambi i contesti) e, anche in questo caso, è tra chi ne ha fatto un uso frequente nell'ultimo mese (10 o più volte) che si registrano le quote più consistenti (ad esempio spacciatore il 35% dei *frequent users* contro il 29% dei consumatori occasionali e il 6% dei non consumatori). Rispetto alla spesa, il 29% dei consumatori correnti riferisce di non aver speso denaro nell'ultimo mese e il 39% di aver speso 90 euro e più, quote che raggiungono rispettivamente il 25% e 49% tra i *frequent users*.

Le regioni che registrano le prevalenze più elevate, rispetto alla media nazionale, si collocano tra centro e sud Italia: sono Toscana, Abruzzo, Sardegna, Basilicata, Calabria e Sicilia con valori che oscillano tra 1 % e 1,3%. Sono invece le regioni settentrionali, a esclusione di Emilia Romagna, a porsi al di sotto del valore nazionale (0,8%-0,9%), con la regione Lombardia che presenta la prevalenza inferiore.

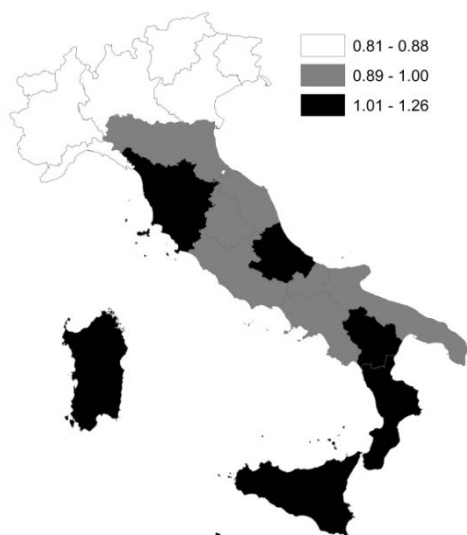


Figura 40 Stime di prevalenza degli studenti italiani che hanno consumato eroina nell'anno. ESPAD®Italia 2015

Caratteristiche dei frequent users

Le caratteristiche che contraddistinguono i *frequent users*, di cannabis e/o di altre sostanze illegali (rispettivamente 20 o più volte e 10 o più volte nell'ultimo mese), sono state individuate utilizzando dei modelli statistici di regressione logistica che stimano le misure di associazione Odds Ratio-OR (o "Rapporto tra Odds") con alcune delle variabili presenti nel questionario.

Le misure di associazione sono state aggiustate per genere ed età e sono state riportate in tabella come ORadj (IC=intervallo di confidenza 95%). Se l'OR assume un valore superiore a 1 è possibile affermare che la variabile in esame risulta associata in maniera positiva con il comportamento in studio (ha cioè una maggiore probabilità di associarsi); se l'OR risulta inferiore a 1 la variabile in esame è associata negativamente al fenomeno in studio (minore probabilità di associarsi). La significatività statistica è stata stabilita per un valore di $p \leq 0.05$.

I frequent users di cannabis

Gli studenti che hanno assunto frequentemente cannabis nell'ultimo mese, 20 o più volte, evidenziano un'associazione fortemente positiva con l'intraprendere altri comportamenti a rischio, quali fumare quotidianamente sigarette, aver assunto sostanze psicoattive "sconosciute", bere 5 o più unità alcoliche in un tempo ristretto (praticare cioè il *binge drinking*), ma anche giocare d'azzardo e avere un comportamento di gioco definibile problematico.

I *frequent users* di cannabis evidenziano, inoltre, associazioni fortemente positive anche con alcune caratteristiche relative alla famiglia d'origine, come vivere in una famiglia "non tradizionale" (ad esempio famiglia monogenitoriale o allargata), avere fratelli che utilizzano sostanze psicoattive illegali e/o genitori che non controllano la gestione dei soldi da parte dei figli.

Dall'altra parte gli studenti che riferiscono di avere una condizione economica familiare medio-alta, di essere monitorati dai genitori nelle attività del sabato sera o ancora di essere soddisfatti del rapporto con i propri genitori e/o con i fratelli evidenziano una minore probabilità di essere un *frequent users* di cannabis.

<i>Caratteristica</i>	<i>ORadj (IC 95%)</i>	<i>Caratteristica</i>	<i>ORadj (IC 95%)</i>
Altri comportamenti a rischio			
		Binge drinking	5,3 (4,5 – 6,2)
		Aver giocato d'azzardo recentemente	1,9 (1,6 – 2,1)
		Profilo problematico per il gioco d'azzardo	3,9 (2,7 – 5,7)
		Aver usato droghe sconosciute	13,8 (10,2 – 18,7)
		Fumare sigarette quotidianamente	17,5 (14,6 – 21,0)
Famiglia			
Situazione economica familiare medio-alta	0,5 (0,4 – 0,6)	Vivere in una famiglia “non tradizionale”	2,3 (2,0 – 2,6)
Essere controllati dai genitori nelle uscite del sabato sera	0,3 (0,26 - 0,35)	Spendere più di 50 euro a settimana senza il controllo dei genitori	5,1 (3,8 – 6,7)
Soddisfatti del rapporto coi propri genitori	0,4 (0,3 – 0,5)	Avere fratelli che consumano droghe	7,9 (6,1 – 10,2)
Soddisfatti del rapporto coi propri fratelli/sorelle	0,6 (0,5 – 0,8)		
Scuola			
Avere un rendimento scolastico medio/alto	0,4 (0,3 – 0,6)	Aver perso 3 o più giorni di scuola senza motivo	4,4 (3,8 – 5,1)
Amici e tempo libero			
Partecipare spesso ad attività sportive	0,6 (0,5 – 0,7)	Avere amici che consumano droghe	8,2 (6,0 – 11,2)
		Andare spesso in giro con gli amici	3,0 (2,4 – 3,8)
		Uscire spesso la sera	4,2 (3,4 – 5,2)

Tabella 22 Caratteristiche dei *frequent users* di cannabis. ESPAD®Italia 2015

I *frequent users* di altre illegali

Sono l'1,1% gli studenti italiani *frequent users* di almeno una sostanza illegale tra cocaina, eroina, allucinogeni e/o stimolanti (ovvero ne ha fatto uso almeno 10 volte nell'ultimo mese), tra questi il 44% è anche un consumatore frequente di cannabis. Come già evidenziato per i *frequent users* di cannabis, anche quelli di altre illecite mostrano associazioni fortemente positive con l'intraprendere altri comportamenti a rischio (usare sostanze psicoattive “sconosciute”, fare *binge drinking*, giocare d'azzardo, ecc) ma di intensità superiore (fatta eccezione per il consumo quotidiano di sigarette).

Anche rispetto alle caratteristiche relative al contesto familiare (come vivere in una famiglia “non tradizionale”, avere fratelli che utilizzano sostanze psicoattive illegali e avere genitori che non controllano la gestione dei soldi da parte dei figli) le associazioni per i *frequent users* di altre illegali risultano positive e più intense di quelle riscontrate per i consumatori frequenti di cannabis. Infine, rispetto alla gestione del tempo libero ed al rapporto con i pari (avere amici che usano sostanze psicoattive illegali, uscire frequentemente la sera e andare in giro con gli amici senza avere uno scopo), pur mostrando una elevata probabilità di essere un *frequent user* di altre illegali, l'intensità dell'associazione risulta inferiore a quella evidenziata dai consumatori frequenti di cannabis.

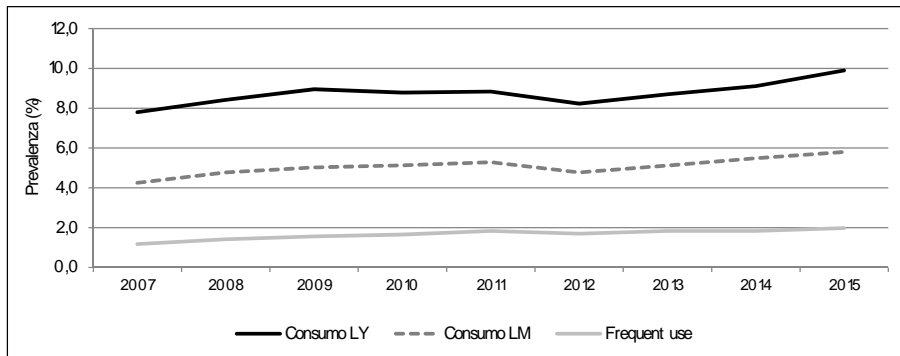
Minore probabilità		Maggiore probabilità	
Caratteristica	ORadj (IC 95%)	Caratteristica	ORadj (IC 95%)
Altri comportamenti a rischio			
		Binge drinking	5,3 (4,1 – 6,8)
		Aver giocato d'azzardo recentemente	4,0 (3,1 – 5,3)
		Profilo problematico per il gioco d'azzardo	2,41 (14,2 – 41,1)
		Aver usato droghe sconosciute	64,,0 (45,0 – 91,1)
		Fumare sigarette quotidianamente	3,95 (3,1 – 4,9)
Famiglia			
Situazione economica familiare medio-alta	0,4 (0,3 – 0,5)	Vivere in una famiglia “non tradizionale”	7,1 (5,6 – 9,0)
Essere controllati dai genitori nelle uscite del sabato sera	0,2 (0,15 – 0,25)	Spendere più di 50 euro a settimana senza il controllo dei genitori	5,9 (3,4 – 10,3)
Soddisfatti del rapporto coi propri genitori	0,5 (0,3 – 0,7)	Avere fratelli che consumano droghe	10,5 (7,3 – 15,2)
Soddisfatti del rapporto coi propri fratelli/sorelle	0,6 (0,4 – 0,8)		
Scuola			
Avere un rendimento scolastico medio/alto	<i>non significativo</i>	Aver perso 3 o più giorni di scuola senza motivo	4,2 (3,3 – 5,4)
Amici e tempo libero			
Partecipare spesso ad attività sportive	0,6 (0,5 – 0,8)	Avere amici che consumano droghe	1,9 (1,4 – 2,6)
		Andare spesso in giro con gli amici	1,5 (1,1 – 2,0)
		Uscire spesso la sera	1,8 (1,4 – 2,4)

Tabella 23 Caratteristiche dei consumatori frequenti di altre illegali. ESPAD@Italia 2015

Il consumo di psicofarmaci senza prescrizione medica

Il consumo non prescritto (s.p.m.), sia recente che corrente, fatta eccezione per la leggera flessione registrata nel 2012, tende ad aumentare nel corso degli anni: se nel primo caso la prevalenza passa da 8% del 2007 a 9% nel 2014 a quasi il 10% nell'ultima rilevazione, rispetto al consumo nel corso del mese antecedente allo svolgimento dello studio le prevalenze passano da 4% del 2007 a valori intorno al 6% nell'ultimo biennio.

Rispetto ai *frequent users* si registra un andamento crescente fino al 2011 (da 1% del 2007 a 2%), seguito da una stabilizzazione delle prevalenze.



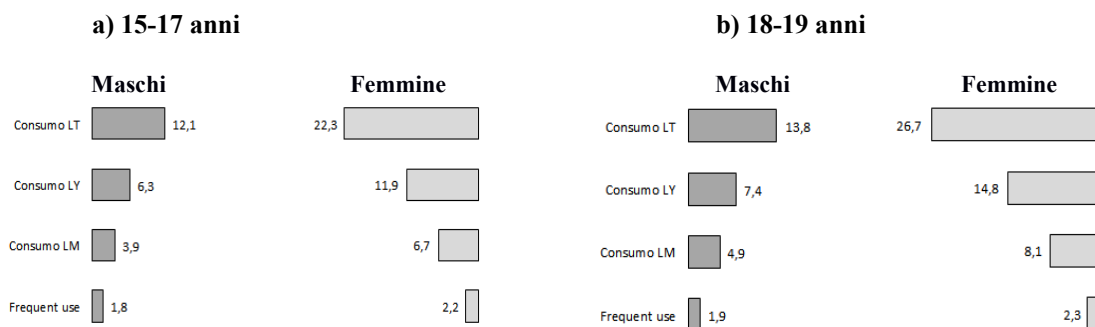
LY=Last Year (almeno una volta negli ultimi 12 mesi); LM=Last Month (almeno una volta negli ultimi 30 giorni); Frequent use=10 o più volte negli ultimi 30 giorni

Figura 41 Stime di prevalenza degli studenti italiani che hanno consumato psicofarmaci s.p.m. ESPAD®Italia trend anni 2007-2015

Il 18% degli studenti italiani tra i 15 e i 19 anni ha utilizzato psicofarmaci non prescritti dal medico almeno una volta nella vita e il 10% li ha assunti durante l'anno. I *current users*, coloro cioè che hanno utilizzato psicofarmaci senza prescrizione medica nell'ultimo mese, sono il 6% e il 2% sono *frequent users*, ossia studenti che li hanno consumati 10 o più volte nell'ultimo mese.

A differenza di quanto rilevato per le altre sostanze psicoattive, sono soprattutto le ragazze a utilizzare psicofarmaci non prescritti: le prevalenze femminili riferite ai consumi nei diversi intervalli temporali, infatti, risultano sempre superiori a quelle dei coetanei, sia minorenni che maggiorenni.

Nel complesso il 24% delle studentesse 15-19enni almeno una volta nella vita ha utilizzato psicofarmaci s.p.m., il 13% li ha utilizzati nei 12 mesi precedenti lo studio e il 7% nel mese precedente (contro il 13%, 7% e 4% dei coetanei maschi). Il 2% circa degli studenti di entrambi i generi ha utilizzato psicofarmaci non prescritti 10 o più volte nell'ultimo mese.



LT=LifeTime (almeno una volta nella vita); LY=Last Year (almeno una volta negli ultimi 12 mesi); LM=Last Month (almeno una volta negli ultimi 30 giorni); Frequent use=10 o più volte negli ultimi 30 giorni

Figura 42 Stime di prevalenza degli studenti italiani che hanno consumato psicofarmaci s.p.m. ESPAD®Italia 2015

Per poco più della metà (52%) degli studenti che hanno utilizzato psicofarmaci durante l'anno si è trattato di un consumo circoscritto a non più di 5 volte (49% dei maschi e 54% delle femmine), mentre il 22% li ha utilizzati più frequentemente, 20 o più volte durante l'anno, in particolar modo i maschi (28% contro il 18% delle coetanee).

Il 25% degli studenti italiani, che abbiano o meno consumato psicofarmaci non prescritti, ritiene sia facile poterseli procurare e a riferire questa percezione sono soprattutto i *frequent users*

(69% contro il 58% dei consumatori occasionali e il 21% di coloro che non ne ha fatto uso durante l'anno).

Inoltre il 4% degli studenti ritiene il mercato illegale della strada uno dei luoghi privilegiati dove poter reperire psicofarmaci, così come per il 3% è la discoteca e per un'altrrettanta quota le farmacie virtuali, cioè on-line. Il quadro si modifica se si fa riferimento ai *frequent users*: per il 25% uno dei luoghi privilegiati per il reperimento è casa propria, seguono strada (14%), spacciatore (13%), casa di amici (12%) (contro rispettivamente il 7%, 8%, 3% e 5% di chi ne ha fatto un uso occasionale, non più di 5 volte annue). Sono inoltre il 12% i *frequent users* che riferiscono di poterseli procurare con una certa facilità utilizzando internet.

Tra coloro che hanno utilizzato psicofarmaci non prescritti nel mese precedente lo studio l'88% non ha sostenuto alcuna spesa per acquistarli (maschi: 78%; femmine: 93%), mentre il 5% ha speso oltre 50 euro (maschi: 13%; femmine: 1%), quote che raggiungono rispettivamente 74% e 13% tra i *frequent user*.

La distribuzione delle prevalenze riferite ai consumi annuali evidenzia nelle regioni settentrionali, fatta eccezione per Liguria ed Emilia Romagna, prevalenze superiori alla media nazionale con valori compresi tra 10,7% e 13,4%; in quelle del Sud e nelle Isole maggiori i valori risultano invece inferiori (7,3% - 7,9%). Le regioni centrali mostrano prevalenze del tutto in linea con quella nazionale.

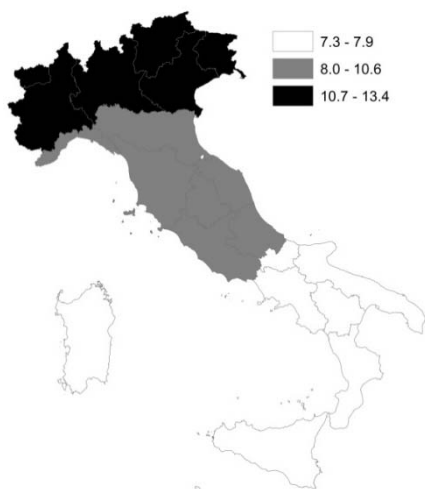
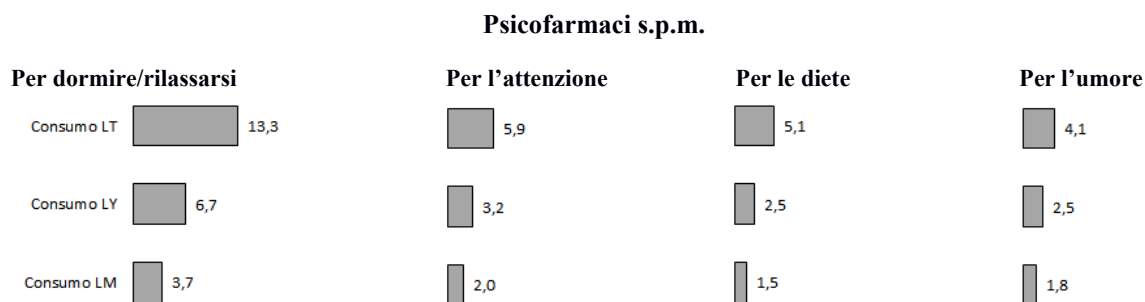


Figura 43 Stime di prevalenza degli studenti italiani che hanno consumato psicofarmaci s.p.m. nell'anno. ESPAD®Italia 2015

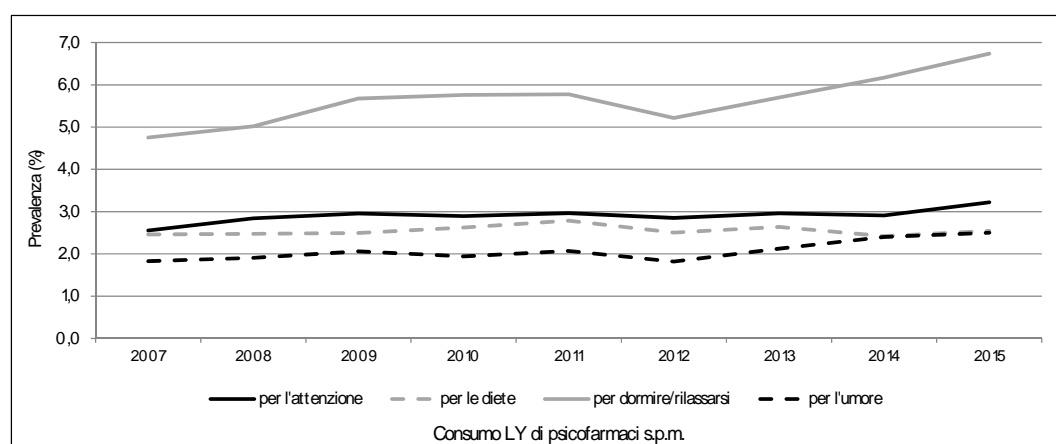
Considerando le specifiche tipologie di psicofarmaco si osserva che i più utilizzati sono quelli per dormire/relaxarsi: il 13% gli studenti italiani 15-19enni li ha utilizzati s.p.m. almeno una volta nella vita, il 7% durante l'anno e il 4% li ha assunti nel mese antecedente lo studio. Seguono, in tutti gli intervalli temporali considerati, i farmaci per l'attenzione.



LT=LifeTime (almeno una volta nella vita); LY=Last Year (almeno una volta negli ultimi 12 mesi); LM=Last Month (almeno una volta negli ultimi 30 giorni)

Figura 44 Stime di prevalenza degli studenti italiani che hanno consumato psicofarmaci s.p.m. ESPAD®Italia 2015

Facendo riferimento al consumo non prescritto avvenuto nel corso dell'anno antecedente lo svolgimento dello studio, si osserva che i farmaci per dormire mostrano un andamento crescente dal 2012 (anno in cui la prevalenza risultava pari a 5%). Le prevalenze riferite al consumo non prescritto degli altri farmaci si mantengono sempre al di sotto del 3%, ad esclusione di quelli per l'iperattività/attenzione che mostrano un lieve incremento.



LY=Last Year (almeno una volta negli ultimi 12 mesi)

Figura 45 Stime di prevalenza degli studenti italiani che hanno consumato psicofarmaci s.p.m. durante l'anno secondo la tipologia di farmaco. ESPAD®Italia trend anni 2007-2015

Nel complesso il genere femminile risulta maggiormente coinvolto nel consumo di psicofarmaci s.p.m., sia se si considerano gli studenti minorenni sia maggiorenni. Le prevalenze femminili riferite al consumo nella vita e durante l'anno risultano ampiamente superiori a quelle maschili per tutte le tipologie di farmaco, differenze che risultano inferiori quando si fa riferimento al consumo avvenuto nel corso del mese antecedente lo svolgimento dello studio.

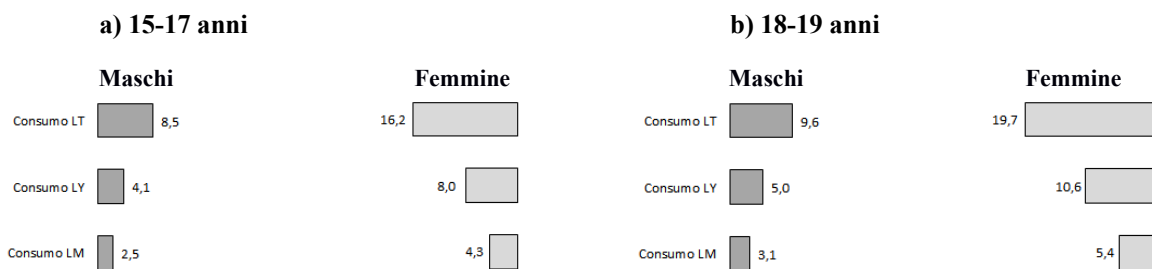


Figura 46 Stime di prevalenza degli studenti italiani che hanno consumato psicofarmaci per dormire s.p.m. ESPAD®Italia 2015

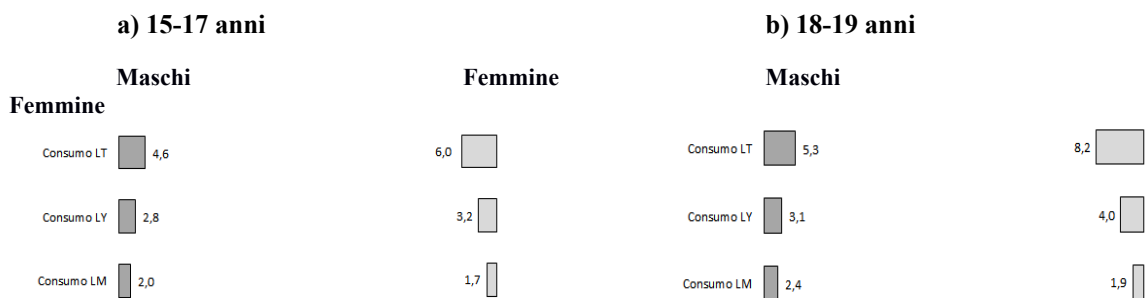


Figura 47 Stime di prevalenza degli studenti italiani che hanno consumato psicofarmaci per l'attenzione s.p.m. ESPAD®Italia 2015

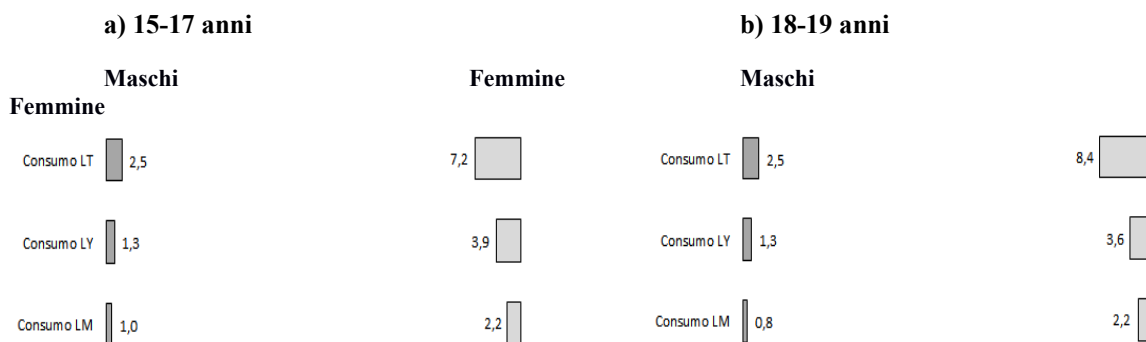


Figura 48 Stime di prevalenza degli studenti italiani che hanno consumato psicofarmaci per le diete s.p.m. ESPAD®Italia 2015

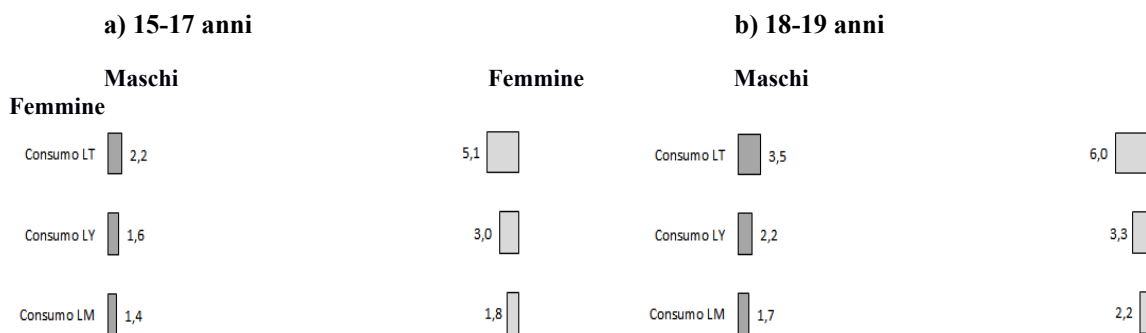


Figura 49 Stime di prevalenza degli studenti italiani che hanno consumato psicofarmaci per l'umore s.p.m. ESPAD®Italia 2015

Il danno associato al consumo delle sostanze psicoattive (indicatori FUS e PDS)

Per valutare l’impatto del consumo delle sostanze psicoattive sullo stato di salute dei consumatori è necessario disporre di informazioni relative sia alla tipologia delle sostanze assunte sia alla frequenza di assunzione delle stesse, considerando anche gli aspetti legati al policonsumo. Nel 2010, Van Amsterdam e colleghi hanno definito a livello internazionale un sistema di attribuzione di un *punteggio di danno*, un “peso”, valutando *per ciascuna sostanza* gli elementi relativi alla tossicità acuta, a quella cronica e alla dipendenza. Tali punteggi permettevano di misurare la gravità dell’uso di ciascuna sostanza, non considerando però il policonsumo.

A partire dai punteggi di Van Amsterdam è stata impostata una metodologia per stimare *gli effetti e le conseguenze globali negative* che sostanze diverse hanno sulla salute: questi possono essere quantificati attraverso gli indici FUS-Frequency of Use Score e PDS-Poly-Drug Score che definiscono, rispettivamente, la frequenza globale del consumo delle sostanze e la misura del danno globale che l’assunzione di queste provoca allo stato di salute (sia essa dovuta all’uso molto frequente di una sostanza altamente dannosa, oppure all’uso di più sostanze mediamente dannose a frequenze più moderate).

Per ogni utilizzatore, il FUS si ottiene sommando le frequenze d’uso di tutte le sostanze usate, mentre il PDS è dato dalla somma “pesata” delle frequenze d’uso di tutte le sostanze consumate, utilizzando come “pesi” i punteggi di Van Amsterdam²³. Gli indici FUS e PDS, riferiti agli studenti di 15-19 anni che hanno utilizzato almeno una sostanza psicoattiva²⁴ nei 30 giorni antecedenti lo svolgimento dello studio condotto negli anni dal 2007 al 2015, mostrano andamenti del tutto simili, in quanto strettamente correlati.

La tendenza all’aumento osservata per entrambi gli indici fino al 2012 nel collettivo maschile e fino al 2013 in quello femminile, nonostante la diffusione dei consumi correnti sia rimasta sostanzialmente invariata dal 2007 al 2011, ha evidenziato come il consumo delle sostanze psicoattive in questi anni sia avvenuto con modalità e frequenze sempre più dannose per lo stato di salute dei giovani consumatori; tendenza per la quale negli ultimi anni si registra un andamento decrescente, a fronte dell’aumento delle prevalenze del consumo corrente. Pur con tassi maschili superiori, entrambi gli indici FUS e PDS mostrano andamenti sostanzialmente simili tra i generi.

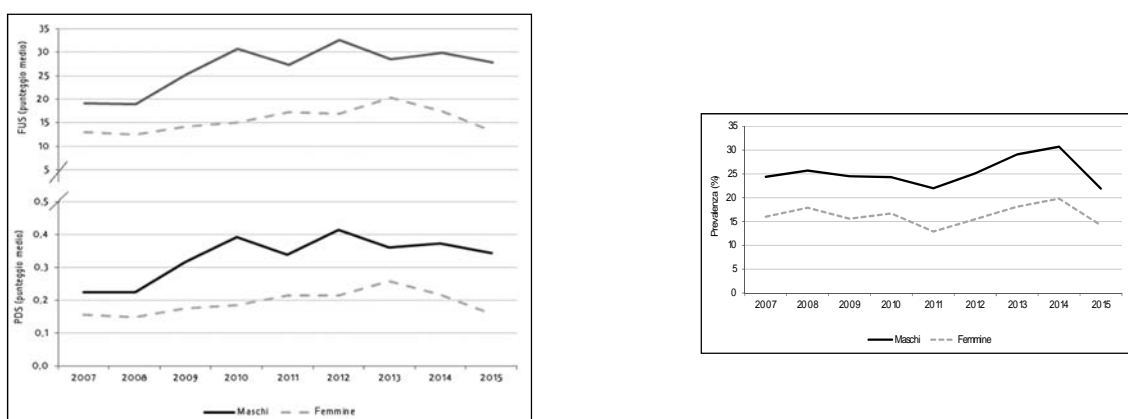


Figura 50 Andamento temporale degli indici medi FUS e PDS e delle stime di prevalenza del consumo negli ultimi 30 giorni di sostanze psicoattive tra gli studenti italiani. ESPAD®Italia trend anni 2007-2015

Le differenze più rilevanti tra i generi si osservano quando si considerano le classi di età. Tra i minorenni di entrambi i generi fino al 2012 si osserva un incremento degli indici FUS e PDS e,

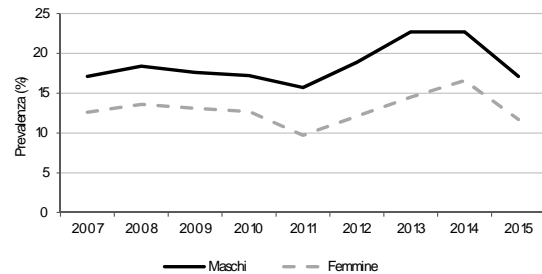
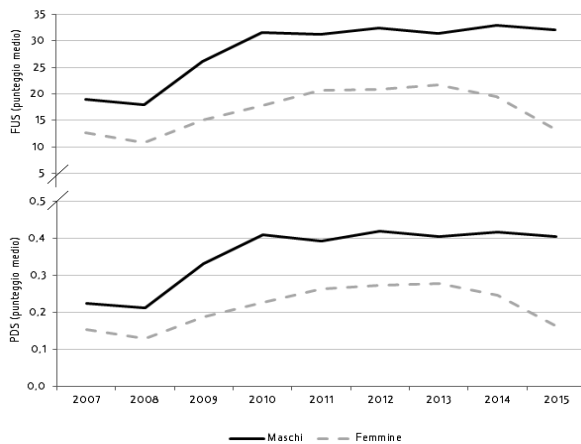
²³ Per una descrizione più dettagliata e una loro applicazione su dati ESPAD Europa, si rimanda a Mammone et al. 2014.

²⁴ Cannabis, eroina, cocaina, stimolanti, allucinogeni, psicofarmaci s.p.m. e anabolizzanti

negli anni successivi, una tendenza alla stabilizzazione tra i maschi e al decremento tra le femmine, a fronte in entrambi i generi del decremento delle prevalenze di consumo fino al 2011, il successivo aumento fino al 2014 e un ulteriore decremento nell'ultimo anno.

Tra i maggiorenni si osservano, altresì, andamenti diversi: se tra i consumatori maschi gli indici tendono ad aumentare fino al 2010 per mantenersi sostanzialmente stabili negli anni successivi (a fronte del decremento osservato per le prevalenze di consumo corrente fino al 2011, della ripresa dei consumi fino al 2014 e del nuovo decremento registrato nell'ultimo anno), tra le consumatrici si osserva una invariabilità degli indici fino al 2012, un incremento nell'anno 2013 e una successiva diminuzione nel corso dell'ultimo biennio (dopo un andamento altalenante, le prevalenze femminili seguono un andamento crescente dal 2011 al 2014 e un decremento nell'ultimo anno).

a) Minorenni



b) Maggiorenni

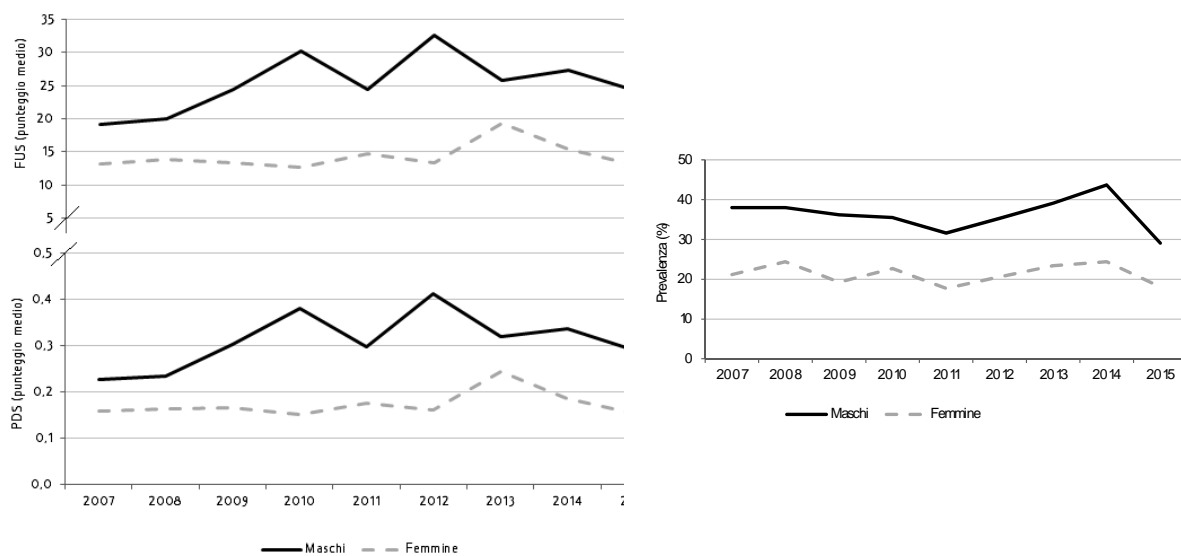


Figura 51 Andamento temporale degli indici medi FUS e PDS e delle stime di prevalenza del consumo negli ultimi 30 giorni di sostanze psicoattive tra gli studenti italiani. ESPAD®Italia trend anni 2007-2015

Bibliografia

Bastiani L, Siciliano V, Curzio O, Luppi C, Gori M, Grassi M, Molinaro S. (2013). Optimal Scaling of the CAST and the SDS Scale in a national sample of adolescents. *Addict Behav*, 38(4):2060-7. doi: 10.1016/j.addbeh.2012.12.016

Hibell, B., Guttormsson, U., Ahlström, S., Balakireva, O., Bjarnason, T., Kokkevi, A., & Kraus L. (2012). The 2011 ESPAD Report: substance use among students in 36 European Countries. Stockholm: The Swedish Council for Information on Alcohol and Other Drugs (CAN) and the Pompidou Group of the Council of Europe.

Legleye, S., Karila, L., Beck, F., & Reynaud, M. (2007). Validation of the CAST, a general population Cannabis Abuse Screening Test. *Journal of Substance*, 12, 233-242.

Legleye, S., Janssen, E., Beck, F., Chau, N., & Khlat, M. (2011). Social gradient in initiation and transition to daily use of tobacco and cannabis during adolescence: a retrospective cohort study. *Addiction*, 106(8), 1520–31.

Mammone A, Fabi F, Colasante E, Siciliano V, Molinaro, Kraus L, Rossi C. (2014). New indicators to compare and evaluate harmful drug use among adolescents in 38 European countries. *Nordic Studies on Alcohol and Drugs*, 31 (4), 343-58. DOI:10.2478/nsad-2014-0027

Molinaro S, Siciliano V, Curzio O, Denoth F, Mariani F. (2012). Concordance and Consistency of Answers to the Self-delivered ESPAD Questionnaire on Use of Psychoactive Substances. *Int J Methods Psychiatr Res*, 21(2):158-68. doi: 10.1002/mpr.1353.

Van Amsterdam J, Opperhuizen A, Koeter M, Van den Brink W. (2010). Ranking the Harm of Alcohol, Tobacco and Illicit Drugs for the Individual and the Population. *Eur Addict Res*, 16:202-207.

1.2 Uso di sostanze stupefacenti/psicotrope nei praticanti attività sportive sottoposti ai controlli della sezione per la vigilanza ed il controllo sul doping

La legge 376/2000 (Disciplina della tutela sanitaria delle attività sportive e della lotta contro il doping, G.U. n. 294 del 18 dicembre 2000) all'articolo 9 riconosce come reato penale il procurare ad altri, somministrare, assumere o favorire l'utilizzo di farmaci o di sostanze biologicamente o farmacologicamente attive ricompresi nelle classi previste all'articolo 2, comma 1 della medesima legge.

Molte sostanze vietate per doping presenti nella Lista delle sostanze e metodi proibiti prevista dalla legge 376/2000, tuttavia, a causa della loro capacità di indurre dipendenza fisica e psichica, sono inserite anche nelle Tabelle delle sostanze stupefacenti o psicotrope soggette alla vigilanza e al controllo del Ministero della Salute secondo la legge 309/1990 e successive modifiche (G.U. n. 67 del 21/03/2014).

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

Nel corso dell'anno 2015, la Sezione per la Vigilanza ed il controllo sul Doping e per la tutela della salute nelle attività sportive (CVD), istituita presso il Ministero della Salute in attuazione dell'art. 3 comma 1 della legge 376/2000, ha effettuato controlli antidoping su 177 manifestazioni sportive.

Il controllo sanitario e antidoping, secondo l'art.1 comma 2 del D.M. 14 febbraio 2012 (G.U. n. 70 del 23/3/2012), è stato effettuato in corso di eventi sportivi, sulla matrice biologica urinaria di atleti praticanti attività sportive non agonistiche e attività amatoriali giovanili anche agonistiche in diverse discipline e pratiche sportive.

Sono stati sottoposti a controllo antidoping 860 atleti, di cui 591 maschi (68,7%) e 269 femmine (31,3%). L'età media della popolazione sottoposta a controllo antidoping è di 27,6 anni, specificatamente quella degli atleti 28,2 anni e quella delle atlete 26,1 anni. Complessivamente, 7 atleti (lo 0,8% del campione) sono risultati positivi a sostanze vietate sia secondo quanto previsto dalla legge 309/90 che secondo quanto previsto dalla legge 376/00. Questi 7 atleti sono tutti di sesso maschile (1,2% degli atleti di sesso maschile controllati) con un'età media di 27 anni (Tabella 24).

GENERE	ATLETI CONTROLLATI (N)	ATLETI POSITIVI (N)	ATLETI POSITIVI PER SOSTANZE IN DOPPIA LISTA N (%)
MASCHI	591	20	7 (1,2%)
FEMMINE	269	5	0
TOTALE	860	25	7 (0,8%)

Tabella 24 - Distribuzione degli atleti controllati secondo l'esito delle analisi (positivi totali e positivi per sostanze contenute nelle tabelle della legge 309/90 e nell'elenco delle sostanze vietate per doping) ed il genere.

Relativamente alle sostanze rilevate ai controlli antidoping ed inserite anche nelle Tabelle delle sostanze stupefacenti o psicotrope soggette alla vigilanza e al controllo del Ministero della

Salute (Tabella 25), si segnalano i seguenti principi attivi: la cannabis e derivati (5 atleti), la cocaina (2 atleti).

Gli atleti risultati positivi alla cannabis e derivati sono 5, di cui due appartenenti alla FIP (Pallacanestro), uno appartenente alla FIGH (Handball), uno alla FIR (Rugby) ed uno alla FIJLKAM (Judo Lotta Karate). La cannabis non è mai stata rilevata in associazione con altre sostanze vietate dalla legge 376/00.

Gli atleti risultati positivi alla cocaina sono due e praticano il Baseball. In un caso, la cocaina è stata rilevata in associazione ad altre sostanze dopanti, ed in particolare ai diuretici.

Elenco completo principi attivi dopanti	Numero Atleti	Numero principi attivi	Genere
INDAPAMIDE, COCAINA	1	2	maschio
THC	5	1	maschio (5)
COCAINA	1	1	maschio
TOTALE	7		

Tabella 25 Elenco delle sostanze vietate per doping e secondo quanto previsto dalla legge 309/90 stratificate per numero di atleti che le hanno assunte e relativo genere di appartenenza: valori assoluti.

La **Figura 52** mostra l'andamento delle positività registrate nel corso degli anni 2003-2015 relativamente alle sostanze vietate sia secondo quanto previsto dalla legge 309/90 che dalla legge 376/00. Come è possibile osservare dalla lettura del grafico, le sostanze per così dire "in doppia lista", hanno sempre rappresentato una percentuale non irrilevante tra gli atleti risultati positivi ai controlli antidoping. La percentuale minore è stata registrata nel 2014 (il 12,1% delle positività è relativo a principi attivi "in doppia lista"), la più elevata nel 2007 (65,2%). Nel 2007, anno in cui la percentuale di positività ai controlli antidoping è stata pari al 2,9%, i principi attivi maggiormente rilevati sono stati la cannabis e derivati (47,8%) e la cocaina (13,0%). Nel 2015 la percentuale di sostanze vietate secondo le due leggi sopracitate hanno rappresentato il 28% delle positività rilevate ai controlli antidoping.

Da notare come nel corso degli anni la cannabis e derivati (classe doping S8) abbiano sempre rappresentato la percentuale più rilevante tra le positività registrate per le sostanze vietate "in doppia lista". Nel maggio 2013 tuttavia la WADA ha deciso di aumentare il livello di soglia (cut-off analitico) per la positività alla cannabis: il risultato di tale variazione è stata una generale tendenza alla diminuzione delle positività proprio a partire dal 2013.

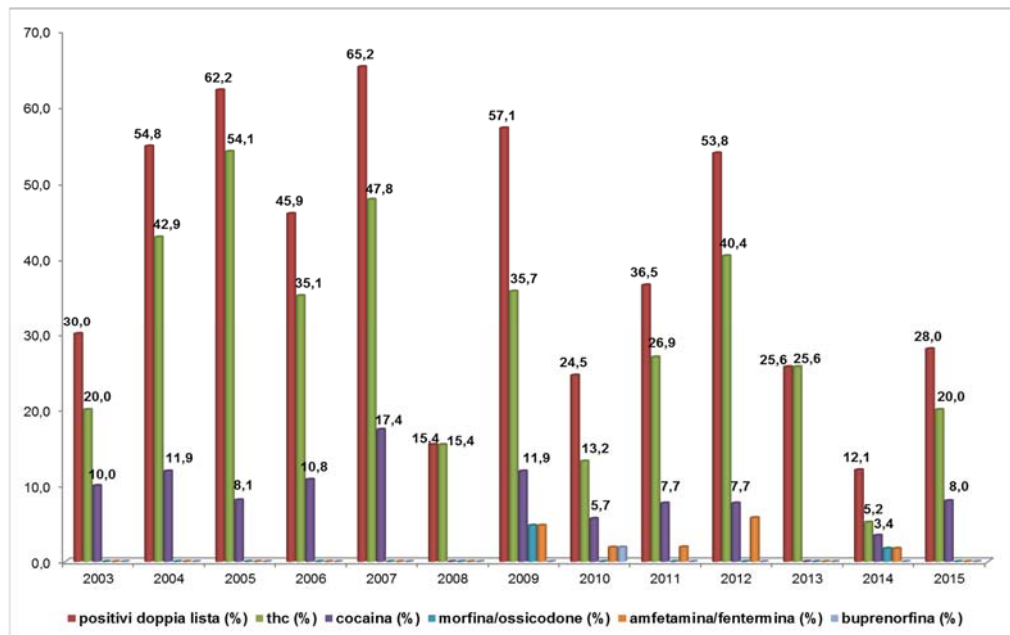


Figura 52 Distribuzione delle positività rilevate per le sostanze inserite nella Lista delle sostanze e metodi proibiti prevista dalla legge 376/2000 e nelle Tabelle delle sostanze stupefacenti o psicotrope soggette alla vigilanza e al controllo del Ministero della Salute secondo la legge 309/1990.

1.3 Incidenza di positività rilevata tra le Forze Armate nell'anno 2015

Orientamenti generali

In ambito di Amministrazione della Difesa (AD) è proseguito, anche per l'anno 2015, il programma di contrasto alla diffusione ed all'uso di sostanze stupefacenti e psicotrope tra le Forze Armate (FFAA) e l'Arma dei Carabinieri (CC), attraverso una capillare opera di sensibilizzazione, prevenzione e controllo volta in favore di tutti gli Enti dipendenti, fino ai minori livelli organizzativi. La comune finalità perseguita rimane, chiaramente, quella di eliminare totalmente l'uso di dette sostanze da parte del personale dipendente, al fine di soddisfare la prioritaria esigenza di poter disporre, in qualsiasi momento, di personale totalmente integro sul piano psico-fisico e quindi idoneo ad assolvere in piena sicurezza tutti i compiti istituzionali richiesti.

Il primo *step* di intervento, cioè la prevenzione primaria, è basato essenzialmente su idonei piani informativi e formativi, consistenti in specifici programmi di informazione ed educazione sanitaria cui si aggiungono programmi formativi per il personale medico non già specializzato o comunque non edotto ed esperto in materia, nonché per il personale psicologo.

A ciò è inoltre associato, come obiettivo primario che l'Amministrazione della Difesa persegue, la prevenzione del disagio (giovanile e non) e della sofferenza psicologica, nonché il precoce riconoscimento dei comportamenti a rischio, in quanto favorevoli al consumo delle sostanze stupefacenti e psicotrope.

La successiva fase di intervento, ovvero la prevenzione secondaria, consta nell'accertamento dell'uso di sostanze stupefacenti e/o psicotrope, che può avvenire mediante:

- riscontro documentale di trattamenti socio sanitari avvenuti per condizioni di tossicodipendenza o comunque legati all'uso/abuso di dette sostanze;
- riscontro diretto di segni/sintomi fisici o psichici clinici di assunzione abituale di sostanze stupefacenti e/o psicotrope, di intossicazione in atto, di sindrome d'astinenza;

- riscontro di cataboliti specifici nei liquidi biologici e nei tessuti.

In particolare, il personale militare sospetto assuntore di sostanze stupefacenti e/o psicotrope viene sottoposto ad accurati controlli di laboratorio e valutazioni cliniche psicopatologiche a cura dei Servizi sanitari e dei Consulenti Psicologici e Servizi di Psicologia, attraverso metodiche e protocolli che garantiscono le previste condizioni di sicurezza per la salute, per i risultati ottenuti e per il rispetto della privacy.

Vengono inoltre effettuati accertamenti pre-affidamento delle mansioni/attività a rischio e, sul personale risultato idoneo, si prosegue mediante accertamenti periodici e di follow-up. Su tutto il personale, indipendentemente dall'incarico/mansione, vengono altresì effettuati accertamenti *randomici*.

Infine, il personale risultato positivo ai test e/o agli altri interventi di prevenzione secondaria viene avviato ad attività di sostegno e rieducazione sanitaria (interventi terapeutici e riabilitativi) presso i Consulenti Psicologici/Servizi di Psicologia e contestualmente sottoposto, presso le Commissioni Medico Ospedaliere, ad accurata e approfondita valutazione clinica e psicodiagnostica finalizzata ad accertare la struttura personologica/o psicopatologica di fondo e/o patologie organiche concomitanti che sottendono all'abuso, onde accertare l'inidoneità al servizio per altra causa (rispetto ai casi di tossicofilia/tossicodipendenza).

±

Consuntivo sintetico delle attività di controllo tossicologico

I dati relativi al numero totale dei soggetti sottoposti ad esame tossicologico e al numero di quelli risultati positivi sono stati raccolti ed aggregati dall'Ispettorato Generale della Sanità Militare – Osservatorio Epidemiologico della Difesa, nonché strutturati in schede distinte per FA/CC, di seguito riportate (Da **Tabella 26** a Tabella 29), rispettivamente per EI, MM, AM, CC):

Rapporto sulla ricerca dei cataboliti di stupefacenti nei liquidi biologici															ESERCITO ITALIANO										ANNO DI RIFERIMENTO		SEMESTRE DI RIFERIMENTO	
																									2015		X	X
CATEGORIE		TOTALE SOGGETTI SOTTOPOSTI A TEST DI SCREENING					TOTALE	NUMERO SOGGETTI POSITIVI AL TEST DI CONFERMA					TOTALE	CATEGORIE SOSTANZE STUPEFACENTI														
		FASCE DI ETA'						FASCE DI ETA'						Antetamime		Cannabinoidi		Cocaina		Oppiacei		Barbiturici		Benzodiazepine		Altro		
		15-24	25-34	35-44	45-54	>54		15-24	25-34	35-44	45-54	>54		TOT	POS	TOT	POS	TOT	POS	TOT	POS	TOT	POS	TOT	POS	TOT	POS	
Militari S.P.E.	UFF.LI	Autisti	0	5	7	6	0	18	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
		Piloti	0	9	9	0	0	18	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
		Altro	24	169	181	200	31	605	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
SOTT.LI	Autisti	30	34	30	21	1	116	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		
	Piloti	0	5	2	0	0	7	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		
TRUPPA	Autisti	1789	1208	300	5	1	3303	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		
	Altro	5145	4324	891	12	2	10374	7	12	5	0	0	24	0	0	0	0	11	0	9	0	3	0	0	0	1		
Militari F.V.	Autisti	870	815	310	2	0	1997	2	1	1	0	0	4	0	0	0	0	4	0	0	0	0	0	0	0	0		
	Altro	1604	190	0	0	0	1794	2	0	0	0	0	2	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0		
Civili AD		0	0	13	33	22	68	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		
Civili altre Amm.ni		0	7	18	50	15	90	0	2	0	0	0	2	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0		

Tabella 26 n° totale soggetti sottoposti ad esame tossicologico e n° totale risultati positivi nell'EI

Rapporto sulla ricerca dei cataboliti di stupefacenti nei liquidi biologici		MARINA MILITARE												Allegato 3														
														ANNO DI RIFERIMENTO	SEMESTRE DI RIFERIMENTO													
														2015	I	II												
CATEGORIE		TOTALE SOGGETTI SOTTOPOSTI A TEST DI SCREENING					NUMERO SOGGETTI POSITIVI AL TEST DI CONFERMA					CATEGORIE SOSTANZE STUPEFACENTI																
		FASCE DI ETÀ'					FASCE DI ETÀ'					CATEGORIE SOSTANZE STUPEFACENTI																
		TOTALE					TOTALE					Amfetamine		Cannabinoide		Cocaina		Opilacei		Barbiturici		Benzodiazepine		Altro				
		15-24	25-34	35-44	45-54	>54	15-24	25-34	35-44	45-54	>54	TOT *	POS. **	TOT *	POS. **	TOT *	POS. **	TOT *	POS. **	TOT *	POS. **	TOT *	POS. **	TOT *	POS. **			
Militari S.P.E.	UFF.LI	Autisti	0	14	26	23	11	74	0	0	0	0	0	0	74	0	74	0	74	0	74	0	32	0	32	0	74	0
		Piloti	0	95	61	19	1	176	0	0	0	0	0	0	176	0	176	0	176	0	176	0	46	0	46	0	176	0
		Altro	0	18	30	14	3	65	0	0	0	0	0	0	49	0	49	0	49	0	49	0	26	0	23	0	49	0
	SOTT.LI	Autisti	0	47	253	127	0	427	0	0	0	0	0	0	424	0	424	0	424	0	424	0	200	0	200	0	401	0
		Piloti	0	55	151	43	3	252	0	0	0	0	0	0	252	0	252	0	252	0	252	0	61	0	61	0	252	0
		Altro	1	67	314	151	8	541	0	0	0	0	0	0	524	0	524	0	524	0	524	0	310	0	296	0	518	0
TRUPPA	Autisti	7	156	121	1	0	285	0	0	0	0	0	0	285	0	285	0	285	0	285	0	109	0	107	0	282	0	
	Altro	15	239	238	8	0	500	0	0	0	0	0	0	428	0	428	0	428	0	428	0	195	0	188	0	440	0	
Militari F.V.	Autisti	11	0	1	0	0	12	0	0	0	0	0	0	12	0	12	0	12	0	12	0	7	0	7	0	12	0	
	Altro	108	26	1	0	0	135	0	0	0	0	0	0	133	0	133	0	133	0	133	0	123	0	123	0	135	0	
Civili AD		0	15	23	130	92	260	0	0	0	0	0	0	260	0	260	0	260	0	260	0	115	0	103	0	335	0	
Civili altre Amm.ni		0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	

Tabella 27 n° totale soggetti sottoposti ad esame tossicologico e n° totale risultati positivi nella MM

Allegato 3

Rapporto sulla ricerca dei cataboliti di stupefacenti nei liquidi biologici CLSANSTAT-3-21										AERONAUTICA MILITARE										ANNO DI RIFERIMENTO		SEMESTRE DI RIFERIMENTO								
																				2015		I	II							
CATEGORIE		TOTALE SOGGETTI SOTTOPOSTI A TEST DI SCREENING					TOTALE					TOTALE SOGGETTI POSITIVI AL TEST DI CONFERMA					CATEGORIE SOSTANZE STUPEFACENTI													
		FASCE DI ETA'					FASCE DI ETA'					FASCE DI ETA'					Anfetamine		Cannabinoidi		Cocaina		O A		Barbiturici		Benzodiazepine		Altro	
		15-24	25-34	35-44	45-54	>54	TOTALE	15-24	25-34	35-44	45-54	>54	TOTALE	TOT *	POS. **	TOT *	POS. **	TOT *	POS. **	TOT *	POS. **	TOT *	POS. **	TOT *	POS. **	TOT *	POS. **	TOT *	POS. **	
Militari S.P.E.	UFF.LI	Autisti	0	1	7	2	0	10	0	0	0	0	0	0	0	0	46	0	46	0	46	0	46	0	44	0	44	0	47	0
		Piloti	65	738	1041	483	137	2464	0	0	1	0	0	1	0	0	2381	0	2381	0	2380	0	2381	1	1016	0	1018	0	1225	1
		Altro	323	272	582	569	84	1830	0	0	0	1	1	0	2	0	1565	1	1565	1	1558	0	1565	3	857	0	860	0	844	0
	SOTT.LI	Autisti	5	90	456	267	10	828	0	0	0	0	0	0	0	0	611	0	611	0	610	0	611	0	402	0	411	0	409	0
		Piloti	53	181	323	357	57	971	0	0	0	0	0	0	0	0	963	0	963	0	963	0	963	0	147	0	147	0	364	0
	TRUPPA	Altro	83	859	2977	3379	167	7465	0	0	0	2	8	0	10	0	6693	2	6693	6	6657	2	6693	4	3471	0	3516	1	3656	0
		Autisti	14	237	232	23	1	507	0	0	0	0	0	0	0	0	461	0	461	0	458	0	461	0	272	0	279	0	333	0
	Militari F.V.	Altro	880	1429	1348	840	92	4589	0	0	2	4	0	0	6	0	4488	0	4488	3	4472	3	4488	0	2236	0	2248	0	2256	0
		Autisti	73	82	14	0	0	169	0	0	0	0	0	0	0	0	145	0	145	0	145	0	145	0	76	0	76	0	125	0
Civili AD		1	8	41	96	34	180	0	0	0	0	0	0	0	0	170	0	170	0	170	0	170	0	110	0	110	0	118	0	
Civili altre Amm.ni		1665	248	405	586	116	3020	0	0	0	1	2	0	3	0	3014	0	3014	1	3014	1	3014	0	2139	0	2139	0	2121	1	

Tabella 28 n° totale soggetti sottoposti ad esame tossicologico e n° totale risultati positivi nell'AM

Allegato 3

Rapporto sulla ricerca dei cataboliti di stupefacenti nei liquidi biologici										COMANDO GENERALE DELL'ARMA DEI CARABINIERI										ANNO DI RIFERIMENTO		SEMESTRE DI RIFERIMENTO								
																				2015		X	X							
CATEGORIE		TOTALE SOGGETTI SOTTOPOSTI A TEST DI SCREENING					TOTALE					NUMERO SOGGETTI POSITIVI AL TEST DI CONFERMA					CATEGORIE SOSTANZE STUPEFACENTI													
		FASCE DI ETA'					FASCE DI ETA'					FASCE DI ETA'					Anfetamine		Cannabinoidi		Cocaina		Oppiacei		Barbiturici		Benzodiazepine		Altro	
		15-24	25-34	35-44	45-54	>54	TOTALE	15-24	25-34	35-44	45-54	>54	TOTALE	TOT *	POS. **	TOT *	POS. **	TOT *	POS. **	TOT *	POS. **	TOT *	POS. **	TOT *	POS. **	TOT *	POS. **	TOT *	POS. **	
Militari S.P.E.	UFF.LI	Autisti	0	0	3	1	0	4	0	0	0	0	0	0	0	0	3	0	3	0	4	0	4	0	3	0	3	0	0	0
		Piloti	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	1	0	1	0	0	0	1	0	2	0
		Altro	0	5	1	3	1	10	0	0	0	0	0	0	0	0	10	0	10	0	10	0	10	0	10	0	10	0	0	0
	SOTT.LI	Autisti	0	1	7	2	0	10	0	0	0	0	0	0	0	0	9	0	10	0	10	0	10	0	10	0	8	0	0	0
		Piloti	0	1	0	4	0	5	0	0	0	0	0	0	0	0	5	0	5	0	5	0	5	0	5	0	5	0	0	0
	TRUPPA	Altro	0	2	7	24	2	35	0	0	0	0	0	0	0	0	33	0	35	0	35	0	33	0	32	0	32	0	0	0
		Autisti	2	49	23	5	0	78	0	0	0	0	0	0	0	0	58	0	76	0	76	0	76	0	36	0	34	0	0	0
	Militari F.V.	Altro	0	52	55	34	0	141	0	0	2	0	0	0	2	0	138	0	140	0	141	2	140	0	130	0	130	0	0	0
		Autisti	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	0	0
Civili AD		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Civili altre Amm.ni		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	

* = Totale determinazioni effettuate
** = Casi risultati positivi al test di conferma

Tabella 29 n° totale soggetti sottoposti ad esame tossicologico e n° totale risultati positivi nei CC

Rispetto all'anno precedente, i dati pervenuti indicano una **costanza nel numero dei soggetti sottoposti a screening** nel complesso delle FFAA/CC e una **diminuzione dei positivi, sia in termini assoluti, sia in termini percentuali**.

A tal riguardo sono riportate le seguenti tabelle riassuntive di confronto 2014-2015 riferite alle singole F.A./CC

Tabella 30: n° sogg. sottoposti a screening e percentuali dei positivi nell'EI relativi all'anno 2015 confrontati con gli analoghi dati dell'anno precedente

Tabella 31: n° sogg. sottoposti a screening e percentuali dei positivi nella MM relativi all'anno 2015 confrontati con gli analoghi dati dell'anno precedente

ESERCITO									
CATEGORIE	TOTALE SOGGETTI SOTTOPOSTI A TEST DI SCREENING		TOTALE TEST EFFETTUATI		TOTALE SOGGETTI POSITIVI AL TEST DI CONFERMA		PERCENTUALE DI POSITIVITA'		
	2014	2015	2014	2015	2014	2015	2014	2015	
Militari S.P.E.	UFF.LI	769	641	NP*	NP*	1	0	0,1300	0,0000
	SOTT.LI	2331	2166	NP*	NP*	4	3	0,1716	0,1385
	TRUPPA	16404	13677	NP*	NP*	39	25	0,2377	0,1828
Militari F.V.	3143	3791	NP*	NP*	13	6	0,4136	0,1583	
TOTALE F.A.	22647	20275	NP*	NP*	57	34	0,2517	0,1677	

MARINA MILITARE									
CATEGORIE	TOTALE SOGGETTI SOTTOPOSTI A TEST DI SCREENING		TOTALE TEST EFFETTUATI		TOTALE SOGGETTI POSITIVI AL TEST DI CONFERMA		PERCENTUALE DI POSITIVITA'		
	2014	2015	2014	2015	2014	2015	2014	2015	
Militari S.P.E.	UFF.LI	248	315	1284	1700	0	0	0,0000	0,0000
	SOTT.LI	1094	1220	6080	7099	1	0	0,0914	0,0000
	TRUPPA	646	785	3461	4173	0	0	0,0000	0,0000
Militari F.V.	533	147	2704	987	0	0	0,0000	0,0000	
TOTALE F.A.	2521	2467	13529	13959	1	0	0,0397	0,0000	

AERONAUTICA MILITARE									
CATEGORIE	TOTALE SOGGETTI SOTTOPOSTI A TEST DI SCREENING		TOTALE TEST EFFETTUATI		TOTALE SOGGETTI POSITIVI AL TEST DI CONFERMA		PERCENTUALE DI POSITIVITA'		
	2014	2015	2014	2015	2014	2015	2014	2015	
Militari S.P.E.	UFF.LI	3841	4304	21250	21915	0	3	0,0000	0,0697
	SOTT.LI	7776	9264	45667	45554	9	10	0,1157	0,1079
	TRUPPA	5926	5096	33682	27401	5	6	0,0844	0,1177
Militari F.V.	1243	1052	7121	5321	5	0	0,4023	0,0000	
TOTALE F.A.	18786	19716	107720	100191	19	19	0,1011	0,0964	

CARABINIERI									
CATEGORIE	TOTALE SOGGETTI SOTTOPOSTI A TEST DI SCREENING		TOTALE TEST EFFETTUATI		TOTALE SOGGETTI POSITIVI AL TEST DI CONFERMA		PERCENTUALE DI POSITIVITA'		
	2014	2015	2014	2015	2014	2015	2014	2015	
Militari S.P.E.	UFF.LI	20	15	120	88	0	0	0,0000	0,0000
	SOTT.LI	75	50	450	287	0	0	0,0000	0,0000
	TRUPPA	265	219	1590	1175	0	2	0,0000	0,9132
Militari F.V.	88	78	528	348	0	0	0,0000	0,0000	
TOTALE F.A.	448	362	2688	1898	0	2	0,0000	0,5525	

NP* = dato non pervenuto

Tabella 32 n° sogg. sottoposti a screening e percentuali dei positivi nell'AM relativi all'anno 2015 confrontati con gli analoghi dati dell'anno precedente

Tabella 33 n° sogg. sottoposti a screening e percentuali dei positivi nei CC relativi all'anno 2015 confrontati con gli analoghi dati dell'anno precedente

Occorre inoltre evidenziare che i programmi di prevenzione vengono elaborati da ciascuna FA sulla scorta di direttive che prevedono controlli randomici della forza effettiva in Patria, mentre per quanto riguarda l'Arma dei Carabinieri i controlli vengono effettuati in fase di selezione e per alcune idoneità particolari.

A tali linee di intervento si aggiunge la direttiva della ex Direzione Generale Della Sanità Militare recante il "Regolamento per l'applicazione delle procedure per gli accertamenti sanitari in assenza di tossicodipendenza o di assunzione di sostanze stupefacenti o psicotrope in militari addetti a mansioni che comportano particolari rischi per la sicurezza, l'incolumità e la salute di terzi presso il Ministero della Difesa" ed. 2010, finalizzata ad escludere o identificare la condizione di tossicodipendenza e l'assunzione di

sostanze stupefacenti o psicotrope, al fine di assicurare un regolare svolgimento delle mansioni lavorative a rischio secondo le indicazioni dell'Accordo Stato Regioni 18.09.2008, n. 178/CSR.

Dall'analisi dei dati riportati nelle tabelle da 5 a 8 si evidenzia inoltre che, proporzionalmente alla popolazione della FA, il maggiore numero di controlli viene effettuato in ambito A.M. Tale dato è influenzato significativamente dal fatto che la statistica in esame include i test effettuati presso gli Istituti di Medicina Aerospaziale su tutto il personale aeronavigante e su quello addetto a supporto dell'attività di volo, personale che comprende anche quello delle altre F.A./CC.

Capitolo 2 – Le segnalazioni ai sensi dell'art. 75 del D.P.R. 309/90

A cura del Ministero dell'Interno, Dipartimento per le Politiche del Personale dell'Amministrazione Civile e per le Risorse Strumentali e Finanziarie

2.1 Sanzioni amministrative e segnalazioni ex artt. 75 e 121 TU 309/90

Premessa

Sin dall'entrata in vigore del D.P.R. n. 309/1990, recante "T.U. delle leggi in materia di droga", il Ministero dell'Interno, attualmente attraverso il Centro Studi, Ricerca e Documentazione del Dipartimento per le Politiche del personale, cura l'elaborazione dei dati acquisiti tramite le Prefetture - UTG e concernenti i soggetti segnalati ai Prefetti per consumo personale di sostanze stupefacenti, ai sensi dell'art. 75 del suddetto D.P.R., poi innovato dalla legge n. 49/06.

- Dei soggetti segnalati ai sensi dell'art. 75, viene rilevata l'entità, la distribuzione geografica, il tipo di sostanza usata, il numero di colloqui svolti, le sanzioni irrogate e i casi archiviati per conclusione del programma terapeutico.

- Il citato Testo Unico ha attribuito al Prefetto un ruolo di controllo, prevenzione e contrasto al fenomeno della tossicodipendenza attraverso il procedimento amministrativo previsto, appunto, dall'art. 75 che, pur in presenza di una serie di sanzioni amministrative (sospensione della patente, del passaporto, del porto d'armi, del permesso di soggiorno), risulta sempre orientato anche verso l'attività di aiuto nei confronti della persona segnalata dalle Forze dell'Ordine.

- Il predetto articolo ha previsto, a tal fine, l'istituzione dei Nuclei Operativi per le Tossicodipendenze composti da funzionari delegati e assistenti sociali per affiancare il Prefetto nell'espletamento di tale attività.

- E' da sottolineare l'importanza dell'azione svolta dalle Prefetture-UTG che, tramite le attività degli assistenti sociali, creano un contatto diretto tra le persone segnalate e le istituzioni. Tali funzioni si sostanziano nel colloquio, che permettendo di ascoltare le problematiche dell'utente e di fornire informazioni sul provvedimento, sul procedimento e sulla pericolosità dell'uso e abuso di droghe, ha lo scopo di sollecitare un processo di motivazione al cambiamento e di attivare nel soggetto la capacità di autoresponsabilizzarsi, individuando un percorso terapeutico finalizzato anche a prevenire ulteriori violazioni.

- Gli interventi svolti costituiscono, così, una fonte preziosa di prevenzione delle situazioni a rischio che coinvolgono i soggetti segnalati, spesso giovani e inconsapevoli della gravità del loro comportamento.

Sanzioni amministrative e dati ai sensi dell'art. 75 del DPR. 309/90 e successive modificazioni

Dall'esame delle informazioni raccolte tramite le Prefetture-UTG in materia di tossicodipendenze è emerso che nell'anno 2015 le persone segnalate ex art. 75 sono state 31.317 di

cui 29.136 maschi (pari al 93,04%) e 2.181 femmine (pari al 6,06%).

Il numero dei segnalati risulta pressoché stazionario rispetto all'anno 2014 (45 soggetti in più), confermando il trend positivo in diminuzione sull'anno 2013 (32.555).

Riguardo alla distribuzione geografica, le regioni in cui si riscontra un maggior numero di segnalati sono nell'ordine: la Toscana (3.559), il Lazio (3.282) e la Sicilia (3.197).

Le Regioni che hanno, in assoluto, il minor numero di soggetti segnalati sono nell'ordine: la Valle d'Aosta (132), il Friuli (215) e il Molise (268).

Sul totale dei segnalati nel 2015, risultano minori di 18 anni 3.578 soggetti (pari all'11,43%), di cui 3.285 maschi e 293 femmine.

L'età media dei segnalati è di 23 anni, mentre le classi di età con maggiore incidenza sono quelle tra i 18 anni e i 20 anni (7.020) e quella oltre i 30 anni (8.415); non si hanno, invece, statistiche per fasce di età superiore. Si conferma così quanto già emerso negli anni passati ove la popolazione più a rischio è la fascia adolescenziale, considerando che tra i 14 e i 20 anni, complessivamente, i soggetti segnalati sono 10.598.

Fasce di età delle persone segnalate ex art 75 anno 2015								
MF fino a 14	MF 15 - 17	MF 18 - 20	MF 21 - 22	MF 23 - 25	MF 26 - 28	MF 29 - 30	MF Oltre 30	Totale
299	3.279	7.020	3.836	4.081	2.932	1.455	8.415	31.317
0,95	10,47	22,42	12,25	13,03	9,36	4,65	26,87	100,00

Tabella 34

La tabella seguente mostra il trend negli anni delle diverse fasce di età. E' così possibile evidenziare come dal 1990 al 2015 i segnalati ai sensi dell'art. 75 siano in maggioranza persone che hanno un'età compresa tra i 18 e i 25 anni, con però una percentuale di segnalati oltre i 30 anni di età in aumento in modo più consistente a partire dall'anno 2002.

Anche per le fasce più giovani (fino a 14 anni e 15-17 anni) si evidenzia un sensibile aumento che conferma, come detto, quanto acquisito sulla base delle informazioni apprese durante i colloqui presso le Prefetture-UTG. Gli operatori dei NOT confermano, infatti, che si è abbassata l'età del primo consumo di sostanze stupefacenti e/o psicotrope e, inoltre, che anche tra le persone segnalate si registra, negli ultimi anni, un maggior numero di "poliassuntori", soggetti, cioè, che assumono stupefacenti in associazione con alcolici.

Percentuale di segnalati per fasce di età (1990-2014) v.%									
Anno	Fino a 14	15 -17	18 -20	21 -22	23 -25	26 -28	29 -30	Oltre 30	
1990	0,4	5,3	22	16	22	6	7	11	100
1991	0,3	5,6	23	16	20	16	7	12	100
1992	0,4	5,6	23	16	21	15	6	13	100
1993	0,4	5,6	23	16	21	14	7	14	100
1994	0,4	5,6	25	15	20	13	7	14	100
1995	0,3	6	26	16	19	13	7	14	100
1996	0,3	7	25	17	18	13	6	14	100
1997	0,4	7,5	26	16	17	12	6	14	100
1998	0,4	8,6	27	16	17	11	6	14	100
1999	0,4	8,5	27	16	17	12	5	14	100
2000	0,4	8,5	27	15	17	11	5	15	100
2001	0,4	8,3	28	16	17	11	5	14	100
2002	0,4	8	26	15	17	12	6	16	100
2003	0,4	8	26	15	17	11	5	17	100
2004	0,5	8	25	15	17	11	6	18	100
2005	0,4	7,8	23	15	16	12	6	19	100
2006	0,4	7,3	22	13	16	12	6	22	100
2007	0,3	7,7	22	13	15	12	6	24	100
2008	0,4	7,6	22	13	15	11	6	25	100
2009	1	8	22	12	14	11	6	26	100
2010	1	8	22	12	14	10	6	27	100
2011	1	8	22	12	14	10	6	27	100
2012	1	8	22	13	14	10	5	27	100
2013	1	9	23	13	14	10	5	25	100
2014	1	11	23	12	13	9	5	26	100
2015	1	11	22	12	13	9	5	27	100

Provvedimenti (dal 11/07/1990 al 31/12/2015) Rilevazione del 04.04.2016												
Provincia	Segnalazioni per provincia fatto	Segnalazioni 121	Totale colloqui	Formale invito	Richiesta progr terapeutico	Convocazioni			Sanzioni amministrative			Archiviazione atti
						con coll.	senza coll.	Totale	con coll.	senza coll.	Totale	
ALESSANDRIA	5,307	6,137	5,071	2,978	628	163	71	234	1,302	1,232	2,534	409
ASTI	3,244	2,519	3,622	1,163	1,260	348	16	364	851	599	1,450	720
BIELLA	1,408	827	1,274	437	55	2	0	2	780	159	939	32
CUNEO	9,860	3,466	8,867	5,528	1,253	188	37	225	1,898	442	2,340	910
NOVARA	6,352	2,458	4,677	3,136	699	156	5	161	686	390	1,076	594
TORINO	42,153	9,528	31,827	20,136	5,890	1,183	100	1,283	4,618	10,643	15,261	3,936
VERBANA	4,279	109	2,822	1,740	593	37	0	37	452	307	759	375
VERCELLI	6,519	3,143	5,505	2,981	1,192	122	4	126	1,210	291	1,501	879
PIEMONTE	79,122	28,187	63,665	38,099	11,570	2,199	233	2,432	11,797	14,063	25,860	7,855
AOSTA	5,140	2,542	4,117	2,362	619	67	16	83	1,069	798	1,867	308
VALLE D'AOSTA	5,140	2,542	4,117	2,362	619	67	16	83	1,069	798	1,867	308
BERGAMO	18,147	8,154	15,123	8,542	2,919	525	37	562	3,137	1,293	4,430	2,225
BRESCIA	18,210	12,289	18,005	8,931	2,392	314	0	314	6,368	156	6,524	1,558
COMO	23,040	1,736	15,137	8,496	2,402	457	37	494	3,782	811	4,593	1,932
CREMONA	6,896	6,691	7,452	3,058	1,703	236	1	237	2,455	272	2,727	1,096
LECCO	3,100	516	2,883	1,578	404	41	6	47	860	31	891	309
LODI	2,836	587	2,191	1,543	150	15	1	16	483	330	813	67

MANTOVA	4,058	3,363	4,395	1,274	1,690	285	21	306	1,146	424	1,570	1,289
MILANO	46,795	2,906	24,489	11,182	3,015	630	29	659	9,662	79	9,741	2,335
MONZA E DELLA BRIANZA	490	56	134	127	2	0	0	0	5	69	74	2
PAVIA	4,466	5,475	5,183	1,925	1,015	255	33	288	1,988	70	2,058	735
SONDRIO	3,397	2,584	3,040	1,751	470	61	22	83	758	364	1,122	274
VARESE	14,520	8,923	10,335	7,639	1,194	164	1	165	1,338	107	1,445	530
LOMBARDIA	145,955	53,280	108,367	56,046	17,356	2,983	188	3,171	31,982	4,006	35,988	12,352
BOLZANO	9,754	9,672	7,217	4,885	773	88	34	122	1,471	1,275	2,746	544
TRENTO	4,735	6,558	4,829	3,049	830	205	28	233	745	371	1,116	882
TRENTIN O A.A.	14,489	16,230	12,046	7,934	1,603	293	62	355	2,216	1,646	3,862	1,426
BELLUNO	1,904	628	1,880	1,215	326	47	10	57	292	192	484	174
PADOVA	13,126	4,532	9,836	4,556	2,686	544	45	589	2,050	969	3,019	2,105
ROVIGO	3,003	3,296	3,481	1,909	702	214	3	217	656	156	812	508
TREVISO	8,929	5,391	7,866	3,903	1,790	468	0	468	1,705	40	1,745	1,576
VENEZIA	15,497	5,896	14,587	8,545	2,153	285	40	325	3,604	1,012	4,616	1,519
VERONA	12,812	6,238	14,730	3,310	2,654	601	2	603	8,165	60	8,225	1,718
VICENZA	5,302	3,041	4,814	1,138	599	107	10	117	2,970	188	3,158	165
VENETO	60,573	29,022	57,194	24,576	10,910	2,266	110	2,376	19,442	2,617	22,059	7,765
GORIZIA	2,384	688	2,099	1,196	547	92	7	99	264	252	516	354
PORDENONE	1,901	3,532	1,712	1,125	268	46	4	50	273	133	406	197
TRIESTE	2,130	1,985	1,646	793	370	96	2	98	387	79	466	189
UDINE	6,016	3,946	5,067	3,250	1,031	57	4	61	729	585	1,314	720
FRIULI V.G.	12,431	10,151	10,524	6,364	2,216	291	17	308	1,653	1,049	2,702	1,460
GENOVA	27,103	6,898	19,578	11,410	4,838	676	114	790	2,654	6,503	9,157	3,132
IMPERIA	4,931	1,320	2,566	1,391	557	154	2	156	464	113	577	373
LA SPEZIA	7,176	3,374	6,199	3,040	1,445	370	3	373	1,344	298	1,642	818
SAVONA	7,266	2,667	6,178	3,248	1,056	171	0	171	1,703	44	1,747	720
LIGURIA	46,476	14,259	34,521	19,089	7,896	1,371	119	1,490	6,165	6,958	13,123	5,043
BOLOGNA	15,116	6,787	6,866	3,688	883	100	0	100	2,195	1,510	3,705	636
FERRARA	6,145	6,143	5,022	2,117	581	286	239	525	2,038	547	2,585	1,118
FORLÌ CESENA	9,250	11,348	8,363	5,033	1,344	390	200	590	1,596	1,556	3,152	1,062
MODENA	7,876	3,011	6,433	3,344	1,390	216	2	218	1,483	634	2,117	943
PARMA	5,056	4,100	4,385	2,387	823	258	4	262	917	352	1,269	552
PIACENZA	6,376	3,330	2,801	1,779	745	122	11	133	155	318	473	570
RAVENNA	8,942	7,981	6,959	3,292	1,783	505	251	756	1,379	567	1,946	1,451
REGGIO EMILIA	7,285	5,101	5,440	3,058	1,435	296	3	299	651	900	1,551	858
RIMINI	8,245	5,883	5,217	3,196	462	37	3	40	1,522	632	2,154	330
EMILIA ROMAGNA	74,291	53,684	51,486	27,894	9,446	2,210	713	2,923	11,936	7,016	18,952	7,520
AREZZO	9,606	4,522	8,744	5,603	1,703	266	1	267	1,172	468	1,640	1,246
FIRENZE	29,750	2,661	27,758	13,332	6,442	2,079	780	2,859	5,905	1,000	6,905	4,879
GROSSETO	5,859	2,073	2,605	1,360	464	44	0	44	737	217	954	338
LIVORNO	14,042	960	11,060	8,176	1,390	147	1	148	1,347	216	1,563	996
LUCCA	6,183	3,488	4,855	2,630	1,050	277	12	289	898	625	1,523	1,260
MASSA	6,430	3,650	6,543	3,014	1,261	191	1	192	2,077	281	2,358	749
PISA	9,631	906	8,664	4,306	1,389	174	3	177	2,795	8	2,803	856
PISTOIA	5,796	634	6,003	3,452	1,300	30	0	30	1,221	106	1,327	564
PRATO	5,189	627	4,812	2,685	695	106	6	112	1,326	112	1,438	496
SIENA	5,988	4,514	6,155	4,043	941	153	3	156	1,018	305	1,323	827
TOSCANA	98,474	24,035	87,199	48,601	16,635	3,467	807	4,274	18,496	3,338	21,834	12,211
PERUGIA	10,489	3,190	8,845	4,501	2,176	351	50	401	1,817	1,223	3,040	1,496
TERNI	3,832	1,887	3,875	2,157	918	134	4	138	666	58	724	675
UMBRIA	14,321	5,077	12,720	6,658	3,094	485	54	539	2,483	1,281	3,764	2,171
ANCONA	8,500	1,497	8,108	4,711	1,561	385	0	385	1,451	1,366	2,817	1,053
ASCOLI PICENO	6,935	4,242	7,273	3,302	1,748	448	4	452	1,775	303	2,078	1,186

Capitolo 2 Le segnalazioni ai sensi dell'art. 75 del D.P.R. 309/90

FERMO	151	43	86	74	0	0	0	0	12	10	22	24
MACERATA	4,173	1,341	5,109	2,888	1,181	295	10	305	745	345	1,090	872
PESARO	7,718	1,657	9,334	5,332	1,837	437	107	544	1,728	164	1,892	1,472
MARCHE	27,477	8,780	29,910	16,307	6,327	1,565	121	1,686	5,711	2,188	7,899	4,607
FROSINONE	10,840	4,979	10,775	5,856	1,706	327	19	346	2,886	280	3,166	1,100
LATINA	9,546	6,791	7,862	4,959	1,748	513	4	517	642	1,271	1,913	1,122
RIETI	2,208	854	1,890	1,301	317	50	2	52	222	122	344	201
ROMA	79,155	43,427	45,628	24,210	3,785	781	80	861	16,852	1,267	18,119	1,958
VITERBO	9,035	4,800	8,871	5,450	1,757	331	14	345	1,333	415	1,748	1,321
LAZIO	110,784	60,851	75,026	41,776	9,313	2,002	119	2,121	21,935	3,355	25,290	5,702
CHIETI	5,894	5,426	6,275	3,250	880	155	8	163	1,990	517	2,507	546
L'AQUILA	7,393	1,403	8,305	5,496	1,022	124	4	128	1,663	166	1,829	656
PESCARA	7,267	3,749	5,998	2,524	1,731	519	95	614	1,224	1,110	2,334	1,013
TERAMO	5,843	4,680	4,781	2,891	635	189	1	190	1,066	639	1,705	354
ABRUZZO	26,397	15,258	25,359	14,161	4,268	987	108	1,095	5,943	2,432	8,375	2,569
CAMPOBASSO	4,460	1,901	3,387	2,173	609	93	12	105	512	320	832	492
ISERNIA	1,887	863	1,162	723	289	39	8	47	111	294	405	224
MOLISE	6,347	2,764	4,549	2,896	898	132	20	152	623	614	1,237	716
AVELLINO	6,198	981	7,660	4,480	1,152	193	27	220	1,835	1,394	3,229	748
BENEVENTO	5,719	3,397	6,175	2,537	1,297	99	4	103	2,242	230	2,472	863
CASERTA	5,260	2,055	5,528	3,702	1,037	30	0	30	759	101	860	509
NAPOLI	33,282	6,515	22,132	13,188	6,975	829	274	1,103	1,140	3,489	4,629	3,549
SALERNO	21,986	1,638	17,624	13,393	3,109	16	11	27	1,106	6,740	7,846	1,745
CAMPANIA	72,445	14,586	59,119	37,300	13,570	1,167	316	1,483	7,082	11,954	19,036	7,414
BARI	34,368	9,811	22,657	12,507	4,112	763	70	833	5,275	2,598	7,873	2,082
BARLETTA-ANDRIA-TRANI	1,247	17	204	133	0	0	0	0	71	4	75	0
BRINDISI	11,393	2,228	6,059	4,352	1,129	73	0	73	505	2,465	2,970	858
FOGGIA	9,208	6,028	5,153	3,180	868	196	64	260	909	1,576	2,485	468
LECCE	14,177	3,974	6,549	3,326	1,001	193	32	225	2,029	332	2,361	259
TARANTO	23,620	6,479	13,881	5,083	4,220	482	20	502	4,096	3,415	7,511	2,588
PUGLIA	94,013	28,537	54,503	28,581	11,330	1,707	186	1,893	12,885	10,390	23,275	6,255
MATERA	3,925	269	4,415	2,509	653	57	0	57	1,196	115	1,311	383
POTENZA	5,904	1,160	5,599	3,471	698	153	0	153	1,277	595	1,872	477
BASILICATA	9,829	1,429	10,014	5,980	1,351	210	0	210	2,473	710	3,183	860
CATANZARO	9,573	4,074	8,249	5,073	1,620	41	1	42	1,515	303	1,818	1,153
COSENZA	15,395	977	9,225	6,416	1,304	228	16	244	1,277	1,317	2,594	1,360
CROTONE	3,926	2,323	4,305	2,182	739	174	25	199	1,210	527	1,737	693
REGGIO CALABRIA	5,478	576	3,012	1,989	421	38	2	40	564	255	819	286
VIBO VALENTIA	2,072	1,637	1,774	1,108	279	19	5	24	368	196	564	316
CALABRIA	36,444	9,587	26,565	16,768	4,363	500	49	549	4,934	2,598	7,532	3,808
AGRIGENTO	8,566	5,260	7,151	4,535	838	90	6	96	1,688	50	1,738	713
CALTANISSETTA	3,870	2,618	3,300	2,031	508	91	2	93	670	234	904	449
CATANIA	10,344	6,330	7,498	5,371	528	53	7	60	1,546	1,347	2,893	264
ENNA	2,265	83	2,393	1,618	465	37	9	46	273	155	428	279
MESSINA	13,846	6,229	7,282	4,905	1,021	116	21	137	1,240	1,474	2,714	632
PALERMO	50,812	11,544	28,270	17,434	2,840	785	8	793	7,211	4,151	11,362	1,384
RAGUSA	5,788	2,843	4,626	2,720	409	130	22	152	1,367	476	1,843	302
SIRACUSA	4,308	1,564	510	247	171	33	0	33	59	73	132	168
TRAPANI	9,209	1,647	7,355	4,918	1,011	78	2	80	1,348	868	2,216	1,079
SICILIA	109,008	38,118	68,385	43,779	7,791	1,413	77	1,490	15,402	8,828	24,230	5,270
CAGLIARI	15,790	6,898	8,209	4,481	2,126	469	65	534	1,133	1,113	2,246	1,106

NUORO	2,836	1,778	2,786	2,311	287	9	4	13	179	63	242	520
ORISTANO	1,550	1,239	1,620	987	226	58	1	59	349	104	453	174
SASSARI	13,590	2,540	6,189	4,632	772	48	4	52	737	725	1,462	424
SARDEGNA	33,766	12,455	18,804	12,411	3,411	584	74	658	2,398	2,005	4,403	2,224
TOTALE ITALIA	1,077,782	428,832	814,073	457,582	143,967	25,899	3,389	29,288	186,625	87,846	274,471	97,536

Provvedimenti (dal 01/01/2015 al 31/12/2015) Rilevazione al 04.04.2016

Provincia	Segnalazioni per provincia fatto	Segnalazioni 121	Totale colloqui	Formale invito	Richiesta progr. terapeutico	Convocazioni			Sanzioni amministrative			Archiviati one atti
						con coll.	senza coll.	Totale	con coll.	senza coll.	Totale	
ALESSANDRIA	133	11	134	93	0	0	0	0	41	56	97	0
ASTI	45	48	100	54	0	0	0	0	46	8	54	1
BIELLA	82	49	83	22	0	0	0	0	61	13	74	0
CUNEO	263	12	118	75	0	0	0	0	43	5	48	0
NOVARA	178	11	102	80	5	0	0	0	17	18	35	19
TORINO	1,718	62	655	655	0	0	0	0	0	712	712	3
VERBANIA	119	2	48	23	0	0	0	0	25	1	26	0
VERCELLI	158	25	78	37	0	0	0	0	41	16	57	0
PIEMONTE	2,696	220	1,318	1,039	5	0	0	0	274	829	1,103	23
AOSTA	133	46	128	44	47	3	0	3	34	12	46	30
VALLE D'AOSTA	133	46	128	44	47	3	0	3	34	12	46	30
BERGAMO	631	442	461	149	0	0	0	0	312	131	443	3
BRESCIA	380	349	253	155	1	0	0	0	97	7	104	0
COMO	40	14	256	144	0	0	0	0	112	12	124	0
CREMONA	299	231	262	72	0	0	0	0	190	66	256	2
LECCO	14	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0
LODI	89	4	65	28	0	0	0	0	37	45	82	0
MANTOVA	201	49	225	95	0	0	0	0	130	16	146	16
MILANO	652	32	346	191	0	0	0	0	155	0	155	1
MONZA E DELLA BRIANZA	20	2	30	29	0	0	0	0	1	15	16	0
PAVIA	35	2	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0
SONDRIO	162	62	117	58	0	0	0	0	59	14	73	1
VARESE	129	167	317	238	0	0	0	0	79	0	79	0
LOMBARDIA	2,652	1,354	2,334	1,161	1	0	0	0	1,172	306	1,478	23
BOLZANO	537	144	240	167	0	0	0	0	73	29	102	0
TRENTO	45	4	0	0	0	0	0	0	0	2	2	0
TRENTINO ALTO ADIGE	582	148	240	167	0	0	0	0	73	31	104	0
BELLUNO	33	5	37	31	0	0	0	0	6	13	19	0
PADOVA	654	70	280	94	0	0	0	0	186	155	341	65
ROVIGO	84	96	65	30	0	0	0	0	35	4	39	2
TREVISO	573	72	310	244	0	0	0	0	66	16	82	59
VENEZIA	617	173	518	386	0	0	0	0	132	120	252	0
VERONA	479	137	410	1	0	0	0	0	409	0	409	0
VICENZA	396	108	283	11	0	0	0	0	272	1	273	1
VENETO	2,836	661	1,903	797	0	0	0	0	1,106	309	1,415	127
GORIZIA	61	5	68	57	0	1	0	1	10	8	18	4
PORDENONE	90	80	59	40	0	0	0	0	19	12	31	0
TRIESTE	14	27	26	20	0	0	0	0	6	5	11	4
UDINE	58	7	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
FRIULI VENEZIA GIULIA	223	119	153	117	0	1	0	1	35	25	60	8
GENOVA	864	24	755	372	0	0	0	0	383	3	386	55
IMPERIA	181	0	38	38	0	0	0	0	0	14	14	4
LA SPEZIA	258	20	148	72	0	0	0	0	76	23	99	3
SAVONA	252	5	62	55	0	0	0	0	7	1	8	0
LIGURIA	1,555	49	1,003	537	0	0	0	0	466	41	507	62
BOLOGNA	601	307	367	217	0	0	0	0	150	71	221	5
FERRARA	216	250	232	44	0	0	0	0	188	47	235	2
FORLÌ CESENA	101	39	58	57	0	0	0	0	1	89	90	0
MODENA	153	11	113	73	0	0	0	0	40	0	40	0
PARMA	397	222	259	155	0	0	0	0	104	48	152	22
PIACENZA	155	32	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
RAVENNA	407	108	92	70	0	0	0	0	22	37	59	46
REGGIO EMILIA	98	7	133	88	0	0	0	0	45	0	45	0

Capitolo 2 Le segnalazioni ai sensi dell'art. 75 del D.P.R. 309/90

RIMINI	218	67	45	42	0	0	0	0	3	33	36	2
EMILIA ROMAGNA	2,346	1,043	1,299	746	0	0	0	0	553	325	878	78
AREZZO	318	145	141	120	0	0	0	0	21	23	44	0
FIRENZE	1,147	150	518	518	0	0	0	0	0	307	307	1
GROSSETO	178	13	96	33	0	0	0	0	63	8	71	1
LIVORNO	408	11	281	181	6	0	0	0	94	13	107	16
LUCCA	384	0	58	50	0	1	0	1	7	112	119	112
MASSA	179	30	167	76	0	0	0	0	91	7	98	4
PISA	379	8	283	173	0	0	0	0	110	0	110	2
PISTOIA	253	27	181	71	35	0	0	0	75	36	111	3
PRATO	319	24	292	175	0	0	0	0	117	4	121	0
SIENA	93	15	105	57	0	0	0	0	48	1	49	0
TOSCANA	3,658	423	2,122	1,454	41	1	0	1	626	511	1,137	139
PERUGIA	265	30	108	87	0	0	0	0	21	87	108	3
TERNI	26	23	97	38	0	0	0	0	59	3	62	0
UMBRIA	291	53	205	125	0	0	0	0	80	90	170	3
ANCONA	363	71	272	167	0	0	0	0	105	42	147	0
ASCOLI PICENO	134	111	136	79	0	0	0	0	57	0	57	0
FERMO	9	0	3	1	0	0	0	0	2	1	3	1
MACERATA	146	177	184	143	0	0	0	0	41	18	59	0
PESARO	236	21	158	95	0	0	0	0	63	0	63	0
MARCHE	888	380	753	485	0	0	0	0	268	61	329	1
FROSINONE	253	87	416	151	0	0	0	0	265	3	268	1
LATINA	166	190	179	175	0	0	0	0	4	138	142	4
RIETI	85	1	26	18	0	0	0	0	8	5	13	0
ROMA	2,681	65	1,265	323	0	0	0	0	942	8	950	1
VITERBO	155	78	186	127	0	0	0	0	59	17	76	0
LAZIO	3,340	421	2,072	794	0	0	0	0	1,278	171	1,449	6
CHIETI	178	29	205	88	0	0	0	0	117	33	150	2
L'AQUILA	173	8	194	119	0	0	0	0	75	8	83	0
PESCARA	286	121	127	76	0	0	0	0	51	17	68	0
TERAMO	181	156	212	184	0	0	0	0	28	130	158	2
ABRUZZO	818	314	738	467	0	0	0	0	271	188	459	4
CAMPOBASSO	251	23	39	15	0	0	0	0	24	8	32	0
ISERNIA	23	1	1	1	0	0	0	0	0	2	2	0
MOLISE	274	24	40	16	0	0	0	0	24	10	34	0
AVELLINO	271	28	286	153	0	0	0	0	133	46	179	0
BENEVENTO	196	154	244	81	0	0	0	0	163	0	163	1
CASERTA	34	24	1	0	0	0	0	0	1	0	1	0
NAPOLI	419	45	5	2	0	0	0	0	3	0	3	0
SALERNO	952	25	553	550	2	0	0	0	1	496	497	0
CAMPANIA	1,872	276	1,089	786	2	0	0	0	301	542	843	1
BARI	554	12	544	230	0	0	0	0	314	39	353	5
BARLETTA-ANDRIA-TRANI	19	0	4	3	0	0	0	0	1	0	1	0
BRINDISI	396	0	100	60	40	0	0	0	0	215	215	25
FOGGIA	146	8	270	216	0	0	0	0	54	117	171	2
LECCE	488	13	477	272	0	0	0	0	205	32	237	1
TARANTO	897	11	301	76	3	0	0	0	222	72	294	209
PUGLIA	2,500	44	1,696	857	43	0	0	0	796	475	1,271	242
MATERA	99	5	131	78	0	0	0	0	53	9	62	0
POTENZA	286	13	183	138	0	0	0	0	45	66	111	0
BASILICATA	385	18	314	216	0	0	0	0	98	75	173	0
CATANZARO	413	15	355	192	0	0	0	0	163	16	179	0
COSENZA	774	19	92	92	0	0	0	0	0	35	35	3
CROTONE	71	1	216	111	0	0	0	0	105	58	163	0
REGGIO CALABRIA	149	24	49	31	0	0	0	0	18	2	20	0
VIBO VALENTIA	96	167	166	66	0	0	0	0	100	27	127	0
CALABRIA	1,503	226	878	492	0	0	0	0	386	138	524	3
AGRIGENTO	303	55	121	88	0	0	0	0	33	0	33	5
CALTANISSETTA	67	119	15	7	0	0	0	0	8	3	11	14
CATANIA	191	442	667	465	0	0	0	0	202	243	445	8
ENNA	159	6	162	113	12	1	0	1	36	4	40	15
MESSINA	214	79	306	234	0	0	0	0	72	160	232	20
PALERMO	2,115	49	882	598	0	0	0	0	284	198	482	1
RAGUSA	66	16	212	110	0	0	0	0	102	21	123	1
SIRACUSA	6	7	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
TRAPANI	245	42	145	133	0	0	0	0	12	59	71	22
SICILIA	3,366	815	2,510	1,748	12	1	0	1	749	688	1,437	86
CAGLIARI	108	2	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0
NUORO	51	5	100	96	0	0	0	0	4	4	8	23
ORISTANO	24	24	25	19	0	0	0	0	6	1	7	1
SASSARI	377	20	212	162	0	0	0	0	50	27	77	1
SARDEGNA	560	51	338	278	0	0	0	0	60	32	92	25
TOTALE ITALIA	32,478	6,685	21,133	12,326	151	6	0	6	8,650	4,859	13,509	861

PERSONE SEGNALATE AI PREFETTI AI SENSI DELL'ART.75 T.U. N. 309/90						
dall'11/07/1990 al 31/12/2015)						
Dati provinciali			Rilevazione al 4 aprile 2016			
PROVINCE	MASCHI		FEMMINE		TOTALE	
	Segnalati	Di cui minori (1)	Segnalate	Di cui minori (1)	Segnalati	Di cui minori (1)
ALESSANDRIA	4,077	287	354	31	4,431	318
ASTI	2,261	151	216	18	2,477	169
BIELLA	973	111	133	7	1,106	118
CUNEO	7,672	822	877	115	8,549	937
NOVARA	5,081	464	357	36	5,438	500
TORINO	30,579	2,012	2,441	201	33,020	2,213
VERBANIA	3,263	289	448	33	3,711	322
VERCELLI	4,777	435	438	50	5,215	485
PIEMONTE	58,683	4,571	5,264	491	63,947	5,062
AOSTA	4,218	240	428	22	4,646	262
VALLE D'AOSTA	4,218	240	428	22	4,646	262
BERGAMO	14,248	1,352	1,095	126	15,343	1,478
BRESCIA	14,285	1,451	1,051	148	15,336	1,599
COMO	18,671	951	1,763	127	20,434	1,078
CREMONA	5,266	464	433	39	5,699	503
LECCO	2,549	276	141	26	2,690	302
LODI	2,239	249	138	12	2,377	261
MANTOVA	3,257	255	240	31	3,497	286
MILANO	38,806	2,548	2,763	219	41,569	2,767
MONZA E DELLA BRIANZA	451	62	31	16	482	78
PAVIA	3,628	328	283	28	3,911	356
SONDRIO	2,531	192	249	30	2,780	222
VARESE	12,146	1,247	935	117	13,081	1,364
LOMBARDIA	118,077	9,375	9,122	919	127,199	10,294
BOLZANO	7,383	708	683	70	8,066	778
TRENTO	3,832	381	404	68	4,236	449
TRENTINO ALTO ADIGE	11,215	1,089	1,087	138	12,302	1,227
BELLUNO	1,500	147	149	15	1,649	162
PADOVA	9,912	581	931	60	10,843	641
ROVIGO	2,446	252	190	32	2,636	284
TREVISO	7,082	637	580	59	7,662	696
VENEZIA	12,551	926	1,183	82	13,734	1,008
VERONA	10,255	729	931	103	11,186	832

VICENZA	4,353	394	364	54	4,717	448
VENETO	48,099	3,666	4,328	405	52,427	4,071
GORIZIA	1,818	130	184	15	2,002	145
PORDENONE	1,583	115	117	20	1,700	135
TRIESTE	1,694	123	212	14	1,906	137
UDINE	5,065	246	378	31	5,443	277
FRIULI VENEZIA GIULIA	10,160	614	891	80	11,051	694
GENOVA	18,534	1,276	1,902	136	20,436	1,412
IMPERIA	3,707	360	343	25	4,050	385
LA SPEZIA	5,351	341	505	48	5,856	389
SAVONA	5,736	472	532	61	6,268	533
LIGURIA	33,328	2,449	3,282	270	36,610	2,719
BOLOGNA	12,048	750	1,114	102	13,162	852
FERRARA	4,846	337	391	24	5,237	361
FORLI' CESENA	7,215	670	624	71	7,839	741
MODENA	6,244	447	489	43	6,733	490
PARMA	3,978	269	345	30	4,323	299
PIACENZA	5,094	314	537	38	5,631	352
RAVENNA	6,811	469	691	57	7,502	526
REGGIO EMILIA	5,693	347	427	38	6,120	385
RIMINI	6,938	603	595	51	7,533	654
EMILIA ROMAGNA	58,867	4,206	5,213	454	64,080	4,660
AREZZO	7,319	512	652	74	7,971	586
FIRENZE	20,633	1,534	2,184	196	22,817	1,730
GROSSETO	4,787	273	530	29	5,317	302
LIVORNO	11,060	717	1,489	108	12,549	825
LUCCA	4,852	313	446	30	5,298	343
MASSA	4,734	228	414	23	5,148	251
PISA	7,578	511	761	53	8,339	564
PISTOIA	4,790	251	455	26	5,245	277
PRATO	3,699	291	369	34	4,068	325
SIENA	4,990	240	473	32	5,463	272
TOSCANA	74,442	4,870	7,773	605	82,215	5,475
PERUGIA	7,918	467	775	59	8,693	526
TERNI	3,157	171	273	26	3,430	197
UMBRIA	11,075	638	1,048	85	12,123	723
ANCONA	6,561	625	535	64	7,096	689
ASCOLI PICENO	5,044	328	381	18	5,425	346
FERMO	138	18	6	2	144	20
MACERATA	3,237	206	314	14	3,551	220

PESARO	6,152	556	630	62	6,782	618
MARCHE	21,132	1,733	1,866	160	22,998	1,893
FROSINONE	7,620	575	449	40	8,069	615
LATINA	7,734	581	368	27	8,102	608
RIETI	1,752	131	165	17	1,917	148
ROMA	64,590	4,472	4,653	313	69,243	4,785
VITERBO	7,304	444	613	50	7,917	494
LAZIO	89,000	6,203	6,248	447	95,248	6,650
CHIETI	4,421	309	270	18	4,691	327
L'AQUILA	6,203	328	431	25	6,634	353
PESCARA	5,015	242	424	9	5,439	251
TERAMO	4,645	245	318	19	4,963	264
ABRUZZO	20,284	1,124	1,443	71	21,727	1,195
CAMPOBASSO	3,506	289	248	25	3,754	314
ISERNIA	1,582	55	102	6	1,684	61
MOLISE	5,088	344	350	31	5,438	375
AVELLINO	4,799	364	207	18	5,006	382
BENEVENTO	4,042	239	191	18	4,233	257
CASERTA	4,826	404	115	7	4,941	411
NAPOLI	27,583	1,587	1,071	39	28,654	1,626
SALERNO	16,936	1,230	537	28	17,473	1,258
CAMPANIA	58,186	3,824	2,121	110	60,307	3,934
BARI	22,861	1,756	862	69	23,723	1,825
BARLETTA-ANDRIA- TRANI	1,076	88	17	0	1,093	88
BRINDISI	8,430	707	403	46	8,833	753
FOGGIA	6,818	561	269	21	7,087	582
LECCE	10,852	854	685	51	11,537	905
TARANTO	15,734	1,214	800	78	16,534	1,292
PUGLIA	65,771	5,180	3,036	265	68,807	5,445
MATERA	3,196	242	139	11	3,335	253
POTENZA	4,606	344	191	17	4,797	361
BASILICATA	7,802	586	330	28	8,132	614
CATANZARO	7,306	543	328	18	7,634	561
COSENZA	12,295	823	508	24	12,803	847
CROTONE	2,897	218	75	7	2,972	225
REGGIO CALABRIA	4,546	236	263	24	4,809	260
VIBO VALENTIA	1,630	138	49	1	1,679	139
CALABRIA	28,674	1,958	1,223	74	29,897	2,032
AGRIGENTO	6,595	862	225	27	6,820	889
CALTANISSETTA	3,013	487	93	11	3,106	498

CATANIA	8,677	832	316	24	8,993	856
ENNA	1,877	228	71	17	1,948	245
MESSINA	10,424	894	665	42	11,089	936
PALERMO	33,702	2,877	2,304	230	36,006	3,107
RAGUSA	4,405	523	243	39	4,648	562
SIRACUSA	3,518	437	159	15	3,677	452
TRAPANI	6,790	813	381	60	7,171	873
SICILIA	79,001	7,953	4,457	465	83,458	8,418
CAGLIARI	12,368	944	691	49	13,059	993
NUORO	2,457	161	139	14	2,596	175
ORISTANO	1,330	129	78	3	1,408	132
SASSARI	11,236	524	1,039	56	12,275	580
SARDEGNA	27,391	1,758	1,947	122	29,338	1,880
TOTALE ITALIA	830,493	62,381	61,457	5,242	891,950	67,623

PERSONE SEGNALATE AI PREFETTI AI SENSI DELL'ARTICOLO 75 T.U. N. 309/90						
dal 1 gennaio 2015 al 31.12.2015						
Dati provinciali			Rilevazione al 4 aprile 2016			
Provincia	MASCHI		FEMMINE		TOTALE	
	Segnalati	Di cui minori (1)	Segnolate	Di cui minori (1)	Segnalati	Di cui minori (1)
ALESSANDRIA	121	3	10	0	131	3
ASTI	40	5	5	0	45	5
BIELLA	72	15	5	1	77	16
CUNEO	221	49	36	15	257	64
NOVARA	155	39	10	2	165	41
TORINO	1,552	150	112	17	1,664	167
VERBANIA	108	16	8	2	116	18
VERCELLI	135	21	9	1	144	22
PIEMONTE	2,404	298	195	38	2,599	336
AOSTA	122	14	10	1	132	15
VALLE D'AOSTA	122	14	10	1	132	15
BERGAMO	578	71	32	4	610	75
BRESCIA	322	45	38	4	360	49
COMO	38	4	2	0	40	4
CREMONA	262	39	21	4	283	43
LECCO	10	0	4	0	14	0
LODI	82	17	4	0	86	17
MANTOVA	181	18	17	0	198	18
MILANO	601	106	40	7	641	113
MONZA E DELLA BRIANZA	19	4	1	1	20	5
PAVIA	30	7	5	0	35	7
SONDRIO	131	20	16	2	147	22
VARESE	116	20	12	2	128	22
LOMBARDIA	2,370	351	192	24	2,562	375
BOLZANO	448	61	37	10	485	71
TRENTO	37	3	8	1	45	4
TRENTINO ALTO ADIGE	485	64	45	11	530	75
BELLUNO	29	5	4	1	33	6
PADOVA	578	51	57	6	635	57
ROVIGO	76	16	5	1	81	17

TREVISO	516	71	41	6	557	77
VENEZIA	540	80	54	9	594	89
VERONA	423	53	45	13	468	66
VICENZA	338	54	33	9	371	63
VENETO	2,500	330	239	45	2,739	375
GORIZIA	56	7	3	1	59	8
PORDENONE	80	17	5	2	85	19
TRIESTE	14	4	0	0	14	4
UDINE	54	2	3	0	57	2
FRIULI VENEZIA GIULIA	204	30	11	3	215	33
GENOVA	770	91	52	6	822	97
IMPERIA	167	29	12	0	179	29
LA SPEZIA	231	23	18	2	249	25
SAVONA	220	37	21	7	241	44
LIGURIA	1,388	180	103	15	1,491	195
BOLOGNA	528	47	58	13	586	60
FERRARA	193	25	13	1	206	26
FORLI' CESENA	91	30	5	2	96	32
MODENA	139	5	13	3	152	8
PARMA	350	33	26	4	376	37
PIACENZA	140	19	8	1	148	20
RAVENNA	375	48	21	7	396	55
REGGIO EMILIA	85	11	8	0	93	11
RIMINI	204	27	12	3	216	30
EMILIA ROMAGNA	2,105	245	164	34	2,269	279
AREZZO	283	37	27	3	310	40
FIRENZE	1,022	113	94	12	1,116	125
GROSSETO	152	16	21	1	173	17
LIVORNO	353	38	53	5	406	43
LUCCA	339	23	31	0	370	23
MASSA	167	14	7	0	174	14
PISA	329	31	41	5	370	36
PISTOIA	219	18	27	3	246	21
PRATO	293	29	11	3	304	32
SIENA	80	15	10	0	90	15

TOSCANA	3,237	334	322	32	3,559	366
PERUGIA	234	15	29	1	263	16
TERNI	24	2	2	0	26	2
UMBRIA	258	17	31	1	289	18
ANCONA	320	71	34	16	354	87
ASCOLI PICENO	124	22	9	0	133	22
FERMO	9	0	0	0	9	0
MACERATA	126	12	12	0	138	12
PESARO	212	30	20	2	232	32
MARCHE	791	135	75	18	866	153
FROSINONE	223	18	13	0	236	18
LATINA	153	17	12	1	165	18
RIETI	68	10	15	1	83	11
ROMA	2,447	236	197	16	2,644	252
VITERBO	134	18	20	3	154	21
LAZIO	3,025	299	257	21	3,282	320
CHIETI	162	13	11	2	173	15
L'AQUILA	159	5	10	1	169	6
PESCARA	261	12	14	0	275	12
TERAMO	167	14	10	2	177	16
ABRUZZO	749	44	45	5	794	49
CAMPOBASSO	228	27	17	1	245	28
ISERNIA	22	1	1	0	23	1
MOLISE	250	28	18	1	268	29
AVELLINO	253	31	12	1	265	32
BENEVENTO	187	11	4	0	191	11
CASERTA	30	0	4	0	34	0
NAPOLI	384	3	22	0	406	3
SALERNO	896	78	25	1	921	79
CAMPANIA	1,750	123	67	2	1,817	125
BARI	480	123	30	4	510	127
BARLETTA-ANDRIA- TRANI	18	1	0	0	18	1
BRINDISI	357	19	24	1	381	20
FOGGIA	140	33	0	0	140	33
LECCE	452	41	34	1	486	42

TARANTO	804	93	36	6	840	99
PUGLIA	2,251	310	124	12	2,375	322
MATERA	95	10	3	0	98	10
POTENZA	255	20	16	3	271	23
BASILICATA	350	30	19	3	369	33
CATANZARO	360	25	17	0	377	25
COSENZA	701	53	36	0	737	53
CROTONE	68	0	2	0	70	0
REGGIO CALABRIA	133	8	8	0	141	8
VIBO VALENTIA	94	5	1	0	95	5
CALABRIA	1,356	91	64	0	1,420	91
AGRIGENTO	285	49	8	0	293	49
CALTANISSETTA	65	8	1	0	66	8
CATANIA	173	19	7	0	180	19
ENNA	149	18	6	3	155	21
MESSINA	197	23	14	4	211	27
PALERMO	1,881	146	104	16	1,985	162
RAGUSA	60	17	1	0	61	17
SIRACUSA	6	1	0	0	6	1
TRAPANI	229	21	11	1	240	22
SICILIA	3,045	302	152	24	3,197	326
CAGLIARI	98	6	9	0	107	6
NUORO	45	3	5	0	50	3
ORISTANO	23	3	1	0	24	3
SASSARI	331	33	32	3	363	36
SARDEGNA	497	45	47	3	544	48
TOTALE ITALIA	29,137	3,270	2,180	293	31,317	3,563

PERSONE SEGNALATE AI SENSI DELL'ARTICOLO 75 T.U. N.309/90

Distribuzione numerica per sesso e classi di età

PERIODO DI RIFERIMENTO: dall'11-07-1990 al 31-12-2015

Elaborazione a livello regionale alla data del 04 - 04 - 2016

MASCHI

REGIONI	Fino a 14	15-17	18-20	21-22	23-25	26-28	29-30	Oltre 30	Totale
ABRUZZO	74	1,293	5,028	3,114	3,537	2,461	1,191	3,585	20,284
BASILICATA	43	676	2,106	1,209	1,369	829	404	1,163	7,802
CALABRIA	173	2,324	7,405	4,353	4,764	3,158	1,573	4,922	28,674
CAMPANIA	207	4,409	15,337	9,199	9,884	6,566	3,145	9,434	58,186
EMILIA ROMAGNA	258	4,654	14,915	8,433	9,301	6,674	3,496	11,132	58,867
FRIULI VENEZIA GIULIA	40	661	3,145	1,606	1,497	1,001	513	1,697	10,160
LAZIO	398	6,841	24,126	13,178	13,964	9,350	4,597	16,540	89,000
LIGURIA	186	2,793	8,101	4,601	5,236	3,856	1,951	6,601	33,328
LOMBARDIA	556	10,270	28,971	16,900	18,969	13,238	6,720	22,446	118,077
MARCHE	99	1,945	6,215	3,364	3,266	2,172	991	3,080	21,132
MOLISE	29	386	1,330	814	893	597	275	764	5,088
PIEMONTE	251	5,304	14,820	8,034	9,006	6,315	3,287	11,660	58,683
PUGLIA	427	6,679	18,774	10,003	10,354	6,775	3,164	9,590	65,771
SARDEGNA	148	1,936	6,592	3,999	4,344	3,172	1,585	5,613	27,391
SICILIA	457	9,977	24,247	11,833	11,634	7,113	3,271	10,463	79,001
TOSCANA	293	5,601	17,549	10,894	12,356	8,845	4,401	14,498	74,442
TRENTINO ALTO ADIGE	65	1,250	2,999	1,563	1,751	1,231	584	1,771	11,215
UMBRIA	32	719	2,771	1,729	1,809	1,231	615	2,169	11,075
VALLE D'AOSTA	14	270	919	619	822	575	273	726	4,218
VENETO	241	4,001	11,690	6,597	7,349	5,370	2,691	10,151	48,099
TOTALE GENERALE	3,991	71,989	217,040	122,042	132,105	90,529	44,727	148,005	830,493

PERSONE SEGNALATE AI SENSI DELL'ARTICOLO 75 T.U. N.309/90

Distribuzione numerica per sesso e classi di età

PERIODO DI RIFERIMENTO: dall'11-07-1990 al 31-12-2015

Elaborazione a livello regionale alla data del 04 - 04 - 2016

F E M M I N E									
REGIONI	Fino a 14	15-17	18-20	21-22	23-25	26-28	29-30	Oltre 30	Totale
ABRUZZO	8	69	305	239	278	182	88	274	1,443
BASILICATA	3	25	88	43	60	33	25	53	330
CALABRIA	8	72	233	178	242	156	78	256	1,223
CAMPANIA	12	103	450	312	395	289	124	434	2,121
EMILIA ROMAGNA	36	448	1,168	722	929	590	293	1,027	5,213
FRIULI VENEZIA GIULIA	3	81	201	120	148	136	54	148	891
LAZIO	27	449	1,445	910	1,067	724	358	1,268	6,248
LIGURIA	21	277	697	439	526	396	197	729	3,282
LOMBARDIA	70	893	2,226	1,282	1,432	978	487	1,754	9,122
MARCHE	10	163	522	300	337	199	87	248	1,866
MOLISE	3	30	91	51	60	43	19	52	350
PIEMONTE	40	487	1,163	731	882	598	325	1,038	5,264
PUGLIA	44	239	770	475	532	353	166	456	3,036
SARDEGNA	10	116	365	261	336	275	120	464	1,947
SICILIA	32	463	1,069	635	664	483	258	853	4,457
TOSCANA	44	607	1,802	1,075	1,344	923	456	1,521	7,773
TRENTINO ALTO ADIGE	12	137	267	165	171	103	45	187	1,087
UMBRIA	8	85	223	152	199	112	54	215	1,048
VALLE D'AOSTA	2	21	97	74	86	46	24	78	428
VENETO	32	409	969	605	661	548	219	884	4,328
TOTALE GENERALE	425	5,174	14,151	8,769	10,349	7,167	3,477	11,939	61,457

PERSONE SEGNALATE AI SENSI DELL'ARTICOLO 75 T.U. N.309/90
Distribuzione numerica per sesso e classi di età
PERIODO DI RIFERIMENTO: dall'11-07-1990 al 31-12-2015
Elaborazione a livello regionale alla data del 04 - 04 - 2016

TOTALE MASCHI E FEMMINE

REGIONI	Fino a 14	15-17	18-20	21-22	23-25	26-28	29-30	Oltre 30	Totale
ABRUZZO	82	1,362	5,333	3,353	3,815	2,643	1,279	3,859	21,727
BASILICATA	46	701	2,194	1,252	1,429	862	429	1,216	8,132
CALABRIA	181	2,396	7,638	4,531	5,006	3,314	1,651	5,178	29,897
CAMPANIA	219	4,512	15,787	9,511	10,279	6,855	3,269	9,868	60,307
EMILIA ROMAGNA	294	5,102	16,083	9,155	10,230	7,264	3,789	12,159	64,080
FRIULI VENEZIA GIULIA	43	742	3,346	1,726	1,645	1,137	567	1,845	11,051
LAZIO	425	7,290	25,571	14,088	15,031	10,074	4,955	17,808	95,248
LIGURIA	207	3,070	8,798	5,040	5,762	4,252	2,148	7,330	36,610
LOMBARDIA	626	11,163	31,197	18,182	20,401	14,216	7,207	24,200	127,199
MARCHE	109	2,108	6,737	3,664	3,603	2,371	1,078	3,328	22,998
MOLISE	32	416	1,421	865	953	640	294	816	5,438
PIEMONTE	291	5,791	15,983	8,765	9,888	6,913	3,612	12,698	63,947
PUGLIA	471	6,918	19,544	10,478	10,886	7,128	3,330	10,046	68,807
SARDEGNA	158	2,052	6,957	4,260	4,680	3,447	1,705	6,077	29,338
SICILIA	489	10,440	25,316	12,468	12,298	7,596	3,529	11,316	83,458
TOSCANA	337	6,208	19,351	11,969	13,700	9,768	4,857	16,019	82,215
TRENTINO ALTO ADIGE	77	1,387	3,266	1,728	1,922	1,334	629	1,958	12,302
UMBRIA	40	804	2,994	1,881	2,008	1,343	669	2,384	12,123
VALLE D'AOSTA	16	291	1,016	693	908	621	297	804	4,646
VENETO	273	4,410	12,659	7,202	8,010	5,918	2,910	11,035	52,427
TOTALE GENERALE	4,416	77,163	231,191	130,811	142,454	97,696	48,204	159,944	891,950

PERSONE SEGNALATE AI SENSI DELL'ARTICOLO 75 T.U. N.309/90

Distribuzione numerica per sesso e classi di età

PERIODO DI RIFERIMENTO : dal 01-01-2015 al 31-12-2015

Elaborazione a livello regionale alla data del 04 - 04 - 2016

MASCHI

Regione	Fino a 14	15-17	18-20	21-22	23-25	26-28	29-30	Oltre 30	Totale
ABRUZZO	1	43	174	87	106	65	39	234	749
BASILICATA	3	27	76	46	47	45	18	88	350

CALABRIA	10	83	242	168	204	130	80	438	1,355
CAMPANIA	14	111	372	228	237	198	97	493	1,750
EMILIA ROMAGNA	18	228	492	228	279	213	102	545	2,105
FRIULI VENEZIA GIULIA	2	28	64	29	21	18	5	37	204
LAZIO	17	284	658	386	406	261	132	881	3,025
LIGURIA	15	166	336	159	155	144	62	351	1,388
LOMBARDIA	19	332	481	272	272	222	107	665	2,370
MARCHE	10	127	232	95	111	53	21	142	791
MOLISE	4	24	59	40	31	24	16	52	250
PIEMONTE	25	273	514	266	269	208	94	755	2,404
PUGLIA	21	289	568	333	309	195	99	437	2,251
SARDEGNA	6	39	118	58	73	43	19	141	497
SICILIA	26	278	729	415	474	299	134	690	3,045
TOSCANA	34	300	669	367	391	306	142	1,028	3,237
TRENTINO ALTO ADIGE	3	63	141	53	66	46	23	90	485
UMBRIA	2	15	42	25	37	30	15	92	258
VALLE D'AOSTA	2	12	22	19	15	15	8	29	122
VENETO	29	302	592	288	298	222	129	640	2,500
TOTALE GENERALE	261	3,024	6,581	3,562	3,801	2,737	1,342	7,828	29,136

PERSONE SEGNALATE AI SENSI DELL'ARTICOLO 75 T.U. N.309/90

Distribuzione numerica per sesso e classi di età

PERIODO DI RIFERIMENTO : dal 01-01-2015 al 31-12-2015

Elaborazione a livello regionale alla data del 04 - 04 - 2016

F E M M I N E

Regione	Fino a 14	15-17	18-20	21-22	23-25	26-28	29-30	Oltre 30	Totale
ABRUZZO	2	3	6	10	4	5	4	11	45
BASILICATA	0	3	4	2	3	1	2	4	19

CALABRIA	0	0	16	4	12	4	5	24	65
CAMPANIA	0	2	9	17	13	8	4	14	67
EMILIA ROMAGNA	8	26	32	10	23	18	4	43	164
FRIULI VENEZIA GIULIA	0	3	2	1	0	2	0	3	11
LAZIO	2	19	48	35	41	28	14	70	257
LIGURIA	3	12	20	13	13	8	5	29	103
LOMBARDIA	3	21	35	18	19	15	19	62	192
MARCHE	3	15	16	13	6	7	4	11	75
MOLISE	0	1	2	2	2	6	1	4	18
PIEMONTE	2	36	35	23	20	10	10	59	195
PUGLIA	1	11	27	19	18	12	7	29	124
SARDEGNA	2	1	13	6	4	4	2	15	47
SICILIA	2	22	33	21	24	7	6	37	152
TOSCANA	5	27	58	35	47	31	18	101	322
TRENTINO ALTO ADIGE	1	10	13	9	5	2	1	4	45
UMBRIA	0	1	7	4	5	2	1	11	31
VALLE D'AOSTA	0	1	2	2	0	2	0	3	10
VENETO	4	41	61	30	21	23	6	53	239
TOTALE GENERALE	38	255	439	274	280	195	113	587	2,181

PERSONE SEGNALATE AI SENSI DELL'ARTICOLO 75 T.U. N.309/90

Distribuzione numerica per sesso e classi di età

PERIODO DI RIFERIMENTO : dal 01-01-2015 al 31-12-2015

Elaborazione a livello regionale alla data del 04 - 04 - 2016

TOTALE MASCHI E FEMMINE

Regione	Fino a 14	15-17	18-20	21-22	23-25	26-28	29-30	Oltre 30	Totale
ABRUZZO	3	46	180	97	110	70	43	245	794
BASILICATA	3	30	80	48	50	46	20	92	369
CALABRIA	10	83	258	172	216	134	85	462	1,420

CAMPANIA	14	113	381	245	250	206	101	507	1,817
EMILIA ROMAGNA	26	254	524	238	302	231	106	588	2,269
FRIULI VENEZIA GIULIA	2	31	66	30	21	20	5	40	215
LAZIO	19	303	706	421	447	289	146	951	3,282
LIGURIA	18	178	356	172	168	152	67	380	1,491
LOMBARDIA	22	353	516	290	291	237	126	727	2,562
MARCHE	13	142	248	108	117	60	25	153	866
MOLISE	4	25	61	42	33	30	17	56	268
PIEMONTE	27	309	549	289	289	218	104	814	2,599
PUGLIA	22	300	595	352	327	207	106	466	2,375
SARDEGNA	8	40	131	64	77	47	21	156	544
SICILIA	28	300	762	436	498	306	140	727	3,197
TOSCANA	39	327	727	402	438	337	160	1,129	3,559
TRENTINO ALTO ADIGE	4	73	154	62	71	48	24	94	530
UMBRIA	2	16	49	29	42	32	16	103	289
VALLE D'AOSTA	2	13	24	21	15	17	8	32	132
VENETO	33	343	653	318	319	245	135	693	2,739
TOTALE GENERALE	299	3,279	7,020	3,836	4,081	2,932	1,455	8,415	31,317

PERSONE SEGNALATE AI SENSI DELL'ARTICOLO 75 T.U. N.309/90			
Distribuzione delle sostanze per sesso			
PERIODO DI RIFERIMENTO : dal 11-07-1990 al 31-12-2015			
Data di elaborazione : 04 - 04 - 2016			
Descrizione	Maschi	Femmine	Totale
EROINA	125,542	14,359	139,901
METADONE	4,039	574	4,613
MORFINA	462	63	525
ALTRI OPPIACEI	3,914	344	4,258
TOTALE	4,376	407	4,783

COCAINA	102,531	7,054	109,585
CRACK	1,109	86	1,195
TOTALE	103,640	7,140	110,780

ANFETAMINE	1,513	188	1,701
ECSTASY ED ANALOGHI	6,121	590	6,711
CANNABINOIDI	754,819	44,777	799,596
ALTRI STIMOLANTI	90	11	101
BARBITURICI	22	1	23
BENZODIAZEPINE	552	59	611
ALTRI IPNOTICI E SEDATIVI	146	17	163
LSD	533	62	595
ALTRI ALLUCINOGENI	266	39	305
INALANTI VOLATILI	456	32	488
ALTRE SOSTANZE ILLEGALI	33,950	2,730	36,680
TOTALE	36,015	2,951	38,966

PERSONE SEGNALATE AI SENSI DELL'ARTICOLO 75 T.U. N.309/90 Distribuzione delle sostanze per sesso PERIODO DI RIFERIMENTO: dall'1-01-2015 al 31-12-2015 Data di elaborazione: 04 - 04 – 2016			
Descrizione	Maschi	Femmine	Totale
EROINA	1,664	232	1,896
METADONE	122	18	140
MORFINA	39	0	39
ALTRI OPPIACEI	159	13	172
COCAINA	3,874	297	4,171
CRACK	67	9	76
ANFETAMINE	115	9	124
ECSTASY ED ANALOGHI	120	9	129
ALTRI STIMOLANTI	11	1	12
BENZODIAZEPINE	8	0	8
ALTRI IPNOTICI E SEDATIVI	6	1	7
LSD	7	1	8
ALTRI ALLUCINOGENI	20	6	26
INALANTI VOLATILI	110	12	122
CANNABINOIDI	24,686	1,717	26,403
ALTRE SOSTANZE ILLEGALI	88	6	94

PARTE III
INTERVENTI SANITARI E
SOCIALI

Capitolo 1 – Rete dei servizi e modelli di funzionamento

a cura di: - Commissione Salute della Conferenza delle Regioni e delle Province Autonome GTID - Ministero della Salute, Direzione Generale della Prevenzione, Direzione generale della digitalizzazione del sistema informativo sanitario e della statistica - Ministero dell' Interno, Dipartimento per le Politiche del Personale dell'Amministrazione Civile e per le Risorse strumentali Finanziarie -Ministero Giustizia, Dipartimento Amministrazione Penitenziaria (DAP) -Associazione Coordinamento Nazionale Comunità di Accoglienza (CNCA) - Forum Droghe –Istituto Suprire di Sanità ISS, Dipartimento Malattie Infettive, Parassitarie ed immunomediate.

1.1 Le Politiche nazionali e regionali

La presente sezione della Relazione al Parlamento rappresenta il risultato del confronto tra il Governo Centrale e le Regioni e P.A. sotto i seguenti aspetti tra loro strettamente interconnessi:

- raccolta, condivisione ed elaborazione dei dati dei flussi informativi regionali con il Ministero della Salute
- confronto interno interregionale (Gruppo Tecnico Interregionale Dipendenze)

Tale processo è finalizzato ad approfondire e migliorare le politiche sanitarie e socio-sanitarie nel campo delle dipendenze.

I Livelli Essenziali di Assistenza

La revisione del titolo V° della Costituzione (Legge Costituzionale 18 ottobre 2001 n.3) ha ridisegnato il quadro generale delle attribuzioni di competenze dello Stato, delle Regioni e degli Enti Locali. Lo Stato ha legislazione esclusiva nella determinazione dei livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali che devono essere garantiti su tutto il territorio nazionale, ivi inclusi i livelli Essenziali di assistenza, (LEA), emanati con Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri, previa definizione ed approvazione con accordi, nell'ambito della Conferenza Stato/Regioni. Si è pertanto ulteriormente rafforzato il ruolo delle Regioni e Province autonome che hanno la piena responsabilità circa l'organizzazione dei Servizi sanitari Regionali e l'erogazione delle prestazioni sanitarie.

Gli attuali Livelli Essenziali di Assistenza sono stati definiti con il Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 29 novembre 2001, entrato in vigore il 23 febbraio 2002. I LEA relativi all'assistenza nell'ambito delle patologie da dipendenza sono compresi nell'area "assistenza distrettuale", corrispondente alle attività e ai servizi sanitari e sociosanitari ambulatoriali e domiciliari, ai servizi semiresidenziali e residenziali. Con riferimento alle dipendenze e alle relative prestazioni previste dai LEA sul territorio nazionale, si riportano di seguito i principali riferimenti legislativi:

- DPR 1° ottobre 1990, n. 309 (TU disciplina stupefacenti),
- Provvedimento 21 gennaio 1999 Accordo Stato Regioni per la "Riorganizzazione del sistema di assistenza ai tossicodipendenti.",
- Legge 30 marzo 2001, n. 125 in materia di alcol e problemi alcol correlati,
- Provvedimento 5 agosto 1999 - Intesa Stato-Regioni "Determinazione dei requisiti minimi standard dei servizi privati di assistenza ai tossicodipendenti",
- D.lgs. 19 giugno 1999 n.229 (norme di razionalizzazione del SSN),
- D.lgs. 22 giugno 1999, n. 230 (riordino della medicina penitenziaria),
- D.M. 21. 4. 2000 "Progetto Obiettivo Tutela della salute in ambito penitenziario",
- DPCM 14 febbraio 2001 in materia di prestazioni socio-sanitarie,
- DPCM 1° aprile 2008 in materia di sanità penitenziaria,

- Decreto-legge 13 settembre 2012, n. 158, coordinato con la legge di conversione 8 novembre 2012, n. 189, recante “Disposizioni urgenti per promuovere lo sviluppo del Paese mediante un più alto livello di tutela della salute” (cd decreto Balduzzi)
- Accordo in Conferenza Unificata del 22 gennaio 2015 su “Linee guida in materia di erogazione dell’assistenza sanitaria negli istituti penitenziari per adulti; implementazione delle reti sanitarie regionali e nazionali”.

Si sottolinea che alla data di redazione della presente sezione è in corso di definizione l’aggiornamento dei LEA.

Il Sistema Informativo Nazionale Dipendenze (SIND)

La raccolta e analisi dei dati sui servizi e sull’utenza sono gestite al livello nazionale dal Ministero della Salute e al livello locale dalle singole Regioni e P.A.

Nel contesto del Nuovo Sistema Informativo Sanitario (NSIS) è stato definito il **Sistema Informativo Nazionale Dipendenze (SIND)** con le finalità e secondo le indicazioni del D.M. 11 giugno 2010 “Istituzione del sistema informativo nazionale per le dipendenze” di:

- monitorare l’attività dei servizi, con analisi del volume di prestazioni e valutazioni epidemiologiche sulle caratteristiche dell’utenza e sui piani di trattamento;
- supportare le attività gestionali dei Servizi, per valutare il grado di efficienza e di utilizzo delle risorse;
- supportare la costruzione di indicatori di struttura, processo ed esito, sia a livello regionale che nazionale;
- supportare la redazione della Relazione al Parlamento e degli altri rapporti epidemiologici, esclusivamente composti da dati aggregati, derivanti dagli obblighi informativi nei confronti dell’Osservatorio Europeo, delle Nazioni Unite - Annual Report Questionnaire;
- adeguare la raccolta di informazioni rispetto alle linee guida dell’Osservatorio Europeo delle Droghe e Tossicodipendenze.

Il Decreto disciplina nel dettaglio la rilevazione delle informazioni relative agli interventi sanitari e socio-sanitari erogati da operatori afferenti al SSN nell’ambito dell’assistenza rivolta alle persone che fanno uso di sostanze stupefacenti o psicotrope (esclusi alcol o tabacco o comportamenti quali il gioco d’azzardo come uso primario); descrive inoltre le modalità di trasmissione, con cadenza annuale, di tali dati dalle Regioni e Province Autonome al NSIS.

Per ogni soggetto in trattamento presso i Servizi per le Dipendenze (Ser.D.), viene inviata, in forma aderente alle disposizioni del D.P.R. 9 ottobre 1990, n. 309 o comunque priva di dati direttamente identificativi, una serie di informazioni riguardanti:

1. le caratteristiche socio-anagrafiche;
2. la situazione patologica;
3. l’uso di sostanze;
4. i marker infettivologici;
5. le terapie farmacologiche;
6. le prestazioni erogate.

Oggetto di rilevazione, in particolare, è il singolo soggetto per il quale siano soddisfatti i seguenti requisiti:

- accesso al servizio (Ser.D.), con specificazione se in ambito penitenziario

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

L'unità di rilevazione del sistema informativo SIND è il singolo contatto del soggetto assistito dal servizio per il quale siano soddisfatti i tre requisiti precedentemente elencati. Per ciascun soggetto assistito devono essere rilevati tutti i contatti con i Ser.D. presenti nella Regione o Provincia Autonoma nel corso del periodo di osservazione.

Con il termine "contatto" si intende la presa in carico assistenziale all'interno della quale sia stata erogata almeno una prestazione tra quelle previste nei gruppi omogenei di prestazioni.

Il flusso informativo SIND è suddiviso nelle seguenti macroaree:

1. informazioni di carattere anagrafico sui servizi per le tossicodipendenze (archivio STRUTTURE)
2. informazioni sull'utenza assistita e sulle prestazioni erogate (archivio ATTIVITA')
 - informazioni sul personale che opera presso i servizi (archivio PERSONALE)
 - informazioni di tipo aggregato relative all'esecuzione del test SIEROLOGICO HIV

Tale sistema, secondo le indicazioni del decreto istitutivo, è entrato a regime a decorrere dal 1° gennaio 2012.

La copertura informativa è aumentata progressivamente nel corso degli anni. Per quanto riguarda l'anno 2015, è pari al 98% su scala nazionale delle sedi ambulatoriali censite, con una distribuzione regionale come da seguente tabella.

Tabella 35. Percentuale di Ser.D. che hanno inviato i dati a SIND per Regione. Anno 2015. Fonte SIND.

Regione/PP AA.	Sedi rispondenti %
Piemonte	100,0%
Valle d'Aosta	100,0%
Lombardia	97,6%
Bolzano	100,0%
Trento	100,0%
Veneto	97,4%
Friuli-Venezia Giulia	100,0%
Liguria	100,0%

Emilia-Romagna	100,0%
Toscana	97,5%
Umbria	100,0%
Marche	100,0%
Lazio	76,1%
Abruzzo	100,0%
Molise	80,0%
Campania	97,8%
Puglia	100,0%
Basilicata	100,0%
Calabria	100,0%
Sicilia	98,0%
Sardegna	95,2%

Il confronto interregionale

Nel campo delle dipendenze, analogamente a quanto accade in altri settori, sono riscontrabili differenze organizzative rilevanti tra i sistemi sanitari delle diverse Regioni e PA. La necessità di rispondere alla continua evoluzione dei fenomeni attraverso l'attuazione di nuovi paradigmi di intervento, le diverse sensibilità ed orientamenti espressi dai territori, le molteplici soluzioni proposte dagli interlocutori locali, uniti alla variabilità degli indirizzi propri delle competenze regionali, hanno portato allo sviluppo nel tempo di rilevanti differenziazioni meritevoli di approfondimenti relativamente all'impatto sulla salute della popolazione.

D'altra parte, il settore è caratterizzato da aspetti di complessità rilevabili su diversi livelli, rispetto ai quali le Regioni e PA condividono fondamentalmente una lettura univoca, che mette a fuoco in particolare i seguenti elementi:

- la mutevolezza e complessità del fenomeno, che necessita di una costante attenzione ai cambiamenti (cambiamenti sociali, di consumo, di welfare, di mercato, etc.),
- la molteplicità dei sistemi coinvolti (sanitario, sociale, giustizia, formazione e lavoro, ecc.),
- la presenza di un Privato no profit, accreditato o convenzionato (di seguito "Privato") senza fini di lucro, storicamente significativo nella costruzione di modelli di intervento,
- la presenza di competenze professionali e scientifiche che si formano sul campo, e non in specifiche scuole di specializzazione, e che offrono un importante contributo all'innovazione delle conoscenze e dei saperi,
- la natura multifattoriale delle patologie da dipendenza, da cui deriva la necessità di integrazione teorica, clinica ed operativa tra le differenti discipline.

Le stesse Regioni e PA, pertanto, sulla base di una visione condivisa, hanno ritenuto indispensabile dotarsi di sistemi comuni di monitoraggio ed analisi, contribuendo attivamente alla costruzione dei sistemi di rilevazione nazionali ed inoltre realizzando proprie iniziative di monitoraggio, come base per iniziative di confronto volte al miglioramento reciproco. Hanno inoltre attuato, negli anni passati, alcune iniziative importanti, in particolare la sottoscrizione del primo Accordo tra la Conferenza delle Regioni e PA, FICT, CNCA e Consulta delle Società Scientifiche e delle Associazioni Professionali

nel campo delle Dipendenze Patologiche (Accordo del 29 ottobre 2009) e la realizzazione del primo evento pubblico organizzato dalla Conferenza delle Regioni e P.A., svoltosi a Torino nel dicembre 2009, dal titolo “La Governance delle dipendenze”, atto a fare emergere i punti di forza e debolezza dei sistemi locali.

Queste esperienze, alle quali si è associato un lungo percorso di confronto con i principali stakeholder (servizi pubblici, privato no profit, organizzazioni sindacali, società scientifiche, associazionismo), hanno fatto emergere le seguenti linee strategiche:

- la necessità di sviluppare collaborazioni istituzionali permanenti tra il Governo nazionale, le Regioni e Province autonome e le autonomie locali, favorendo una *governance* partecipata, per una concertazione delle strategie di intervento;
- la necessità di strutturare ambiti di confronto e lavoro comune tra il gruppo tecnico interregionale e le più rilevanti reti del privato no profit, le Società Scientifiche e le Organizzazioni Sindacali, con l’obiettivo della massima integrazione istituzionale, operativa e professionale;
- la necessità di una politica bilanciata e basata sui quattro pilastri (contrasto al narcotraffico, prevenzione, cura - riabilitazione, riduzione del danno), già adottata e raccomandata dalla Commissione Europea.

Allo stesso tempo venivano evidenziati gli obiettivi da perseguire, riferiti alle principali criticità riscontrate nel sistema, relative a quattro fattori principali:

- garantire l’esigibilità dei LEA Sanitari e dei LIVEA Sociali in tutto il territorio nazionale;
- recuperare il divario tra le diverse Regioni;
- garantire risorse certe ed adeguate, funzionali al mantenimento ed al miglioramento dei servizi pubblici e del privato no profit;
- affrontare l’emergenza carceri, anche attraverso il potenziamento delle misure alternative previste dalla normativa.

Tuttavia negli anni successivi, a causa delle modalità di approccio adottate nel confronto tra lo Stato e le Regioni, si è interrotto il percorso di positiva integrazione avviato tra le istituzioni centrali e regionali e gli enti a vario titolo coinvolti.

A partire dalla seconda metà del 2014 sono stati riattivati alcuni tavoli istituzionali di confronto e partecipazione, nel 2015 si è lavorato congiuntamente tra Ministero della Salute, Istituto Superiore di Sanità e Regioni e PA in particolare su temi inerenti le attività di screening delle malattie infettive effettuate dai servizi per le dipendenze e il gioco d’azzardo patologico, oltre al proseguimento delle attività tese a migliorare il Sistema Informativo Nazionale delle Dipendenze e la conseguente analisi dei dati rilevati.

Sul piano generale, tuttavia, ad oggi permangono sostanzialmente le stesse criticità sopra evidenziate e gli obiettivi strategici già emersi dalle iniziative di confronto realizzate nel 2009 sono ancora lontani dall’essere raggiunti.

Un importante elemento di novità, che getta le basi di un lavoro sistematico su questi temi, è costituito dalla richiesta di collaborazione con il Gruppo Tecnico Interregionale Dipendenze, avanzata dal DPA e approvata dalla Commissione Salute in data 25 maggio 2016.

Organizzazione dei livelli di governo regionale nell’ambito delle dipendenze (governo del sistema).

Le Regioni e P.A. hanno definito in modo non omogeneo l’attribuzione della delega per il settore delle Dipendenze. La delega è in capo o all’Assessorato alla Sanità o all’Assessorato Politiche Sociali o a entrambi gli Assessorati coinvolti. Questi diversi approcci ben evidenziano la complessità del

tema, che richiede contributi da entrambi i settori. La Conferenza dei Presidenti delle Regioni ha comunque deciso di garantire l'unitarietà dell'approccio attribuendo la competenza sul tema alla Commissione Salute, composta dagli Assessori alla Sanità. A questa Commissione fa riferimento il Gruppo Tecnico Interregionale Dipendenze (GTID), composto dai funzionari e tecnici delle singole Regioni e P.A.

Modalità e livelli di partecipazione al processo decisionale (governance)

La condivisione delle scelte di politica sanitaria e socio-sanitaria nelle dipendenze è un patrimonio storico derivante dalla funzione svolta nella comprensione del fenomeno e nell'erogazione di trattamenti da parte dei servizi pubblici e del Privato no profit. Tale importante contributo ha determinato, nel tempo, una cultura diffusa di partecipazione alle scelte, con la realizzazione di processi di governance, sempre presenti, seppur attuati a livelli e con modalità e strategie diverse. Parallelamente l'integrazione operativa tra Servizi Pubblici e del Privato no profit, che costituiscono a tutti gli effetti nel loro insieme il sistema di intervento pubblico per le dipendenze, è un valore riconosciuto da tutte le Regioni e P.A.

La *governance* pubblica si concretizza, a livello regionale, in particolare nelle attività di programmazione, nella identificazione di linee progettuali, in ambito normativo/regolativo, nella formazione e nella programmazione degli investimenti.

Al livello locale di azienda sanitaria analogo processo di confronto e di condivisione avviene tra i Servizi Pubblici ed i servizi del Privato no profit, generalmente sulle medesime tematiche trattate al livello centrale regionale.

1.2 Organizzazione della rete dei servizi

Le Regioni e P.A., in funzione delle competenze loro attribuite, organizzano la rete dei servizi coerentemente con l'analisi dei bisogni e della domanda di trattamento localmente elaborata e con le strategie di politica sanitaria adottate. Tuttavia, la rete dei servizi per le dipendenze riconosce alcuni principi ispiratori comuni in tutto il territorio nazionale, che ne caratterizzano la specificità, ovvero:

- Gli stili di consumo presentano oggi scenari inimmaginabili fino a pochi anni fa, determinando una domanda di trattamento che si è profondamente modificata negli anni. E' necessario pertanto un aggiornamento costante per gestire e curare soggetti con quadri clinici (determinati da nuove sostanze, caratterizzati da comorbilità, cronicità, ecc.) o appartenenti a fasce di popolazione (giovannissimi, stranieri, ecc.) non trattati in precedenza.
- La mutevolezza e complessità del fenomeno delle Dipendenze coinvolge molteplici sistemi, che travalicano quelli esclusivamente sanitari e sociali. L'organizzazione dei servizi per le dipendenze non può prescindere da una visione multiprospettica, centrata sul lavoro di rete e sulla sinergia di politiche locali.
- Il trattamento delle patologie da dipendenza richiede un'elevata competenza professionale, caratterizzata dalla capacità di lavorare in equipe trattamentali multiprofessionali ed in reti intersistemiche, nonché dalla capacità di un continuo aggiornamento e rimodulazione dell'agire professionale.

Le Regioni e P.A., seppur nelle diverse soluzioni organizzative prescelte ed in relazione alle risorse disponibili, hanno orientato la rete dei servizi per le dipendenze in funzione di tali elementi: innovazione, lavoro di rete, integrazione multiprofessionale.

- **Offerta ambulatoriale: i Ser.D.**

Negli anni Novanta, con l'emersione della diffusione dell'eroina e delle patologie infettive correlate, sono state emanate importanti normative di settore, tra cui quelle di istituzione e di funzionamento dei servizi per le tossicodipendenze, con l'articolo 27 della Legge 26 giugno 1990, n.162, e successive integrazioni avvenute nel corso degli anni (D.M. 444/90, Legge 18 febbraio 1999 n.45; Accordo C.U. 21.01.99 rep atti n. 593).

Con la revisione del Titolo V della Costituzione, le Regioni e P.A. hanno assunto piena responsabilità circa l'organizzazione dei servizi sanitari regionali.

Con la Legge 79 del 2014 sono stati ridenominati i servizi pubblici: Ser.D. – servizi pubblici per le dipendenze. Tale modificazione evidenzia il cambiamento culturale e di mandato istituzionale ormai riconosciuto a questi servizi: non si tratta più di assistere tossicodipendenti, principalmente da eroina, ma di fornire servizi di elevata specializzazione a soggetti con diverse tipologie di patologie da dipendenza, sia da sostanze illegali e legali che con dipendenze senza sostanza.

Negli anni, quindi, le Regioni e P.A., i singoli servizi e la comunità professionale hanno attuato, ciascuno per le proprie competenze, una diversificazione dell'offerta, in funzione della domanda di salute, delle conoscenze scientifiche e delle esperienze cliniche.

I Ser.D. assicurano l'accesso alle cure diretto, nella garanzia all'anonimato, in un'ottica di integrazione multidisciplinare.

Ogni paziente riceve un trattamento personalizzato, in funzione della valutazione diagnostica, attraverso la costruzione di un percorso terapeutico individuale costruito in accordo col paziente stesso. Il piano di trattamento, definito dal Ser.D., può essere realizzato in ambito ambulatoriale / domiciliare, semiresidenziale o residenziale.

Oltre ai trattamenti per i soggetti presi in carico, i Ser.D. assicurano attività di prevenzione e di reinserimento, anche in collaborazione con altre articolazioni del SSR e con altri Enti Locali.

Inoltre, sono state attribuite ai Ser.D. funzioni non precedentemente svolte, che indicano anche un'evoluzione del ruolo e della diversa rappresentazione sociale loro attribuita.

Alcuni tra i temi emergenti sono:

- la necessaria precocità nell'intervento;
- la cronicità e la continuità assistenziale;
- i minori e le funzioni genitoriali;
- l'intervento di prossimità e di ascolto;
- le urgenze e le estreme gravità;
- il tema droga e povertà;
- la riduzione del danno e dei rischi;
- il rapporto con i Medici di Medicina Generale (MMG) e la rete delle cure primarie in genere;
- la complessità di interpretazione del fenomeno GAP (gioco d'azzardo patologico).

Per quanto attiene alla cosiddetta "cronicità" bisogna sottolineare che l'intervento dei Servizi pubblici per le dipendenze in Italia ha garantito la presa in carico e la ritenzione in trattamento di ampie fasce di tossicodipendenti da eroina, anche attraverso il trattamento di mantenimento in terapia farmacologica sostitutiva, seguendo consolidate evidenze scientifiche internazionali. Questo ha

avuto conseguenze importanti in termini di riduzione o contenimento della trasmissione delle infezioni per via iniettiva e degli episodi di overdose, in termini di maggiore integrazione sociale e di una maggiore cura di sé e della propria salute, riducendo pertanto la mortalità precoce di cui è portatrice la popolazione dei tossicodipendenti da eroina. Questo ha consentito alla popolazione dei trattati di sopravvivere alle conseguenze della propria dipendenza e ha prodotto un progressivo invecchiamento della popolazione trattata, uno tra gli *outcome* positivi in termini di impatto sulla salute dell'intervento dei Servizi. Individuare modelli di intervento adatti ad affrontare le problematiche legate al progressivo invecchiamento della popolazione assistita rappresenta una delle importanti sfide del prossimo futuro del Servizio Sanitario nel suo complesso.

Oltre a quanto sopra menzionato, negli ultimi anni il personale dei servizi per le Dipendenze è stato chiamato ad essere componente delle Commissioni Medico Locali per valutare le persone fermate dalle Forze dell'Ordine per guida in stato di alterazione psicofisica, ovvero a valutare e certificare eventuali patologie/assenze di patologie da dipendenza nell'ambito degli accertamenti dei lavoratori che rientrano nelle cosiddette Mansioni a rischio" di cui alle Intese Stato-Regioni e PA del 2006 e 2007 e ai disposti di cui al Decreto Legislativo 81 del 2008 e s.m.i..

Fattore centrale nell'organizzazione dei servizi pubblici è rappresentato dal modello generale adottato dalle Regioni e P.A. per la definizioni degli Atti di organizzazione delle Aziende Sanitarie Locali. Su questo tema gli orientamenti regionali evidenziano strategie diverse, tra il dare indicazioni vincolanti con modelli di funzionamento univoci, ovvero offrire forti indicazioni lasciando autonomia alle singole Aziende di individuare soluzioni organizzative valide per lo specifico territorio, ovvero lasciare totale autonomia organizzativa.

I modelli organizzativi dei servizi pubblici per le dipendenze più frequenti sono rappresentati dal modello dipartimentale (autonomo, integrato con Salute Mentale, integrato con altri servizi, come materno infantile o cure primarie) o dall'inserimento della singola Unità Operativa nel Distretto.

Dalla rilevazione SIND risultano presenti sul territorio nazionale 525 Ser.D. Il numero dei Servizi non coincide con il numero delle sedi (638) di erogazione delle singole prestazioni, che vengono attivate per rendere il servizio più accessibile a tutta la popolazione, come si evince dalla Tabella 36. La dislocazione capillare dei Ser.D. garantisce un'ampia accessibilità alle cure, accessibilità favorita anche dai regimi di affidamento dei farmaci agonisti e, ove possibile, dalla collaborazione alla cura da parte dei medici di Medicina Generale e delle Cure Primarie.

Le equipe multiprofessionali sono portate a costruire una rete di collaborazione con le altre strutture aziendali e con le agenzie territoriali coinvolte negli interventi terapeutici, oltre che nella prevenzione.

Questa rete di collaborazioni costituisce la premessa e la spinta per una delle espressioni più qualificate del nostro SSN che è quella dell'integrazione socio-sanitaria.

Dalla lettura dei dati emerge la necessità di una maggiore condivisione di criteri affinché un servizio sia definito quale Ser.D. e non quale singola sede distaccata di erogazione prestazioni. Ad esempio: in alcuni casi la non disponibilità adeguata delle figure professionali prevista, determina la decisione di mantenere il presidio quale sede distaccata di altro Ser.D., in cui è possibile garantire l'intera gamma di trattamenti previsti.

Tabella 36 Numero Ser.D. e numero sedi ambulatoriali di erogazione prestazioni per singola Regione e P.A. Anno 2015. Fonte SIND.

Regione/PP AA	N. Ser.D.	N. sedi erogazione prestazioni
---------------	-----------	--------------------------------

Piemonte	77	111
Val d'Aosta	1	1
Lombardia	70	86
Bolzano	4	4
Trento	1	3
Veneto	38	38
Friuli Venezia Giulia	6	13
Liguria	16	16
Emilia Romagna	42	47
Toscana	40	41
Umbria	4	11
Marche	13	14
Lazio	41	45
Abruzzo	11	11
Molise	5	5
Campania	43	43
Puglia	19	55
Basilicata	6	6
Calabria	16	16
Sicilia	51	51
Sardegna	21	21
Totale	525	638

L'offerta ambulatoriale dei Ser.D., nella maggioranza delle Regioni e P.A. risponde alla domanda di cura della popolazione con patologia da dipendenza, senza distinzione tra le diverse tipologie di sostanze di abuso. In questi casi i servizi per la cura della tossicodipendenza coincidono con quelli per la cura dell'alcolismo, fermo restando la costituzione di equipe di lavoro dedicate. Nelle altre Regioni e P.A. i servizi per l'alcolismo o sono totalmente separati e distinti dai Ser.D. o sono non totalmente sovrapponibili.

Ne discende che la valorizzazione delle risorse (umane, economiche, di offerta terapeutica) immesse nel sistema riguardi nel primo caso l'intera domanda di assistenza relativa sia ai tossicodipendenti che agli alcolodipendenti.

Analogamente l'utenza in trattamento, riportata anche nella presente Relazione nel paragrafo successivo, non coincide con la totalità dell'utenza in trattamento presso i Ser.D.

Dai dati SIND si evincono informazioni circa le prestazioni ambulatoriali, dirette all'utenza con dipendenza da sostanze illegali, che rispondono ai criteri di inclusione del sistema stesso (vedi paragrafo precedente). Tale volume di prestazioni, come già evidenziato, non corrisponde quindi al volume di prestazioni totali erogate presso i Ser.D., che comprendono anche quelle rivolte a pazienti

con altre dipendenze (alcol, tabacco, senza sostanza, ecc), quelle in ambito preventivo e quelle relative alle consulenze previste per controlli sanitari (mansioni a rischio, patenti, ecc.).

Per quanto riguarda i soggetti con dipendenza da sostanze illegali e/o psicofarmaci non prescritti, il 60% dei soggetti ha avuto prestazioni farmacologiche con una media di 144 per utente, il 73% prestazioni psicosociali con una media di 15 per utente, l'80% prestazioni sanitarie diverse da quelle farmacologiche con una media di 20 per utente. Inoltre il 75% ha usufruito di prestazioni (in media 18 per utente) di tipologia diversa da quelle sanitarie e psicosociali e il 3,7% è stato inserito in Comunità terapeutica (Tabella 37)

). Il dato degli inserimenti in Comunità terapeutiche per tossicodipendenti è molto sottodimensionato rispetto alla realtà dei pazienti inseriti nel percorso anche in confronto ai dati, anch'essi sottostimati, forniti dalle Regioni nella Relazione al Parlamento 2015 (9,5%), come si evince anche dai dati sulla spesa sostenuta dalle Regioni e PA, riportati alla Tabella 37.

Tabella 37 Numero di prestazioni e numero di prestazioni per utente per tipologia di prestazione erogata agli utenti tossicodipendenti trattati nei Ser.D. Anno 2015. Fonte SIND. Il totale ha dimensione regionale e non coincide con quello calcolato in riferimento ai Ser.D.. Un soggetto che si rivolge a n Ser.D. è contato n volte nell'analisi per Ser.D. ma solo una volta a livello regione. Un soggetto può effettuare più tipologie di prestazioni. Le percentuali sono calcolate sul numero totale di soggetti (134.918).

Tipologia Prestazione	Numero Soggetti	% su Totale Utenti (n=134.918)	Numero Prestazioni	Prestazioni per utente
Altro	101.095	75,4%	1.787.205	17,7
Farmacologico	80.324	59,9%	11.561.086	143,9
Psicosociale	99.649	73,3%	1.472.508	14,8
Sanitario	107.809	80,4%	2.151.037	20,0
			16.971.836	125,8

Offerta residenziale e semiresidenziale.

I programmi residenziali e semiresidenziali costituiscono una risorsa importante, ampiamente utilizzata dai servizi nell'ambito di progetti terapeutici personalizzati. L'ampia gamma dei programmi disponibili, ad alto grado di specializzazione, associata al lavoro integrato tra le equipe dei Ser.D. ed i servizi residenziali e semiresidenziali, ha consentito di rispondere al mutare costante dei fenomeni di consumo/abuso/dipendenze, modellando i progetti terapeutici in relazione ai bisogni molteplici e variabili delle persone.

In questo senso, si segnala il differenziarsi della risposta residenziale, anche con programmi innovativi, in relazione all'incremento di forme variegata di multiproblematicità o di tipologie molto differenziate di pazienti: comorbilità psichiatriche (cd. "doppia diagnosi"), assenza/presenza di problemi organici, assenza/presenza di grave marginalità sociale, giovanissima età/invecchiamento della popolazione assistita, policonsumo. A tali profili molto differenziati, e tutti molto complessi dal punto di vista clinico, si è risposto con la strutturazione di percorsi multidisciplinari ad alto grado di personalizzazione.

Su un diverso versante, la risposta residenziale è stata ampliata a problematicità emergenti, quali il gambling e le dipendenze da comportamenti, con moduli di trattamento specifici (ad es., residenzialità breve, interventi nel week end).

L'assistenza residenziale e semiresidenziale garantisce un'offerta totale su scala nazionale di 13.700 Posti (dato 2014).

La quasi totalità di tale offerta è gestita da organizzazioni del Privato no profit, prevalentemente accreditato, attore da sempre importante nel sistema della rete dei servizi e nella costruzione dei modelli di intervento per le patologie da dipendenza.

La tipologia dell'offerta tra le Regioni e P.A. è solo parzialmente comparabile, non essendoci una definizione unica dei trattamenti (quali prestazioni/interventi assistenziali per singola tipologia). Le tipologie presenti sul territorio nazionale, con una distribuzione non omogenea, sono:

- Trattamenti Terapeutico Riabilitativi: i servizi residenziali e semiresidenziali sono presenti in tutto il territorio nazionale.
- Trattamenti Pedagogico Riabilitativi: presenti nella maggioranza delle Regioni e P.A. In alcune Regioni questa tipologia non è erogata, in genere in funzione delle trasformazioni in altre tipologie assistenziali delle precedenti Comunità pedagogiche
- Trattamenti Specialistici sono presenti nelle Regioni e P.A. del Nord e del Centro. Le tipologie di specialità sono rivolte a: pazienti con: comorbilità psichiatrica (doppia diagnosi), minori, madre-bambino, a specifiche dipendenze (da alcol, da cocaina, da gioco d'azzardo, ecc.) e pazienti con HIV/AIDS.
- Prima Accoglienza: presenti solo in alcune Regioni e P.A.. In questo caso la discordanza nella denominazione dei servizi è maggiore. .
- Centri di Osservazione, Diagnosi e Orientamento: anche in questo caso le differenze di denominazione e/o di attribuzione della funzione sono molteplici. In alcune Regioni e P.A. sono presenti servizi residenziali/semiresidenziali deputati esclusivamente a tale funzione. In altre tali funzioni sono attribuite esplicitamente ad altri servizi.
- Altre tipologie: molte Regioni e P.A. hanno attivato altre tipologie di offerta (Lungodegenza, Case Alloggio, Minori coinvolti nel circuito penale, ecc.) in funzione della analisi della domanda e della programmazione locale.

1.3 Risorse umane ed economiche.

Risorse umane Servizi Pubblici.

Una delle peculiarità dei Ser.D., è la composizione multiprofessionale delle equipe, caratteristica comune a tutti i servizi del Paese. Questo elemento è di fondamentale importanza per affrontare il mondo delle Dipendenze, contraddistinto da estrema complessità e mutevolezza. Dai dati SIND, gli operatori dei Ser.D. dedicati in parte o esclusivamente alla cura delle dipendenze connesse con sostanze illegali (escluso il gioco d'azzardo e l'alcol) nel 2015 sono 7.721 (Tabella 38). Mediamente, in Italia i Ser.D. hanno il 50% di figure professionali corrispondenti al medico e all'infermiere. Il restante 50% è composto da figure professionali quali: psicologo, assistente sociale, educatore, altro. Si osservano, però, importanti differenze tra regioni: la somma di medici e infermieri va da un minimo del 40% degli operatori a un massimo dell'86% (Tabella 39, Figura 53).

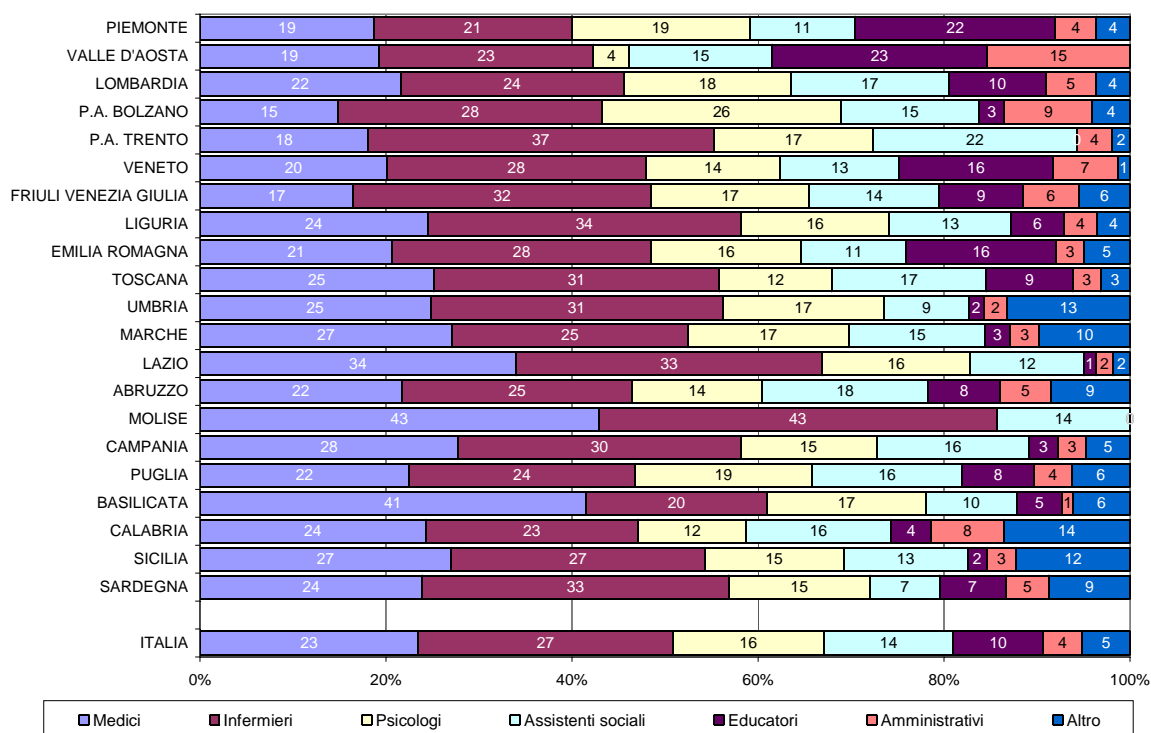
Tabella 38. Personale operante nei Ser.D. Anno 2015. Fonte SIND.

Professioni	Esclusivamente dedicato	Parzialmente dedicato	Totale	di cui a convenzione
PIEMONTE	609	274	883	175
VALLE D' AOSTA	24	2	26	6

LOMBARDIA	881	227	1.108	141
PROV. AUTON. BOLZANO	34	40	74	9
PROV. AUTON. TRENTO	105	-	105	-
VENETO	567	34	601	-
FRIULI VENEZIA GIULIA	162	38	200	15
LIGURIA	239	43	282	41
EMILIA ROMAGNA	264	505	769	72
TOSCANA	409	96	505	52
UMBRIA	118	3	121	8
MARCHE	185	40	225	33
LAZIO	389	158	547	50
ABRUZZO	121	8	129	7
MOLISE	7	-	7	3
CAMPANIA	520	34	554	35
PUGLIA	435	59	494	73
BASILICATA	59	23	82	28
CALABRIA	183	23	206	1
SICILIA	431	50	481	38
SARDEGNA	263	59	322	32
ITALIA	6.005	1.716	7.721	819

Tabella 39 Personale operante nei Ser.D. Anno 2015. Fonte SIND.

Regione	Medici	Infermie-ri	Psicologi	Assistenti sociali	Educatori	Amministrativi	Altro	Totale
PIEMONTE	165	188	169	100	190	39	32	883
VALLE D'AOSTA	5	6	1	4	6	4	0	26
LOMBARDIA	239	266	199	188	116	59	41	1.108
P.A. BOLZANO	11	21	19	11	2	7	3	74
P.A. TRENTO	19	39	18	23	0	4	2	105
VENETO	121	167	87	77	99	42	8	601
FRIULI VENEZIA GIULIA	33	64	34	28	18	12	11	200
LIGURIA	69	95	45	37	16	10	10	282
EMILIA ROMAGNA	159	214	124	87	124	23	38	769
TOSCANA	127	155	61	84	47	15	16	505
UMBRIA	30	38	21	11	2	3	16	121
MARCHE	61	57	39	33	6	7	22	225
LAZIO	186	180	87	67	7	10	10	547
ABRUZZO	28	32	18	23	10	7	11	129
MOLISE	3	3	0	1	0	0	0	7
CAMPANIA	154	168	81	91	17	17	26	554
PUGLIA	111	120	94	80	38	20	31	494
BASILICATA	34	16	14	8	4	1	5	82
CALABRIA	50	47	24	32	9	16	28	206
SICILIA	130	131	72	64	10	15	59	481
SARDEGNA	77	106	49	24	23	15	28	322
ITALIA	1.812	2.113	1.256	1.073	744	326	397	7.721

Figura 53 Personale operante nei Ser.D. Anno 2015. Fonte SIND.

La spesa dichiarata dalle regioni è riportata nella Tabella 40. Il dato è completo per 16 Regioni/Province Autonome, 2 Regioni non hanno fornito i dati, altre 3 hanno fornito dati parziali. Il budget totale, che pertanto è sottostimato, ammonta a circa 730 milioni di euro. Considerando solo le 16 regioni che hanno inviato i dati completi si osserva che il 70% della spesa è destinato alle attività di tipo ambulatoriale e domiciliare mentre il 30% della spesa è destinato a tutte le attività di tipo residenziale/semiresidenziale, effettuate perlopiù dai servizi del privato no profit.

Tabella 40 Spesa complessiva per destinazione. Anno 2015. Dato dichiarato dalle Regioni.

Regione/PP AA	Budget finanziamento servizi pubblici	Budget finanziamento servizi privati accreditati/convenzionati o altri	Budget complessivo
Piemonte	71.581.000	31.069.000	102.650.000
Val d'Aosta	1.967.000	2.348.464	4.315.464
Lombardia	62.096.758	40.508.905	102.605.663
Bolzano	13.680.842	4.336.650	18.017.492
Trento	5.798.633	2.000.000	7.798.633
Veneto	--	25.000.000	25.000.000
Friuli Venezia Giulia	15.346.000	1.416.858	16.762.858

Liguria	23.093.293	17.339.092	40.432.385
Emilia Romagna	57.333.000	22.687.000	80.020.000
Toscana	55.825.000	19.728.000	75.553.000
Umbria	15.796.000	6.627.000	22.423.000
Marche	18.259.000	11.092.000	29.351.000
Lazio	54.885.000	20.480.000	75.365.000
Abruzzo	2.511.062	627.987	3.139.049
Molise	--	--	1.816.640
Campania	25.000.000	11.406.897	36.406.897
Puglia	48.614.000	16.011.000	64.625.000
Basilicata	15.571.000	2.388.545	17.959.545
Calabria	--	5.706.846	5.706.846
Sicilia	--	--	--
Sardegna	--	--	--
Totale	487.357.588	240.774.243	729.948.472

Nota: (--) dato non pervenuto

1.4 Utenti con disturbo da uso di sostanza illegale e/o farmaci non prescritti.

Utenti in trattamento presso i Ser.D.

Per una corretta interpretazione dei dati è necessario sottolineare che nelle edizioni precedenti della Relazione al Parlamento (anni 2009-2014) quindi fino ai dati relativi all'anno 2013 i dati mancanti sull'utenza in trattamento venivano integrati con numeri stimati. A partire dai dati del 2014 vengono presentati unicamente i dati effettivamente pervenuti relativi ai Ser.D. che hanno effettuato l'invio dei dati.

Nel 2016 il 98% delle sedi hanno inviato a SIND i dati relativi al 2015.

Nel 2015 i Ser.D.(Tabella 41) hanno assistito complessivamente 140.090 soggetti tossicodipendenti di cui 19.729 sono nuovi utenti (14%) e 120.761 sono soggetti che risultavano già in carico dagli anni precedenti (86%).

Come più volte sottolineato, tale numero di soggetti non coincide con la totalità degli utenti in trattamenti presso i Ser.D., che nella maggioranza delle Regioni e P.A. hanno in carico anche utenza in trattamento per alcol, tabacco e gioco d'azzardo patologico, nonché utenza per accertamenti e consulenze.

L'86,2% degli utenti censiti è di sesso maschile (rapporto M/F pari a 6,3); tale percentuale è l'86,6% nei nuovi utenti e l'86,2% negli utenti già in carico (Tabella 42).

Tabella 41 Utenti tossicodipendenti trattati nei Ser.D. per tipologia utente e Regione/PP AA. Anno 2015.**Fonte SIND.**

Regione/ PP.AA.	Utenza 2015				2014*
	Nuovi Utenti	Utenti già in carico	Totale	Nuovi utenti / Totale (%)	Totale
Piemonte	1.766	10.991	12.757	13,8	11.512
Valle d' Aosta	38	262	300	12,7	303
Lombardia	4.544	18.973	23.517	19,3	20.327
P.A. Bolzano	282	986	1.268	22,2	1.188
P.A. Trento	108	1.011	1.119	9,7	1.152
Veneto	1.595	8.812	10.407	15,3	10.107
Friuli Venezia Giulia	335	2.371	2.706	12,4	2.445
Liguria	456	5.112	5.568	8,2	4.662
Emilia Romagna	1.273	8.893	10.166	12,5	12.253
Toscana	1.752	10.794	12.546	14,0	12.148
Umbria	307	2.479	2.786	11,0	2.807
Marche	1.349	4.062	5.411	24,9	4.061
Lazio	1.240	8.380	9.620	12,9	10.305
Abruzzo	617	3.671	4.288	14,4	4.203
Molise	27	441	468	5,8	405
Campania	601	9.609	10.210	5,9	9.629
Puglia	1.050	8.245	9.295	11,3	8.124
Basilicata	137	1.114	1.251	11,0	1.083
Calabria	766	2.801	3.567	21,5	2.965
Sicilia	1.257	8.217	9.474	13,3	8.571
Sardegna	229	3.537	3.766	6,1	2.871
Totale	19.729	120.761	140.490	14,0	131.121

*Soggetti con almeno due prestazioni

Tabella 42 Utenti tossicodipendenti trattati nei Ser.D. per tipologia utente e genere. Anno 2015. Fonte**SIND**

Caratteristiche	2015	2014*
-----------------	------	-------

	N	%	N	%
Nuovi utenti Maschi	17.079	86,6%	35.901	90,7%
Nuovi utenti Femmina	2.650	13,4%	3.672	9,3%
Nuovi utenti Non noto	-	-	27	0,1%
Nuovi utenti totale	19.729		39.600	
Utenti già in carico Maschi	104.091	86,2%	76.386	83,50%
Utenti già in carico Femmina	16.670	13,8%	14.765	16,1%
Utenti già in carico Non Noto	-	-	370	0,4%
Utenti già in carico totale	120.761		91.521	
Totale maschi	121.170	86,2%	112.287	85,9%
Totale femmine	19.320	13,8%	18.437	14,1%
Rapporto M/F	6,3		6,1	
Totale utenti	140.490	100%	130.724	100%

*Soggetti con almeno due prestazioni

Analizzando l'utenza totale per classi di età (Tabella 42). si osserva che il 75% degli utenti ha tra i 30 e i 54 anni di età, il 18% ha meno di 30 anni e il 7% ha più di 54 anni. Nei maschi il 76% ha tra i 30 e i 54 anni di età, il 17% ha meno di 30 anni e il 7% ha più di 54 anni. Nelle femmine il 68% degli utenti ha tra i 30 e i 54 anni di età, il 25% ha meno di 30 anni e il 7% ha più di 54 anni.

Analizzando la tipologia di utenza si nota che i nuovi utenti sono più giovani, l'81,8% è tra i 20 e i 49 anni, il 7,5% ha più di 49 anni e il 10,7% ha meno di 20 anni. Tra gli utenti già in carico il 78,2% degli utenti ha tra i 20 e i 49 anni di età, l'1,2% ha meno di 20 anni e il 20,6% ha più di 49 anni.

Nel tempo si è avuto un rilevante aumento della percentuale di soggetti con età superiore ai 39 anni passati dal 5,5% del 1995, al 24,4% del 2005 e al 53,3% del 2015; parallelamente si osserva una diminuzione nelle classi di età più giovani (Figura 55).

Analizzando nel dettaglio l'andamento temporale degli anni 2012-2015 (Tabella 43) si nota, viceversa, una diminuzione della percentuale di soggetti nella classe di età superiore ai 39 anni e un aumento nelle classi più giovani (soprattutto 15-19 e 20-24 anni).

Le tendenze fin qui evidenziate sono confermate dall'analisi dell'età media degli utenti.

I soggetti in trattamento hanno mediamente 38,8 anni; le femmine sono più giovani con un'età media di 37,4 anni in confronto ai 39,1 anni dei maschi.

I nuovi utenti (età media 32,0) sono mediamente più giovani di otto anni di quelli già in carico (età media 40,0). La differenza è sostanzialmente la medesima nei maschi (nuovi 32,3; già in carico 40,2) e nelle femmine (nuove 30,6; già in carico 38,5) (Tabella 43).

Nel corso degli anni l'utenza è progressivamente invecchiata; tale andamento si osserva anche distinguendo i soggetti per sesso e per tipologia (Tabella 43).

L'età di primo uso della sostanza di abuso (Tabella 46) per cui i soggetti sono in trattamento (dato disponibile solo per 24.207 soggetti ovvero il 17% dei trattati) è 21,5 anni senza differenze di genere, mentre l'età di primo trattamento è 26,9 anni con una latenza di 5,4 anni tra il primo consumo e il primo trattamento con una latenza maggiore nei maschi (5,6 anni) che nelle femmine (4,2). Tali dati sono puramente indicativi poiché il numero preponderante di manca dato (83%) rende tale indicatore inutilizzabile per una rappresentazione esatta di queste caratteristiche.

Tabella 43 Utenti tossicodipendenti trattati nei Ser.D. per tipologia utente, genere e classe di età. Anno 2015. Fonte SIND

NUOVI UTENTI	MASCHIO		FEMMINA		TOTALE	
	N	%	N	%	N	%
classi di età						
Meno di 15 anni	19	0,11%	4	0,15%	23	0,12%
Da 15 a 19 anni	1.708	10,00%	371	14,00%	2.079	10,54%
Da 20 a 24 anni	2.577	15,09%	511	19,28%	3.088	15,65%
Da 25 a 29 anni	2.697	15,79%	453	17,09%	3.150	15,97%
Da 30 a 34 anni	2.594	15,19%	352	13,28%	2.946	14,93%
Da 35 a 39 anni	2.546	14,91%	331	12,49%	2.877	14,58%
Da 40 a 44 anni	2.135	12,50%	258	9,74%	2.393	12,13%
Da 45 a 49 anni	1.524	8,92%	167	6,30%	1.691	8,57%
Da 50 a 54 anni	815	4,77%	101	3,81%	916	4,64%
Da 55 a 59 anni	275	1,61%	52	1,96%	327	1,66%
Da 60 a 64 anni	107	0,63%	23	0,87%	130	0,66%
Oltre 65 anni	82	0,48%	27	1,02%	109	0,55%
Totale	17.079	100%	2.650	100%	19.729	100%
UTENTI GIA' IN CARICO	MASCHIO		FEMMINA		TOTALE	
	N	%	N	%	N	%
classi di età						
Meno di 15 anni	17	0,02%			17	0,01%
Da 15 a 19 anni	1.125	1,08%	290	1,74%	1.415	1,17%
Da 20 a 24 anni	4.257	4,09%	1.070	6,42%	5.327	4,41%
Da 25 a 29 anni	8.588	8,25%	2.127	12,76%	10.715	8,87%
Da 30 a 34 anni	12.720	12,22%	2.452	14,71%	15.172	12,56%
Da 35 a 39 anni	16.429	15,78%	2.414	14,48%	18.843	15,60%

Da 40 a 44 anni	19.453	18,69%	2.516	15,09%	21.969	18,19%
Da 45 a 49 anni	19.924	19,14%	2.469	14,81%	22.393	18,54%
Da 50 a 54 anni	13.868	13,32%	2.054	12,32%	15.922	13,18%
Da 55 a 59 anni	5.475	5,26%	908	5,45%	6.383	5,29%
Da 60 a 64 anni	1.759	1,69%	260	1,56%	2.019	1,67%
Oltre 65 anni	476	0,46%	110	0,66%	586	0,49%
TOTALE	104.091	100%	16.670	100%	120.761	100%
UTENTI TOTALI	MASCHIO		FEMMINA		TOTALE	
classi di età	N	%	N	%	N	%
Meno di 15 anni	36	0,03%	4	0,02%	40	0,03%
Da 15 a 19 anni	2.833	2,34%	661	3,42%	3.494	2,49%
Da 20 a 24 anni	6.834	5,64%	1.581	8,18%	8.415	5,99%
Da 25 a 29 anni	11.285	9,31%	2.580	13,35%	13.865	9,87%
Da 30 a 34 anni	15.314	12,64%	2.804	14,51%	18.118	12,90%
Da 35 a 39 anni	18.975	15,66%	2.745	14,21%	21.720	15,46%
Da 40 a 44 anni	21.588	17,82%	2.774	14,36%	24.362	17,34%
Da 45 a 49 anni	21.448	17,70%	2.636	13,64%	24.084	17,14%
Da 50 a 54 anni	14.683	12,12%	2.155	11,15%	16.838	11,99%
Da 55 a 59 anni	5.750	4,75%	960	4,97%	6.710	4,78%
Da 60 a 64 anni	1.866	1,54%	283	1,46%	2.149	1,53%
Oltre 65 anni	558	0,46%	137	0,71%	695	0,49%
TOTALE	121.170	100%	19.320	100%	140.490	100%

Tabella 44 Andamento temporale della distribuzione percentuale per classe di età degli utenti tossicodipendenti trattati nei Ser.D.. Fonte SIND.

classi di età	2012	2013	2014	2015
<15	0,05	0,02	0,02	0,03
15-19	0,17	0,52	1,36	2,49
20-24	3,61	4,95	5,44	5,98
25-29	9,05	9,54	9,50	9,87
30-34	12,93	12,99	12,82	12,90
35-39	15,87	15,62	15,61	15,46
>39	58,31	56,35	55,25	53,27

Tabella 45 . Età media degli utenti tossicodipendenti trattati nei Ser.D. per tipologia utente e genere. Anno 2015. Fonte SIND.

Caratteristiche	2015		2014 *	
	N	Media		
Nuovi utenti Maschi	17.079	32,3	35.901	35,8
Nuovi utenti Femmina	2.650	30,6	3.672	32,1
Nuovi utenti Non noto	-	-	27	42,4
Totale Nuovi Utenti	19.729	32,0	39.600	35,5
Già in carico Maschi	104.091	40,2	76.386	40,1
Già in carico Femmina	16.670	38,5	14.765	38,4
Già in carico Non noto	-	-	370	42,6
Totale Già in Carico	120.761	40,0	91.521	39,8
Totale maschi	121.170	39,1	112.287	38,7
Totale femmine	19.320	37,4	18.437	37,1
TOTALE	140.490	38,8	131.121	38,5

*Soggetti con almeno due prestazioni

Tabella 46 Età primo uso degli utenti tossicodipendenti trattati nei Ser.D. per tipologia utente e genere. Anno 2015. Fonte SIND. (N=24.207)

	2015	2014
Età primo uso maschi	21,5	20,2
Età primo uso femmine	21,4	20,2
Età primo uso totale	21,5	20,2
Età primo trattamento maschi	27,1	27,2
Età primo trattamento femmine	25,6	25,7
Età primo trattamento Totale	26,9	27,0

Figura 54 Andamento temporale della distribuzione percentuale per classe di età degli utenti tossicodipendenti trattati nei Ser.D.. I dati del 1995 e del 2005 fanno riferimento al flusso per dati aggregati. Fonte SIND.

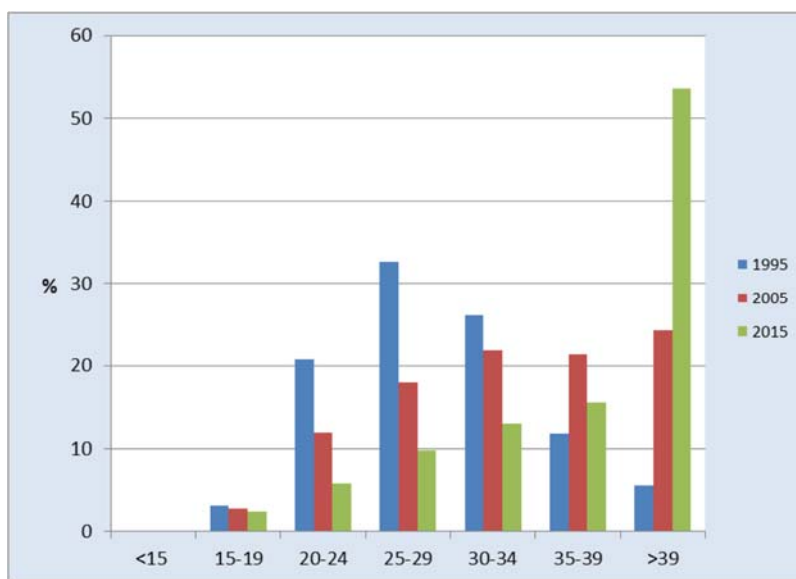
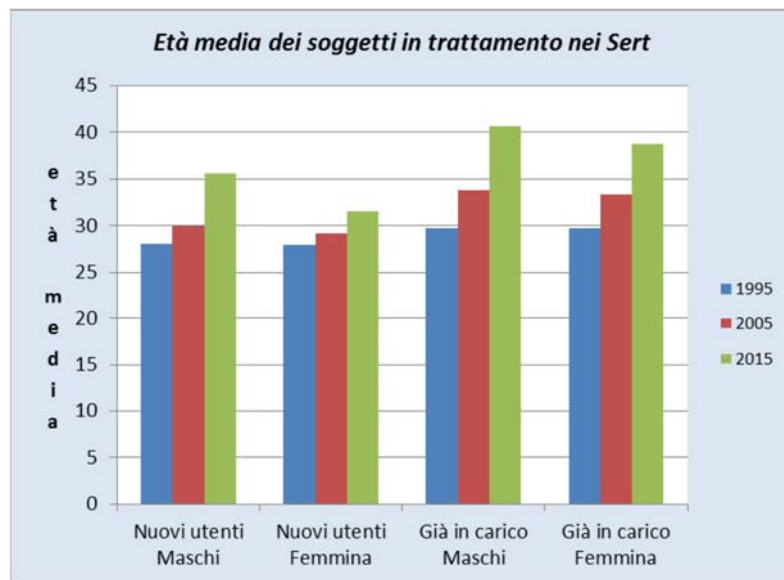


Figura 55 Andamento temporale dell'età media degli utenti tossicodipendenti trattati nei Ser.D. I dati del 1995 e del 2005 fanno riferimento al flusso per dati .



Complessivamente in Italia nel 2015 (Tabella 47) sono stati assistiti 23 soggetti ogni 10.000 abitanti; 41/10.000 maschi e 6/10.000 femmine. Tra i 30 e i 49 anni circa 50/10.000 residenti sono assistiti dai Ser.D., tra i maschi sono tra 84 e 90 ogni 10.000 abitanti nel medesimo intervallo di età e tra le femmine il valore più elevato di tale indicatore è di 16/10.000 nelle classi 25-29 anni e 30-34 anni.

Tabella 47 Utenti tossicodipendenti trattati nei Ser.D. Tasso per classe di età su 10.000 residenti al 1 gennaio 2015 (fonte ISTAT). Anno 2015. Fonte SIND

Classi di età	MASCIO			FEMMINA			TOTALE		
	Numero soggetti	Popolazione	Tasso/10.000	Numero soggetti	Popolazione	Tasso/10.000	Numero soggetti	Popolazione	Tasso/10.000
Meno di 15 anni	36	4.313.450	0,08	4	4.069.672	0,01	40	8.383.122	0,05
Da 15 a 19 anni	2.833	1.479.758	19,15	661	1.384.180	4,78	3.494	2.863.938	12,20
Da 20 a 24 anni	6.834	1.581.438	43,21	1.581	1.501.196	10,53	8.415	3.082.634	27,30
Da 25 a 29 anni	11.285	1.659.045	68,02	2.580	1.623.368	15,89	13.865	3.282.413	42,24
Da 30 a 34 anni	15.314	1.814.846	84,38	2.804	1.797.049	15,60	18.118	3.611.895	50,16
Da 35 a 39 anni	18.975	2.128.546	89,15	2.745	2.125.262	12,92	21.720	4.253.808	51,06
Da 40 a 44 anni	21.588	2.406.035	89,72	2.774	2.425.750	11,44	24.362	4.831.785	50,42
Da 45 a 49 anni	21.448	2.462.839	87,09	2.636	2.509.013	10,51	24.084	4.971.852	48,44

Da 50 a 54 anni	14.683	2.279.502	64,41	2.155	2.366.292	9,11	16.838	4.645.794	36,24
Da 55 a 59 anni	5.750	1.950.421	29,48	960	2.068.621	4,64	6.710	4.019.042	16,70
Da 60 a 64 anni	1.866	1.748.676	10,67	283	1.881.579	1,50	2.149	3.630.255	5,92
Oltre 65 anni	558	5.677.034	0,98	137	7.542.040	0,18	695	13.219.074	0,53
Totale	121.170	29.501.590	41,07	19.320	31.294.022	6,17	140.490	60.795.612	23,11

Nel 2015 il 70% degli utenti trattati usa, come sostanza primaria, l'eroina, il 16% la cocaina e l'11% i cannabinoidi (Tabella 48 e Figura 56). Nel tempo la percentuale di eroinomani è costantemente diminuita (88,5% nel 1994, 70,1% nel 2015) mentre coloro che abusano di cocaina sono gradualmente aumentati (1,9% nel 1994, 15,9% nel 2015); il ricorso ai cannabinoidi sembra essersi stabilizzato nell'ultimo decennio intorno al valore del 10%.

Per quanto riguarda l'uso secondario, nel 2015 le sostanze assunte più frequentemente sono la cocaina e i cannabinoidi (17%) e l'alcol (8%) (Tabella 48)

Considerando i soggetti in trattamento per singola sostanza primaria o secondaria il quadro muta sostanzialmente (Tabella 48 e Figura 57) rispetto all'analisi per sola sostanza primaria per quanto riguarda la cocaina che sale al 33%, i cannabinoidi che salgono al 28% e per l'alcol (8% solo come sostanza secondaria) mentre non si modifica in maniera sostanziale la quota dei soggetti in trattamento per eroina (72%)

Per quanto concerne la poliassunzione di sostanze analizzando i soggetti in base alla sostanza primaria, si osserva che tra coloro che assumono cannabinoidi, il 40% fa uso esclusivo di tale sostanza, il 20% ricorre anche a un'altra sostanza e il 40% ad almeno altre due sostanze. I soggetti che usano cocaina come sostanza primaria dichiarano di utilizzarla come unica sostanza nel 29% dei casi; il 26% vi associa un'altra sostanza e il 45% più sostanze. Tra gli assuntori di oppiacei in via primaria il 16% assume tali sostanze esclusivamente, il 31% associate a una sola altra tipologia di sostanze e il 53% insieme con altre due sostanze o più (Figura 56).

Tabella 48 Utenti tossicodipendenti trattati nei Ser.D. Distribuzione per sostanza primaria, per sostanza secondaria e per sostanza primaria o sostanza secondaria. Anno 2015. Fonte SIND.

Sostanze	2015					
	Primaria		Secondaria		Primaria o Secondaria	
	N	%	N	%	N	%
Eroina	98.464	70,09%	2.501	1,78%	100.965	71,87%
Metadone non prescritto	795	0,57%	1.505	1,07%	2.300	1,64%
Morfina non prescritta	50	0,04%	35	0,02%	85	0,06%
Buprenorfina non prescritta	145	0,10%	181	0,13%	326	0,23%
Altri oppiacei non prescritti	1.001	0,71%	346	0,25%	1.347	0,96%
Cocaina	22.323	15,89%	24.138	17,18%	46.461	33,07%
Crack	529	0,38%	618	0,44%	1.147	0,82%
Cannabinoidi	15.213	10,83%	23.845	16,97%	39.058	27,80%
Cannabinoidi sintetici (gruppo JWH)	35	0,02%	46	0,03%	81	0,06%
Anfetamine non prescritte	141	0,10%	1.223	0,87%	1.364	0,97%
Ecstasy ed analoghi	142	0,10%	2.767	1,97%	2.909	2,07%
Metamfetamine	11	0,01%	70	0,05%	81	0,06%
Altri stimolanti	38	0,03%	69	0,05%	107	0,08%
Barbiturici non prescritti	168	0,12%	762	0,54%	930	0,66%
Benzodiazepine non prescritte	311	0,22%	1.249	0,89%	1.560	1,11%
Altri ipnotici e sedativi non prescritti	62	0,04%	180	0,13%	242	0,17%
LSD	32	0,02%	1.027	0,73%	1.059	0,75%
Altri allucinogeni	138	0,10%	689	0,49%	827	0,59%
Inalanti volatili	10	0,01%	149	0,11%	159	0,11%
Alcol			10.548	7,51%	10.548	7,51%
Tabacco			1.390	0,99%	1.390	0,99%
Steroidi non prescritti	2	0,00%	3	0,00%	5	0,00%
GHB	29	0,02%	5	0,00%	34	0,02%
Ketamina	17	0,01%	249	0,18%	266	0,19%
Mefedrone		0,00%	4	0,00%	4	0,00%
altre sostanze illegali	785	0,56%	531	0,38%	1.316	0,94%

Altri farmaci e/o sostanze dopanti non prescritti	33	0,02%	20	0,01%	53	0,04%
Altri farmaci psicotropi non prescritti	16	0,01%	25	0,02%	41	0,03%
Totale soggetti	140.490	100,0%				

Figura 56 Utenti tossicodipendenti trattati nei Ser.D. Distribuzione per sostanza primaria e per sostanza primaria o sostanza secondaria. Anno 2015. Fonte SIND.

Sostanza Primaria
 Secondaria

Sostanza Primaria o

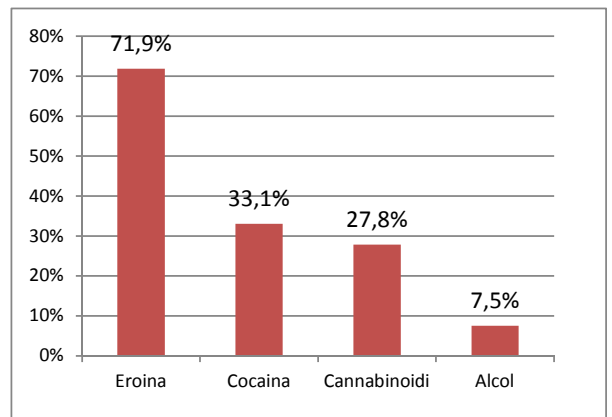
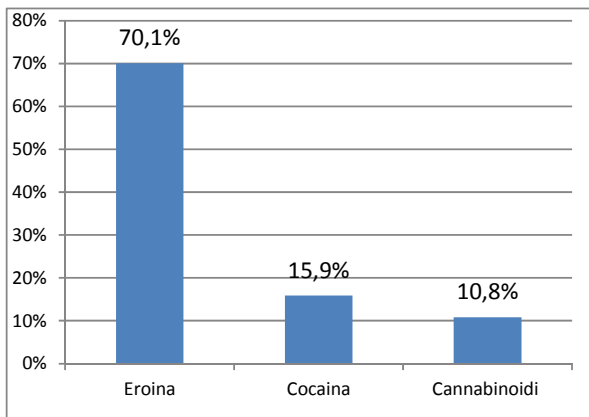
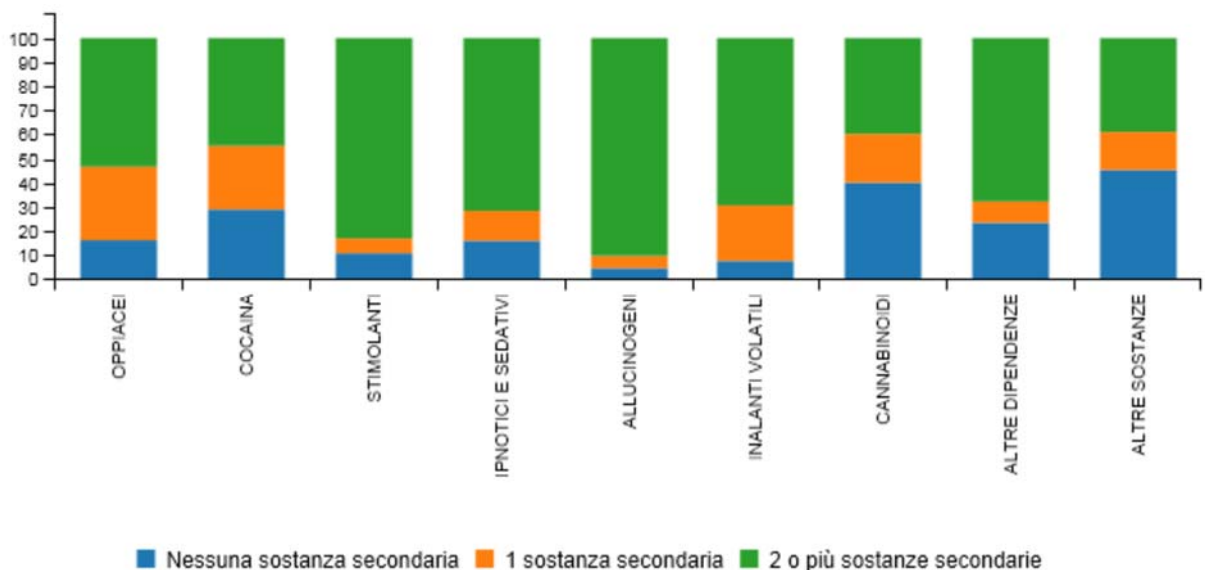


Figura 57. Utenti tossicodipendenti trattati nei Ser.D. per sostanza primaria distribuiti secondo il tipo di poliassunzione. Anno 2015



L'importante disomogeneità nella proporzione di utenti testati rende l'interpretazione dei dati sulla positività ai marker per le patologie infettive qui trattate non consentono un'interpretazione univoca dei dati e delle differenze rilevate. Per consentire un confronto è essenziale ottenere una raccolta di dati omogenei.

Virus HIV

Come indicato nell'introduzione, il decreto 11/06/2010 istitutivo del SIND prevede, su indicazione del Garante della privacy, che le informazioni relative all'esecuzione del test sierologico HIV vengano rilevate in forma aggregata come nella tabella ANN04 del DM 20/09/1997.

Nel 2015 sono stati testati 45.346 soggetti pari al 34% del totale dei soggetti in trattamento²⁵. Sono risultati positivi 2.455 soggetti cioè l'1,8% del totale dei trattati (Tabella 49)

La proporzione di utenti positivi per anti-HIV nelle diverse Regioni e Province Autonome è compresa tra lo 0% e il 5,5%. L'estrema variabilità nella proporzione di utenti testati che risente anche della mancata rilevazione di questo tipo di informazione (1,2%-100%) non consente un'interpretazione univoca di tali differenze.

²⁵ Nell'analisi dell'utenza per sesso ed età il dato è rilevato a livello di Ser.D. e quindi un soggetto può essere contato n volte se si rivolge ad n Ser.D. diversi. Nell'analisi delle patologie infettive il dato ha una dimensione regionale e quindi se un soggetto si rivolge a n Ser.D. diversi della stessa regione viene comunque rilevato una sola volta. Per tale motivo il totale degli utenti trattati in questa analisi (pari a 134.918) non coincide con quello fino a questo momento considerato (pari a 140.490).

Tabella 49 Utenti tossicodipendenti trattati nei Ser.D. testati e numero positivi per HIV. Anno 2015. Il totale ha dimensione regionale e non coincide con quello calcolato in riferimento ai Ser.D.. Un soggetto che si rivolge ad n Ser.D. è contato n volte nell'analisi per Ser.D. ma solo una volta a livello regione.

Regione/PP AA	Numero Testati HIV	% Testati HIV	Numero Positivi HIV	% Positivi HIV	Totale Utenti
Piemonte	7.547	61,90%	676	5,50%	12.183
Valle d' Aosta	67	22,30%	0	0,00%	300
Lombardia	8.777	39,30%	787	3,50%	22.325
Prov. Auton. Bolzano*	1.366	110,30%	33	2,70%	1.239
Prov. Auton. Trento*	1.182	106,40%	0	0,00%	1.111
Veneto	4.379	43,50%	159	1,60%	10.067
Friuli Venezia Giulia	2.118	81,90%	60	2,30%	2.585
Liguria	1.802	35,40%	154	3,00%	5.086
Emilia Romagna	6.633	65,20%	383	3,80%	10.166
Toscana	1.210	10,10%	0	0,00%	11.996
Umbria	1.303	49,30%	45	1,70%	2.642
Marche	339	6,30%	4	0,10%	5.414
Lazio	300	3,20%	17	0,20%	9.360
Abruzzo	2.738	69,90%	17	0,40%	3.917
Molise	113	24,20%	1	0,20%	467
Campania	1.526	15,30%	0	0,00%	9.997
Puglia	212	2,40%	0	0,00%	8.732
Basilicata	525	44,50%	4	0,30%	1.181
Calabria	804	22,40%	9	0,30%	3.590
Sicilia	2.362	26,30%	95	1,10%	8.986
Sardegna	43	1,20%	11	0,30%	3.574
Totale	45.346	33,60%	2.455	1,80%	134.918

*Il numero dei testati supera il 100%. Il flusso HIV non è collegato all'anagrafica pertanto non è possibile escludere dal conteggio gli invii doppi (più esami per lo stesso utente) come per le infezioni da HBV e HCV nonché gli esami effettuati a soggetti scartati nelle diverse fasi del processo di caricamento dei dati. Si è scelto di riportare il dato come pervenuto.

Virus HBV

Nel 2015 sono stati testati 29.627 soggetti pari al 22% del totale dei soggetti in trattamento (cfr. nota¹). La percentuale di positività²⁶, sul totale utenti, risulta del 2,3% per il totale Italia (Tabella 50).

La proporzione di utenti positivi ai marker per HBV nelle diverse Regioni e Province Autonome è compresa tra lo 0% e l'1,4% con un'unica regione che si colloca al 21%. L'estrema variabilità nella proporzione di utenti testati che risente anche della mancata rilevazione di questo tipo di informazione (2,3%-71%) non consente un'interpretazione univoca di tali differenze.

Limitando l'analisi a coloro che usano la sostanza per via iniettiva, a più alto rischio di malattie infettive, la percentuale di testati aumenta ed è pari al 28,2% (Tabella 51).

Tabella 50 Utenti tossicodipendenti trattati nei Ser.D. testati e numero positivi per HBV. Anno 2015. Il totale ha dimensione regionale e non coincide con quello calcolato in riferimento ai Ser.D.. Un soggetto che si rivolge ad n Ser.D. è contato n volte nell'analisi per Ser.D. ma solo una volta a livello regione. Per utenti Positivi si intendono gli utenti che soddisfano una delle seguenti condizioni: Infetto: HbsAG Positivo; Immune: HbsAG Negativo, Anti HBs Positivo, Anti-HBc Positivo; Infezione Progressiva/Cronica: HbsAG Negativo, Anti HBs Negativo, Anti-HBc Positivo.

Regione/PP AA	Numero Testati HBV	% Testati HBV	Numero Positivi HBV	% Positivi HBV	Totale Utenti
Piemonte	3.375	27,7%	2.559	21,0%	12.183
Valle d' Aosta	-	-	-	-	300
Lombardia	4.927	22,1%	107	0,5%	22.325
Prov. Auton. Bolzano	-	-	-	-	1.239
Prov. Auton. Trento	224	20,2%	2	0,2%	1.111
Veneto	3.699	36,7%	71	0,7%	10.067
Friuli Venezia Giulia	1.774	68,6%	26	1,0%	2.585
Liguria	875	17,2%	19	0,4%	5.086
Emilia Romagna	7.218	71,0%	143	1,4%	10.166
Toscana	955	8,0%	13	0,1%	11.996
Umbria	1.181	44,7%	23	0,9%	2.642
Marche	126	2,3%	1	0,0%	5.414

²⁶ Per utenti Positivi si intendono gli utenti che soddisfino una delle seguenti condizioni:

-Infetto: HbsAG Positivo;

-Immune: HbsAG Negativo, Anti HBs Positivo, Anti-HBc Positivo;

-Infezione Progressiva/Cronica: HbsAG Negativo, Anti HBs Negativo, Anti-HBc Positivo

Lazio	330	3,5%	13	0,1%	9.360
Abruzzo	907	23,2%	12	0,3%	3.917
Molise	114	24,4%	0	0,0%	467
Campania	920	9,2%	17	0,2%	9.997
Puglia	669	7,7%	14	0,2%	8.732
Basilicata	381	32,3%	2	0,2%	1.181
Calabria	157	4,4%	5	0,1%	3.590
Sicilia	1.795	20,0%	69	0,8%	8.986
Sardegna	-	-	-	-	3.574
TOTALE	29.627	22,0%	3.096	2,3%	134.918

Tabella 51 Utenti tossicodipendenti con uso iniettivo trattati nei Ser.D. testati per HBV. Anno 2015.

Regione/PP AA	Numero Uso Iniettivo Testati HBV	Totale Utenti Uso Iniettivo	% Testati HBV
Piemonte	1.656	4.555	36,4%
Valle d` Aosta	-	129	-
Lombardia	1.126	5.382	20,9%
Prov. Auton. Bolzano	-	484	-
Prov. Auton. Trento	23	110	-
Veneto	1.295	2.876	45,0%
Friuli Venezia Giulia	516	631	81,8%
Liguria	205	1.345	15,2%
Emilia Romagna	4.536	5.689	79,7%
Toscana	237	2.262	10,5%
Umbria	411	664	61,9%
Marche	35	159	22,0%
Lazio	173	4.378	4,0%
Abruzzo	534	2.031	26,3%
Molise	31	107	29,0%
Campania	318	3.250	9,8%

Puglia	268	3.388	7,9%
Basilicata	80	273	29,3%
Calabria	77	1.594	4,8%
Sicilia	656	2.083	31,5%
Sardegna	-	1.801	-
TOTALE	12.177	43.191	28,2%

Virus HCV

Nel 2015 sono stati testati 29.234 soggetti pari al 22,0% del totale dei soggetti in trattamento (cfr. nota¹). Il 10% degli utenti (n=13.060) è positivo con un'importante variabilità territoriale: la proporzione di utenti positivi per il virus HCV è compresa tra lo 0,5% e il 36,2% (Tabella 52). L'estrema variabilità nella proporzione di utenti testati che può dipendere anche dalla non adeguata rilevazione del dato (3,6%-71,4%) non consente un'interpretazione univoca di tali differenze.

La percentuale di testati aumenta a 27,6% se si fa riferimento alla popolazione di soli utenti iniettivi (Tabella 52).

La percentuale di testati, per HBV o per HCV, è analizzata stratificando l'utenza secondo le principali sostanze d'uso iniettivo. Risulta che le percentuali di testati, per ogni singola sostanza, sono simili per l'HBV e l'HCV attestandosi intorno al 29% per l'eroina e al 31% per la cocaina.

Tabella 52 . Utenti tossicodipendenti trattati nei Ser.D. testati e numero positivi per HCV. Anno 2015. Il totale ha dimensione regionale e non coincide con quello calcolato in riferimento ai Ser.D.. Un soggetto che si rivolge ad n Ser.D. è contato n volte nell'analisi per Ser.D. ma solo una volta a livello regione.

Regione/PP AA	Numero Testati HCV	% Testati HCV	Numero Positivi HCV	% Positivi HCV	Totale Utenti *
Piemonte	3.266	26,8%	867	7,1%	12.183
Valle d`Aosta	-	-	-	-	300
Lombardia	5.024	22,5%	2.212	9,9%	22.325
Prov. Auton. Bolzano	-	-	-	-	1.239
Prov. Auton. Trento	-	-	-	-	1.111
Veneto	3.544	35,2%	1.560	15,5%	10.067
Friuli Venezia Giulia	1.465	56,7%	776	30,0%	2.585
Liguria	792	15,6%	401	7,9%	5.086
Emilia Romagna	7.260	71,4%	3.676	36,2%	10.166
Toscana	1.087	9,1%	383	3,2%	11.996
Umbria	1.086	41,1%	595	22,5%	2.642
Marche	195	3,6%	25	0,5%	5.414
Lazio	364	3,9%	206	2,2%	9.360
Abruzzo	947	24,2%	409	10,4%	3.917
Molise	116	24,8%	64	13,7%	467
Campania	1.039	10,4%	389	3,9%	9.997
Puglia	711	8,1%	327	3,7%	8.732

Basilicata	431	36,5%	132	11,2%	1.181
Calabria	162	4,5%	68	1,9%	3.590
Sicilia	1.745	19,4%	970	10,8%	8.986
Sardegna	-	-	-	-	3.574
Totale	29.234	21,7%	13.060	9,7%	134.918

Tabella 53 Utenti tossicodipendenti con uso iniettivo trattati nei Ser.D. testati per HCV. Anno 2015.

Regione/PP AA	Numero Uso Iniettivo Testati HCV	Totale Utenti Uso Iniettivo	% Testati HCV
Piemonte	1.683	4.555	36,9%
Valle d' Aosta	-	129	-
Lombardia	1.131	5.382	21,0%
Prov. Auton. Bolzano	-	484	-
Prov. Auton. Trento	-	110	-
Veneto	1.136	2.876	39,5%
Friuli Venezia Giulia	317	631	50,2%
Liguria	180	1.345	13,4%
Emilia Romagna	4.554	5.689	80,0%
Toscana	257	2.262	11,4%
Umbria	368	664	55,4%
Marche	58	159	36,5%
Lazio	193	4.378	4,4%
Abruzzo	567	2.031	27,9%
Molise	33	107	30,8%
Campania	364	3.250	11,2%
Puglia	296	3.388	8,7%
Basilicata	85	273	31,1%
Calabria	84	1.594	5,3%
Sicilia	633	2.083	30,4%
Sardegna	-	1.801	-
Totale	11.939	43.191	27,6%

Tabella 54 . Utenti tossicodipendenti con uso iniettivo trattati nei Ser.D. testati per HBV o HCV. Anno 2015. Un soggetto può essere contato più volte se usa più sostanze per uso iniettivo.

Test	Eroina				Cocaina				
	Numero Uso Eroina	Testati Iniettivo	Totale Iniettivo Eroina	Uso % Uso Iniettivo Eroina Testati	Numero Uso Cocaina	Testati Iniettivo	Totale Iniettivo Cocaina	Uso % Uso Iniettivo Cocaina Testati	
HBV		6.309	21.591	29,2%		2.106	6.776	31,1%	
HCV		6.212	21.591	28,8%		2.108	6.776	31,1%	

- ***Utenti monitorati nei Ser.D. per patologia psichiatrica concomitante***

Il sistema informativo SIND rileva anche le informazioni relative alle patologie diagnosticate e/o oggettivamente refertate all'utente attive nel periodo considerato e concomitanti alla diagnosi principale di dipendenza. La patologia viene identificata attraverso la classificazione ICD IX .

Malgrado il dato sia sicuramente sottostimato (non tutti i servizi rilevano con la stessa accuratezza e completezza l'informazione) e condizionato dall'offerta territoriale specifica (i servizi sono distribuiti in modo non uniforme in quantità e qualità), si è ritenuto comunque opportuno valutare quali sono le patologie psichiatriche più frequenti nei soggetti in trattamento per la dipendenza.

Nel 2015 presentano almeno una patologia psichiatrica 8.305 soggetti (8.320 nel 2014) pari al 6,2% dei soggetti in trattamento presso i Ser.D.. Dall'analisi della tabella si nota che il 61,7% è affetto da disturbi della personalità e del comportamento, il 20,7% da sindromi nevrotiche e somatoformi, l'11,1% da schizofrenia e altre psicosi funzionali, il 2,6% da depressione e l'1,6% da mania e disturbi affettivi bipolari. Tale distribuzione è simile a quella rilevata nel 2014 nella quale le stesse percentuali erano pari, rispettivamente, al 63,1%, al 20,6%, al 10,1%, al 2,2% e all'1,7% .

La rilevanza del dato ai fini conoscitivi della situazione epidemiologica riguardo alla patologia psichiatrica concomitante è un incentivo per le Regioni a rafforzare ed ottimizzare la raccolta accurata ed esaustiva delle informazioni.

Tabella 55. Distribuzione percentuale per tipologia di patologia psichiatrica concomitante negli utenti in trattamento nei Ser.D. Anno 2015. La percentuale è calcolata sul totale di coloro che presentano un patologia psichiatrica concomitante

PATOLOGIA CONCOMITANTE PSICHIATRICA	%
Schizofrenia e altre psicosi funzionali	11,1%
Mania e disturbi affettivi bipolari	1,6%
Depressione	2,6%
Sindromi nevrotiche e somatoformi	20,7%
Disturbi della personalità e del comportamento	61,7%
Demenze e disturbi mentali organici	0,6%
Ritardo mentale	0,9%
Altri disturbi psichici	0,7%

- ***Soggetti in carico ai Ser.D. per Gioco d’Azzardo Patologico in Italia***

Il disturbo da gioco d’azzardo nella quinta e ultima versione del Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali (il principale manuale di psichiatria in uso nel mondo) pubblicata nel 2013 è ascritto tra i ”disturbi correlati a sostanze e disturbi da addiction”. Viene quindi ulteriormente affermata la sua appartenenza alle patologie da dipendenza.

I Ser.D. presenti nel territorio nazionale, da circa 10 anni hanno attivato la presa in carico dei soggetti con disturbo da gioco d’azzardo.

Naturalmente il fenomeno è sottostimato e i soggetti che si rivolgono ai servizi preposti sono solo una modesta percentuale rispetto al reale bisogno. Negli ultimi anni, si rileva un costante aumento di richiesta di presa in carico.

Nel 2015 in Italia i soggetti che hanno fatto domanda di trattamento presso i Ser.D. per gioco d’azzardo patologico sono 13.136 (non sono pervenuti i dati della Sardegna). Tenuto conto che oltre la metà delle regioni, ha fornito il dato distribuito per genere e data di arrivo al servizio, si ha l’opportunità di osservare che tra i soggetti che hanno fatto domanda ai Ser.D. per Gioco d’Azzardo Patologico:

- le femmine sono il 19% e i maschi sono l’81%;
- i nuovi utenti sono il 34,1%, quelli già in carico negli anni precedenti sono il 65,9%.

I dati sono stati forniti dalle regioni al di fuori del tracciato SIND e sono stati raccolti in forma aggregata.

E’ auspicabile che in futuro il SIND riesca a contemplare anche questa tipologia di utenza.

Tabella 56 Utenti in carico ai Ser.D. per gioco d'azzardo patologico. Anno 2015. Fonte: rilevazione ad hoc delle Regioni in forma aggregata.

Regione/PP AA	Utenti GAP
Piemonte	1.374
Val d'Aosta	46
Lombardia	2.117
Bolzano	278
Trento	101
Veneto	985
Friuli Venezia Giulia	406
Liguria	367
Emilia Romagna	1.310
Toscana	1.334
Umbria	357
Marche	418
Lazio	385
Abruzzo	196
Molise	122
Campania	1.204
Puglia	616
Basilicata	122
Calabria	144
Sicilia	1.254
Sardegna	--
ITALIA	13.136

1.5 Elementi di riflessione

Il Servizio Sanitario Nazionale garantisce la presa in carico delle persone con dipendenza su tutto il territorio e offre modalità di trattamento differenziate e personalizzate sulla base delle caratteristiche dell'utenza e delle intensità di cura richieste.

La rete dei servizi è presente in tutte le aree del paese in modo abbastanza uniforme per quanto riguarda i servizi ambulatoriali.

La presenza diffusa delle strutture del Privato sociale, spesso organizzate in Federazioni o Associazioni, che si alimentano anche con il contributo del volontariato, costituisce un patrimonio indiscutibile di sostegno sociale e di competenze tecniche consolidatisi negli anni che va, in alcuni casi a compensare il sottodimensionamento delle risorse umane e professionali riscontrabili in molte realtà soprattutto del Sud Italia.

L'architettura complessiva del sistema è pertanto solida e pone l'Italia in una posizione di rilievo anche nel panorama internazionale.

Tuttavia, la mutevolezza e complessità del fenomeno delle dipendenze, di cui alle premesse, richiama a uno sforzo comune per ridefinire modelli organizzativi e di trattamento, il più possibile condivisi ed omogenei in tutto il Paese. In questo ambito vi sono differenze organizzative abbastanza vistose tra nord, centro e sud Italia. Questo comporta inevitabilmente differenze sulla qualità e quantità dei servizi erogati e sulla efficacia dei trattamenti verso i pazienti affetti da Dipendenza patologica, per il solo fatto di risiedere in una zona rispetto a un'altra.

Persistono inoltre significative differenze sui requisiti (standard) delle strutture accreditate per l'area delle Dipendenze. Troppe differenze sono presenti nel Paese, sia in termine di livelli di standard organizzativo-strutturali, sia in termine di costi a giornata di assistenza in strutture terapeutico-riabilitative.

Anche il modello organizzativo e di programmazione delle Regioni è molto variegato, riguardo a esempio all'afferenza dei Servizi all'ambito sanitario e sociale, comportando a volte difficoltà di integrazione tra i due settori, peraltro comuni ad altre materie.

richiesta di collaborazione con il Gruppo Tecnico Interregionale Dipendenze, avanzata dal DPA e approvata dalla Commissione Salute in data 25 maggio 2016.

Attraverso le funzioni di coordinamento delle Regioni e P.A., con il supporto ed il confronto costruttivo del DPA e dei Ministeri competenti, sarebbe possibile recuperare e rendere attuali alcuni degli obiettivi individuati dall'Accordo del 2009 e, soprattutto, avviare una serie di attività grazie al recente Accordo di collaborazione tra il DPA e la Commissione Salute (maggio 2016), che si declinerà attraverso gruppi di lavoro stabili, multidisciplinari e interistituzionali, orientati per obiettivi specifici, a garanzia del rispetto del mandato istituzionale e in conformità alla vigente legislazione in materia di Dipendenze, che sappiano orientare le decisioni politiche verso obiettivi condivisi ed in grado di assicurare il rispetto effettivo dei LEA su tutto il territorio nazionale.

1.6 Misure alternative al carcere per i tossicodipendenti

Il trattamento delle persone tossicodipendenti sottoposte a provvedimenti dell'Autorità Giudiziaria privativi o limitativi della libertà personale assume caratteri peculiari nell'ordinamento penitenziario italiano, rispetto alla restante tipologia dei soggetti in esecuzione penale. La ratio di

tale approccio è da ricondurre all'esigenza di dare una risposta adeguata alle particolari condizioni psico-fisiche dei soggetti destinatari di condanna esecutiva, nei confronti dei quali, alla generica funzione rieducativa della pena si aggiunge una valenza riabilitativa, volta al superamento della condizione di dipendenza da sostanze stupefacenti. Il nostro ordinamento prevede dei percorsi ad hoc per i tossicodipendenti sottoposti a provvedimenti di condanna a pena detentiva, come previsto agli artt. 90 e 94 del D.P.R. 9 ottobre 1990 n.309, recanti rispettivamente la disciplina della sospensione dell'esecuzione della pena detentiva e dell'affidamento in prova in casi particolari.

Inoltre, per effetto di quanto stabilito nell'art. 73 co. 5 bis D.P.R. n. 309/90, introdotto dall'art. 4 bis, co. 1 lett. g) del D.L.272/05, convertito con modifiche dalla Legge n. 49/06, per reati ex art. 73 co. 5 D.P.R. n. 309/90, commessi da persone tossicodipendenti o da assuntori di sostanze stupefacenti o psicotrope, può essere applicata con sentenza di condanna la sanzione sostitutiva del lavoro di pubblica utilità, in luogo della pena detentiva.

Tali misure costituiscono il modo di assicurare ai condannati tossicodipendenti modalità di esecuzione della condanna, prevalentemente caratterizzate da aspetti terapeutici volti alla tutela della salute, ma anche della sicurezza pubblica.

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

Un ruolo molto importante, soprattutto per il buon esito del percorso di riabilitazione del reo, è quello rivestito dagli UEPE (Uffici di Esecuzione Penale Esterna)²⁷ sia nella fase propedeutica di accesso alla misura alternativa alla detenzione, inerente la prognosi derivante dalle risultanze dell'indagine socio-familiare e la definizione del programma terapeutico in collaborazione con gli organi all'uopo deputati (Servizi pubblici per le dipendenze - Comunità terapeutiche), che nella fase dell'esecuzione della misura stessa per le azioni di sostegno alla persona, controllo di ottemperanza alle prescrizioni e rispondenza al programma trattamentale.

Del pari importante per il buon funzionamento delle misure predisposte per i tossicodipendenti in esecuzione penale e per l'incremento delle opportunità di riabilitazione e reinserimento sociale è la collaborazione Interistituzionale tra Regioni, Servizi Sanitari, Magistratura di Sorveglianza ed Uffici di Esecuzione Penale Esterna.

A tale scopo il Ministero della Giustizia si è attivato per rafforzare la predetta collaborazione attraverso la definizione di protocolli d'intesa con le Regioni, gli Enti Locali, ed i Tribunali di Sorveglianza per realizzare in modo più efficiente ed efficace quanto previsto nel dettato

²⁷ Gli Uffici di esecuzione penale esterna (UEPE) sono stati istituiti dalla legge 27 luglio 2005, n.154, in luogo dei Centri di servizio sociale per adulti dell'amministrazione penitenziaria previsti dall'art. 72 della legge 26 luglio 1975 n. 354. Ricevono gli indirizzi generali dalla Direzione Generale dell'esecuzione penale esterna- Dipartimento della Giustizia Minorile e di Comunità del Ministero della Giustizia e sono coordinati dagli Uffici dell'esecuzione penale esterna presso i Provveditorati regionali dell'Amministrazione Penitenziaria.

Gli Uffici locali provvedono ad eseguire i compiti assegnati dalla legge: attività di consulenza agli istituti penitenziari per contribuire all'attività di osservazione e trattamento dei detenuti; inchieste sociali utili a fornire alla magistratura di sorveglianza i dati occorrenti per l'applicazione, la modificazione, la proroga e la revoca delle misure alternative alla detenzione, delle misure di sicurezza, delle sanzioni sostitutive e per la sospensione del procedimento con messa alla prova; compiti di vigilanza e/o di assistenza sociale nei confronti dei soggetti ammessi alle misure alternative alla detenzione e alle misure di sicurezza non detentive.

costituzionale in materia di esecuzione penale, con particolare riferimento al trattamento delle persone tossicodipendenti.

Per effetto della stipula dei protocolli le Regioni firmatarie (Abruzzo, Campania, Emilia Romagna, Friuli Venezia Giulia, Lazio, Liguria, Lombardia, Molise, Piemonte, Puglia, Sicilia, Toscana, Umbria) si sono impegnate ad adottare misure per potenziare le capacità ricettive delle comunità terapeutiche, idonee ad ospitare persone tossicodipendenti agli arresti domiciliari o in misura alternativa alla detenzione. In attuazione del principio di territorializzazione della pena il Ministero della Giustizia si è impegnato a non trasferire, salvo casi eccezionali, i detenuti individuati per l'inserimento comunitario ed a promuovere, anche con il contributo della Cassa Ammende, progetti condivisi con le Regioni e con gli Enti territoriali finalizzati al raggiungimento dei predetti obiettivi.

La Direzione Generale dell'esecuzione penale esterna del Ministero della Giustizia, che si occupa tra l'altro dell'andamento delle misure di esecuzione penale esterna e di probation, pubblica con cadenza mensile il monitoraggio delle misure alternative alla detenzione, delle sanzioni sostitutive, delle misure di sicurezza. Dal mese di maggio 2014 viene monitorato anche l'andamento della sospensione del procedimento con messa alla prova, istituto introdotto dalla legge n. 67/14.

Dalla disamina dei dati è emerso che il flusso dei tossicodipendenti in esecuzione penale esterna nel 2015 risulta avere un andamento costante rispetto alle annualità precedenti. Molto importante è stata l'azione di sensibilizzazione e coinvolgimento delle Regioni per incrementare la residenzialità nelle comunità terapeutiche relativamente al target specifico di riferimento. Sono state promosse a livello locale una serie di azioni volte proprio all'attuazione di quanto in essi previsto per renderli operativi.

Si segnala, in particolare, l'emanazione in alcune realtà territoriali di Linee guida regionali interistituzionali per la gestione integrata dei programmi alternativi alla pena detentiva per le persone tossicodipendenti, condivise dalla Regione, dai Servizi ASL per le dipendenze, dai Provveditorati Regionali dell'Amministrazione Penitenziaria, dal Tribunale di Sorveglianza. A titolo esemplificativo la Regione Umbria ha approvato con Delibera della Giunta Regionale dell'1.12.2014 il documento per l'attuazione delle linee guida per la gestione integrata dei programmi alternativi alla detenzione per le persone tossicodipendenti, volte ad incrementare l'accesso alle misure alternative alla detenzione e contemporaneamente potenziarne l'efficacia. Gli obiettivi specifici delle istituzioni coinvolte sono diretti a:

potenziare i rapporti di collaborazione tra i diversi soggetti istituzionali interessati, in una prospettiva trattamentale integrata e progettuale, promuovendo un approccio di sistema che faciliti la realizzazione di equipe territoriali in grado di operare come agenti di rete ed integrando le risorse delle istituzioni con quelle della comunità territoriale;

migliorare il sistema territoriale di offerta, introducendo innovazioni rispetto alla polarizzazione tra trattamento territoriale e trattamento residenziale, che caratterizza usualmente i programmi in misura alternativa, con l'obiettivo di una effettiva individualizzazione dei percorsi terapeutici, che debbono coniugare equità, appropriatezza, efficacia e sostenibilità;

rendere più omogenei criteri e procedure di applicazione delle misure alternative in ambito regionale, con il supporto di strumenti procedurali comuni.

Tali accordi favorendo il consolidamento della rete territoriale contribuirà certamente nei prossimi anni a rendere più efficiente ed efficace il sistema per il trattamento integrato e la riabilitazione dei tossicodipendenti in esecuzione penale esterna.

Di seguito si riportano le risultanze dei dati statistici derivanti dal rilevamento semestrale delle misure alternative alla detenzione e delle sanzioni sostitutive per i tossicodipendenti, in comparazione con le misure alternative e sanzioni sostitutive destinate a tutti i soggetti in esecuzione

penale esterna, ove si può evincere il forte flusso in aumento a partire dal 2006, anno in cui è stato emanato il provvedimento clemenziale dell'indulto.

Tabella 57

Data di rilevazione	Detenuti		Misure alternative				LAVORO DI PUBBLICA UTILITA', MISURE DI SICUREZZA NON DETENTIVE, SANZIONI SOSTITUTIVE E ALTRE MISURE						Totale misure
	Condannati	Totale	AFFIDAMENTO IN PROVA	AFFIDAMENTO IN PROVA PER TOSSICODIPENDENTI	SEMILIBERTÀ	DETEZIONE DOMICILIARE	LIBERTÀ VIGILATA	LIBERTÀ CONTROLLATA	SEMIDETENZIONE	LPU - Violazione e codice della strada	LPU - Tossicodipendenti	SOSPENSIONE CONDIZIONALE DELLA PENA	
31/12/2005	36.676	59.523	11.063	3.623	1.745	4.991	1.203	156	14			1.436	24.231
30/06/2006	38.193	61.264	11.908	4.093	1.763	4.949	1.168	168	18			1.164	25.231
31/12/2006	15.468	39.005	994	611	630	1.358	1.408	100	5			199	5.305
30/06/2007	17.042	43.957	1.394	644	671	1.393	1.626	71	4			117	5.920
31/12/2007	19.029	48.693	1.809	757	696	1.431	1.710	65	1			90	6.570
30/06/2008	23.243	55.057	2.690	930	765	1.779	1.996	54	2			77	8.315
31/12/2008	26.587	58.127	3.412	1.090	771	2.257	2.243	51	0			54	9.903
30/06/2009	30.549	63.630	4.137	1.390	817	2.946	2.328	80	1			29	11.771
31/12/2009	33.145	64.791	4.666	1.597	837	3.232	2.320	91	2			21	12.817
30/06/2010	36.781	68.258	5.480	2.320	868	4.692	2.333	91	3			12	15.848
31/12/2010	37.432	67.961	5.776	2.366	886	5.219	2.068	99	6			13	16.495
30/06/2011	37.376	67.394	6.400	2.900	878	7.404	2.218	107	6			16	20.094
31/12/2011	38.023	66.897	6.893	3.059	916	8.371	3.061	115	8			11	22.968
30/06/2012	38.771	66.528	7.005	3.178	855	9.186	2.645	162	9			7	24.667
31/12/2012	38.656	65.701	6.839	3.150	858	9.139	2.840	164	8	2.121	404	7	25.530
30/06/2013	40.301	66.028	7.912	3.331	896	10.563	2.992	191	12	3.886	328	6	30.117
31/12/2013	38.471	62.536	7.781	3.328	845	10.173	3.002	194	9	4.179	230	6	29.747

30/06/2014	36.926	58.092	8.934	3.371	821	10.126	3.155	210	9	5.011	236	0	31.873
31/12/2014	34.033	53.623	8.752	3.259	745	9.453	3.373	168	6	5.338	268	0	31.362
30/06/2015	34.276	52.754	9.505	3.212	747	9.913	3.686	169	4	5.700	311	0	33.247
31/12/2015	33.896	52.164	9.043	3.053	698	9.491	3.675	192	7	5.589	365	0	32.113

Fonte: DGEPE, Ufficio Studi, Analisi e Programmazione-Osservatorio Misure Alternative.

Di particolare rilevanza sono i dati inerenti *l'efficacia delle misure alternative* alla detenzione per i soggetti tossicodipendenti, dai quali risulta che la percentuale di revoche dell'affidamento terapeutico per esito negativo è complessivamente pari al 10%. La percentuale di esito positivo della misura è, quindi, pari al 90% per salire al 94% nel caso di tossicodipendenti che accedono alla misura alternativa direttamente dallo stato di libertà.

Misure revocate anno 2015

Affidamento Terapeutico	Eseguite nel periodo	Per andamento negativo		Per nuova posiz. giur./assenza di requisiti giuridico-penali		Per commissione di reati		Per irreperibilità		Per altri motivi		Totale	
		Revoc he	%	Revoc he	%	Revoc he	%	Revoc he	%	Revoc he	%	Revoc he	%
Condannati TOSSICO/ALCOOLDIPENDENTI dallo stato di LIBERTÀ	2.004	93	4,64 %	9	0,45 %	17	0,85 %	7	0,35 %	2	0,10 %	128	6,39 %
Condannati TOSSICO/ALCOOLDIPENDENTI dallo stato di DETENZIONE	4.282	379	8,85 %	20	0,47 %	49	1,14 %	48	1,12 %	18	0,42 %	514	12,00 %
Totali	6.286	472	7,51 %	29	0,46 %	66	1,05 %	55	0,87 %	20	0,32 %	642	10,21 %

Fonte: DGEPE, Ufficio Studi, Analisi e Programmazione-Osservatorio Misure Alternative.

Nonostante tale grado di efficacia il flusso dei tossicodipendenti in misura alternativa alla detenzione ed in sanzione sostitutiva della pena detentiva non risulta in crescita. Ciò è dovuto principalmente alle difficoltà applicative delle misure di comunità ai soggetti tossicodipendenti, soprattutto per l'assenza di un numero di posti nelle comunità terapeutiche che risulti più rispondente all'effettivo fabbisogno per la specifica tipologia di utenza.

A fronte della carenza di posti presso le Comunità terapeutiche i soggetti tossicodipendenti sono stati seguiti dai servizi territoriali per le dipendenze, potendo in tal modo fruire, sia pure in modo limitato, anche delle misure alternative alla detenzione non previste specificamente per i tossicodipendenti. Di seguito sono riportati i dati del rilevamento mensile effettuato a partire da gennaio 2015, diretto a verificare l'andamento delle misure alternative alla detenzione, con particolare riferimento al trattamento dei soggetti tossicodipendenti in affidamento in prova al servizio sociale, in detenzione domiciliare ed in affidamento in prova in casi particolari (cd. Affidamento terapeutico per tossicodipendenti).

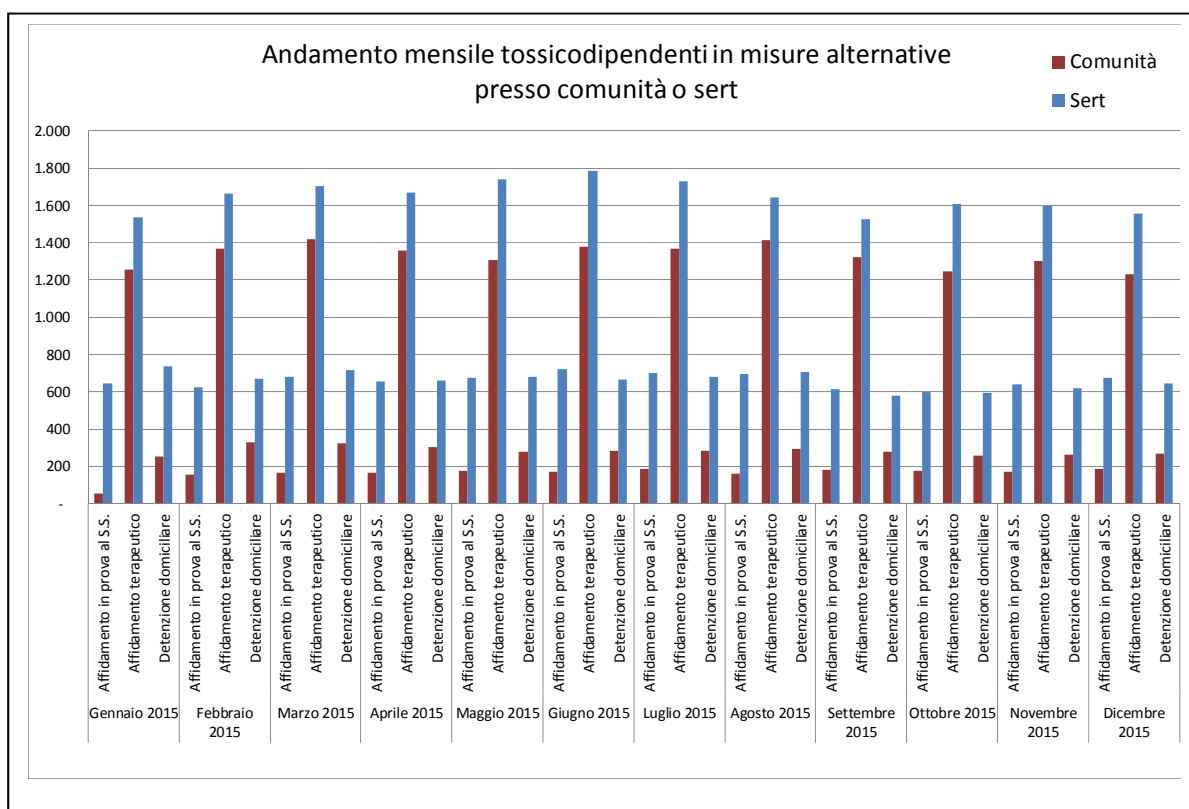
Come si evince dalla rilevazione di seguito riportata in tabella, l'utenza è principalmente seguita dai servizi pubblici per le dipendenze ed in particolare al 31 dicembre 2015 i tossicodipendenti in *affidamento in prova al servizio sociale* risultano per il 90% seguiti dai servizi pubblici per le dipendenze e solo il 10% risulta in comunità terapeutica. Per quanto riguarda i tossicodipendenti in *affidamento terapeutico* risultano per il 56% seguiti dai servizi territoriali e per il 44% sono affidati alle strutture residenziali accreditate. I tossicodipendenti in *detenzione domiciliare* risultano per il 71% seguiti dai servizi ASL e per il 29% trattati dalle comunità terapeutiche.

Periodo	Misura	Comunità				SERT				Totali
		Italiani		Stranieri		Italiani		Stranieri		
		Uomini	Donne	Uomini	Donne	Uomini	Donne	Uomini	Donne	
Gennaio 2015	AFFIDAMENTO IN PROVA AL SERVIZIO SOCIALE	48	3	1	1	558	39	47	3	700
	AFFIDAMENTO IN PROVA IN CASI PARTICOLARI	1.141	40	71	3	1.375	78	78	3	2.789
	DETEZIONE DOMICILIARE	225	19	11	0	642	40	48	6	991
Febbraio 2015	AFFIDAMENTO IN PROVA AL SERVIZIO SOCIALE	120	12	24	2	539	33	50	0	780
	AFFIDAMENTO IN PROVA IN CASI PARTICOLARI	1.213	60	90	3	1.469	93	101	2	3.031
	DETEZIONE DOMICILIARE	266	25	38	1	563	46	58	1	998
Marzo 2015	AFFIDAMENTO IN PROVA AL SERVIZIO SOCIALE	132	11	21	3	580	41	62	0	850
	AFFIDAMENTO IN PROVA IN CASI PARTICOLARI	1.256	68	91	5	1.499	93	107	3	3.122
	DETEZIONE DOMICILIARE	259	21	39	3	616	45	49	4	1.036
Aprile 2015	AFFIDAMENTO IN PROVA AL SERVIZIO SOCIALE	128	13	25	2	557	30	68	0	823

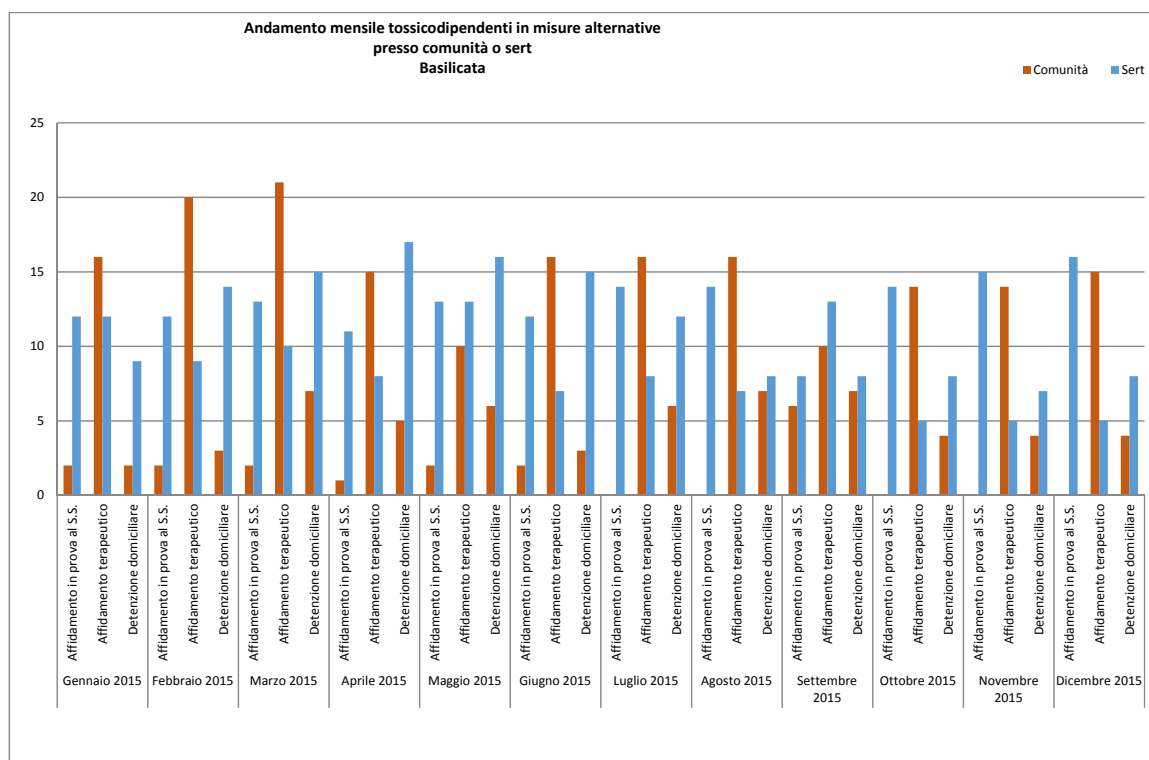
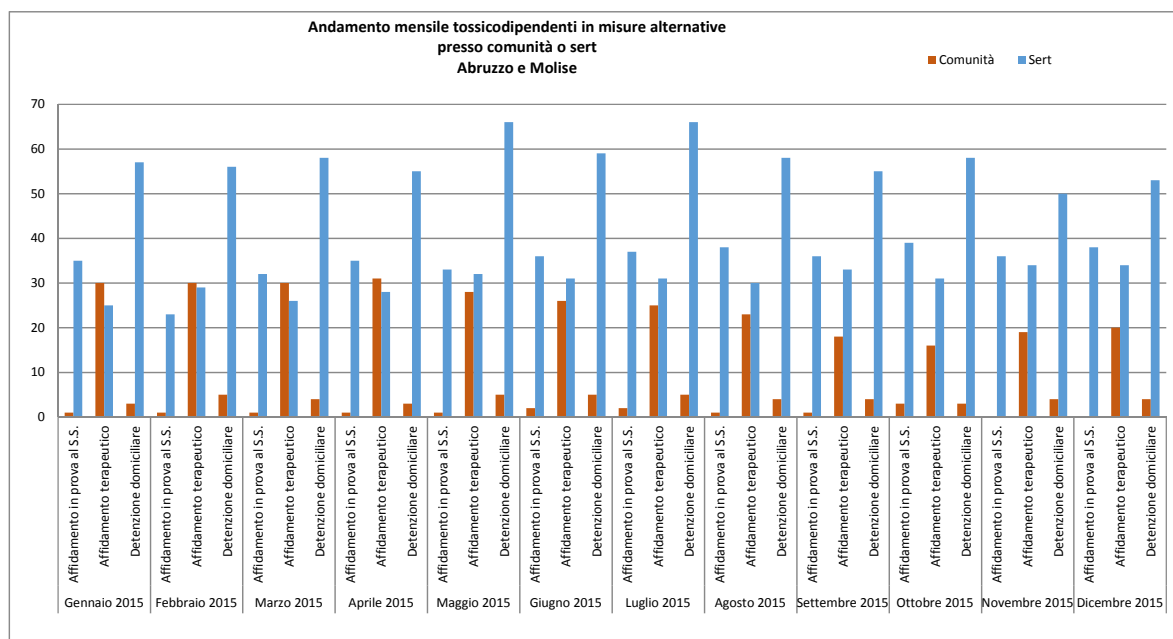
	AFFIDAMENTO IN PROVA IN CASI PARTICOLARI	1.188	71	98	3	1.462	95	111	2	3.030
	DETTENZIONE DOMICILIARE	243	23	39	0	572	44	42	3	966
Maggio 2015	AFFIDAMENTO IN PROVA AL SERVIZIO SOCIALE	127	16	32	2	568	37	68	0	850
	AFFIDAMENTO IN PROVA IN CASI PARTICOLARI	1.133	79	95	2	1.532	93	112	3	3.049
	DETTENZIONE DOMICILIARE	228	11	38	0	576	49	54	4	960
Giugno 2015	AFFIDAMENTO IN PROVA AL SERVIZIO SOCIALE	126	17	26	2	602	46	75	0	894
	AFFIDAMENTO IN PROVA IN CASI PARTICOLARI	1.233	58	88	1	1.564	98	121	3	3.166
	DETTENZIONE DOMICILIARE	235	9	41	0	575	45	40	6	951
Periodo	Misura	Comunità				SERT				Totali
		Italiani		Stranieri		Italiani		Stranieri		
		Uomini	Donne	Uomini	Donne	Uomini	Donne	Uomini	Donne	
Luglio 2015	AFFIDAMENTO IN PROVA AL SERVIZIO SOCIALE	140	18	25	3	575	56	72	0	889
	AFFIDAMENTO IN PROVA IN CASI PARTICOLARI	1.214	60	90	5	1.518	92	115	3	3.097
	DETTENZIONE DOMICILIARE	241	8	35	0	597	38	38	7	964
Agosto 2015	AFFIDAMENTO IN PROVA AL SERVIZIO SOCIALE	118	18	24	3	572	53	70	0	858
	AFFIDAMENTO IN PROVA IN CASI PARTICOLARI	1.263	67	81	3	1.450	77	113	4	3.058
	DETTENZIONE DOMICILIARE	247	17	27	0	625	45	29	5	995
Settembre 2015	AFFIDAMENTO IN PROVA AL SERVIZIO SOCIALE	134	18	28	3	516	42	56	2	799
	AFFIDAMENTO IN PROVA IN CASI PARTICOLARI	1.153	67	96	5	1.339	80	101	4	2.845
	DETTENZIONE DOMICILIARE	233	19	26	0	485	51	38	6	858
Ottobre 2015	AFFIDAMENTO IN PROVA AL SERVIZIO SOCIALE	126	16	28	4	510	35	53	2	774

	AFFIDAMENTO IN PROVA IN CASI PARTICOLARI	1.094	50	97	4	1.408	84	111	4	2.852
	DETEZIONE DOMICILIARE	217	17	25	1	500	48	39	5	852
Novembre 2015	AFFIDAMENTO IN PROVA AL SERVIZIO SOCIALE	121	17	27	4	538	45	54	3	809
	AFFIDAMENTO IN PROVA IN CASI PARTICOLARI	1.137	55	105	3	1.392	88	114	4	2.898
	DETEZIONE DOMICILIARE	216	23	25	1	506	58	47	7	883
Dicembre 2015	AFFIDAMENTO IN PROVA AL SERVIZIO SOCIALE	141	16	27	5	562	52	57	2	862
	AFFIDAMENTO IN PROVA IN CASI PARTICOLARI	1.091	52	87	3	1.354	86	113	4	2.790
	DETEZIONE DOMICILIARE	218	19	30	0	525	54	57	7	910

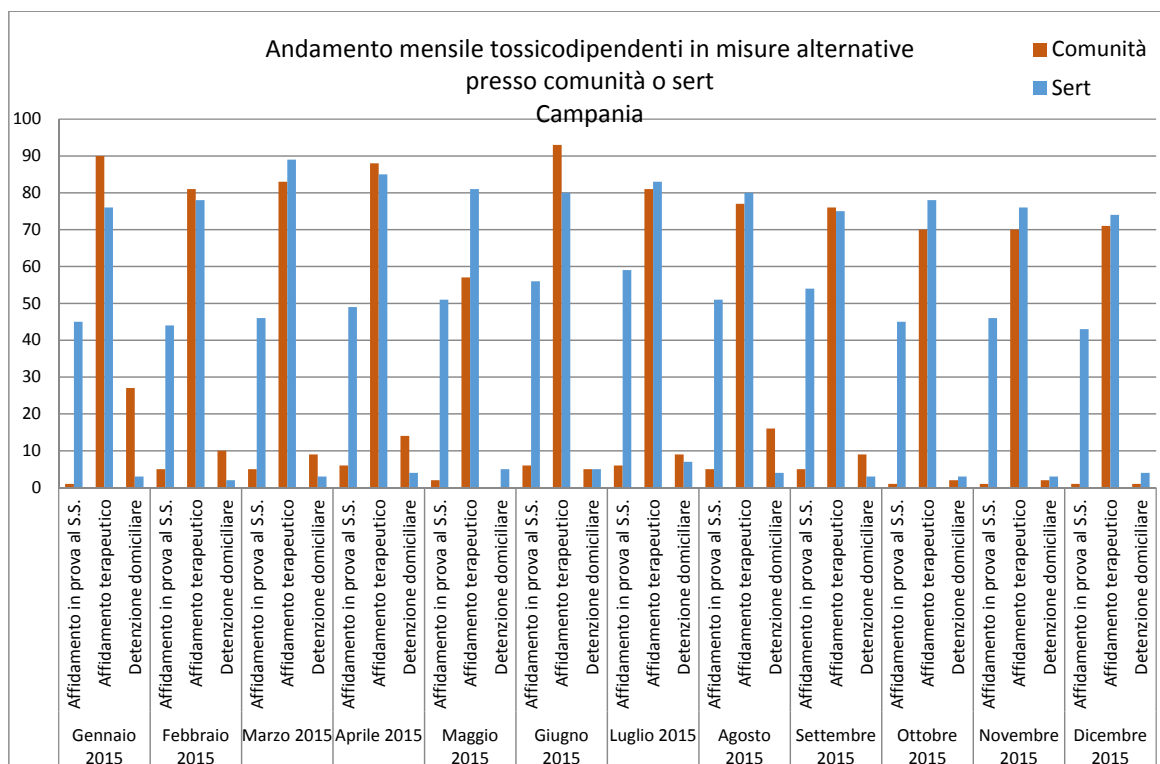
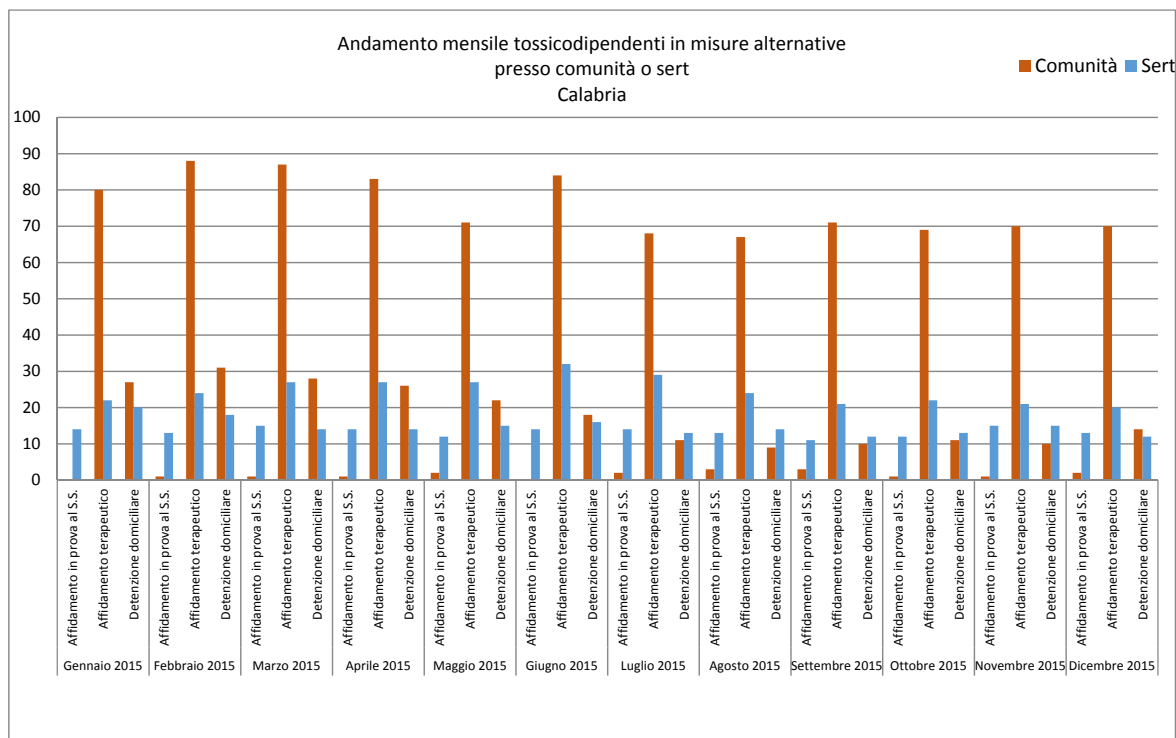
Fonte: DGEPE, Ufficio Studi, Analisi e Programmazione-Osservatorio Misure Alternative.

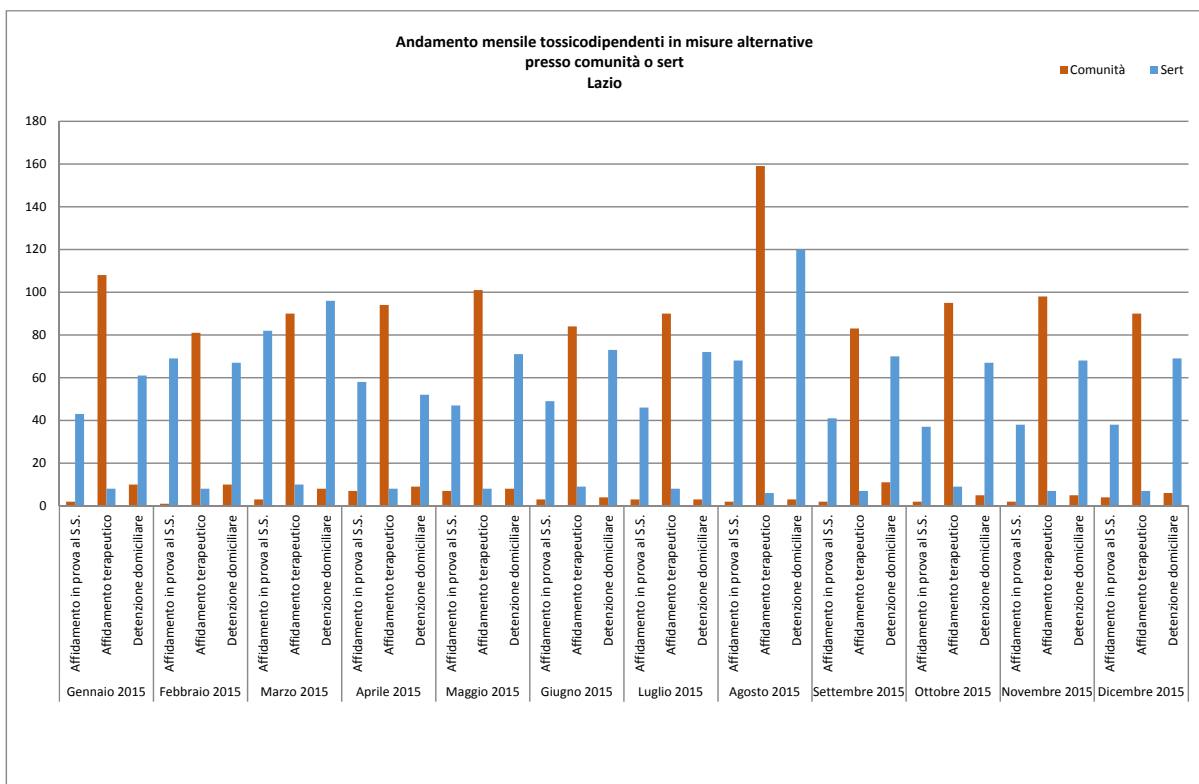
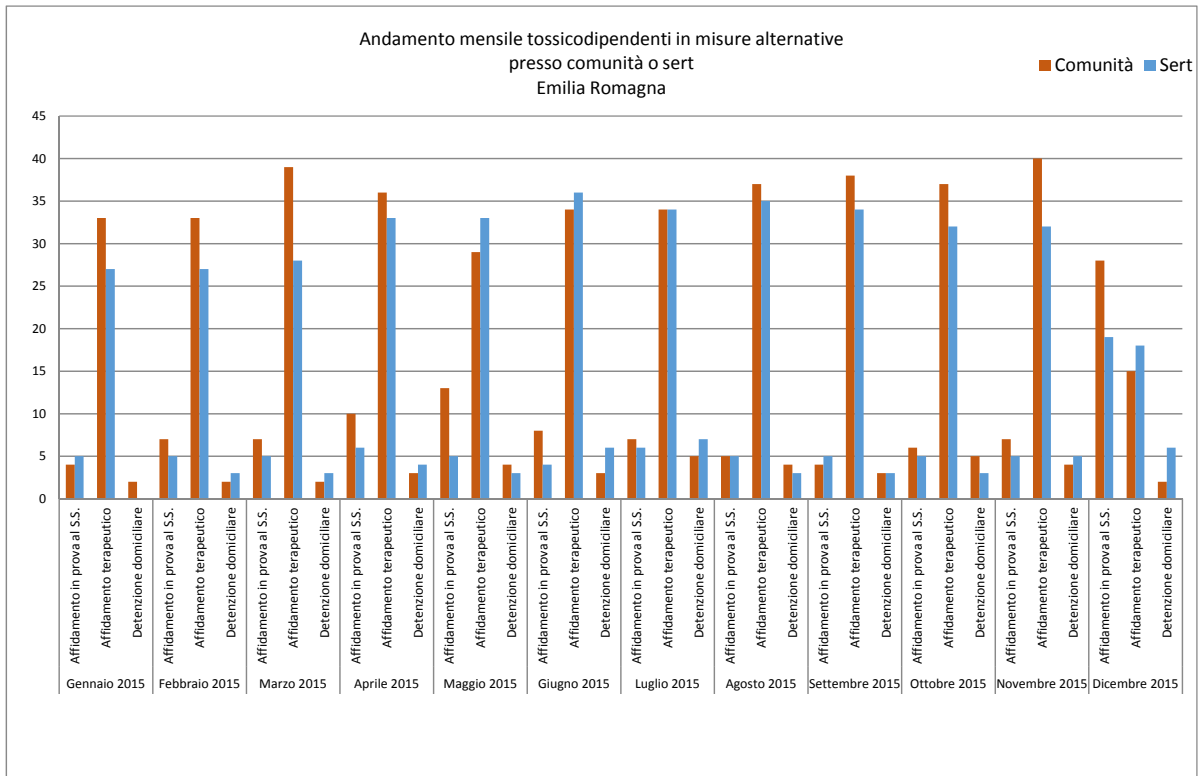


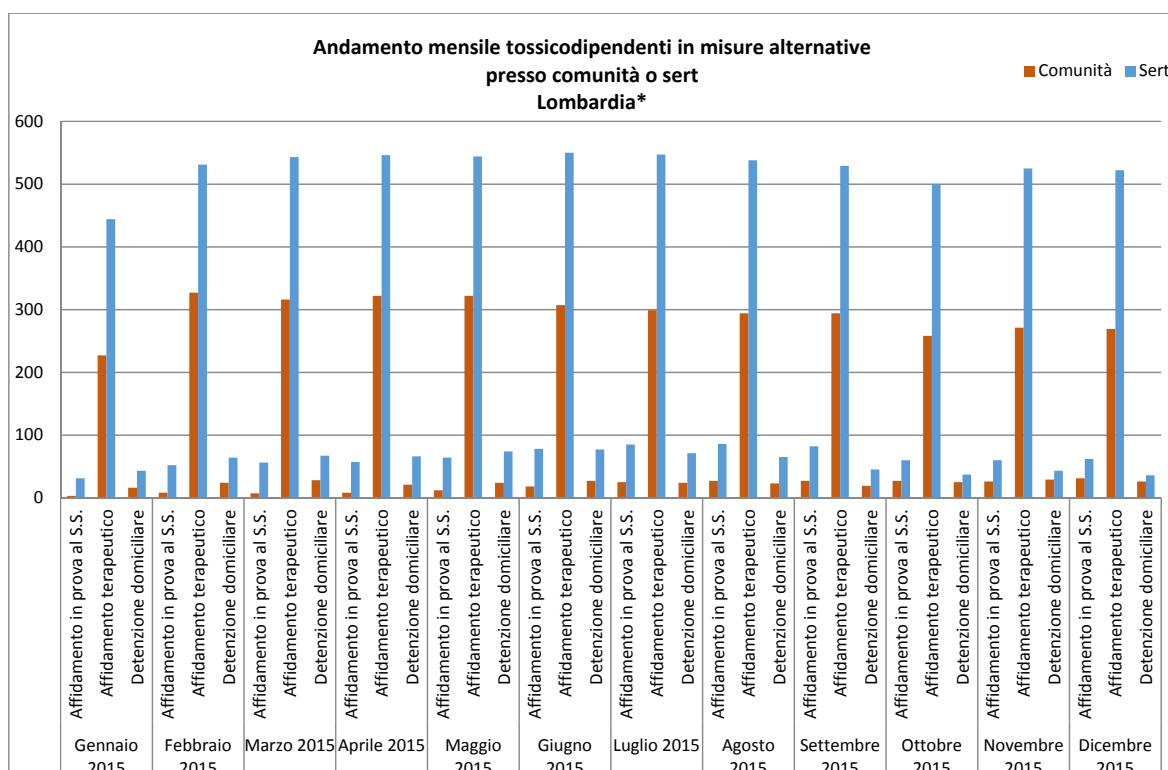
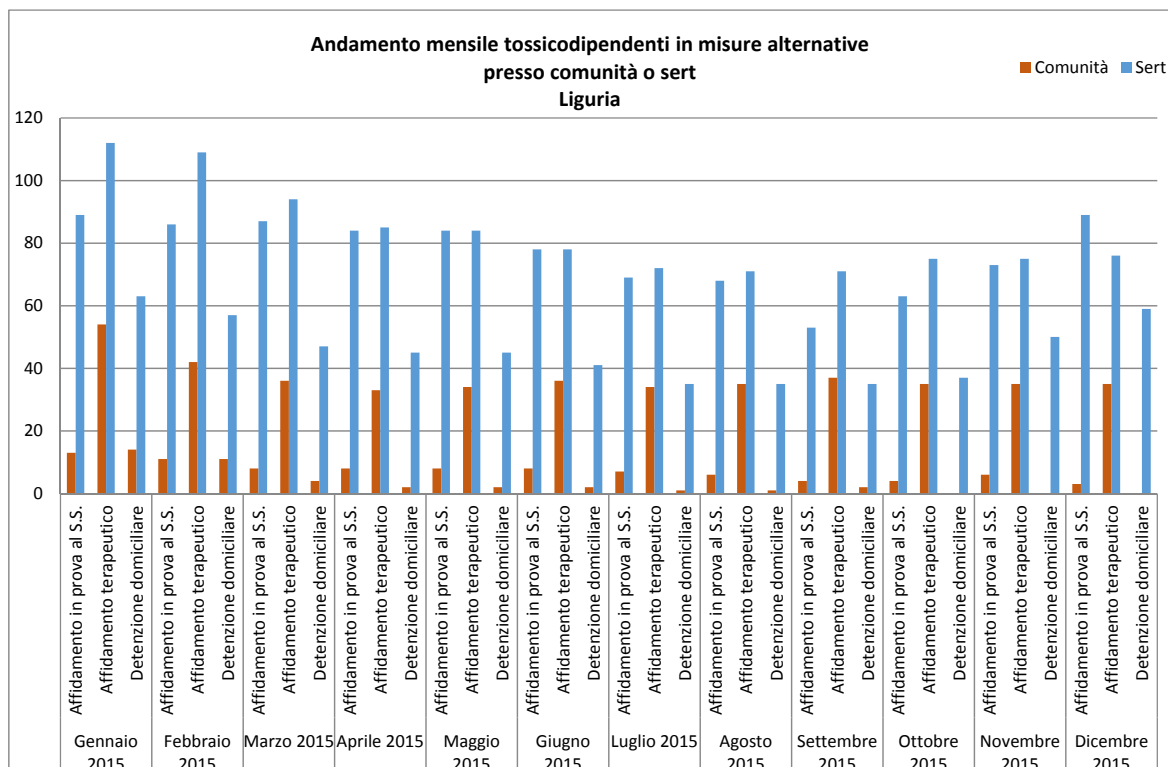
Di seguito sono riportati gli esiti della predetta rilevazione mensile suddivisi per Provveditorato Regionale dell'Amministrazione Penitenziaria²⁸:

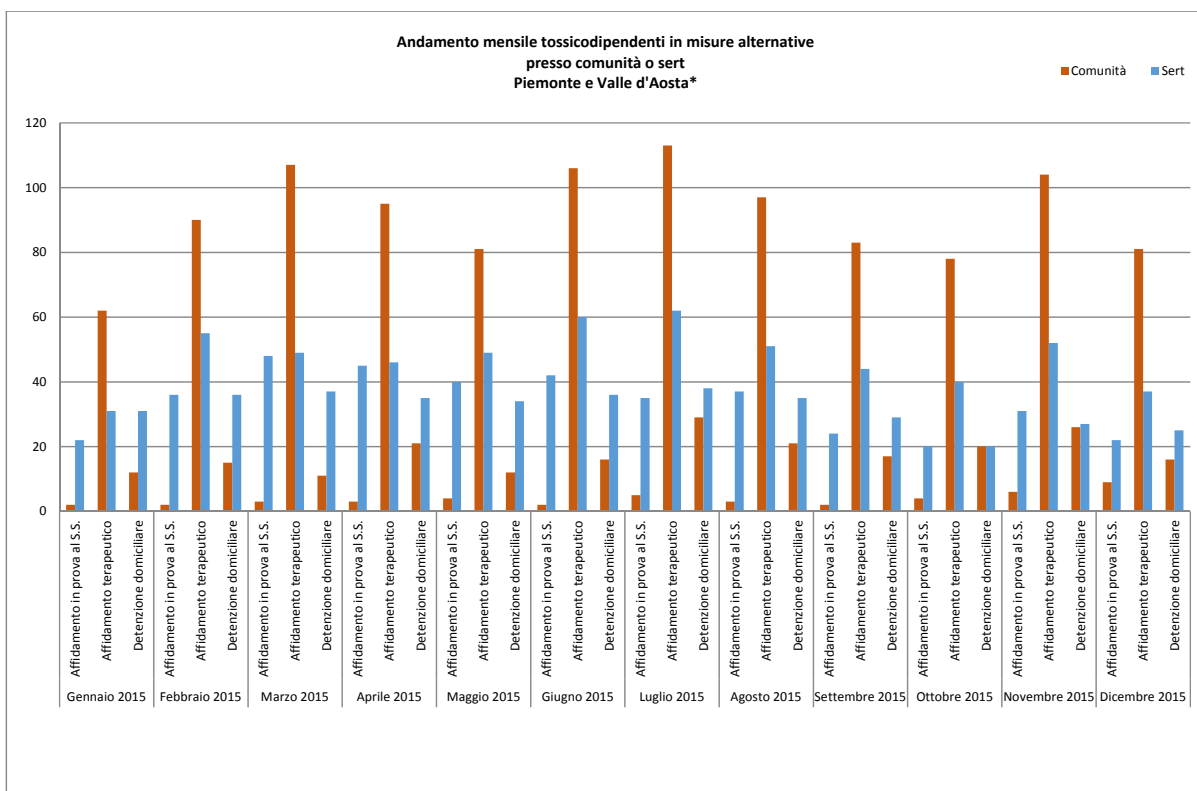
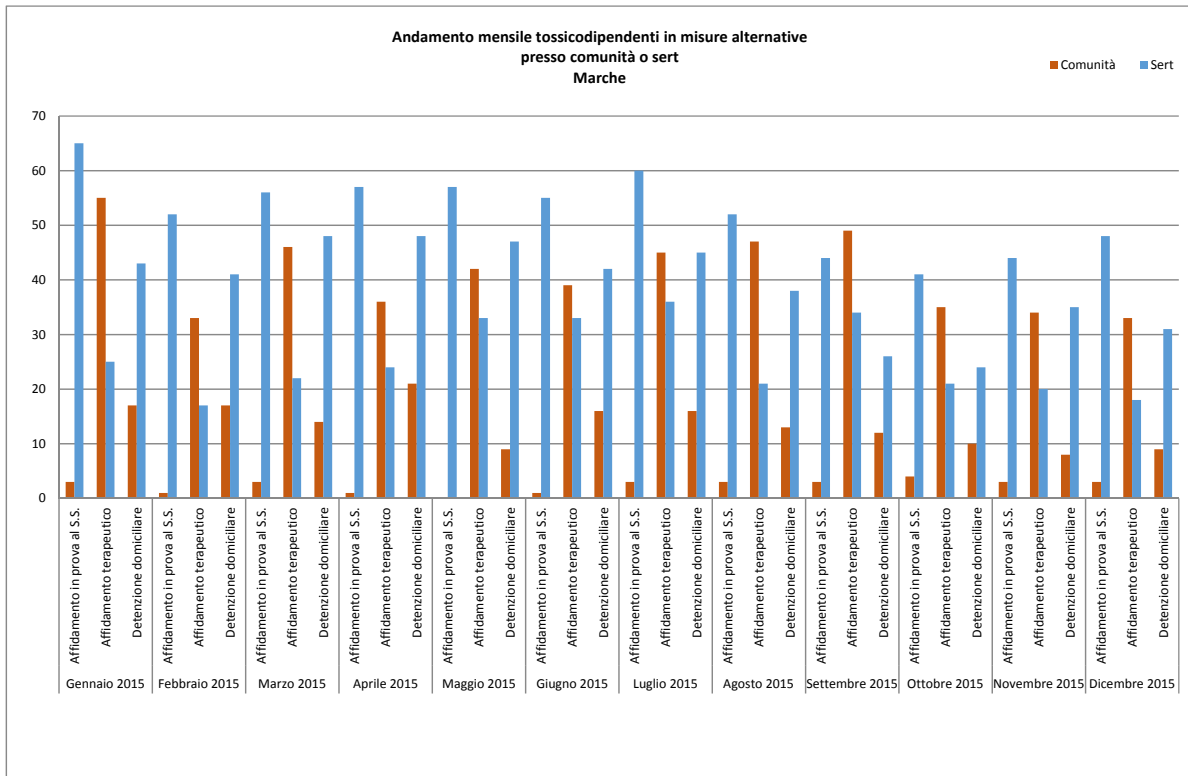


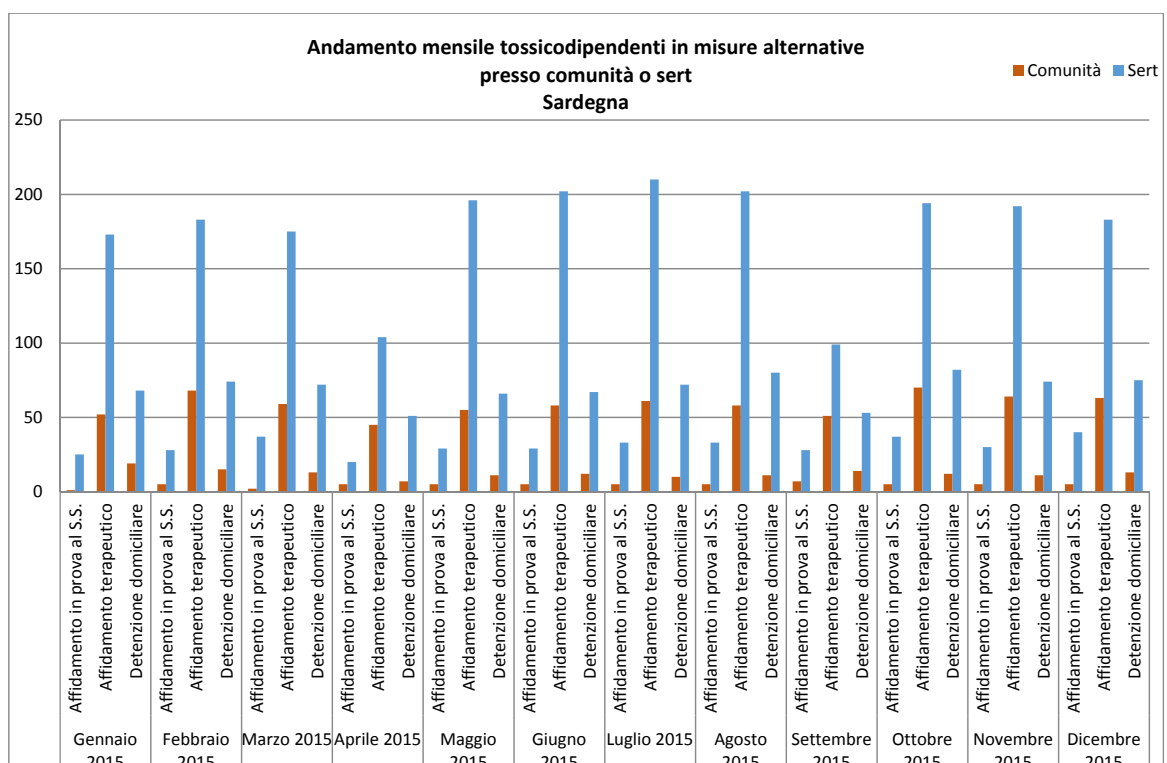
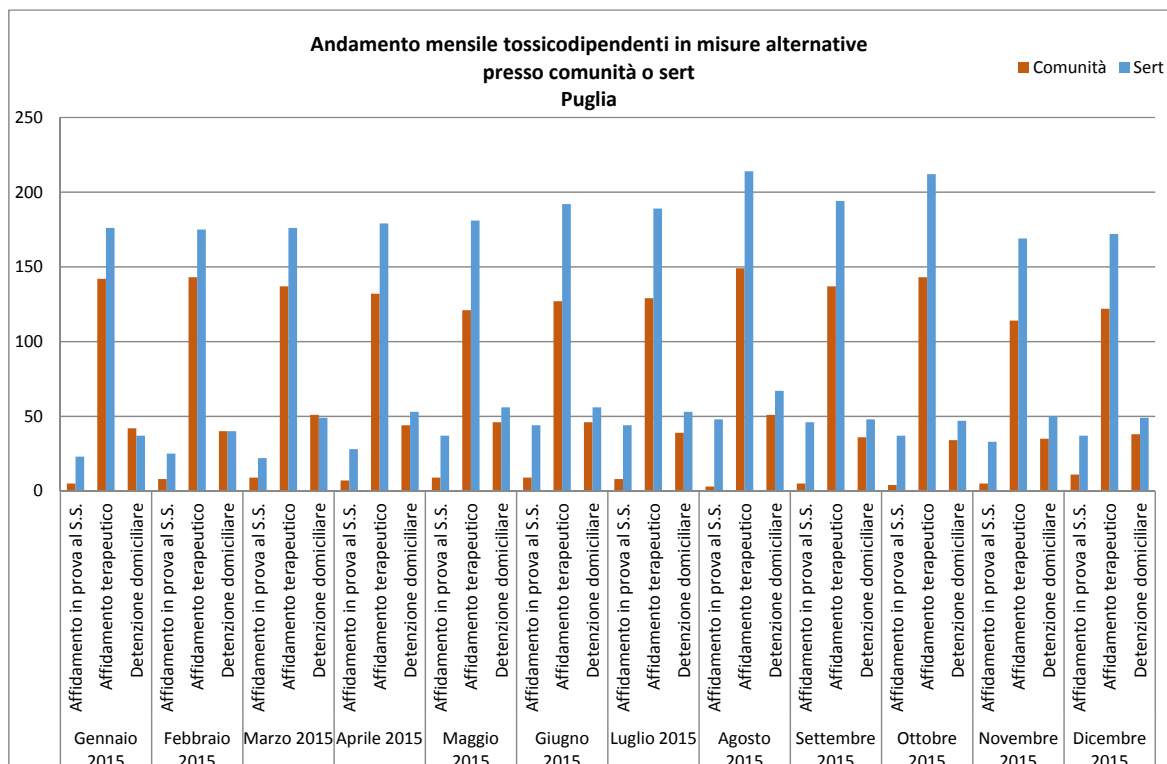
²⁸ Fonte: DGEPE, Ufficio Studi, Analisi e Programmazione-Osservatorio Misure Alternative.

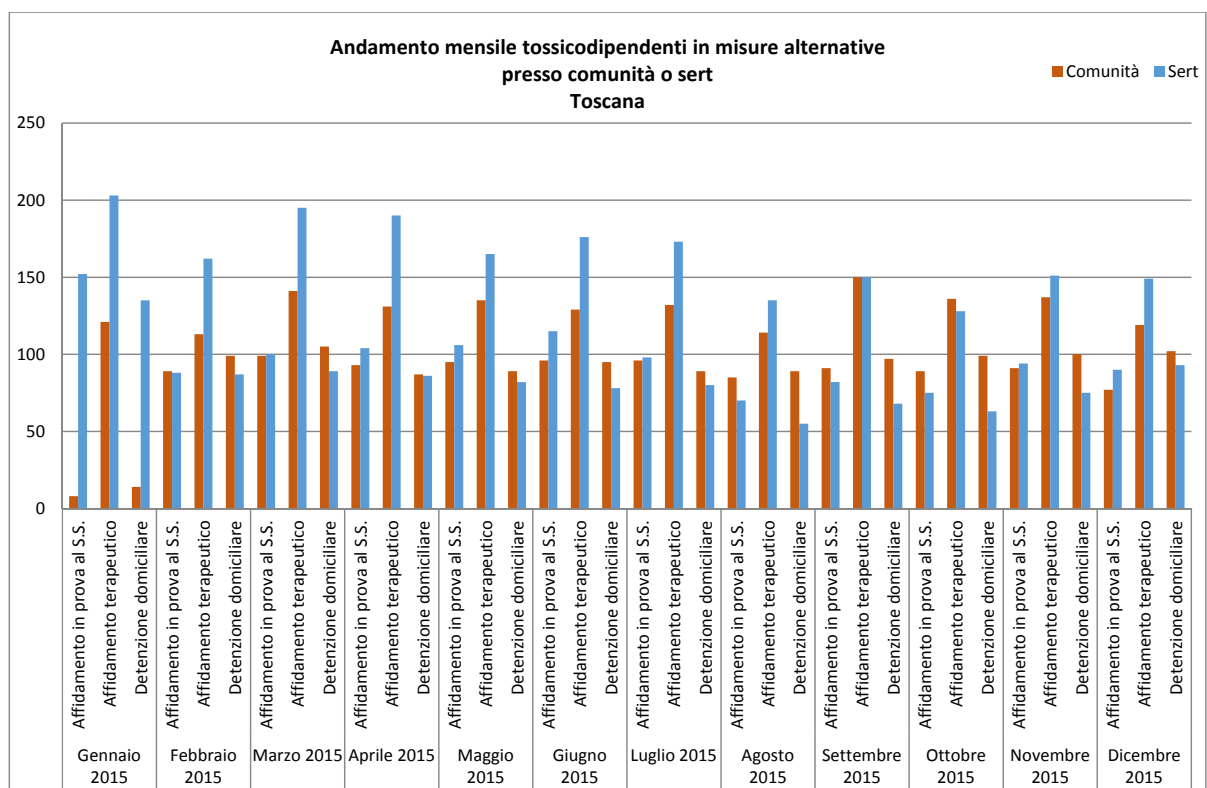
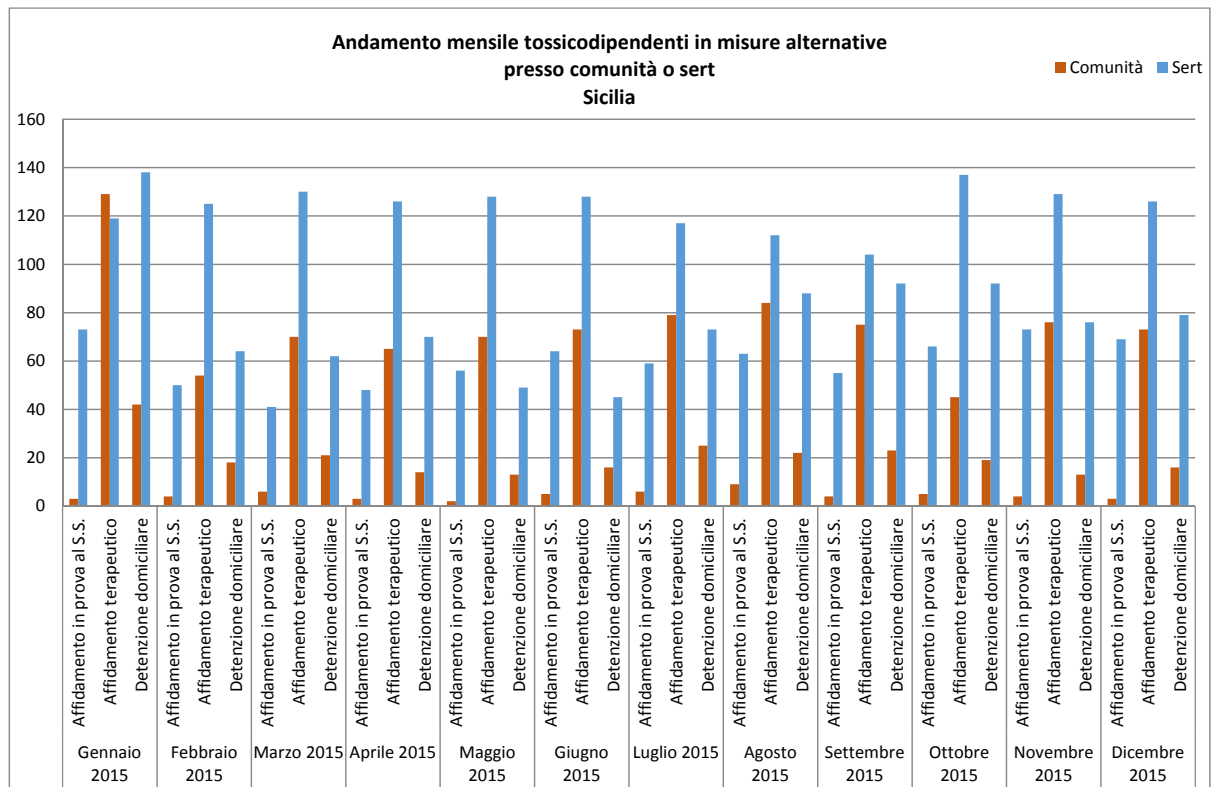


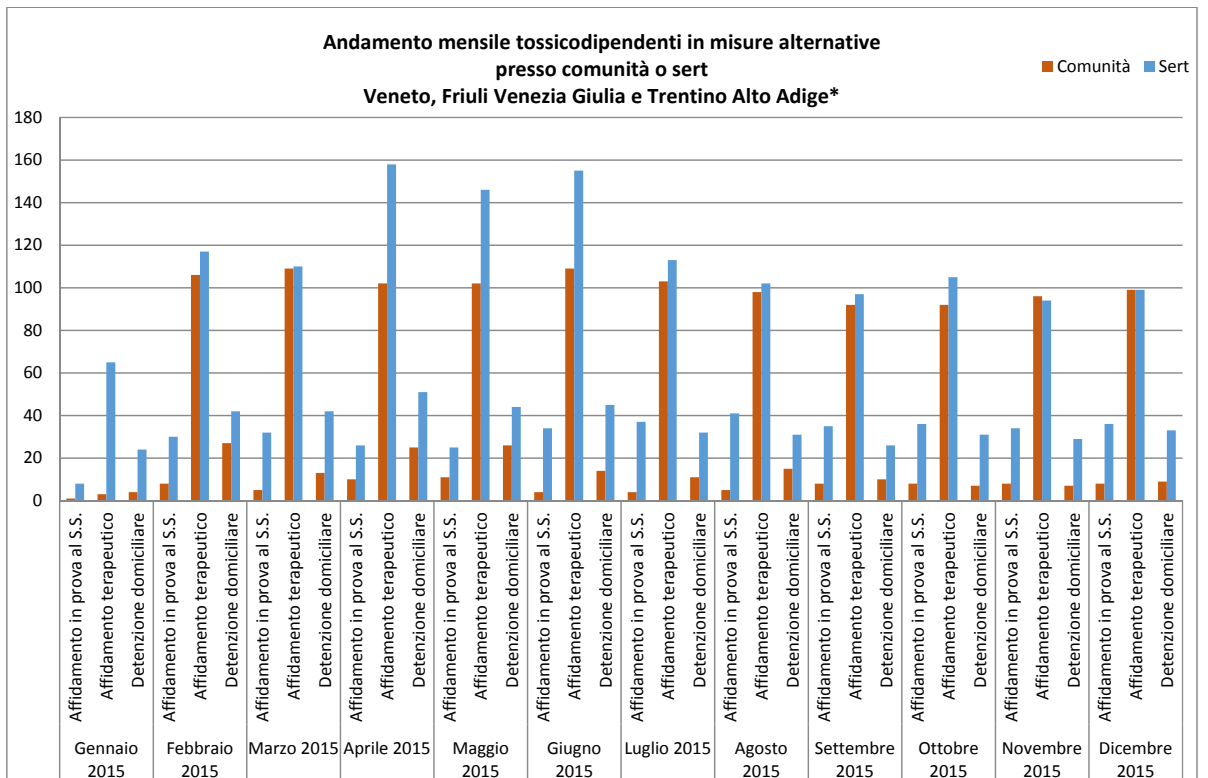
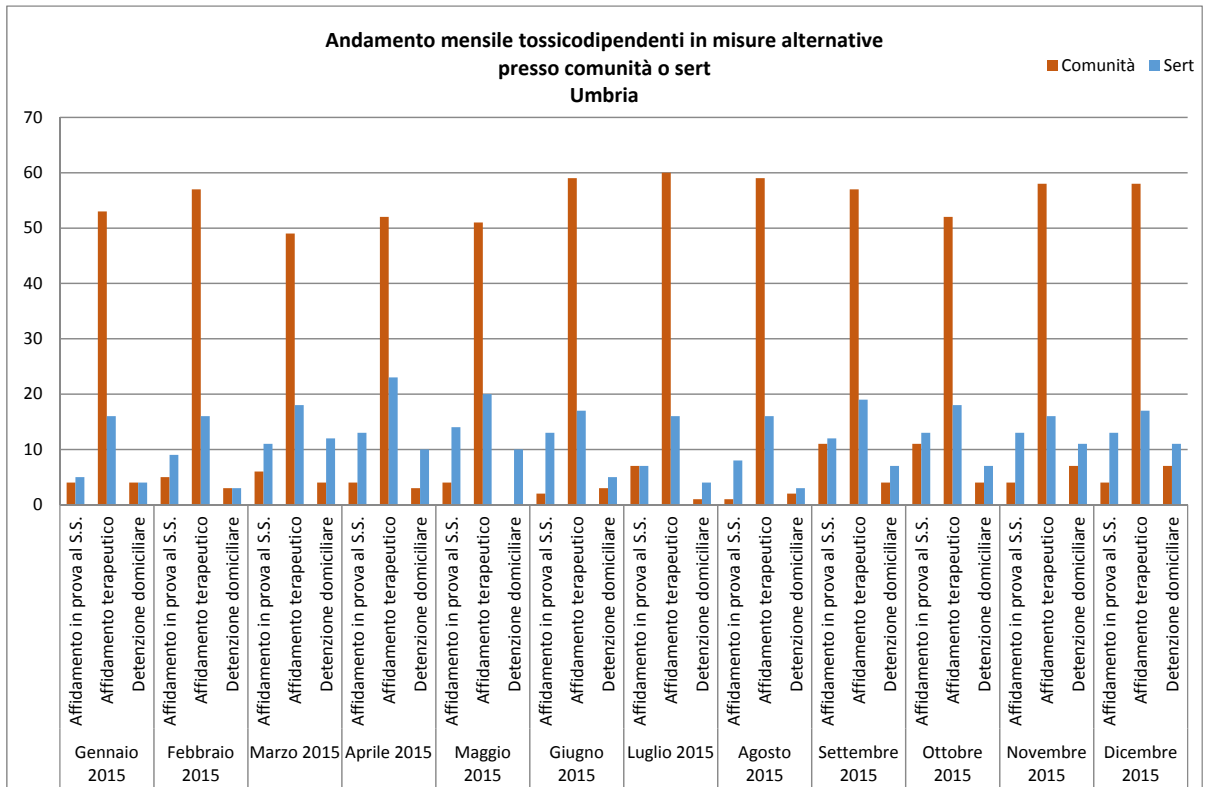












**Si precisa che i dati rappresentati sono parziali in quanto:

*Lombardia

Mancano i dati dell'Uepe di Como dei mesi di Ottobre – Novembre e Dicembre

*Piemonte e Valle d'Aosta

Mancano i dati dell'Uepe di Novara.

*Veneto, Friuli Venezia Giulia e Trentino Alto Adige
Mancano i dati dell'Uepe di Padova.

1.7 Dati sulle persone in trattamento presso le strutture socio-riabilitative

Anche per il 2015 il Ministero dell'Interno, attraverso il Centro Studi, Ricerca e Documentazione del Dipartimento per le Politiche del Personale ha effettuato una rilevazione, con cadenza semestrale, sui tossicodipendenti in cura presso le strutture socio-riabilitative, i cui risultati, considerati globalmente, permettono di valutare il flusso dei tossicodipendenti che si sono accostati ai presidi privati nell'anno in esame.

Il numero degli utenti in cura presso i presidi è rilevato attraverso le strutture censite, ovvero quelle strutture che, a fronte di tutte quelle esistenti sul territorio nazionale, hanno risposto alla richiesta avanzata dal Ministero, comunicando il numero degli utenti presenti alla data del 30 giugno e del 31 dicembre, disaggregato per sesso e tipologia.

Al riguardo è da segnalare che i dati elaborati per l'anno 2015 sono relativi a 807 strutture censite, rispetto alle 915 esistenti sul territorio nazionale (88,19%).

Con cadenza biennale il Centro provvede all'aggiornamento, tramite un censimento dei presidi effettuato attraverso le Prefetture-UTG, dell'elenco delle strutture socio-riabilitative esistenti, disaggregate a livello regionale e provinciale, suddiviso in residenziali (con ospitalità ed attività di recupero a livello residenziale), semiresidenziali (minimo 40 ore settimanali) e ambulatoriali (ospitalità e attività inferiori alle 40 ore settimanali).

Dalla lettura dei dati dei due semestri è stato possibile verificare come la media degli utenti presso le strutture socio-riabilitative sia rimasta pressoché stabile rispetto a quella censita nell'anno precedente. Infatti nell'anno 2015 è stata di 15.234 soggetti a fronte dei 15.340 dell'anno 2014.

Con riguardo alla localizzazione, la maggior parte dei presidi è situata nel Nord d'Italia e il maggior numero di utenti si registra in Lombardia, Emilia-Romagna, Lazio e Veneto.

Il rapporto tra utenti maschi e femmine continua ad evidenziare, come per gli anni precedenti, una preponderante presenza maschile pari, mediamente, all'83%.

Numero di tossicodipendenti in trattamento presso le strutture socio riabilitative

Data della rilevazione semestrale	Numero di soggetti in trattamento	Data della rilevazione semestrale	Numero di soggetti in trattamento
30/06/2014	15.565	30/06/2015	15.095
31/12/2014	15.114	31/12/2015	15.372
Media 2014	15.340	Media 2015	15.234

Tabella 58

Distribuzione e ripartizione territoriale del numero dei tossicodipendenti in trattamento alla data del 31/12/2014 e del 31/12/2015 presso le strutture socio-riabilitative

ZONE	Numero delle strutture censite		Numero dei tossicodipendenti		Carico medio per struttura	
	31/12/2014	31/12/2015	31/12/2014	31/12/2015	31/12/2014	31/12/2015
Nord	458	451	8.358	8.520	18	19
Centro	169	165	3.829	4.051	23	25
Sud	152	141	2.011	1.910	13	14
Isole	51	50	916	891	18	18

Tabella 59

ZONE	Strutture socio-riabilitative, per tipologia, esistenti al 31/12/2015			
	Residenziali	Semi Residenziali	Ambulatoriali	Totale

Nord	371	85	55	511
Centro	117	44	21	182
Sud	102	32	32	166
Isole	38	7	11	56
Totale Italia	628	168	119	915

Tabella 60

Le tabelle che seguono riportano, in dettaglio, i dati semestrali relativi ai tossicodipendenti in trattamento e alle strutture socio-riabilitative, per provincia, regioni e zone geografiche, disaggregati per tipologia di struttura e per sesso.

ITALIA - DATI PER ZONE GEOGRAFICHE AL 30 GIUGNO 2015																				
Zona	Strutture socio-riabilitative																			
	Residenziali					Semi-Residenziali					Ambulatoriali					Totali				
	Strutture		Tossicodipendenti in trattamento			Strutture		Tossicodipendenti in trattamento			Strutture		Tossicodipendenti in trattamento			Strutture		Tossicodipendenti in trattamento		
	Esistenti	Censite	Maschi	Femmine	Totali	Esistenti	Censite	Maschi	Femmine	Totali	Esistenti	Censite	Maschi	Femmine	Totali	Esistenti	Censite	Maschi	Femmine	Totali
NORD	375	340	5.080	1.132	6.212	91	76	509	116	625	57	46	1.075	275	1.350	523	462	6.664	1.523	8.187
CENTRO	121	100	1.564	333	1.897	48	35	351	125	476	19	17	1.362	247	1.609	188	152	3.277	705	3.982
SUD	102	89	1.325	110	1.435	33	28	140	22	162	36	32	337	29	366	171	149	1.802	161	1.963
ISOLE	37	37	652	69	721	7	6	48	0	48	12	11	180	14	194	56	54	880	83	963
TOTALE	635	566	8.621	1.644	10.265	179	145	1.048	263	1.311	124	106	2.954	565	3.519	938	817	12.623	2.472	15.095

SARDEGNA - DATI PROVINCIALI																				
Provincia	Strutture socio-riabilitative																			
	Residenziali					Semi-Residenziali					Ambulatoriali					Totali				
	Strutture		Tossicodipendenti in trattamento			Strutture		Tossicodipendenti in trattamento			Strutture		Tossicodipendenti in trattamento			Strutture		Tossicodipendenti in trattamento		
	Esistenti	Censite	Maschi	Femmine	Totali	Esistenti	Censite	Maschi	Femmine	Totali	Esistenti	Censite	Maschi	Femmine	Totali	Esistenti	Censite	Maschi	Femmine	Totali
CAGLIARI	11	10	146	20	166	0	0	0	0	0	3	3	72	7	79	14	13	218	27	245
NUORO	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
ORISTANO	1	1	20	0	20	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	20	0	20	
SASSARI	7	6	133	24	157	1	0	0	0	0	5	4	74	2	76	13	10	207	26	233
TOTALE	19	17	299	44	343	1	0	0	0	0	8	7	146	9	155	28	24	445	53	498

ITALIA - DATI REGIONALI AL 31 DICEMBRE 2015																				
Regione	Strutture socio-riabilitative																			
	Residenziali					Semi-Residenziali					Ambulatoriali					Totali				
	Strutture		Tossicodipendenti in trattamento			Strutture		Tossicodipendenti in trattamento			Strutture		Tossicodipendenti in trattamento			Strutture		Tossicodipendenti in trattamento		
	Esistenti	Censite	Maschi	Femmine	Totali	Esistenti	Censite	Maschi	Femmine	Totali	Esistenti	Censite	Maschi	Femmine	Totali	Esistenti	Censite	Maschi	Femmine	Totali
PIEMONTE	50	50	667	140	807	5	5	65	15	80	5	5	68	16	84	60	60	800	171	971
VALLE D'AOSTA	4	4	11	3	14	1	1	5	2	7	0	0	0	0	0	5	5	16	5	21
LOMBARDIA	127	101	1.752	370	2.122	18	14	130	12	142	20	13	673	110	783	165	128	2.555	492	3.047
LIGURIA	23	22	235	55	290	7	7	10	0	10	3	3	3	2	5	33	32	248	57	305
TRENTINO A.A.	5	5	87	15	102	1	1	127	69	196	1	1	61	49	110	7	7	275	133	408
VENETO	70	67	660	175	835	30	28	128	16	144	15	12	86	142	228	115	107	874	333	1.207
FRIULI V.G.	7	7	56	4	60	4	2	4	0	4	4	3	17	4	21	15	12	77	8	85
EMILIA ROMAGNA	85	81	1.840	373	2.213	19	13	81	17	98	7	6	131	34	165	111	100	2.052	424	2.476
TOSCANA	46	42	553	139	692	15	14	192	56	248	7	6	67	28	95	68	62	812	223	1.035
UMBRIA	17	17	304	59	363	4	4	33	3	36	1	1	12	6	18	22	22	349	68	417
MARCHE	32	31	384	88	472	14	14	66	23	89	8	8	73	10	83	54	53	523	121	644
LAZIO	22	17	257	60	317	11	8	301	61	362	5	3	1.097	179	1.276	38	28	1.655	300	1.955
ABRUZZO	12	12	154	14	168	2	2	28	18	46	4	4	24	2	26	18	18	206	34	240
MOLISE	4	4	45	2	47	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4	4	45	2	47
CAMPANIA	14	14	270	15	285	7	7	31	2	33	6	6	27	2	29	27	27	328	19	347
PUGLIA	43	30	390	36	426	14	9	54	4	58	18	13	236	20	256	75	52	680	60	740
BASILICATA	5	5	80	6	86	2	2	5	1	6	3	3	26	0	26	10	10	111	7	118
CALABRIA	24	23	346	21	367	7	7	46	5	51	1	0	0	0	0	32	30	392	26	418
SICILIA	19	17	273	30	303	6	6	43	5	48	3	3	32	10	42	28	26	348	45	393
SARDEGNA	19	17	299	44	343	1	0	0	0	0	8	7	146	9	155	28	24	445	53	498
TOTALE	628	566	8.663	1.649	10.312	168	144	1.349	309	1.658	119	97	2.779	623	3.402	915	807	12.791	2.581	15.372

ITALIA - DATI PER ZONE GEOGRAFICHE AL 31 DICEMBRE 2015																				
Zona	Strutture socio-riabilitative																			
	Residenziali					Semi-Residenziali					Ambulatoriali					Totali				
	Strutture		Tossicodipendenti in trattamento			Strutture		Tossicodipendenti in trattamento			Strutture		Tossicodipendenti in trattamento			Strutture		Tossicodipendenti in trattamento		
	Esistenti	Censite	Maschi	Femmine	Totali	Esistenti	Censite	Maschi	Femmine	Totali	Esistenti	Censite	Maschi	Femmine	Totali	Esistenti	Censite	Maschi	Femmine	Totali
NORD	371	337	5.308	1.135	6.443	85	71	550	131	681	55	43	1.039	357	1.396	511	451	6.897	1.623	8.520
CENTRO	117	107	1.498	346	1.844	44	40	592	143	735	21	18	1.249	223	1.472	182	165	3.339	712	4.051
SUD	102	88	1.285	94	1.379	32	27	164	30	194	32	26	313	24	337	166	141	1.762	148	1.910
ISOLE	38	34	572	74	646	7	6	43	5	48	11	10	178	19	197	56	50	793	98	891
TOTALE	628	566	8.663	1.649	10.312	168	144	1.349	309	1.658	119	97	2.779	623	3.402	915	807	12.791	2.581	15.372

1.8 Riduzione del Danno e Limitazione dei Rischi

La Riduzione del Danno / Limitazione dei Rischi (RdD/LdR), quarto “pilastro” delle politiche pubbliche

Italia. Panoramica di una pratica ventennale

La RdD/LdR in Italia, si pratica, si implementa, si innova, si studia e si teorizza, sin dalla fine degli anni 80 e primi anni '90, pur con tutti i limiti (di sperimentabilità continua, mancanza di continuità dei fondi, non stabilizzazione di sistema ecc.) emersi anche nella rilevazione presentata in questa Relazione. Si può dire soprattutto per alcuni territori e dopo almeno 25 anni di operatività, che è una pratica ormai consolidata e validata di intervento che si basa su approcci di prossimità per i consumi problematici, per i bisogni del mondo dei consumatori ed al confronto continuo con i vari modelli di consumo, storicamente esistenti in Italia sin dagli anni 70/80 e su cui si sono innestate pratiche e strumenti sociosanitari ad alta evidenza sanitaria, soprattutto rispetto ai temi della diffusione delle varie patologie correlate ed ai fenomeni di overdose, in quegli anni soprattutto, estremamente preoccupanti. E' quindi necessario oggi un salto di qualità in termini di indirizzo di politiche pubbliche, soprattutto se vogliamo seguire la chiara indicazione europea: *“In Europa in generale aumentare una più vasta copertura dei servizi di RdD è una priorità, obiettivo per cui risultano fattori chiave determinanti efficaci sistemi sanitari, coinvolgimento della società civile e un sostegno certo da parte della politica”*²⁹. Ed è anche necessario garantire una uniformità delle prestazioni di riduzione del danno (come previsto dai nuovi LEA), superando le differenze e le disparità fra Regione e Regione soprattutto alla luce dell'ampia e capillare diffusione su tutto il territorio nazionale, dei fenomeni di abuso e consumo problematico, nonché dipendenza, di sostanze stupefacenti sempre più diverse e con effetti e problematiche complesse.

Ricostruendo la storia della RdD/LdR italiana, come sopra accennato, si deve risalire soprattutto al periodo tra il 1990 e il 2000, quando nel confronto e stimolo con le più moderne e innovative sperimentazioni europee (Liverpool, Amsterdam ecc.) gli interventi di RdD/LdR nelle loro prime esplicite programmazioni italiane, si svilupparono prioritariamente a partire da una diffusione del consumo, abuso e dipendenza da eroina, ormai endemica. Un fenomeno che aveva un coinvolgimento presunto di almeno 300/400 mila persone di cui non più del 15% agganciati dai servizi (dati indicativi 1993) e su cui si innestavano in quel periodo i due allarmanti fenomeni della devastante diffusione dell'infezione da HIV tra i consumatori iniettivi e delle crescenti morti per overdose da oppiacei. Alla luce degli evidenti risultati positivi e dell'efficacia di tale approccio e delle sperimentazioni sempre più diffuse, si sviluppò in quegli anni un forte movimento tecnico politico molto positivo verso il suo sviluppo ulteriore, ma anche una critica piuttosto aspra con posizionamenti fortemente ideologizzati da parte di una componente del sistema di cura, soprattutto da parte del privato sociale e del mondo di alcune reti comunitarie. Tale dibattito, pur nella sua durezza, trovò momenti importanti di sintesi concreta e positiva e di rilancio nelle Conferenze

²⁹ EMCDDA (2010) Harm Reduction. Evidence, impact and challenge, <http://www.emcdda.europa.eu/publications/monographs/harm-reduction>; EMCDDA, Annual Reports, [http://www.emcdda.europa.eu/publications-database?ff0\]=field_series_type:404](http://www.emcdda.europa.eu/publications-database?ff0]=field_series_type:404),

Nazionali sulle droghe previste ogni 3 anni dalla legge 309 del 90, tenutesi in quella fase³⁰, e grazie allo spazio creatosi nel confronto pragmatico tra i diversi attori del sistema di intervento e della società civile, coinvolti in quelle sedi. Tale lavoro prese forma istituzionale nel 2000 nelle *Linee guida in materia di Riduzione del Danno*³¹, elaborate da un Gruppo Tecnico istituito presso il Ministero della Salute con la partecipazione di molti soggetti, del pubblico e del privato sociale, che la RdD/LdR la stavano elaborando, implementando e studiando. Le linee guida del 2000 contenevano un testo molto dettagliato e già coerente con i più avanzati indirizzi europei di allora, potenziale base per una omogenea politica nazionale ed anche per una chiara definizione e selezione di servizi e prestazioni possibili. Questo processo di implementazione e sviluppo venne invece, negli anni subito successivi, interrotto e contrastato da scelte di indirizzo sanitario nazionale diverse, che non tennero più conto delle evidenze scientifiche emerse dalle sperimentazioni in atto, ma lasciate sempre più, dove esistenti, alla responsabilità e scelta di singole regioni, enti locali o servizi pubblici e del privato sociale sensibili che ne garantirono, in molti contesti, il continuo e lo sviluppo con indubbi ed innegabili risultati.

Di nuovo, nel 2008, un Gruppo Tecnico presso il Ministero della Salute ha messo mano alle Linee guida del 2000 nell'intento di aggiornarle ai nuovi scenari del consumo. Un anno dopo, nel 2009, una sede istituzionalmente competente e preposta come il Gruppo Tecnico Interregionale Tossicodipendenze della Commissione Salute della Conferenza Stato/Regioni, a partire da una bozza proposta dal Dipartimento Nazionale Antidroga e con il coinvolgimento delle associazioni non governative più rappresentative, concorda sulla necessità di rielaborare nuove linee guida nazionali sulla RdD/LdR e si esprime a favore dell'attivazione di un processo in questa direzione, finalizzato alla inclusione degli interventi e servizi di RdD/LdR nei (futuri) LEA e ad una loro adeguata definizione che ebbe però ancora rallentamenti, proprio sui limiti, di contenuto e di processo, della proposta stessa del DPA, e ulteriori revisioni negli anni successivi.

Dal 2014 la situazione è nuovamente in movimento, sia per il mai cessato svilupparsi di progettazioni, servizi ed interventi su tutto il territorio nazionale (sono almeno 150 le progettazioni attive in Italia in questi anni) con rimodulazioni e nuove esperienze, sperimentazioni locali e studi, attività di *advocacy* di operatori, associazioni, consumatori e società civile, sia per scelta, negli ultimi anni, di sempre maggiore coinvolgimento della società civile da parte dell'attuale Dipartimento Nazionale Antidroga. Tale movimento tecnico politico continuativo, insieme all'importante diffuso lavoro territoriale scientificamente validato, ha portato alla costruzione di un nuovo quadro disegnato dal DPCM del febbraio 2016 sul piano salute relativo all'aggiornamento dei LEA, che finalmente include i servizi di RDD³², pur in una formulazione generica in attesa di adeguata articolazione e copertura. Tuttavia, in tale atto, si riconosce alla RdD/LdR la posizione di quarto "pilastro" delle politiche socio sanitarie sulle droghe e le dipendenze con pari dignità insieme a prevenzione e trattamento e riduzione dell'offerta, e promuovendo l'approfondimento delle conoscenze di base per le decisioni in ambito politico, in termini di ricerca, prassi, monitoraggio e valutazione. L'accesso e la diffusione di corrette conoscenze circa gli interventi di Riduzione del danno realizzati in Italia e non solo, è indispensabile per evitare che si instauri un circolo vizioso in cui la mancanza, la inadeguatezza e/o la non accessibilità di queste conoscenze fa sì che non si avviino i relativi sistemi di valutazione e, in assenza di sistemi di valutazione, le politiche non siano

³⁰ In particolare le Conferenze nazionali tenute a Palermo (1993), Napoli (1997) e Genova (2000)

³¹ Ministero della Sanità (2000) Linee guida sulla riduzione del danno

³² Articolo 28, punto k

sufficientemente incentivate. Assumere la riduzione del danno come priorità vuol dunque dire avviare un efficace sistema di monitoraggio e rilevazione dati e di valorizzazione del lavoro pluriennale realizzato: in questo quadro, la Relazione al Parlamento riveste un ruolo chiave, se la sua mission è di facilitare e sostenere scelte di politiche pubbliche basate sull'evidenza.

Oltre alle ragioni legate allo specifico contesto nazionale, poi, va sottolineato come anche a livello globale esista una crescente attenzione alle politiche di RdD/LdR, correlata alla maggiore attenzione per un diverso bilanciamento tra pilastro penale e pilastri socio-sanitari nelle strategia di governo del fenomeno dei consumi, come è emerso anche nel dibattito internazionale svoltosi ad UNGASS 2016. E, non ultimo, va poi considerato che la ricerca di più efficaci approcci e strategie di “governo sociale” dei consumi (che implica anche uno sviluppo e un adeguamento del sistema sociosanitario) è la sfida che si sta giocando e la partita che sempre più si giocherà, se si considerano le caratteristiche dei nuovi trend di consumo³³.

In questa prospettiva, l'approccio di RdD/LdR da ormai molti anni si sta dimostrando capace di limitare rischi e danni, “abbassando la temperatura”³⁴ del termometro del rischio verso stili di consumo maggiormente sostenibili da singoli e collettività; di coniugare bisogni ed interessi dei consumatori e della comunità sociale, evitando di creare contrapposizioni fittizie basate su “etichettamenti” (criminalizzanti o patologizzanti), privilegiando al contrario il pragmatismo di cambiamenti praticabili, la centralità delle persone coinvolte e le loro strategie e competenze di regolazione del consumo, l'approccio di comunità e la valorizzazione positiva del ruolo del contesto sociale come fattore di limitazione e riduzione di danni e rischi. Tale approccio si coniuga sempre di più con uno sviluppo complessivo e moderno di un sistema di intervento integrato tra prevenzione, Rdd e Ldr, presa in carico precoce, cura e trattamento, reinserimento.

In questa prospettiva strategica, la RdD/LdR, sia come sistema di servizi ed interventi mirati che, a monte, come approccio di politiche pubbliche capace di lavorare sulla complessità del fenomeno e di attivare dispositivi di regolazione sociale, ha espresso una ormai consolidata efficacia nel fronteggiare le sfide del presente.

Si tratta dunque di adottare pienamente l'approccio europeo della RdD/LdR come “pilastro” delle politiche su droghe e dipendenze, innescando finalmente un processo virtuoso in cui a monte si sviluppi la ricerca sui modelli di consumo, orientata a leggere e comprendere tempestivamente i trend dei pattern d'uso e relativi rischi e danni correlati, da cui rilevare i bisogni di intervento; e a valle si disegni un sistema coerente, a regime, di interventi, nonché di monitoraggio e valutazione delle prestazioni.

In altre parole, il primo impegno è *di costruire quel sistema di ricerca, monitoraggio e valutazione di cui la politica ha necessità per adottare scelte di indirizzo basate insieme sull'evidenza scientifica*

³³ J.P. Grund e altri The fast and furious — cocaine, amphetamines and harm reduction e A.Fletche e altri, Young people, recreational drug use and harm reduction, in EMCDDA (2010), cit; EMCDDA (2015) New psychoactive substances in Europe. An update from the EU Early Warning System <http://www.emcdda.europa.eu/publications/2015/new-psychoactive-substances>;

vedi i Report annuali EMCDDA, <http://www.emcdda.europa.eu/publications/edr/trends-developments/2016>

³⁴ Marlatt, G. A., Tucker, J. A., Donovan, D. M., & Vuchinich, R. E. (1997). Help-seeking by substance abusers: The role of harm reduction and behavioral-economic approaches to facilitate treatment entry and retention. NIDA Res Monogr, 165, 44-84.

e sul rispetto dei diritti fondamentali delle persone a cominciare da quello alla salute (politiche evidence and human rights based, come recitano le più avanzate linee guida internazionali³⁵).

Il contesto europeo. Una cornice per lo sviluppo della RdD/LdR in Italia

A livello comunitario, la RdD/LdR si afferma come “quarto pilastro” delle politiche europee su droghe e dipendenze in maniera progressiva, lungo tutti gli anni '90, arrivando infine nel 2000 a una definizione e a una inclusione formale nelle politiche pubbliche comunitarie.

Come noto, la RdD/LdR ha una triplice nascita che conviene brevemente ricordare, perché efficacemente rivela quelle valenze e potenzialità che saranno poi riconosciute e “messe al lavoro” nella strategia europea³⁶:

- fine anni '70, primi '80: la RdD nasce dai consumatori, quando si organizzano – soprattutto in Nord Europa - per rivendicare libero accesso a materiale sterile di iniezione (allora si trattava di prevenzione dell'epatite B, l'HIV sarebbe arrivato a ridisegnare drammaticamente lo scenario di lì a breve); dalla fine degli anni '80 entra sulla scena dell'*advocacy* e delle pratiche di RdD/LdR il movimento delle persone con HIV/AIDS

- seconda metà degli anni '80 e poi lungo tutti gli anni '90: la RdD nasce dagli operatori delle dipendenze e dagli ambiti politico-amministrativi della Salute Pubblica di alcune regioni e paesi europei³⁷, che di fronte alla duplice crisi dell'HIV tra i consumatori per via iniettiva, in primis, ma anche delle morti per overdose da oppiacei, riscrivono la gerarchia degli obiettivi e coerentemente l'architettura dei servizi, mettendo in primo piano il diritto alla salute, individuale e pubblica, e rinunciando a sottoporlo a quel primato dell'astinenza fino ad allora considerato obiettivo strategico e “unico” delle politiche sulle droghe. Secondo questa riscrittura di approccio e obiettivi, la RdD/LdR persegue i suoi fini a prescindere da un obiettivo prioritario di astinenza, che può emergere nel *continuum* che connota le traiettorie di vita e consumo delle persone che usano sostanze, ma non viene necessariamente posto come prerequisito cui ancorare prassi e obiettivi della RdD/LdR.

- primi anni '90 e durante tutto il decennio: una vasta rete di città europee, grandi e medie, che si misuravano con fenomeni droga correlati a livello di salute individuale e pubblica, micro e macro criminalità, convivenza sociale e più in generale politiche del governo della città e costi sociali

³⁵ The Beckley Foundation (2009), Recalibrating the regime, The Need for a Human Rights-Based Approach to International Drug Policy, https://www.hrw.org/sites/default/files/related_material/becklev0308exec.pdf; HRI-Harm Reduction International (2011), The UN Human Rights System and Harm Reduction Advocacy, https://www.hri.global/files/2014/08/06/IHRA_Training_Pack_Final.pdf; J. Ife (2012) Human Rights and Social Work: Towards Rights-Based Practice, Cambridge University Press

³⁶ Per un approfondimento della storia della RdD/LdR: P. O'Hare (a cura di) (1992) La riduzione del danno, Edizioni Gruppo Abele; R. Newcomb (1992), La riduzione del danno correlato all'uso di droghe. Una definizione concettuale per la teoria, la pratica e la ricerca, in Pat O'Hare (a cura di) (1992), cit.; P. Cohen, Shifting the main purposes of drug control: from suppression to regulation of use, International journal of drug policy, n.10/1999; EMCDDA (2010) Harm Reduction. Evidence, impact and challenge, <http://www.emcdda.europa.eu/publications/monographs/harm-reduction>; E.Nadelmann, P. Cohen, E. Drucker, U. Locher, J. Stimson e A. Wodak (1996) La prospettiva del controllo della droga nella riduzione del danno: progressi internazionali, Quaderni di Fuoriluogo, n 2/1996; tra i contributi italiani, P. Meringolo e G. Zuffa (2001) Droghe e riduzione del danno. Un approccio di psicologia di comunità, Unicopli

³⁷ P. O'Hare (a cura di) (1992) cit.

correlati, ridisegnano le loro strategie di governo³⁸. Queste città, non raramente in dissenso con le politiche più inerziali dei governi nazionali, adottano l'approccio di RdD/LdR come politica non solo sanitaria ma anche sociale, utile a contenere e minimizzare rischi e danni sia per i consumatori che per la collettività, ai tre livelli, sanitario, sociale ed economico. È qui, in questa cornice integrata e complessiva, soprattutto, che si evidenzia il potenziale della RdD/LdR come approccio utile per il governo generale di un fenomeno complesso.

Tutti e tre questi attori e i loro percorsi hanno dato un contributo fondamentale a ciò che oggi è il "quarto pilastro" della politica europea: hanno da un lato sperimentato e costruito un sistema di politiche sociosanitarie e di interventi capace di limitare rischi e danni la cui evidenza di efficacia oggi fonda le linee guida europee; dall'altro lato, hanno fatto emergere come un fattore cruciale di ulteriore rischio e di danno proprio l'impatto delle politiche stesse, dimostrando come una coerente cornice di politiche pubbliche sia una premessa (e una responsabilità) intrinseca e cruciale per il raggiungimento di obiettivi di salute e qualità della vita.

Questa assunzione di responsabilità politica arriverà, a livello comunitario, tra il 2000 e il 2003, come una svolta ormai saldamente radicata nell'evidenza e come ridisegno di una cornice comunitaria che – se come noto non ha poteri vincolanti sulle scelte nazionali – ha tuttavia chiari caratteri di indirizzo.

Queste scelte si esprimono dall'inizio degli anni 2000 ai diversi livelli e competenze comunitari:

- della Commissione Europea, con la Strategia Europea e il Piano d'Azione Europeo 2000-2004, in cui la RdD/LdR viene esplicitata come un approccio e un'area d'intervento specifici e vengono indicati obiettivi di riduzione delle morti droga correlate e delle infezioni da HIV; e da lì così sarà, mutando via via gli obiettivi specifici, nelle Strategie e Piani d'azioni seguenti³⁹
- del Consiglio dell'Unione Europea, che nel 2003 adotta una Raccomandazione agli Stati membri perché adottino misure di RdD/LdR, arrivando ad indicare un elenco di misure necessarie e definendole costitutive di un'azione di salute pubblica⁴⁰;
- dell'Osservatorio Europeo sulle Droghe (EMCDDA), sul piano scientifico preposto a monitorare interventi e politiche, che nel 2000 produce il primo dei suoi studi di monitoraggio e valutazione sugli interventi di RdD/LdR mirati a contenere la diffusione dell'HIV tra i consumatori per via iniettiva⁴¹, mettendo anche a sistema i molti studi nazionali e locali che già in Europa si erano prodotti a partire dalla fine degli anni '80 e dando alla politica comunitaria una solida base per i processi decisionali.

³⁸ Città di Francoforte, Commissione delle comunità europee, OMS, Healthy cities project (1990) cit.; M.Brandoli, S. Ronconi (2007), Città, droghe, sicurezza. Uno sguardo europeo tra penalizzazione e welfare, Franco Angeli

³⁹ **Strategia dell'Unione europea in materia di droga** (2013-2020), [http://eur-lex.europa.eu/legal-content/IT/TXT/?uri=CELEX%3A52012XG1229\(01\)](http://eur-lex.europa.eu/legal-content/IT/TXT/?uri=CELEX%3A52012XG1229(01)); **Piano d'azione dell'UE in materia di lotta contro la droga (2013-2016)**, http://eur-lex.europa.eu/legal-content/IT/TXT/?uri=URISERV%3A231004_1

⁴⁰ Consiglio d'Europa (2003), **Raccomandazione, del 18 giugno 2003, sulla prevenzione e la riduzione del danno per la salute causato da tossicodipendenza**, <http://eur-lex.europa.eu/legal-content/IT/TXT/?uri=CELEX%3A32003H0488>

⁴¹ per una mappa degli studi dell'EMCDDA, <http://www.emcdda.europa.eu/html.cfm/index5777EN.html>

Definizioni e obiettivi della RdD/LdR nel quadro delle politiche europee

Da allora, la RdD/LdR *si configura come parte integrante della risposta politica mainstreaming al consumo di droghe in Europa e come espressione dell'approccio mainstreaming di salute pubblica adottato dalle agenzie ONU, dalla Strategia e dal Piano d'azione europei, e inclusa come parte integrante delle politiche nazionali in gran parte degli Stati membri*⁴²

Nella più recente Strategia Europea sulle droghe (2013-2020), che gli Stati membri sono chiamati ad attuare, si conferma che uno dei cinque obiettivi –chiave è *la riduzione misurabile di danni e rischi sociali e sanitari droga correlati*⁴³

La definizione di RdD/LdR, internazionalmente adottata, come insieme di *politiche, programmi ed interventi mirati a ridurre le conseguenze negative del consumo di droghe legali e illegali sul piano della salute, sociale ed economico per i singoli, le comunità e la società, fortemente inserita negli ambiti della salute pubblica e dei diritti umani*⁴⁴, è andata arricchendosi nel quadro del dibattito politico e scientifico europeo di nuovi concetti e definizioni significativi per la messa a punto di politiche adeguate.

In sintesi, alcuni dei **concetti chiave** adottati dall'Europa:

- come detto sopra, la RdD/LdR si iscrive nell'approccio di salute pubblica e promozione della salute, e ne adotta i presupposti. In questo ambito, si sottolinea con le parole dell'EMCDDA come essa sia *parte di un approccio bilanciato, elemento integrante di una strategia complessa che include prevenzione, trattamento, riabilitazione sociale e lotta al traffico. Questa integrazione offre un sostegno decisivo all'approccio pragmatico e basato sull'evidenza che le politiche europee sulla droga hanno deciso di adottare*⁴⁵. È questo approccio, adottato dalla Strategia comunitaria, a fondare il posizionamento della RdD/LdR come “quarto pilastro” integrante le politiche comunitarie, e non meramente come un ristretto insieme di interventi limitato a contenere alcune patologie correlate

- non solo la politica europea individua la necessità di un approccio integrato, ma anche l'EMCDDA sotto il profilo scientifico individua e posiziona la RdD/LdR in un *continuum* di interventi in cui limitazione dei rischi, riduzione del danno e trattamento intervengono con flessibilità, coerentemente con il *continuum* delle traiettorie di consumo delle persone che usano sostanze: traiettorie notoriamente oscillanti, in cui si alternano nella storia del singolo consumatore problematico pattern diversi d'uso, in una gamma di comportamenti tra consumo intensivo, moderato, astinenza lontani dalla linearità e dicotomia suggerita dal modello esclusivo astinenza-dipendenza⁴⁶.

- anche la ormai pluridecennale attività di monitoraggio e valutazione degli interventi di RdD/LdR ha portato a introdurre, sotto il profilo dei modelli operativi, l'accezione di RdD/LdR come *combination intervention*; si sostiene cioè la necessità sia di un sistema “intra”, integrato tra diversi interventi di RdD/LdR, in cui l'uno è funzione e valorizzazione dell'altro verso una maggior efficacia (e questo comporta che spesso introdurre un intervento e non anche un altro depotenzia l'efficacia complessiva); sia una flessibile modalità “inter”, di connessione tra ambito RdD/LdR e

⁴² T. Rhodes and D. Hedrich (2010), Harm reduction and the mainstream, in EMCDDA (2010) cit

⁴³ **Strategia dell'Unione europea in materia di droga** (2013-2020), cit

⁴⁴ EMCDDA (2010) cit; IHRA - International Harm Reduction Association (2009), What is harm reduction? A position statement from the International Harm Reduction Association, International Harm Reduction Association, London

⁴⁵ W. Götz in EMCDDA 2010, cit

⁴⁶ Per una bibliografia internazionale sui pattern e le traiettorie d'uso e le modalità di controllo / regolazione del consumo vedi in TNI-Forum Droghe-Università di Firenze, NADPI- New Approaches in Drug Policy & Interventions , Scientific Repertoire “From Diseased to In-Control? Towards an Ecological Model of Self-Regulation & Community-Based Control in the Use of Psychoactive Drugs, <http://formazione.fuoriluogo.it/ricerca/nadpi-new-approaches-in-drug-policy-interventions/>

ambito trattamento (e questo comporta che nella reciproca specificità di obiettivi e ambiti pure si esercitino reciproche influenze, come ben testimoniano i cambiamenti avvenuti nella variabilità della gestione delle terapie metadoniche, nel loro largo utilizzo in una prospettiva anche di riduzione del danno, nell'acquisizione di un approccio *client oriented* versus una finalizzazione esclusiva *abstinence oriented*); sia, infine ma non ultimo, con le politiche che dovrebbero integrare e sostenere e non contrastare gli obiettivi di salute pubblica.

Un esempio: *Nella riduzione dei danni correlati all'uso di sostanze per via iniettiva, l'approccio combination intervention consente in molti paesi di basarsi su programmi integrati di scambio siringhe, su terapie metadoniche, sull'offerta di counselling, sui servizi predisposti dalle stanze del consumo, sull'educazione tra pari, sull'intervento di strada e su politiche pubbliche mirate a tutelare le popolazioni più a rischio*⁴⁷. A questo proposito, nota l'EMCDDA come appaia evidente che intendere la RdD/LdR come un *combination intervention* non è solo una questione di pragmatismo o di necessità, ma anche una scelta basata sull'evidenza e sull'efficacia dei risultati⁴⁸

- la RdD/LdR proprio nella sue caratteristiche di politica "proattiva" e di salute pubblica, evidenzia la rilevanza del contesto sociale in cui politiche e interventi si attuano: una caratteristica costitutiva delle politiche di salute pubblica è infatti *costruire contesti sociali 'abilitanti' la promozione della salute*. Questo riguarda anche le scelte politiche che del contesto fanno parte, e che la RdD/LdR non può pertanto ignorare in quanto fattore influente: *il continuum cui si è accennato, per esempio tra RdD/LdR e trattamento, arriva a toccare anche la riforma delle politiche e la rimozione delle barriere strutturali che ostacolano il diritto di tutti alla salute. Se le politiche pubbliche e le leggi creano danno, allora anche queste ricadono nell'ambito di intervento della RdD/LdR. Gli interventi di salute pubblica, nel rimuovere le barriere di contesto che ostacolano la riduzione di rischi e danni, costruiscono una protezione ambientale contro la vulnerabilità*⁴⁹

Il monitoraggio della RdD/LdR nelle attività dell' EMCDDA.

Per svolgere i suoi compiti istituzionali EMCDDA richiede a tutti paesi europei, attraverso i National Focal Point i dati necessari per compiere il monitoraggio al fine di facilitare processi di cambiamento e innovazione a livello nazionale, attraverso l'offerta di una sponda scientifica e metodologica.

Del modello EMCDDA si evidenzia:

- l'approccio sopra descritto, che colloca la RdD/LdR come pilastro fondante le politiche comunitarie, è pertanto letto e analizzato ***sia come politica, che come insieme di programmi e come interventi specifici***

- essendo il focus la limitazione sia dei rischi che dei danni, sia in materia di salute che sul piano sociale, una crescente attenzione è data alla ***ricerca sui pattern d'uso*** e gli stili di consumo, oltre la consueta e necessaria raccolta di dati epidemiologici. Un robusto background di conoscenze sui pattern d'uso e sulle traiettorie di consumo, tempestivamente aggiornate, consente infatti di individuare rischi e danni nella loro concreta dinamica e contestualità, nonché i fattori individuali e di contesto che li influenzano, con ciò offrendo le basi per individuare le misure adeguate. In questo, l'EMCDDA procede non solo evidenziando questa priorità nei suoi Report periodici, ma anche -e

⁴⁷ WHO (2009), HIV/AIDS: comprehensive harm reduction package; T. Rhodes and D. Hedrich (2010), Harm reduction and the mainstream, in EMCDDA (2010) cit

⁴⁸ T. Rhodes and D. Hedrich (2010), cit

⁴⁹ ibidem

non secondariamente- includendo, valorizzando ed integrando nel suo repertorio contributi alla ricerca, condotti a livello nazionale da realtà diverse, istituzionali e del mondo associativo, secondo approcci disciplinari e sguardi plurali. In questo processo verso una ricerca focalizzata e spendibile, è compresa la prassi di audizioni e gruppi di lavoro che includono esperti nazionali e internazionali, ricercatori indipendenti, operatori del settore, ONG e persone che usano sostanze (in Italia questa pratica è ancora piuttosto episodica e non ancora istituzionalizzata).

- in accordo con la conoscenza dei mutevoli scenari del consumo di sostanze, con il moltiplicarsi/differenziarsi degli obiettivi delle politiche comunitarie e con gli approcci del *continuum* tra “pilastri” delle politiche e del *combination intervention*, nel tempo è andato ampliandosi il ventaglio di interventi/servizi che l’EMCDDA ha incluso nella RdD/LdR, monitorandoli e valutandoli e definendone le peculiari caratteristiche-base. Gli interventi citati (attraverso cui la rdd/ldr può avere importanti influenze, se integrata con gli altri pilastri) sono:

- ✓ Interventi di strada / nei setting naturali (Outreach interventions)⁵⁰
- ✓ Programmi di scambio siringhe (Needle Syringe Programs NSP)⁵¹
- ✓ Programmi con terapie sostitutive per gli oppiacei (Opioid Substitution Treatments OST)⁵²
- ✓ Stanze del consumo (Drug Consumption Room DCR)⁵³
- ✓ Analisi delle sostanze nei setting naturali (Pill testing / Drug checking programs)⁵⁴
- ✓ Interventi di RdD/LdR in ambito penitenziario⁵⁵
- ✓ Programmi di distribuzione del naloxone (Take Home Naloxone THN)⁵⁶

I servizi di RdD e LdR in Italia

(rilevazione a cura di CNCA)

In questo capitolo sono presentati i risultati della rilevazione compiuta dal CNCA sullo stato dell’arte dei servizi presenti in Italia al 31/12/2015.

Materiali e metodi della rilevazione

La rilevazione compiuta dal CNCA anche lo scorso anno, con la collaborazione del Coordinamento delle Regioni (cfr. Relazione Annuale 2015), aveva stimato che fossero attivi 189 i servizi di riduzione del danno e limitazione dei rischi presenti in Italia al 31/12/2014. Tuttavia, al sistema informativo approntato dal CNCA, avevano risposto 115 servizi, dei quali si hanno le informazioni certe di contatto (nominativo referente, telefono, email).

50 EMCDDA (1999) Describing outreach work in the European Union, <http://www.emcdda.europa.eu/html.cfm/index34000EN.html> EMCDDA (2001) Guidelines for the evaluation of outreach work: a manual for outreach practitioners, in <http://www.emcdda.europa.eu/publications/manuals/outreach>; EMCDDA (2016) Health responses to new psychoactive substances, <http://www.emcdda.europa.eu/news/2016/7/nps-responses>

51 T.Rodhes e altri, Harm reduction among injecting drug users — evidence of Effectiveness, in EMCDDA (2010) cit EMCDDA- ECDC (2011), Prevention and control of infectious diseases among people who inject drugs, <http://www.emcdda.europa.eu/best-practice/guidelines>; WHO - World Health Organization, Department of HIV/AIDS (2007), Guide to starting and managing needle and syringe programmes, <http://www.who.int/hiv/pub/idu/needleprogram/en/>

52 T.Rodhes e altri, Harm reduction among injecting drug users — evidence of Effectiveness, in EMCDDA (2010) cit
53 EMCDDA (2004) Report on drug consumption rooms <http://www.emcdda.europa.eu/html.cfm/index54125EN.html>

EMCDDA (2016) Drug consumption rooms: an overview of provision and evidence (Perspectives on drugs) <http://www.emcdda.europa.eu/publications/pods/drug-consumption-rooms>

54 EMCDDA (2001) An inventory of on-site pill-testing interventions in the EU, <http://www.emcdda.europa.eu/html.cfm/index1577EN.html>; EMCDDA (2016) Health responses to new psychoactive substances, <http://www.emcdda.europa.eu/news/2016/7/nps-responses>

55 T.Rodhes e altri, Harm reduction among injecting drug users — evidence of Effectiveness, in EMCDDA (2010) cit
EMCDDA (2012) Prisons and drugs in Europe: the problem and responses, <http://www.emcdda.europa.eu/publications/selected-issues/prison>; EMCDDA (2003), Treating drug users in prison — a critical area for health-promotion and crime-reduction policy, <http://www.emcdda.europa.eu/html.cfm/index33705EN.html>

56 EMCDDA (2016) Preventing opioid overdose deaths with take-home naloxone <http://www.emcdda.europa.eu/publications/insights/take-home-naloxone>

A questo indirizzario, costituito da 115 servizi, è pertanto stata inviata anche quest'anno, la richiesta di rispondere nuovamente al sistema informativo e, utilizzando ancora la tecnica snowball, il CNCA, assieme ad altri organismi del privato sociale (Forum Droghe, Itaradd, e altre reti) hanno invitato questi 115 servizi a diffondere e confermare la raccolta dei dati mediante un breve scheda on line. In sintesi, partendo dall'indirizzario, ciascun organismo contattato poteva rispondere ad un breve questionario on line e a sua volta invitare altri organismi, da questo conosciuti, a rispondere.

I servizi oggetto di indagine sono stati categorizzati in questa prima fase secondo le seguenti caratteristiche operative:

Unità mobile di Riduzione del Danno (UM RdD): unità mobile, anche con ausilio di veicolo, che in maniera attiva contattata consumatori problematici e tossicodipendenti nei luoghi naturali di consumo e di vita quotidiana (la piazza, la scena dello spaccio, i luoghi di aggregazione) svolgendo attività di riduzione del danno correlato all'uso di sostanze stupefacenti (prioritariamente eroina, cocaina e alcool), mediante distribuzione di materiale di profilassi(es. siringhe, naloxone, profilattici ...) e/o materiale di screening, nonché offerta di informazione e counselling

Unità Mobile di Limitazione dei Rischi (UM LrD): unità mobile che contatta in maniera attiva giovani e giovani adulti consumatori di sostanze ed interviene prioritariamente in contesti del divertimento e del loisir (concerti, rave, grandi eventi, locali pubblici), svolgendo attività volte ad aumentare la consapevolezza del rischio dovuto all'uso di varie sostanze spesso combinate tra loro, mediante attività di counselling ed informazioni sulle sostanze e la distribuzione di materiale di screening (etilometri, narcotest) e materiale di riduzione del danno (kit cocaina sniffo sicuro, profilattici, acqua, spazi chill out, siringhe, naloxone), nonché attraverso azioni mirate a mettere in sicurezza i contesti d'uso.

Drop in (DI): centro diurni a libero accesso da parte di consumatori problematici che svolge attività di riduzione del danno correlato all'uso di sostanze stupefacenti, mediante distribuzione di materiale di profilassi(es. siringhe, profilattici ...) e/o materiale di screening, nonché di sostegno sociale e risposta a bisogni primari (docce, cambio abito, orientamento ai servizi sociosanitari, primi strumenti di sussistenza)

ALTRO: Attività non esclusive e specifiche di riduzione del danno e/o di limitazione dei rischi ma che prevedono anche attività di riduzione del danno (ad es: attività ambulatoriali o mobili di somministrazione di farmaci sostitutivi con finalità prioritaria di RdD, counselling per favorire consapevolezza e autoregolazione nell'uso controllato di sostanze, dormitori che svolgono mansioni specifiche mirate a persone che usano sostanze, primi interventi in ambito carcerario etc.)

Le informazioni richieste riguardano la tipologia di servizio, la data di attivazione, la titolarità dell'ente, chi gestisce il servizio, le fonti di finanziamento, le prestazioni erogate e il loro volume, la popolazione contattata in termini di volume di utenza (contatti) e numero di individui, per genere e classi di età.

In aggiunta, quest'anno la rilevazione, oltre ai dati quantitativi sopra indicati, ha previsto l'arricchimento degli stessi mediante interviste semi-strutturate ai responsabili di una ventina di servizi di RdD e LdR, servizi ritenuti rilevanti per la presenza sul territorio, anni di attività, pratiche innovative sperimentate, al fine di avere un quadro più esaustivo dello stato dell'arte di questo pilastro delle politiche pubbliche nel nostro Paese.

Risultati della rilevazione quantitativa

Copertura del sistema dei servizi di Riduzione del Danno e di Limitazione dei Rischi

Su 115 servizi rispondenti lo scorso anno (dati relativi all'anno 2014), 104 hanno inviato i dati relativi al 2015, con una copertura pari al 90.4% rispetto all'anno precedente. In particolare, i servizi che hanno aggiornato il sistema, ovvero sono già stati censiti lo scorso anno, sono stati 80, per cui il 77% dei rispondenti ha aderito alla rilevazione sia nel 2015 che nel 2016; sono invece 24 i servizi che, pur non avendo risposto lo scorso anno, hanno ritenuto opportuno rispondere in questa rilevazione, su invito delle loro reti.

La distribuzione dei servizi per Regione risulta la seguente:

Regione	UM RdD		UM LdR		Drop in		Altro		Totale	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Abruzzo	1	2,9	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	1,0
Calabria	0	0,0	1	2,9	0	0,0	0	0,0	1	1,0
Campania	1	2,9	2	5,9	2	8,7	1	8,3	6	5,8
Emilia Romagna	2	5,9	7	20,6	1	4,3	1	8,3	11	10,6
Friuli Venezia Giulia	1	2,9	0	0,0	2	8,7	1	8,3	4	3,8
Lazio	11	32,4	3	8,8	3	13,0	1	8,3	18	17,3
Liguria	0	0,0	0	0,0	1	4,3	0	0,0	1	1,0
Lombardia	7	20,6	9	26,5	4	17,4	0	0,0	20	19,2
Marche	4	11,8	2	5,9	0	0,0	1	8,3	7	6,7
Trentino A. Adige	0	0,0	0	0,0	1	4,3	2	16,7	3	2,9
Piemonte	2	5,9	5	14,7	3	13,0	1	8,3	11	10,6
Puglia	0	0,0	0	0,0	1	4,3	1	8,3	2	1,9
Toscana	2	5,9	2	5,9	2	8,7	1	8,3	7	6,7
Umbria	2	5,9	1	2,9	2	8,7	0	0,0	5	4,8
Veneto	2	5,9	2	5,9	1	4,3	2	16,7	7	6,7
TOTALE (%riga)	35	33,7	34	32,7	23	22,1	12	11,5	104	100,0

Tabella 61 Distribuzione dei servizi per tipologia e per regione (n=104); nella riga "totale" le percentuali sono relative alla riga

Anche se non è possibile un raffronto preciso tra i dati 2014 e 2015, poiché solo per una porzione di servizi (80) sono disponibili i dati per entrambe le annualità, a carattere puramente indicativo, tuttavia si riporta che le proporzioni di servizi di unità mobile per la riduzione del danno e drop sono piuttosto simili (rispettivamente, nella rilevazione scorsa, le UM RdD e i drop in erano il 37% e il 25%) mentre appaiono diminuite, ovvero hanno risposto in un numero minore, le unità mobili per la limitazione dei rischi.

Analogamente è inferiore la proporzione di servizi che, pur avendo risposto alla rilevazione non rientrano completamente nelle categorie sopra definite, svolgendo, all'interno delle loro attività

routinarie alcune prestazioni di RdD o LdR; in particolare la numerosità di questi servizi, denominati “ALTRO” è passata da 33 a 12.

Riferendoci esclusivamente ai servizi rispondenti alla rilevazione di questa annualità, questi risultano concentrati prevalentemente in Lombardia, Lazio, Piemonte ed Emilia Romagna: le prime due sono le regioni più popolate (fonte ISTAT 2016), per cui risulta consequenziale una maggior presenza di servizi, mentre il Piemonte e l’Emilia Romagna, le quali, in ordine di popolazione si collocano rispettivamente all’ottava e settima posizione, mostrano una più spiccata vocazione ed un’attenzione specifica alla riduzione del danno e dei rischi. La Campania e il Veneto, sebbene tra le regioni più popolate, registrano un numero minore di servizi rispondenti, mentre in Sicilia nessun servizio ha risposto alla rilevazione né quest’anno, né quello passato. Di contro, l’Umbria, una tra le regioni più “piccole” (sia come territorio, che come popolazione residente), presenta un buon numero di servizi che hanno risposto alla rilevazione.

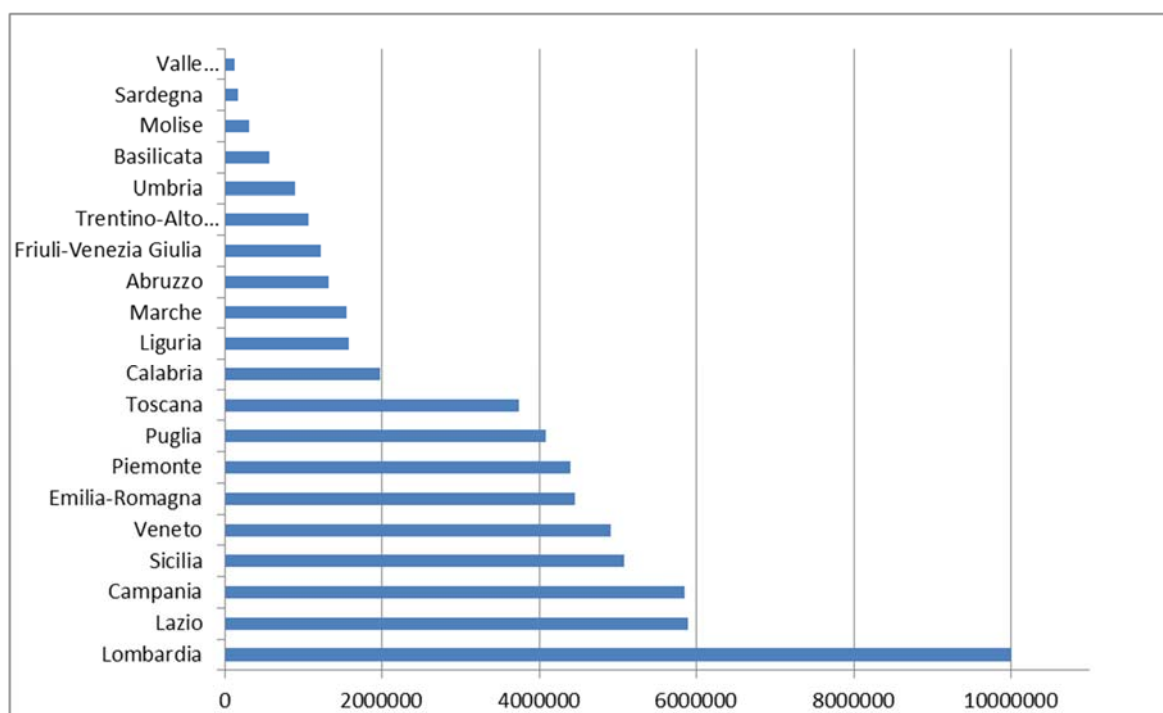


Figura 58 Popolazione residente al 1/1/2016 per Regione (fonte ISTAT, 2016)

Oltre alla numerosità complessiva, appaiono interessanti le differenze interregionali. Il Lazio è la regione dove è stata maggiore la risposta da parte di unità mobili per la Riduzione del Danno, seguito dalla Lombardia e dalle Marche. A questo proposito le Marche presentano un’ulteriore peculiarità, come sotto esposto, in quanto sono i Servizi Pubblici del SSN a gestire prevalentemente questa tipologia di servizi.

In Lombardia, seguita da Emilia Romagna e Piemonte, è stata maggiore la risposta delle di unità mobili per la limitazione dei rischi nei contesti del divertimento presenti sul territorio. Queste, infine, non sono presenti in un maggior numero di regioni rispetto alle UM RdD.

Tuttavia si sottolinea che la distribuzione per regione ed eventuali confronti interregionali, sono stati condotti sulla base dei dati disponibili, ovvero dei servizi che in modo volontario hanno risposto alla rilevazione.

Analisi dei servizi rispondenti

Dei 104 servizi che hanno risposto alla scheda di rilevazione on line, indicando la tipologia di servizio gestito, 84 (81%) hanno compilato tutti i campi della scheda, ovvero hanno fornito tutte le informazioni sopra indicate.

La distribuzione dei servizi per regione e per tipologia è la seguente e risulta simile alla precedente, sebbene in due regioni (Liguria e Puglia), pur essendoci la presenza di servizi, non si hanno dati descrittivi degli stessi.

Regione	UM RdD		UM LdR		Drop in		Altro		Totale	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Abruzzo	1	3,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	1,2
Calabria	0	0,0	1	3,7	0	0,0	0	0,0	1	1,2
Campania	1	3,1	2	7,4	2	9,1	1	33,3	6	7,1
Emilia Romagna	2	6,3	7	25,9	2	9,1	0	0,0	11	13,1
Friuli Venezia Giulia	0	0,0	0	0,0	2	9,1	1	33,3	3	3,6
Lazio	10	31,3	2	7,4	4	18,2	0	0,0	16	19,0
Lombardia	7	21,9	7	25,9	3	13,6	0	0,0	17	20,2
Marche	4	12,5	1	3,7	0	0,0	0	0,0	5	6,0
Piemonte	2	6,3	5	18,5	2	9,1	1	33,3	10	11,9
Puglia	0	0,0	0	0,0	1	4,5	0	0,0	1	1,2
Toscana	1	3,1	1	3,7	2	9,1	0	0,0	4	4,8
Trentino Alto Adige	1	3,1	0	0,0	2	9,1	0	0,0	3	3,6
Umbria	2	6,3	1	3,7	1	4,5	0	0,0	4	4,8
Veneto	1	3,1	0	0,0	1	4,5	0	0,0	2	2,4
TOTALE	32	100,0	27	100,0	22	100,0	3	100,0	84	100,0

Tabella 62 *Distribuzione dei servizi rispondenti alla rilevazione, in maniera completa, per tipologia e per regione (n=84)*

Nel 2015 la gestione dei servizi è affidata per i due terzi al Terzo settore, mentre un terzo dei servizi sono a gestione diretta dell'Ente Pubblico (ASL o Comune). In particolare, in Abruzzo e Veneto, i servizi rispondenti sono rispettivamente gestiti da un SerD e dal Comune. In Lazio, in Lombardia, in Puglia e in Umbria, diversamente, la gestione è affidata interamente al privato sociale.

Regione	Gestore Pubblico		Gestore soc.	Privato	TOTALE
	N	% riga	N	% riga	
Abruzzo	1	100,0	0	0,0	1
Calabria	0	0,0	1	100,0	1
Campania	4	66,7	2	33,3	6
Emilia Romagna	7	63,6	4	36,4	11
Friuli Venezia Giulia	1	33,3	2	66,7	3
Lazio	0	0,0	16	100,0	16
Lombardia	0	0,0	17	100,0	17

Marche	4	80,0	1	20,0	5
Piemonte	7	70,0	3	30,0	10
Puglia	0	0,0	1	100,0	1
Toscana	1	25,0	3	75,0	4
Trentino Alto Adige	1	33,3	2	66,7	3
Umbria	0	0,0	4	100,0	4
Veneto	2	100,0	0	0,0	2
Totale	28	33,3	56	66,7	84

Tabella 63 Distribuzione dei servizi per gestione pubblica v/s privata (n=84)

A prescindere dalla gestione, le risorse per gestire i servizi sono allocate prevalentemente dalle Regioni (59.5%) e dalle ASL, che hanno competenza in materia sanitaria e a loro volta sono finanziate dalle Regioni. In due casi sono gli stessi servizi del privato sociale che autofinanziano le attività svolte.

Regione	Autofinanz.		Azienda Sanitaria Locale		Ente Locale		Regione		TOTALE
	N	% riga	N	% riga	N	% riga	N	% riga	
Abruzzo	0	0,0	1	100,0	0	0,0	0	0,0	1
Calabria	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	100,0	1
Campania	1	16,7	5	83,3	0	0,0	0	0,0	6
Emilia Romagna	1	9,1	4	36,4	3	27,3	3	27,3	11
Friuli Venezia Giulia	0	0,0	2	66,7	1	33,3	0	0,0	3
Lazio	0	0,0	0	0,0	0	0,0	16	100,0	16
Lombardia	0	0,0	0	0,0	0	0,0	17	100,0	17
Marche	0	0,0	1	20,0	1	20,0	3	60,0	5
Piemonte	0	0,0	5	50,0	0	0,0	5	50,0	10
Puglia	0	0,0	0	0,0	1	100,0	0	0,0	1
Toscana	0	0,0	0	0,0	1	25,0	3	75,0	4
Trentino Alto Adige	0	0,0	0	0,0	3	100,0	0	0,0	3
Umbria	0	0,0	1	25,0	1	25,0	2	50,0	4
Veneto	0	0,0	0	0,0	2	100,0	0	0,0	2
Totale	2	2,4	18	21,4	14	16,7	50	59,5	84

Tabella 64 Distribuzione dei servizi per fonte di finanziamento (n=84)

Tra i servizi indagati, 66 risultano essere programmi di scambio siringhe, con un volume complessivo di oltre 1.5 milioni di siringhe distribuite nel 2015. Nella Tabella 65 sono riportati i servizi che erogano la prestazione e il volume degli stessi. Si fa notare che alcuni servizi, pur erogando la prestazione, non sono dotati di un sistema puntuale e sistematico di raccolta del dato, che risulta quindi mancante..

Prestazione	Volume	servizi che non rilevano il dato	servizi eroganti la prestazione	Nr medio per servizio
Siringhe distribuite	1.567.838	13	66	23.755,1
Siringhe usate raccolte	903.904	14	61	14.818,1
Profilattici distribuiti	236.158	9	78	3027,7
Fiale di Naloxone distribuite	14.999	17	55	272,7
Test rapidi per HIV effettuati	815	0	25	32,6
Etilometri distribuiti	18.288	19	45	406,4

Pill testing/drug checking	1.520	0	2	760*
Counselling	230.429	11	78	2.954,2
Invii ai servizi sanitari	10.015	15	70	143,1
Accompagnamenti effettuati	9.095	16	67	135,7

* un solo servizio (Alchemica) dichiara di averne effettuati 1495

Tabella 65 *Prestazioni erogate, numerosità dei servizi eroganti le prestazioni, volume delle stesse e nr medio(n=84) su base annua*

I contatti⁵⁷ totali avvenuti nel 2015 ammontano a 901.730, con un numero medio di 10.735 contatti per servizio. Tuttavia questo dato è sottostimato poiché 8 servizi non rilevano il dato sul numero di contatti.

Anche per ciò che concerne il numero degli individui, afferiti ai servizi, vi è una mancanza nella rilevazione del dato, poiché sono disponibili solo le cifre di 70 servizi sugli 84 rispondenti. Il totale delle persone - anche in questo caso dato sottostimato - è pari a 58.546, per cui si può ipotizzare che ogni singolo individuo sia afferito ai servizi almeno 15.4 volte nel corso del 2015. I maschi costituiscono oltre l'80% della popolazione; le persone transessuali sono 58.

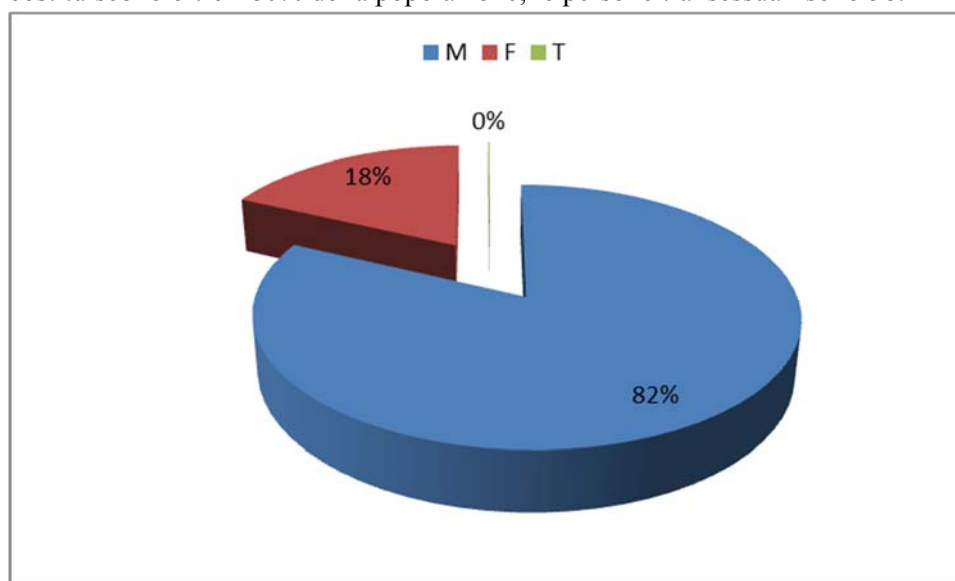


Figura 59 *Distribuzione per genere dei clienti dei servizi (n=58546; dato fornito da 70 servizi su 84)*

La fascia di età prevalente risulta essere quella dei minori di 25 anni; tuttavia il dato risente dei servizi di LdR nei contesti del divertimento. Nello specifico i servizi LdR che rilevano il dato, pur essendo poco numerosi, hanno contatti con un grande numero di persone. E' però rilevante l'alto numero di dati mancanti rispetto all'età.

⁵⁷ Per contatto si intende il numero di volte che anche la stessa persona accede al servizio, coincidente quindi con la rilevazione delle presenze. Per individuo si intende invece la singola persona. Molti servizi rilevano solo il dato del contatto/presenza ma non quello del singolo individuo; pertanto non è possibile compiere stime precise sulla tipologia dell'utenza per genere, età e altro.

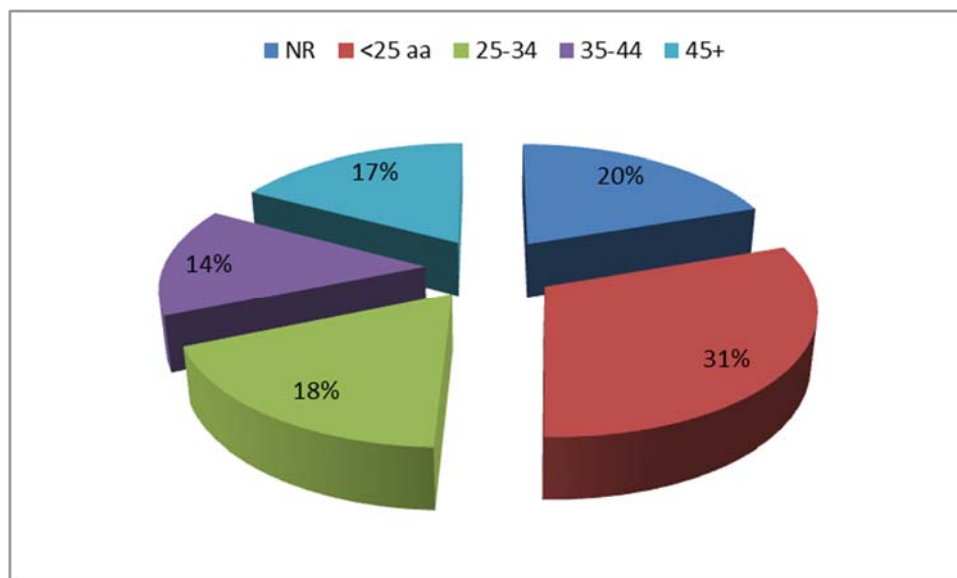


Figura 60 Distribuzione per classi di età dei clienti dei servizi (n=58546; dato fornito da 70 servizi su 84)

In questo paragrafo notiamo rispetto alle rilevazioni degli anni precedenti alcune differenze da sottolineare e spiegare:

- "Per ciò che riguarda le tipologie di servizi, diversamente dall'anno passato, si nota una distribuzione pressoché in egual misura tra unità mobili della riduzione del danno e della limitazione dei rischi, mentre nel 2015 (dati 2014) questi ultimi apparivano maggiormente diffusi sul territorio nazionale (erano 69). Tale difformità è dovuta alla scelta da parte di alcune regioni, nell'anno precedente, di inserire alcuni progetti sull'area limitazione dei rischi più aderenti alle tipologie del lavoro di strada con gruppi a rischio e quindi di prevenzione selettiva che quest'anno non sono stati compresi nella mappatura perché ritenuti inappropriati.

- Per lo stesso motivo (scelta più chiara sull'adeguatezza o meno di alcuni servizi complementari come dormitori, centri diurni ecc) sono diminuiti (12 vs 33) anche i servizi che non rientrano completamente nelle categorie sopra definite, pur svolgendo comunque alcune prestazioni di RdD o LdR. Sarebbe utile sottolineare che questi mappati sono solo i servizi che hanno risposto alla rilevazione perché identificati idonei, e non sono gli stessi dello scorso anno, quindi i confronti vanno comunque interpretati con molta cautela. Sul territorio nazionale dobbiamo poi segnalare come servizi simili o praticamente identici (che non abbiamo inserito) abbiamo definizioni organizzative molto diverse, come i dormitori per tossicodipendenti finanziati nell'area rdd in alcune regioni e che sono accreditati come prima accoglienza a retta in altre o alcuni centri di bassa soglia collocati nel finanziamento dell'area rdd in alcune regioni e accreditati come centri diurni semiresidenziali in altre.

- Anche nel successivo confronto tra regioni sul rapporto popolazione residente/presenza servizi RdD bisognerebbe tener conto che si tratta dei servizi "rispondenti" che corrispondono con buona approssimazione alla situazione reale ma che per alcune situazioni particolarmente precarie o in attesa di rifinanziamento o riapertura diventa difficile una precisione superiore. La precarietà di molti di questi servizi e delle loro linee di finanziamento non permette una precisione superiore della mappatura realizzata.

Risultati della rilevazione qualitativa

Su 20 servizi cui è stato chiesto di rispondere ad una intervista semi-strutturata per indagare le caratteristiche del servizio, non solo in termini quantitativi, ma anche sotto l'aspetto organizzativo, gestionale, di sperimentazione e di innovazione, sull'essenzialità delle prestazioni, hanno risposto 16 servizi così suddivisi:

Ambito	Tipo di Servizio	Denominazione	Territorio
LdR	Unità mobile per la riduzione del rischio attiva nei contesti del divertimento	PIN (Progetto Itinerante Notturno)	Torino
LdR	Unità mobile per la riduzione del rischio attiva nei contesti del divertimento	Discobus	Varese
LdR	Unità mobile per la riduzione del rischio attiva nei contesti del divertimento	Magic Bus	ASL Milano 2
LdR	Unità mobile per la riduzione del rischio attiva nei contesti del divertimento	Buonalanotte	Modena

LdR	Unità mobile per la riduzione del rischio attiva nei contesti del divertimento	Extreme	Firenze e Toscana
LdR	Unità mobile per la riduzione del rischio attiva nei contesti del divertimento	Unità Mobile Prevenzione Patologie Correlate e Riduzione dei Rischi in contesti di esplicito consumo di sostanze (C.R.D.3) denominato Nautilus – “ The Quiet Side of the Party”	Roma e Lazio
RdD	Unità mobile per la riduzione del danno (anche con ausilio di un veicolo tipo camper)	CANGO	Torino
RdD	Unità mobile per la riduzione del danno (anche con ausilio di un veicolo tipo camper)	Ulisse	Monza
RdD	Unità mobile per la riduzione del danno (anche con ausilio di un veicolo tipo camper)	Unità di Strada Tor Bella Monaca e Termini	Roma
RdD	Servizio integrato di RdD comprendente unità mobile e drop in	Progetto Strada	Brescia
RdD	Servizio integrato di RdD comprendente unità mobile e drop in	Unità di Strada	Parma
RdD	Servizio integrato di RdD comprendente unità mobile e drop in	Riduzione del Danno	Venezia
RdD	Drop in	Cabs (Centro Accoglienza A Bassa Soglia)	Perugia
RdD	Drop in	Servizio Bassa Soglia di Accesso	Trieste
RdD	Drop in	WelcHome	Milano
RdD	Drop in	Porte Aperte	Firenze

Servizi di Limitazione dei Rischi

Questi servizi includono servizi di outreach che raggiungono i consumatori nella cosiddetta *night life scene*, ovvero in ambiti del divertimento (in genere notturno-serale), che sono sovente gli stessi luoghi del consumo e/o dell'acquisto di sostanze.

Caratteristiche principali

I servizi consistono in unità mobili attive in orari notturno-serali (in genere dalle 23.00 alle 3.00-6.00 del mattino successivo) per due giorni la settimana (quasi sempre nel weekend), che intervengono nei locali, quali discoteche, pub etc. e/o in luoghi di divertimento quali rave, party e festival che aggregano un grande numero di giovani e giovani adulti. I servizi, anche attraverso l'uso dei social network, sono in contatto con la popolazione beneficiaria per la segnalazione di situazioni e contesti in cui si ritenga opportuna la loro presenza.

Sono attivi da 15 anni (valore medio), quindi vantano una notevole esperienza di lavoro in quest'ambito. Tutti i servizi annoverano tra le prestazioni la distribuzione di etilometri, profilattici, acqua da bere (e/o succhi di frutta, caramelle etc.) e counselling sulle sostanze stupefacenti e sulle MTS. Due servizi distribuiscono siringhe sterili. Tre servizi organizzano uno spazio *chill out*, o area relax, ovvero la creazione di un ambiente dove la persona può "raffreddarsi", ovvero riposarsi, rigenerarsi, rilassarsi, ascoltando una musica soft, chiacchierare con gli amici o semplicemente occuparsi di se stessa.

Tutti i servizi si sono dotati di specifici materiali di profilassi per uso di sostanze per vie non iniettive, vista l'alta prevalenza di consumatori di sostanze psicoattive che inalano o fumano, al fine di ridurre le complicanze correlate ai consumi di sostanze illegali ed anche legali, quali l'alcol. Solo alcuni forniscono naloxone o attivano in forme diverse il pill-testing.

I servizi ritenuti essenziali da parte dell'utenza riguardano la distribuzione del materiale suddetto, distribuzione di acqua e altre bevande analcoliche, il counselling su sostanze e MTS.

Prestazioni accessorie e/o innovative

Negli anni, i servizi hanno compiuto sperimentazioni e ampliato l'offerta. Tra le innovazioni più significative, e con documentati esiti positivi, si citano:

- il progetto sperimentale di consumo responsabile di alcol, "Guidatore designato", per cui, in ciascun gruppo di amici, viene designato il conducente che, anche attraverso piccoli riconoscimenti economici, non consuma alcol e riaccompagna a casa gli amici
- la distribuzione periodica di alcool test usa e getta per creare la sensibilità per altri momenti d'uso,
- la formazione ed il coinvolgimento stabile negli interventi di *peer educator* in grandi momenti di divertimento e consumo.

Altre sperimentazioni hanno coinvolto attivamente i gestori dei locali.

Inoltre, sono attualmente in corso (anno 2016) sperimentazioni che riguardano l'analisi delle *sostanze pill testing/drug checking* delle sostanze vendute sul mercato illegale; in particolare, segnaliamo

un progetto europeo in collaborazione con l'Istituto Antidoping di Torino con uso di strumentazione specifica e precisa. Un servizio riporta anche una sperimentazione in questo ambito avvenuta nel 2010, in collaborazione con l'Istituto Superiore di Sanità.

Caratteristiche organizzativo-gestionali

Il personale impiegato varia dalle 5 alle 15 unità anche in relazione ai contesti di intervento (Rave, grandi eventi, locali di tendenza, grandi discoteche ecc). Le figure maggiormente presenti sono nell'ordine educatori professionali, psicologi, medici. E' sempre presente un responsabile e/o coordinatore. Due servizi sono gestiti direttamente dall'Ente Pubblico, mentre i restanti sono stati affidati dalle Regioni ad Enti del Privato sociale, mediante bandi pubblici. I servizi lamentano pertanto il rischio di un'offerta "a termine", sebbene in qualche regione si inizino ad ipotizzare percorsi di accreditamento che i LEA potrebbero facilitare.

Tutti i servizi agiscono in raccordo con le reti territoriali presenti, che includono i Dipartimenti delle Dipendenze, coordinamenti e/o tavoli di servizi di RdD/LdR, enti locali. Risulta fondamentale la collaborazione con i gestori dei locali del divertimento notturno e loro associazioni.

Servizi di Riduzione del Danno

Questi servizi includono sia servizi di outreach propriamente mobile, "di strada", che raggiungono i consumatori nei luoghi stessi del consumo o dell'acquisto di sostanze, in ambienti particolari della quotidianità del consumatore, sia gli "interventi a bassa soglia" (*low threshold*), caratterizzati dall'accoglienza delle persone in un determinato luogo (*drop in*), ma con totale rinuncia a porre soglie di ingresso e di accesso ai servizi offerti, tanto dal punto di vista dei requisiti burocratici (residenza, nazionalità, invio da altri servizi ecc.) quanto dal punto di vista della strategia della presa in carico (sigla di patti terapeutici, obbligo di intervista diagnostica, motivazione al contatto ecc.).

Per quanto la descrizione delle due tipologie sia doverosa, notiamo che in alcuni casi i servizi di unità mobile e *drop in* agiscono in maniera integrata, essendo un servizio/progetto unico, che da un lato va su strada, dall'altro attende che le persone arrivino dalla strada. Questo implica che alcune prestazioni, quali pasti, docce, servizi di vestiario e similari possano essere forniti solo dai *drop in*. Il lavoro di ricerca attiva e del sommerso, invece, viene compiuta dall'unità mobile. Se quindi i due servizi agiscono lungo un continuum tra la strada e un luogo circoscritto, per semplicità di lettura li descriveremo in maniera separata per definirne le caratteristiche. Entrambe le tipologie di servizi riportano dai 15 ai 20 anni di attività pregressa.

Caratteristiche principali

UM: Il servizio è caratterizzato dall'impiego di un autoveicolo che per 3-5 giorni alla settimana (dal lunedì al venerdì) in orario diurno (alternativamente mattutino e pomeridiano) si reca in luoghi prestabiliti (del consumo, dello spaccio), o ne esplora altri, contattando la popolazione che consuma sostanze stupefacenti. Vengono distribuiti: siringhe/ago sterili e paraphrenalia al fine di ridurre i danni connessi all'uso, profilattici e fiale di naloxone nonché informazioni e counseling sul sistema dei servizi. Sono raccolte le siringhe usate. Gli operatori sono addestrati

per interventi in caso di overdose. Alcuni servizi svolgono specifica attività di formazione (ad esempio per prevenzione delle overdose) e *peer support*.

Le prestazioni ritenute essenziali per l'utenza, oltre al materiale di profilassi, sono il counselling sulle sostanze e su MTS, l'invio a servizi sanitari (SerD, consultori, ambulatori, etc) e sociali (mense, dormitori etc.). Un servizio indagato fornisce buoni pasto e buoni doccia.

Drop in: il servizio è collocato in uno spazio fisico definito. E' aperto (per 5-6 giorni alla settimana per 6-8 ore al giorno) al pubblico, che può accedere liberamente, senza prenotazioni e/o liste di attesa; le prestazioni erogate sono quelle dell'UM per quanto riguarda i materiali. In aggiunta, è possibile ricevere un pasto, farsi una doccia, usufruire di una lavatrice. Gli operatori sono addestrati per interventi in caso di overdose.

Le prestazioni ritenute essenziali riguardano la cura e l'igiene della persona, oltre al materiale di profilassi e prestazioni medico-infermieristiche.

Prestazioni accessorie e/o innovative

UM: le sperimentazioni più recenti riferite, anche grazie ai progressi della tecnologia medica, riguardano i test rapidi (salivari e/o con sangue capillare) per HIV, HCV e TBC. Queste sperimentazioni, avvenute sovente in collaborazione con Istituti di Ricerca, tra cui IRCS Spallanzani, risultano gradite all'utenza che ha potuto usufruire di un test, con alta specificità e sensibilità, in un contesto non prettamente sanitario, direttamente su sua richiesta.

Drop in: oltre alla sperimentazione di cui sopra, alcuni drop in offrono alla loro utenza servizi di orientamento e/o inserimento lavorativo, a prescindere dall'uso di sostanze. Altri offrono la presenza di mediatori culturali e di avvocati per un supporto legale.

Sono stati inoltre rilevati dei cosiddetti "servizi ponte", per intercettare i detenuti consumatori di sostanze all'uscita dal carcere al fine di ridurre i rischi di overdose dopo un periodo di astinenza o di minor consumo.

Caratteristiche organizzativo-gestionali

UM: il personale impiegato varia dalle 5 alle 7 unità. Le figure sono medici, educatori, infermieri. Nei servizi del Nord Italia è ritenuta essenziale e perciò impiegata la figura dell'operatore pari. In alcuni servizi sono impiegati volontari.

Drop in: il personale varia dalle 6 alle 8 unità. Le figure, oltre a quelle indicate per le UM, possono includere mediatori e avvocati.

Tra i servizi indagati, due risultano gestiti direttamente dalla ASL locale e uno dal Comune, sebbene vi sia del personale impiegato esterno (in convenzione con delle cooperative). Gli altri sono tutti affidati con convenzione a enti del privato sociale, mediante bandi, da parte delle Regioni, per periodi determinati.

Anche in questo caso sono riportate ipotesi di accreditamento dei Servizi da parte delle Regioni.

I servizi operano in stretto raccordo con i SerD, con i servizi sanitari della ASL su cui insistono, con i servizi sociali comunali e, laddove esistenti, sono membri di coordinamenti e tavoli istituzionali su tematiche pertinenti (piano di zona, tavolo marginalità, tavolo Aids, etc).

Aree critiche e possibili sviluppi della RdD/LdR

Lo scenario della RdD/LdR – come emerge anche dai dati del monitoraggio pubblicato in questa Relazione - si presenta oggi connotato da **cinque macro-aree di criticità** che, radicate nei citati limiti di un mancato riequilibrio delle differenze/disparità tra i sistemi regionali, ne limitano e depotenziano le aree di intervento, l'universalità, l'accessibilità, la qualità e l'efficacia. Il superamento di questi limiti, che i già citati LEA dovrebbe garantire, si prospetta come parte significativa e prioritaria di un futuro Piano d'Azione Nazionale.

1. *Geografia diseguale*

La mappatura dei servizi e degli interventi rivela una geografia diseguale, in cui vi sono Regioni che con continuità sostengono e promuovono gli interventi; altre che si limitano ad alcune tipologie, o che limitano gli interventi a una parte del territorio regionale; altre ancora che lo fanno in modo intermittente negli anni; altre infine che non attuano alcun intervento o che nemmeno ne segnalano l'eventuale esistenza. I dati provenienti dalle mappature in diversi anni e da diverse fonti⁵⁸ rivelano come vi sia uno scarso sviluppo omogeneo, permanendo sostanzialmente invariato nel tempo il numero sia delle Regioni che attuano interventi di RdD/LdR sia di quelle che non li attuano; una cartografia che appare indipendente dall'andamento dei dati relativi a trend di consumo e relativi bisogni sul piano della limitazione di rischi e danni. Questa geografia diseguale e sostanzialmente inerte comporta forti e persistenti diseguaglianze in termini di diritto alla salute. L'autonomia regionale non è bilanciata né da linee guida nazionali né – fino a oggi - dalla definizione di LEA per la RdD/LdR, fatta eccezione per i trattamenti metadonici che - nonostante talvolta adottati anche in maniera significativa nella prospettiva e con gli obiettivi della riduzione del danno - restano dal punto di vista del sistema nel “pilastro trattamento”.

2. *Intermittenza delle prestazioni*

Dentro questa geografia diseguale vige, negli stessi territori dove la RdD/LdR è attiva, una diseguale continuità/discontinuità delle prestazioni. Anche quando sono gestiti dal privato sociale, i servizi hanno per la quasi totalità finanziamenti pubblici, provenienti da Regioni e/o ASL, e sono dunque un sistema pubblico di intervento; tuttavia, secondo la Relazione al Parlamento 2015, nel 2014, meno di un terzo risulta avere una certezza di continuità, mentre la maggior parte (il 38%) ha una vita certa tra uno e due anni, il 22% di due anni e l'11% meno di un anno⁵⁹. Tali dati vengono confermati anche dalla rilevazione 2016 (dati al 31/12/15): eccetto i servizi a gestione pubblica (33%), l'affidamento ai gestori del privato sociale avviene tramite convenzioni a tempo determinato.

Il più volte citato passaggio da “progetto” a servizio, dopo vent'anni di attività è garantito in poche Regioni e solo per servizi a titolarità totalmente pubblica, la copertura economica permane incerta, soprattutto per gli interventi – per altro strategici per il futuro prossimo –

⁵⁸ DPA - Relazione al parlamento su droghe e dipendenze, 2011, 2012, 2013, 2015

⁵⁹ Interventi di riduzione del danno, a cura di CNCA-Coordinamento Comunità di Accoglienza, in DPA- Relazione al Parlamento su droghe e dipendenze 2015

nei contesti naturali di consumo. L'intermittenza delle prestazioni, la durata limitata e la scarsa e incerta copertura economica sono variabili che incidono sull'efficacia e sui risultati di una modalità di intervento che richiede flessibilità, capacità di innovazione e aggiornamento, lavoro con la comunità locale, studio e conoscenza per stare al passo con l'evoluzione dei consumi.

3. Carenze e limiti nella definizione, nel monitoraggio e nella valutazione

La mancanza di linee guida nazionali condivise ed applicate lascia ampio spazio a definizioni diverse e talvolta discutibili di intervento di RdD/LdR. Anche le tipologie di prestazioni seguono una mappa regionale piuttosto disomogenea, come verificato in fase di monitoraggio (un esempio è la distribuzione del naloxone): ciò rappresenta una prima difficoltà nella raccolta di dati di attività a livello nazionale, che infatti non è ancora organizzata e stabile pur in presenza di una richiesta europea precisa in questo senso. La mancanza di definizioni condivise si aggiunge dunque a una generalizzata carenza di dati relativi alle prestazioni di RdD/LdR erogate, all'utenza raggiunta, per non dire la difficoltà di monitorare la spesa sostenuta, in sistemi regionali che solo in pochi casi identificano con chiarezza i relativi costi o lo fanno parzialmente. Come riportato nel paragrafo 2, non esiste un sistema di raccolta dati per cui di molte prestazioni, pur essendo effettuate, non si conosce in maniera certa il volume, così come i dati relativi alla popolazione beneficiaria risultano frammentati e sovente disomogenei.

Oltre alla disomogeneità intra e interregionale, in generale il monitoraggio si scontra con due diversi tipi di ostacolo: 1) l'insufficiente attenzione alla prospettiva della RdD/LdR nel ridisegno dei propri sistemi di monitoraggio, lasciando spesso i dati di attività - pure raccolti "alla base" e *on site* dagli operatori - non organizzati, non standardizzati e spesso indisponibili; 2) la mancanza di rigore "metodologico": anche quando non si rinuncia a monitorare, in alcuni casi, i dati sono "forzati" dentro un sistema di monitoraggio disegnato sui servizi formali di cura, basato su cartelle individuali e su indicatori relativi al trattamento del tutto inappropriati e incongruenti con le attività di RdD/LdR (che sono basate - tra l'altro - su anonimato, relazione informale e dimensione gruppale).

Il risultato di questa disomogeneità è una povertà di dati che si traduce in una relativa invisibilità delle attività e delle prestazioni e soprattutto in una assai limitata possibilità di valutazione di processo e di esito.

Il deficit italiano è evidente anche a livello europeo: nel sistema di rilevazione EMCDDA, i dati italiani relativi a servizi di RdD/LdR non pervengono in maniera routinaria ed esaustiva. Su questo terreno, sono da segnalare anche le carenze nella valutazione in termini di soddisfazione degli utenti, che sono rare nonostante la normativa italiana preveda la valutazione dei servizi da parte dei cittadini fruitori.

4. Necessario sviluppo della ricerca e del monitoraggio

Appropriatezza, efficacia ed efficienza degli interventi hanno nella conoscenza dei fenomeni e nella individuazione dei bisogni una premessa *sine qua non*. Nella prospettiva della RdD/LdR, per la quale il rischio e il danno sono sempre "situati" e specifici, ciò che maggiormente interessa sono fattori e variabili - relativi alla sostanza, soggettivi, di contesto - secondo il paradigma *drug/set/setting*. Queste variabili permettono di "leggere" i vari stili di consumo, con i rischi ad essi correlati insieme alle capacità di limitarli e "controllarli", sia dei soggetti che dei contesti. Accanto ai dati di prevalenza, pur necessari, è fondamentale sviluppare in maniera stabile un monitoraggio e promuovere una ricerca orientata a conoscere i pattern d'uso, le traiettorie di consumo, le ragioni, le strategie e le culture delle

persone che usano sostanze, le modalità di rapporto con il mercato, il ruolo giocato dai contesti sociali, prossimi e globali. Molti sono oggi i limiti di questo tipo di ricerca in Italia, mentre questa conoscenza è essenziale per l'individuazione di bisogni aggiornati e la elaborazione di obiettivi mirati⁶⁰. In seconda battuta, ma non meno importante, è la ricerca valutativa sull'impatto che le politiche pubbliche – sanitarie, sociali, giuridiche - hanno in termini di massimizzazione o di contro minimizzazione di rischi e danni dei consumi, secondo l'ottica sia di chi usa sostanze sia delle comunità locali e delle aggregazioni sociali. L'importanza della ricerca sull'impatto delle politiche pubbliche è questione assodata a livello internazionale⁶¹. Tuttavia in Italia essa è scarsa o nulla, fatta eccezione per i contributi di alcune organizzazioni della società civile, per esempio in ambito penale e penitenziario⁶².

5. *Il blocco dell'innovazione nella RdD/LdR*

Alcune misure di RdD, la cui efficacia è stata dimostrata dalla letteratura internazionale, sono state scarsamente sperimentate (o non affatto sperimentate) in Italia : ad esempio il *pill testing*, le stanze del consumo e i trattamenti con eroina (un trattamento, come dice la dizione, sebbene anche in prospettiva di riduzione del danno)- le prime due per addotte ragioni di tipo normativo, l'ultima con motivazioni relative alla non priorità e ai costi elevati - sono state fortemente contrastate e impedito. Oggi, nuovi elementi provenienti dall'esperienza europea e da pratiche nazionali (incluso il dibattito attorno alle normative, che apre a diverse interpretazioni) ripropongono la necessità di ripristinare i termini di un confronto aperto, libero da posizioni pregiudiziali e ideologiche, basato sull'evidenza – maturata a livello comunitario - e centrato sui bisogni reali di limitazione dei rischi e dei danni. Una considerazione particolare va fatta per il *pill testing*, misura di intervento destinata ai setting naturali di consumo e mirata ad accrescere competenze e informazione di chi usa sostanze, con l'obiettivo di bilanciare l'opacità del mercato illegale e proteggere dai rischi ad esso correlati; uno strumento dunque di particolare importanza per la RdD/LdR soprattutto mirata al consumo giovanile e delle Nuove Sostanze Psicoattive (come anche indicato dalla recente relazione dell'Osservatorio Europeo).

⁶⁰ Si vedano per esempio le ricerche -innovative per l'Italia - sull'uso "controllato/incontrollato" di cocaina e stimolanti, condotte da Forum Droghe, Coordinamento Toscana Comunità di Accoglienza, Università di Firenze, negli anni 2009-2012. Il filone di ricerca sui "controlli" ha ispirato il progetto che ha ottenuto nel 2014 il supporto del *Drug Prevention and Information Programme of the European Union* ("Nuovi approcci per le politiche delle droghe e per gli interventi" (NADPI), capofila il *Transnational Institute* di Amsterdam, insieme allo *International Drug Policy Consortium* (UK) e la *De Diogenis Association* (Grecia), a *Forum Droghe* (Italia): sulla base dei risultati della ricerca è stato elaborato un nuovo modello operativo (Operating guidelines- *Beyond the disease model, new perspectives in Harm Reduction: towards a self regulation and control model*, December 2013)

⁶¹ La stessa UNODC ammette che *La salute pubblica, il primo principio su cui si basa il controllo delle droghe, ha perso questo primato, messo in ombra da quello della sicurezza pubblica; guardando al secolo scorso, ci si rende conto che il sistema di controllo e le sue attuazioni hanno avuto molti effetti non desiderati* (UNODC - United Nations Office on Drugs and Crime -2009), *A century of international drug control*, http://www.unodc.org/documents/data-and-analysis/Studies/100_Years_of_Drug_Control.pdf; T. Rhodes and D. Hedrich (2010), Harm reduction and the mainstream, in EMCDDA (2010) cit ; sui diversi aspetti del danno correlato alle politiche vedi i Report annuali della Global Commission on Drugs, <http://www.globalcommissionpassa> attraverso [nondrugs.org/reports/](http://www.nondrugs.org/reports/)

⁶² Si veda ad esempio il monitoraggio condotto dal 2007 in poi sull'impatto della legislazione penale sulla droga sul carcere, a opera di un gruppo di ONG italiane (Società della Ragione, Forum Droghe, Antigone, CNCA e altre), che ha prodotto sette Libri Bianchi <http://ungass2016.fuoriluogo.it/2016/06/28/libro-bianco-sulle-droghe-2016-dati-pillole/>

Lo sviluppo della RdD / LdR in Italia in una cornice europea: una road map

In relazione ai punti deboli della RdD/LdR in Italia sopra descritti, nella prospettiva di accrescere appropriatezza, efficacia ed efficienza degli interventi e delle politiche, appare urgente e coerente intraprendere alcuni passi che concretamente mettano a regime, sulla base di criteri *evidence and human rights based*, l'esperienza fin qui condotta in maniera diseguale.

Due premesse necessarie:

- Prima premessa: la messa a regime e la chiara inclusione della RdD/LdR nelle politiche nazionali su droghe e dipendenze vedono nella Conferenza Nazionale sulle droghe una fondamentale sede di confronto e di riconoscimento istituzionale (come accaduto in passato nelle edizioni di Palermo, Napoli e Genova). La Conferenza, come dice la legge 309/90, è infatti il luogo dove si dovrebbero ogni 3 anni valutare le politiche e i modelli di intervento al fine di migliorarli, aggiornarli e renderli più efficaci. La carenza nella messa a regime della RdD/LdR in questi anni è anche da addebitare al prolungato venir meno di questo cruciale appuntamento tecnico-politico.
- Seconda premessa: il processo di messa a regime può considerarsi concluso nel momento in cui la RdD/LdR, in tutta la sua complessità e articolazione, sia inclusa e sviluppata nei LEA ed in un Piano d'azione nazionale che – anche sotto questo profilo – trova chiari riferimenti nel Piano d'Azione europeo.

Alcuni impegni prioritari conseguenti a questa analisi:

- **Linee guida e LEA**
 - A) Dopo anni è ormai necessario rielaborare una nuova ed aggiornata versione delle **Linee guida nazionali per la riduzione del danno**, costruita sulla base di una analisi approfondita e plurale nelle sue fonti dei trend di consumo, dei bisogni relativi, degli interventi e dei servizi che hanno dimostrato, in Italia e a livello comunitario, la loro efficacia. Nel processo di elaborazione sarà importante il coinvolgimento, in forma di **Gruppo tecnico ad hoc** presso il DPA degli attori sociali che in questi anni hanno garantito lo sviluppo di tale aree di intervento, e che abbiano competenze da portare sul piano scientifico, della ricerca, dei modelli operativi, della individuazione dei bisogni, del lavoro nei servizi di RdD esistenti, della valutazione degli interventi; nonché degli attori istituzionali competenti, Conferenza delle Regioni in primis.
 - B) Come da documento programmatico del Ministero della Salute, è urgente l'elaborazione dei LEA della RdD/LdR, in raccordo tra il Gruppo Tecnico Interregionale Tossicodipendenze, della Commissione Salute della Conferenza Stato/Regioni allargato a realtà della società civile, dell'associazionismo e della ricerca competenti e attive in materia di RdD/LdR. I LEA devono includere in maniera aggiornata tutte le prestazioni e gli interventi coerenti con i bisogni rilevati e valutati efficaci nella limitazione dei rischi e riduzione dei danni droga correlati a livello nazionale ed europeo (cfr. il paragrafo "Il monitoraggio della RdD/LdR nelle attività dell' EMCDDA")
- **Sistemi regionali di monitoraggio e SIND**

Sulla base delle Linee guida e dei LEA, da un punto di vista strutturale occorre individuare gli strumenti adeguati da includere nel sistema di monitoraggio nazionale SIND per gli interventi e servizi RdD/LdR, articolando ed integrando il monitoraggio secondo quanto il sistema già prevede per le aree trattamentali (attività dei servizi, analisi

delle prestazioni, caratteristiche dell'utenza, anche come supporto alla redazione della Relazione al Parlamento e contributi all' Osservatorio Europeo delle Droghe e Tossicodipendenze) tenendo conto delle peculiari caratteristiche degli interventi di RdD/LdR che influiscono sulla specifica raccolta dei dati e che non sono assimilabili sotto questo profilo ai trattamenti ed ai servizi di cura. In raccordo con tale sistema va ripristinata una funzione nazionale del DPA di raccordo e di garanzia alla reale applicazione dei LEA su RdD e LdR, vista ancora la loro peculiarità e disomogeneo sviluppo attuale.

➤ **Ricerca**

La ricerca nei setting naturali e la ricerca valutativa sui sistemi di intervento. Occorre prestare particolare attenzione alla ricerca per meglio conoscere e analizzare i trend e i pattern di consumo. In questo quadro è importante promuovere ricerche qualitative ed etnografiche nei setting naturali ed altre ricerche che abbiano l'obiettivo di approfondire i diversi pattern d'uso, anche integrando e sviluppando le ricerche condotte sul campo in questi anni dalle associazioni, costruendo in modo condiviso una "cornice" teorica e di modelli di interpretazione del consumo, in cui inserirle e valorizzarle.

La ricerca nei setting naturali così come la ricerca valutativa sugli interventi si connettono anche alla necessità di promuovere un collegamento costante dei servizi di RdD e LdR con il Sistema Rapido di Allerta, attualmente in carico all'ISS, di cui può essere cardine decisivo per la sua efficacia e rapidità di rilevazione. E' importante che anche nell'ambito della ricerca, sia presente un approccio *bottom up*, "dal basso verso l'alto", in cui valorizzare sia le competenze degli operatori sul campo (gli interventi a bassa soglia e in setting naturali sono tradizionalmente un eccezionale osservatorio troppo spesso sottovalutato, così come il web, per comprendere ciò che accade nel mondo dei consumi); sia i "saperi" delle persone che usano sostanze sui propri stili di consumo, le proprie strategie personali, i propri bisogni, i pericoli del mercato, condividendo con loro obiettivi e spendibilità della ricerca e criteri etici per la conduzione della stessa.

La ricerca valutativa delle politiche pubbliche. Decisivo includere nella ricerca finalizzata alla valutazione di politiche, prestazioni e servizi destinate alle persone che usano sostanze anche una valutazione secondo il citato approccio *human rights based*, che misura scelte e prestazioni non solo sulla base dell'evidenza scientifica, ma anche secondo le loro ricadute in termini di rispetto e miglioramento dei diritti sociali, civili e umani dei destinatari

I processi partecipativi

Nel quadro sopra delineato, che comprende anche l'importanza di inclusione di questo capitolo di approfondimento sulla RdD e LdR, è fondamentale mantenere una cultura di partecipazione attiva degli attori variamente competenti e coinvolti nei fenomeni in oggetto, anche per rispondere ad un adempimento in osservanza della Strategia Europea sulle Droghe, che esplicitamente a questo invita, riferendosi tanto ad esperti e operatori, che alla società civile, che alle persone che usano sostanze. Ma non è questo l'unico aspetto significativo dei processi partecipativi, di cui riconosciamo lo sforzo in questa direzione di DPA, sebbene certo rilevante: essi sono anche funzionali a un sistema della conoscenza e dell'intervento più efficaci ed efficienti, grazie alla valorizzazione di tutte le risorse e le competenze, alla pluralità degli sguardi

e delle fonti, alla produzione, grazie a questa molteplicità, di un approccio alle droghe basato sulla complessità. Nel campo della RdD/LdR, poi, che costitutivamente investe in competenze di regolazione, controllo e apprendimento di soggetti e contesti sociali, questo aspetto è cruciale. Le proposte qui contenute, in forma di gruppi ad hoc, comitati tecnici allargati e coinvolgimento di attori diversi non sono pertanto da considerarsi ancillari ma intrinseche alle proposte stesse, e mirano a enfatizzare un criterio di partecipazione basato sul riconoscimento di competenze, saperi ed esperienze reali. Da una attenta lettura degli sviluppi sia nazionali che europei sulla RdD/LdR dagli esordi ad oggi, infatti, risulta evidente come il dibattito generico e basato su pur rispettabili approcci ideologici dei primi anni '90 abbia ormai fatto il suo tempo, per lasciare il campo a un confronto basato sui fatti, sulla conoscenza, sullo studio e sulla valutazione; le sedi in cui questo confronto proficuamente può continuare e dare buoni frutti utili ai policy maker sono le sedi capaci di mettere in sinergia saperi e conoscenze.

Ringraziamenti

Si ringraziano i responsabili e gli operatori dei servizi che hanno risposto all'indagine on line, senza i quali parte di questo lavoro non sarebbe stata possibile. Un ringraziamento particolare ai responsabili dei servizi che hanno dedicato del tempo per rispondere alle interviste qualitative.

1.9 Progetto PPC 2

Learning: Progetto per la creazione di un Coordinamento Nazionale sulla Riduzione dei rischi e dei danni per la Prevenzione delle Patologie Correlate all'uso di sostanze stupefacenti

Progetto promosso e finanziato dalla Presidenza del Consiglio dei Ministri Ministero per la Cooperazione Internazionale e l'Integrazione - Dipartimento Politiche Antidroga

ISS, Unità Operativa Ricerca psico-socio-comportamentale, Comunicazione, Formazione – Dipartimento Malattie Infettive, Parassitarie ed Immunomediate, Centro Operativo AIDS - Dipartimento Malattie Infettive, Parassitarie ed Immunomediate

INTRODUZIONE

Negli ultimi anni, nei Servizi per le tossicodipendenze (SerD/SerT) è stata rilevata una bassa percentuale di esecuzione dei test per HIV, HBV, HCV e sifilide, con il rischio di ritardo di diagnosi di tali infezioni e un possibile conseguente aumento della diffusione di queste.

Tale scenario richiede un'attenta comprensione dei motivi della non esecuzione dei test per HIV, HBV, HCV e sifilide nelle persone utenti che si rivolgono ai SerD/SerT e un intervento strategico "early detection" al fine di assicurare cure tempestive a coloro i quali abbiano contratto questo tipo di infezioni. Inoltre, l'adozione di tali strategie e la promozione di comportamenti non a rischio di acquisizione di queste infezioni potrebbero favorire la riduzione della loro diffusione nelle persone utenti che si rivolgono ai SerD/SerT (<http://www.politicheantidroga.it/publicazioni/in-ordine->

cronologico/uso-di-sostanze-stupefacenti-e-patologie-infettive-correlate-/presentazione.aspx, 2012).

DESCRIZIONE DEL PROGETTO

In tale ambito si colloca il “Progetto PPC 2 – Learning: Progetto per la creazione di un Coordinamento Nazionale sulla Riduzione dei rischi e dei danni per la Prevenzione delle Patologie Correlate all’uso di sostanze stupefacenti, promosso e finanziato dal Dipartimento delle Politiche Antidroga (DPA) della Presidenza del Consiglio dei Ministri. La conduzione delle molteplici attività di lavoro previste nel Progetto, che ha avuto inizio il 1 marzo 2013, è stata affidata congiuntamente all’Unità Operativa Ricerca psico-socio-comportamentale, Comunicazione, Formazione (UO RCF) diretta dalla Dott.ssa Anna Maria Luzi e al Centro Operativo AIDS (COA) diretto dalla Dott.ssa Barbara Suligoi, due strutture del Dipartimento di Malattie Infettive, Parassitarie ed Immunomediate (Direttore: Dott. Giovanni Rezza) dell’Istituto Superiore di Sanità. Il Progetto ha avuto termine il 29 febbraio 2016.

Gli obiettivi progettuali perseguiti in tre anni di attività hanno riguardato:

1. L’aggiornamento e la riscrittura di nuove Linee di Indirizzo nazionali operative per l’attivazione e il mantenimento e/o ri-orientamento delle attività di prevenzione delle principali patologie infettive correlate all’uso di droghe.
2. La formazione e l’aggiornamento degli operatori al fine di individuare e condividere procedure per un’efficace offerta dei test relativamente allo screening e alla diagnosi di infezione da HIV, HBV, HCV e sifilide nelle persone utenti che si rivolgono ai SerD/SerT.
3. La rilevazione dell’adesione all’offerta dei test per la diagnosi di HIV, HBV, HCV e sifilide, nonché i motivi della loro mancata esecuzione.

FASI ATTUATIVE DEL PROGETTO

Nella Prima Fase (1 marzo – 31 agosto 2013) è stato costituito il Gruppo di lavoro (composto dall’Unità Operativa Ricerca psico-socio-comportamentale, Comunicazione, Formazione, UO RCF e dal Centro Operativo AIDS, COA) presso l’Istituto Superiore di Sanità, Ente al quale il DPA ha affidato la responsabilità scientifica di condurre il Progetto. L’area di intervento del COA ha riguardato la ricerca e la valutazione delle misure di prevalenza delle infezioni da HIV, HBV, HCV e sifilide nella popolazione tossicodipendente in trattamento presso i SerD/SerT. In particolare, il COA ha valutato l’affluenza delle persone ai SerD/SerT, l’offerta del test per HIV, HBV, HCV e sifilide, nonché i motivi della non esecuzione del test (differenziando i motivi legati alla struttura, all’operatore e all’utente) attraverso specifiche schede di raccolta dati e l’analisi delle informazioni riportate dai SerD/SerT.

L’area di intervento dell’UO RCF, ha riguardato in modo specifico l’individuazione e la messa a punto di procedure comunicativo-relazionali efficaci per l’offerta dei test HIV, HBV, HCV e sifilide alle persone-utenti che si rivolgono ai SerD/SerT. In particolare l’UO RCF ha elaborato un Modello Operativo comunicativo-relazionale che costituisce per l’operatore socio-sanitario un protocollo di riferimento, non rigido ma flessibile e adattabile alla singola persona, alla sua storia, al contesto socio culturale di appartenenza, alla peculiarità del tipo di sostanza usata al fine di attuare un processo di accoglienza e presa in carico rispondente ai suoi reali bisogni di salute e favorente l’esecuzione del test per l’infezione da HIV, HBV, HCV e sifilide.

L'UO RCF e il COA hanno condiviso nell'ultima Fase di attuazione del Progetto l'organizzazione e la conduzione di un percorso di formazione/aggiornamento rivolto al personale socio-sanitario dei SerD/SerT.

Nella Seconda Fase (1 settembre 2013 – 28 febbraio 2014) sono state organizzate a Roma tre riunioni programmatiche di lavoro (7 novembre 2013, 13 dicembre 2013, 23 gennaio 2014), la prima e la terza hanno visto la partecipazione dei referenti del DPA e del Gruppo di lavoro dell'Istituto Superiore di Sanità, mentre la seconda anche di alcuni dei referenti delle Regioni e delle Province Autonome (PA).

Nelle riunioni di lavoro sono stati affrontati i seguenti punti:

- Creazione di un Tavolo di lavoro comprendente i rappresentanti delle Regioni e delle PA.
- Individuazione, partendo dalle Linee di indirizzo pubblicate nel 2011 dal DPA, degli elementi utili per la messa a punto di procedure e prassi operative standardizzate da impiegare nella relazione professionale con la persona-utente al fine di favorire l'esecuzione del test per l'infezione da HIV, HBV, HCV e sifilide.
- Messa a punto e condivisione di procedure operative standardizzate volte a migliorare l'interazione tra gli operatori socio-sanitari dei SerD/SerT e le persone-utenti che a questi si rivolgono, tramite l'organizzazione di percorsi di formazione/aggiornamento.

Per quanto riguarda la formazione è emerso che per ogni Regione sarebbe stata opportuna la partecipazione sia dei referenti regionali (funzionari), sia degli operatori socio-sanitari (tecnici), con due livelli di organizzazione, uno operativo a livello centrale e uno di programmazione regionale con tempistiche da definire.

Nella Terza Fase (1 marzo 2014 – 31 maggio 2015) il Gruppo di Lavoro dell'ISS hanno svolto diverse attività progettuali riguardanti in particolar modo:

- La definizione di un piano di collaborazione con il Dott. Manna, coordinatore del Gruppo Tecnico Interregionale Tossicodipendenze (GTIT), per la revisione delle Linee di Indirizzo e per la condivisione di una nuova edizione con gli esperti delle Regioni e PA;
- La messa a punto di un programma preliminare inerente un corso di formazione/aggiornamento sulle procedure comunicativo-relazionali per l'offerta dei test relativamente alla diagnosi dell'HIV, dell'HBV, dell'HCV e della sifilide nelle persone utenti che si rivolgono ai SerD/SerT da svolgere entro la scadenza del Progetto. Il percorso di aggiornamento individuato focalizza, inoltre, l'attenzione su aspetti inerenti lo scenario epidemiologico delle infezioni considerate di interesse e delle cause della mancata effettuazione dei test di screening nei SerD/SerT;
- La predisposizione e condivisione della struttura delle *Nuove Linee di Indirizzo* con i componenti del GTIT coordinati dal Dott. Gaetano Manna.

Nella Quarta Fase (1 giugno 2015 – 29 febbraio 2016) i Responsabili Scientifici del Progetto dell'ISS hanno coinvolto gli esperti del GTIT per definire la struttura e i contenuti delle *Nuove Linee di indirizzo per lo screening e la diagnosi delle principali patologie infettive correlate all'uso di sostanze nei Servizi per le Dipendenze* (Allegato 1 – Indice delle LI).

Inoltre, il Gruppo di Lavoro dell'ISS con la collaborazione del coordinatore del GTIT ha strutturato i moduli didattici di un percorso di formazione/aggiornamento dal titolo *Procedure di offerta dei test per lo screening e la diagnosi delle principali patologie infettive correlate all'uso di sostanze negli utenti dei SerD/SerT*, che si è svolto il 17 e il 18 febbraio presso l'ISS e che ha visto la partecipazione di 40 operatori socio-sanitari provenienti da tutte le Regioni e PA. Il Corso ha ricevuto 17 crediti ECM (Allegato 2 – Programma del Corso).

RISULTATI

Aggiornamento e riscrittura delle Linee di Indirizzo

Le “Nuove Linee di indirizzo per lo screening e la diagnosi delle principali patologie infettive correlate all’uso di sostanze nei Servizi per le Dipendenze” hanno richiesto un lavoro di accurata revisione delle Linee di Indirizzo pubblicate nel 2011, oltre che di stretta collaborazione con il GTIT, coordinato dal Dott. Gaetano Manna. Il risultato di tale complesso lavoro che ha richiesto per diversi mesi l’impegno di numerosi esperti, è consistito nella definizione di uno strumento indispensabile per gli operatori socio-sanitari dei SerD/SerT contenente le procedure operative e quelle comunicativo relazionali per l’esecuzione dei test diagnostici relativamente a HIV, HBV, HCV, e sifilide. Nello specifico, le *Nuove Linee di Indirizzo* forniscono un protocollo operativo comunicativo-relazionale per l’accoglienza e la presa in carico della persona dipendente da droghe con la finalità prioritaria di favorire l’accesso allo screening delle principali infezioni per tutti gli utenti che afferiscono ai SerD/SerT, indipendentemente dal fatto che si tratti di nuovi accessi o di persone che sono seguite da tempo.

Inoltre, le *Nuove Linee di Indirizzo* sono corredate da un dettagliato scenario epidemiologico inerente le infezioni da HIV, HBV, HCV e sifilide, nonché da tre schede di approfondimento sulle caratteristiche delle principali patologie infettive, sulle modalità di screening e su alcuni gruppi di popolazione (persone detenute, migranti, giovani).

Le *Nuove Linee di Indirizzo* sono state visionate e accettate dal Dipartimento Politiche Antidroga della Presidenza del Consiglio dei Ministri e dal Ministero della Salute.

Pacchetto didattico

Nell’ambito del Progetto PPC2 è stato costruito un pacchetto formativo, teorico-pratico, il cui obiettivo generale è stato rivolto ad individuare e condividere procedure per un’efficace offerta dei test per lo screening e la diagnosi di infezione da HIV, HBV, HCV e sifilide nelle persone utenti che si rivolgono agli operatori socio-sanitari dei SerD/SerT.

I contenuti scientifici affrontati in 16 ore, distribuite in due giornate di formazione, hanno riguardato in modo specifico quattro aree:

- Scenario epidemiologico dell’HIV, HBV, HCV e sifilide;
- Prevenzione delle infezioni (HIV, HBV, HCV, sifilide) correlate all’uso di sostanze: il ruolo dei SerD/SerT;
- Aspetti comunicativo-relazionali nell’offerta dei test: il valore aggiunto delle competenze di counselling
- Procedure operative e comunicativo-relazionali per l’esecuzione dei test diagnostici.

Nella predisposizione del Corso è stato utilizzato l’approccio andragogico di Malcom Knowles, basato sulla considerazione che il partecipante è soggetto, esperto portatore di un suo bagaglio conoscitivo ed esperienziale. Tale impostazione del percorso di formazione/aggiornamento ha portato ad utilizzare un metodo didattico di tipo interattivo con interventi teorici, integrati da esercitazioni di gruppo, esposizione dei lavori di gruppo, role-play formativi e discussione in plenaria.

Durante i lavori del Corso i partecipanti, suddivisi in quattro gruppi di lavoro, hanno elaborato insieme agli esperti dell’ISS e ai referenti del GTIT un **Documento per l’implementazione delle Nuove Linee di Indirizzo sull’intero territorio nazionale** articolato in quattro direttrici:

1. *Modalità e strategie che possono essere efficaci per la diffusione delle Nuove Linee di Indirizzo nelle diverse realtà regionali italiane*
2. *Modalità e strategie che possono essere efficaci per implementare l’applicazione delle Nuove Linee di Indirizzo nelle diverse realtà regionali italiane*

3. *Tempistica per la diffusione e la piena applicazione sul territorio delle Nuove Linee di Indirizzo*
4. *Strumenti per valutare, a distanza di tempo, se ed in quale misura le Nuove Linee di Indirizzo sono state recepite ed applicate sul territorio nazionale*

Allegato 1 – Indice Nuove Linee di Indirizzo

Introduzione

Prima Parte

Scenari Epidemiologici

Le fonti dei dati

Infezione da HIV e AIDS

Infezione da HBV

Infezione da HCV

Sifilide

Indicazioni operative rivolte ai Servizi per le Dipendenze:

- A) Procedure operative per l'esecuzione dei test diagnostici
- B) Procedure comunicativo-relazionali per l'esecuzione dei test diagnostici

Parte Seconda

Scheda 1 - Screening dell'infezione da HIV, HBV, HCV, Sifilide

- Screening e diagnosi dell'infezione da HIV
- Screening e diagnosi dell'infezione da HBV
- Screening e diagnosi dell'infezione da HCV
- Screening e diagnosi della Sifilide

Scheda 2 – Principali patologie infettive (HIV, HBV, HCV, Sifilide)

- Infezione da HIV
- Infezione da HBV
- Infezione da HCV

- Sifilide

Scheda 3 – Approfondimenti su specifici gruppi di popolazioni: persone detenute, migranti, giovani

Allegato 2 – Programma del Corso

Procedure di offerta dei test per lo screening e la diagnosi delle principali patologie infettive correlate all'uso di sostanze negli utenti dei SerD/SerT

Roma, 17-18 febbraio 2016, Aula Marotta – Istituto Superiore di Sanità

Organizzato da: Dipartimento Malattie Infettive, Parassitarie ed Immunomediate (Unità Operativa Ricerca psico-socio-comportamentale, Comunicazione, Formazione e Centro Operativo AIDS) dell'Istituto Superiore di Sanità

Il Corso si colloca nell'ambito del Progetto PPC2 Learning, promosso e finanziato dalla Presidenza del Consiglio dei Ministri Ministero per la Cooperazione Internazionale e l'Integrazione Dipartimento Politiche Antidroga

Rilevanza per il SSN

Negli ultimi anni, nei Servizi per le Dipendenze/Tossicodipendenze (SerD/SerT), presenti nelle Regioni e Province Autonome italiane, è stata rilevata una bassa percentuale di esecuzione dei test per HIV, HCV, HBV e sifilide, con conseguente rischio di ritardo nella diagnosi di tali infezioni e con possibile aumento della diffusione di queste.

Tale scenario richiede un'attenta comprensione dei motivi della non esecuzione dei test per HIV, HBV, HCV e sifilide nelle persone utenti che si rivolgono ai SerD/SerT e, successivamente, l'implementazione di un intervento strategico "early detection" al fine di assicurare cure tempestive a coloro i quali abbiano contratto tali infezioni.

Risulta, pertanto, indispensabile fornire agli operatori dei SerD/SerT o alle OnG del settore, conoscenze, competenze e strumenti operativi per applicare procedure standardizzate al fine di favorire un'efficace offerta dei test per lo screening e la diagnosi di infezione da HIV, HBV, HCV e sifilide nelle persone utenti che si rivolgono ai SerD/SerT.

Progetto

Il Corso si colloca nell'ambito del Progetto PPC 2 – Learning: Progetto per la creazione di un Coordinamento Nazionale sulla Riduzione dei rischi e dei danni per la Prevenzione delle Patologie Correlate all'uso di sostanze stupefacenti, promosso e finanziato dal Dipartimento delle Politiche Antidroga (DPA) della Presidenza del Consiglio dei Ministri. La conduzione delle molteplici attività di lavoro previste nel Progetto, che ha avuto inizio il 1 marzo 2013, è stata affidata congiuntamente all'Unità Operativa Ricerca psico-socio-comportamentale, Comunicazione, Formazione (UO RCF) e al Centro Operativo AIDS (COA), due strutture del Dipartimento di Malattie Infettive, Parassitarie ed Immunomediate dell'Istituto Superiore di Sanità.

Obiettivo Generale

Individuare e condividere procedure per un'efficace offerta dei test per lo screening e la diagnosi di infezione da HIV, HBV, HCV e sifilide nelle persone utenti che si rivolgono ai SerD/SerT.

Obiettivi Specifici

1. Presentare il ruolo dei SerD/SerT nella prevenzione delle principali infezioni all'uso di sostanze in Italia.
2. Descrivere gli aspetti epidemiologici dell'infezione da HIV, HBV, HCV e sifilide correlate all'uso di sostanze in Italia.
3. Rilevare l'adesione all'offerta dei test per la diagnosi di HIV, HBV, HCV e sifilide, nonché i motivi della loro mancata esecuzione.
4. Identificare le competenze comunicativo-relazionali delle diverse figure professionali per un'efficace offerta dei test.
5. Analizzare strumenti e prassi operative contenute nelle Nuove Linee di Indirizzo per un'efficace offerta dei test nei SerD/SerT presenti su tutto il territorio nazionale.

Metodo didattico

Il metodo didattico è di tipo interattivo con interventi teorici, integrati da esercitazioni di gruppo, esposizione dei lavori di gruppo, role-play formativi e discussione in plenaria.

Capitolo 2 – Comorbilità droga correlata

A cura del Ministero della Salute, -ISS – Dipartimento Malattie Infettive, Parassitarie ed immunomediate, - Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute - Istat – Dipartimento per la produzione statistica -

2.1 Diffusione di HIV-AIDS

MALATTIE INFETTIVE E PARASSITARIE

Note tecniche per la lettura

- 1) I dati riportati in questo capitolo sono relativi alle nuove diagnosi di infezione da HIV diagnosticate ogni anno in persone che fanno uso di sostanze per via iniettiva (IDU, Injecting Drug Users) e segnalate al Sistema di Sorveglianza delle nuove diagnosi di infezione da HIV, coordinato dal Centro Operativo AIDS (COA) dell'Istituto Superiore di Sanità. Trattandosi pertanto del numero annuo di *nuove diagnosi* (casi incidenti) segnalate al COA, questo dato non deve essere confuso con il numero totale di IDU risultati HIV positivi (casi prevalenti) presso i Servizi per le dipendenze (SerD) e segnalati al Sistema Informativo Nazionale Dipendenze (SIND - coordinato dal Ministero della Salute). Più precisamente, i dati del COA riportano il numero di IDU che in un anno specifico sono risultati HIV positivi per la prima volta (ad esempio: 141 nel 2014, pari ad un'incidenza di 69,5 nuove diagnosi di HIV per 100.000 IDU stimati nello stesso anno), mentre i dati del SIND riportano il numero di tutti gli IDU afferenti ai SerD che hanno avuto almeno una volta nella vita un test HIV positivo, cumulando pertanto sia le nuove diagnosi HIV che gli individui HIV positivi diagnosticati negli anni precedenti. Il dato di incidenza annua HIV riportato dal COA e quello di prevalenza HIV riportato dal SIND derivano da due sistemi che hanno obiettivi e flussi di dati diversi, i cui risultati non si possono confrontare perché esprimono misure differenti della diffusione di HIV tra gli IDU (incidenza vs. prevalenza).
- 2) Il Sistema di Sorveglianza delle nuove diagnosi di infezione da HIV e il Sistema di Sorveglianza dei casi di AIDS costituiscono due basi di dati che vengono permanentemente aggiornate dall'afflusso delle segnalazioni inviate al COA da tutto il territorio nazionale. Tale afflusso continuo permette correzioni e riallocazioni dei casi in seguito a verifiche puntuali ed a integrazione di dati mancanti o incongruenti effettuate dal COA, relative anche ad anni pregressi, al fine di rendere i risultati sempre più precisi ed accurati. Queste correzioni possono determinare piccole variazioni nelle tabelle riportate di seguito se confrontate con quelle delle Relazioni al Parlamento degli anni precedenti, dovute ad una revisione continua e migliorativa sia dei dati recenti che di quelli storici.
- 3) Per i dati di mortalità AIDS si possono osservare delle variazioni nel numero annuo di decessi rispetto a quanto riportato nelle Relazioni al Parlamento degli anni precedenti, come risultato di un'accurata attività di aggiornamento e revisione continua condotta congiuntamente con il registro nazionale di mortalità dell'ISTAT.
- 4) Per semplificare la lettura di risultati che coprono anche vari decenni di segnalazioni, per alcune tabelle si è preferito aggregare i dati in bienni o più anni. Pertanto, come effetto dello slittamento dei bienni in seguito all'aggiunta dei dati dell'ultimo anno, alcune tabelle potrebbero riportare dati aggregati secondo periodi temporali diversi rispetto a quelli presentati nelle precedenti Relazioni al Parlamento, che pertanto risulteranno non confrontabili.

NUOVE DIAGNOSI DI INFEZIONE DA HIV IN CONSUMATORI DI SOSTANZE PER VIA INIETTIVA- INJECTING DRUG USERS (IDU)

La sorveglianza delle nuove diagnosi di infezione da HIV, che riporta i dati relativi alle persone che risultano positive al test HIV per la prima volta, è stata istituita nel 2008 e dal 2012 ha copertura nazionale.

Il Centro Operativo AIDS (COA) dell'Istituto Superiore di Sanità ha il compito di raccogliere le segnalazioni, gestire e analizzare i dati e assicurare il ritorno delle informazioni al Ministero della Salute (Decreto del Ministero della Salute del 31 marzo 2008; Gazzetta Ufficiale n. 175 del 28 luglio 2008) (1).

In questa Relazione vengono presentati i dati relativi agli anni 2010-2014.

Distribuzione temporale e caratteristiche demografiche delle nuove diagnosi di infezione da HIV tra gli IDU

Nel periodo 2010-2014 sono state segnalate 982 nuove diagnosi di infezione da HIV tra gli IDU, di queste l'83,4% erano in maschi e il 18,7% in persone di nazionalità straniera. L'età mediana alla diagnosi di infezione da HIV, calcolata solo tra gli adulti (≤ 15 anni) era di 40 anni (intervallo interquartile (IQR): 34-46 anni) per i maschi e di 35,5 anni (IQR: 33,7-46 anni) per le femmine.

Dal 2010 al 2014, sono state segnalate, entro giugno 2015, rispettivamente 265, 186, 212, 178 e 141 nuove diagnosi di infezione da HIV tra gli IDU; il numero di nuove diagnosi registrato tra gli IDU maschi è circa 4 volte più alto di quello registrato tra le femmine (Figura 61). La diminuzione delle nuove diagnosi di infezione da HIV nell'ultimo anno è verosimilmente dovuta al ritardo di notifica.

Numero di nuove diagnosi di infezione da HIV tra gli IDU (2010-2014)

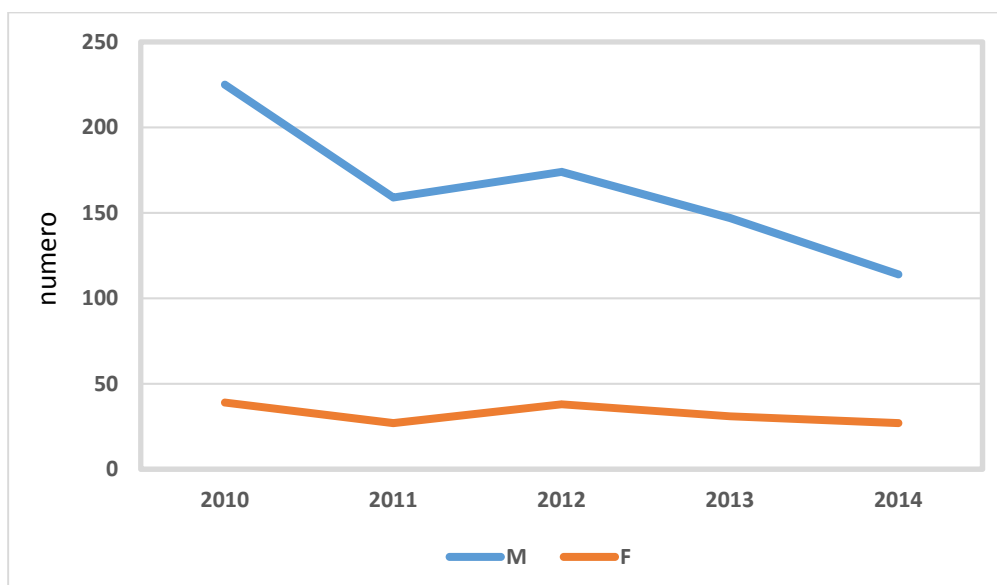


Figura 61

Nuove diagnosi infezione da HIV tra gli IDU per regione di segnalazione e regione di residenza

La Tabella 66 riporta il numero di nuove diagnosi di infezione da HIV registrato tra gli IDU per regione di segnalazione e per regione di residenza nel 2010, 2011, 2012, 2013 e 2014. La differenza tra il numero dei casi residenti e quello dei casi segnalati fornisce informazioni utili sulla mobilità dei consumatori e sull'offerta assistenziale di alcune regioni: nel 2014, le regioni che hanno un numero di casi residenti maggiore rispetto ai casi segnalati (Piemonte, Campania e Puglia) hanno "esportato" casi in termini assistenziali; viceversa, quelle con più casi segnalati rispetto ai casi residenti (Lombardia, Veneto, Umbria, Lazio, Basilicata) ne hanno "importati" da altre regioni. Nel 2014 più della metà delle segnalazioni sono pervenute da sei regioni: Lombardia (18,4%), Piemonte (11,3%), Campania (9,2%), Lazio, Emilia Romagna e Sicilia (8,5%).

Numero di nuove diagnosi di infezione da HIV tra gli IDU, per regione di segnalazione e regione di residenza (2010-2014)

	2010		2011		2012		2013		2014			
	segnalati	residenti	segnalati	residenti	segnalati	residenti	segnalati	residenti	segnalati	% sul totale	residenti	% sul totale
Piemonte	25	23	18	18	12	11	13	14	16	11,3	17	12,1
Valle d'Aosta	1	1	1	1	2	2	0	0	0	0,0	0	0,0
Liguria	6	6	5	6	6	7	4	4	2	1,4	2	1,4
Lombardia	30	33	37	37	32	30	40	38	26	18,4	25	17,7
Trento	7	7	6	1	4	3	1	0	0	0,0	0	0,0
Bolzano	1	1	1	1	3	3	1	1	1	0,7	1	0,7
Veneto	10	12	5	4	12	11	8	8	12	8,5	11	7,8
Friuli- Venezia Giulia	0	0	0	0	0	0	3	2	0	0,0	0	0,0
Emilia-Romagna	16	17	13	14	21	20	19	15	12	8,5	12	8,5
Toscana	27	23	15	12	12	10	19	15	10	7,1	10	7,1
Umbria	1	2	1	0	6	6	2	3	3	2,1	2	1,4
Marche	4	4	2	2	2	2	3	5	7	5,0	7	5,0
Lazio	18	14	24	16	17	15	16	10	12	8,5	10	7,1
Abruzzo	2	2	1	1	3	3	2	2	4	2,8	4	2,8
Molise	-	0	-	0	-	0	-	0	1	0,7	1	0,7
Campania	59	48	39	36	47	45	26	27	13	9,2	14	9,9
Puglia	10	11	6	6	12	12	6	6	2	1,4	4	2,8
Basilicata	1	1	0	0	0	1	0	2	1	0,7	0	0,0
Calabria	34	32	1	2	0	1	1	1	1	0,7	1	0,7
Sicilia	13	17	11	12	9	13	8	8	12	8,5	12	8,5
Sardegna	0	1	0	1	12	12	6	5	6	4,3	6	4,3
Residenza Estera		1		1		2		4		0,0	0	0,0
Residenza Non Nota		9		15		3		8		0,0	2	1,4
Totale	265	265	186	186	212	212	178	178	141	100	141	100

Tabella 66

Età alla diagnosi di infezione da HIV negli IDU

Dal 2010 si osserva un andamento costante dell'età mediana al momento della diagnosi di infezione da HIV tra gli IDU maschi: 40 anni (IQR: 34-46 anni) nel 2010 e 41 anni (IQR: 34,7-48 anni) nel 2014. Per le femmine IDU, invece, si osserva un andamento altalenante, con un aumento nell'ultimo anno: 38 anni (IQR: 33-45 anni) nel 2010 a 42 anni (IQR: 36-49 anni) nel 2014 (Figura 62)

Età mediana delle nuove diagnosi di infezione da HIV tra gli IDU (2010-2014)

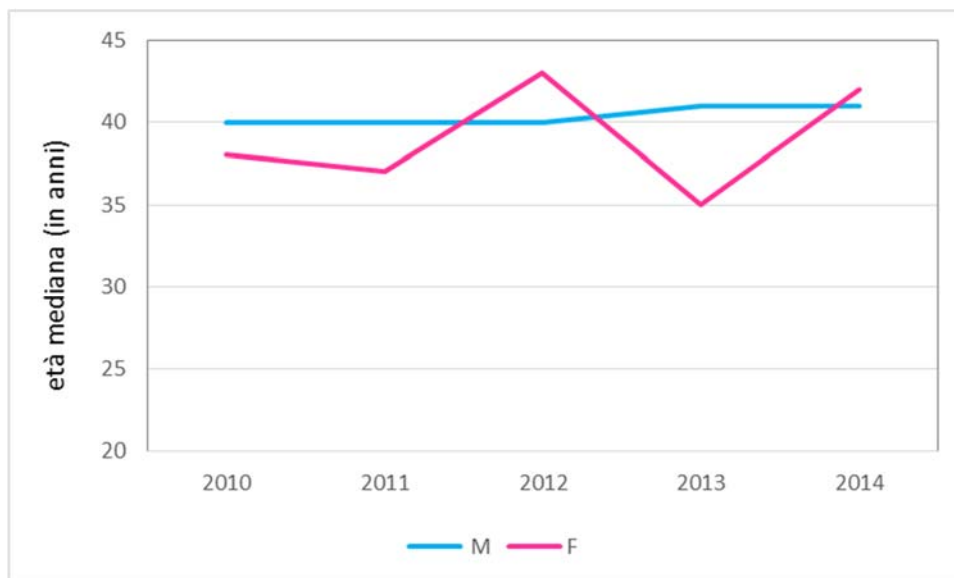


Figura 62

La Figura 63 mostra la distribuzione delle nuove diagnosi di infezione da HIV tra gli IDU, per anno di diagnosi e per classe di età

Distribuzione percentuale delle nuove diagnosi di infezione da HIV tra gli IDU, per anno di diagnosi e classe di età

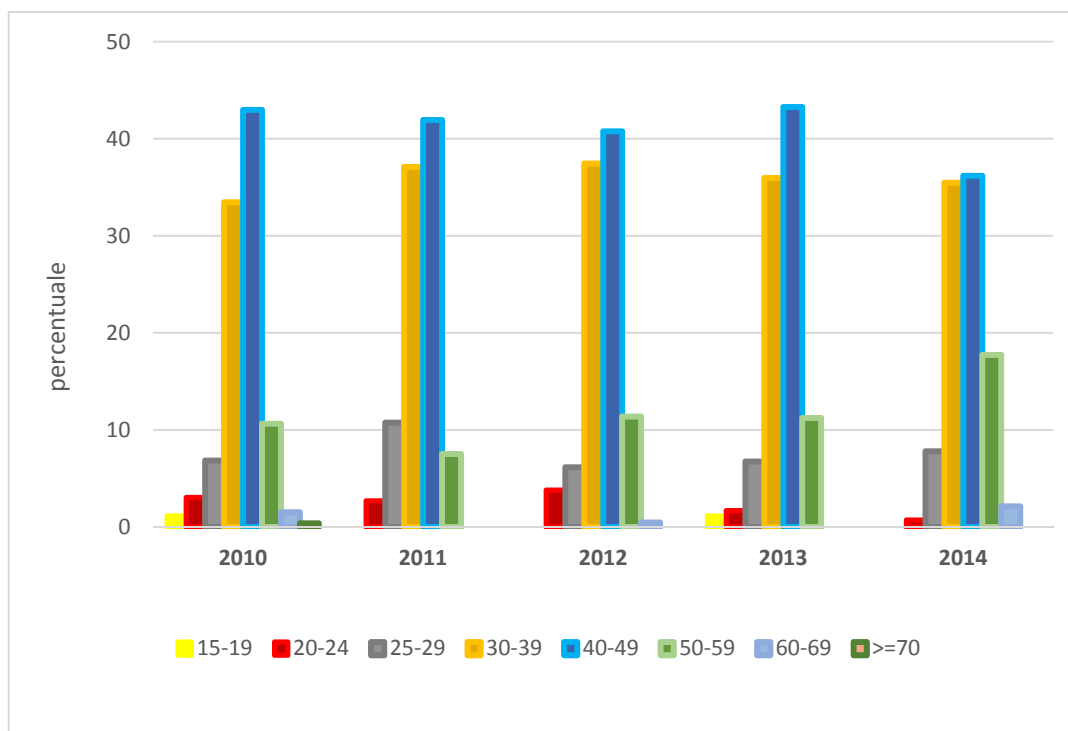


Figura 63

Le classi di età 30-39 anni e 40-49 anni sono quelle più rappresentate, rappresentando il 71,6% dei casi totali.

Numero di linfociti CD4 alla prima diagnosi di HIV tra gli IDU

I dati sul numero di linfociti CD4 riportati alla prima diagnosi di infezione da HIV, forniscono informazioni importanti sulla fase di avanzamento dell'infezione.

Nel 2014 la proporzione di IDU con una nuova diagnosi di infezione da HIV diagnosticate con un numero di linfociti CD4 inferiore a 200 cell/μL era del 38,7%, mentre quella di coloro che avevano un numero di CD4 inferiore a 350 cell/μL era del 52,4%. La completezza totale del dato per il 2014 è stata dell'87,9%.

Numero di nuove diagnosi di infezione da HIV tra gli IDU, per numero di CD4 alla diagnosi e per regione di segnalazione (2014)

Anno 2014					
	numero di casi con CD4 riportati	CD4 < 200		CD4 < 350	
		n	%	n	%
Piemonte	16	4	25,0	7	43,8
Valle d'Aosta	nn	nn		nn	
Liguria	2	1	50,0	2	100,0
Lombardia	26	9	34,6	11	42,3
Trento	nn	nn		nn	
Bolzano	1	0	0,0	0	0,0
Veneto	7	2	28,6	2	28,6
Friuli Venezia- Giulia	nn	nn		nn	
Emilia - Romagna	12	4	33,3	7	58,3
Toscana	10	3	30,0	3	30,0
Umbria	3	1	33,3	2	66,7
Marche	7	3	42,9	4	57,1
Lazio	nn	nn		nn	
Abruzzo	4	1	25,0	1	25,0
Molise	1	1	100,0	1	100,0
Campania	13	4	30,8	7	53,8
Puglia	2	2	100,0	2	100,0
Basilicata	1	0	0,0	1	100,0
Calabria	1	0	0,0	1	100,0
Sicilia	12	11	91,7	11	91,7
Sardegna	6	2	33,3	3	50,0
Totale	124	48	38,7	65	52,4

Tabella 67

Caratteristiche della popolazione straniera con nuova diagnosi d'infezione da HIV tra gli IDU

La proporzione di nuove diagnosi di infezione da HIV tra gli IDU stranieri varia da un minimo del 13,6% nel 2013 ad un massimo di 22,8% nel 2011. Nel 2014, la proporzione di IDU di nazionalità straniera era pari a 16,3% (Figura 64).

Distribuzione percentuale delle nuove diagnosi di infezione da HIV tra gli IDU, per nazionalità e anno di diagnosi

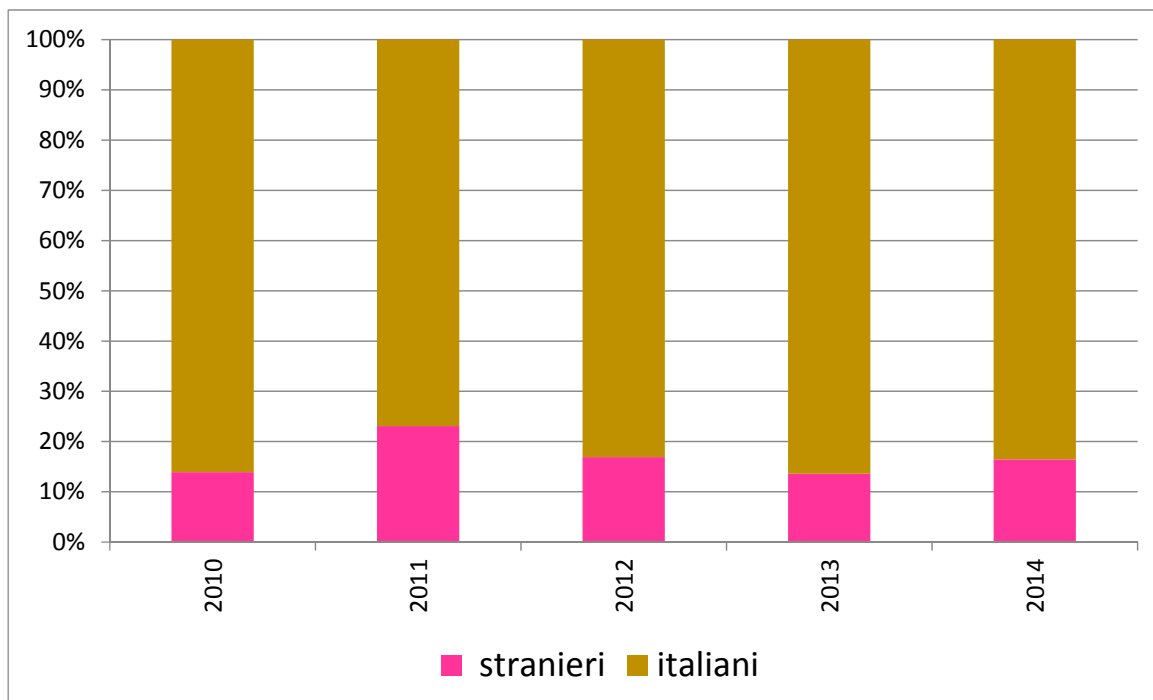


Figura 64

Nel 2014 il 26,1% degli IDU stranieri con una nuova diagnosi di infezione da HIV proveniva dall'Africa, il 43,5% dai paesi dell'Europa Centrale e Orientale, il 17,4% dall'America meridionale, il 8,7% dall'Asia, il 4,3% dai paesi dell'Europa Occidentale. Nel 2014, l'82,6% degli IDU stranieri era costituito da maschi e l'età mediana alla prima diagnosi di infezione da HIV era di 34 anni (IQR 29-39) per i maschi e di 37 anni (IQR 36-39,5) per le femmine.

Motivo di effettuazione del test HIV

Nel 2014 il 27,3% degli IDU ha eseguito il test HIV per la presenza di sintomi HIV-correlati; il 24,5% in seguito alla proposta degli operatori del Sert; il 19,9% in seguito a comportamenti sessuali a rischio; il 15,1% ha eseguito il test in occasione di un ricovero; il 7,6% in seguito alla proposta degli operatori del carcere; il 3,8% a seguito di una diagnosi di IST; lo 0,9% ha eseguito il test nell'ambito dello screening pre-donazione di sangue e lo 0,9% in seguito a controlli specialistici legati alla riproduzione sia nella donna che nel partner (gravidanza, parto, interruzione volontaria della gravidanza, procreazioni medicalmente assistita) (Figura 65).

Motivo di esecuzione del test delle nuove diagnosi di infezione da HIV tra gli IDU (2014)

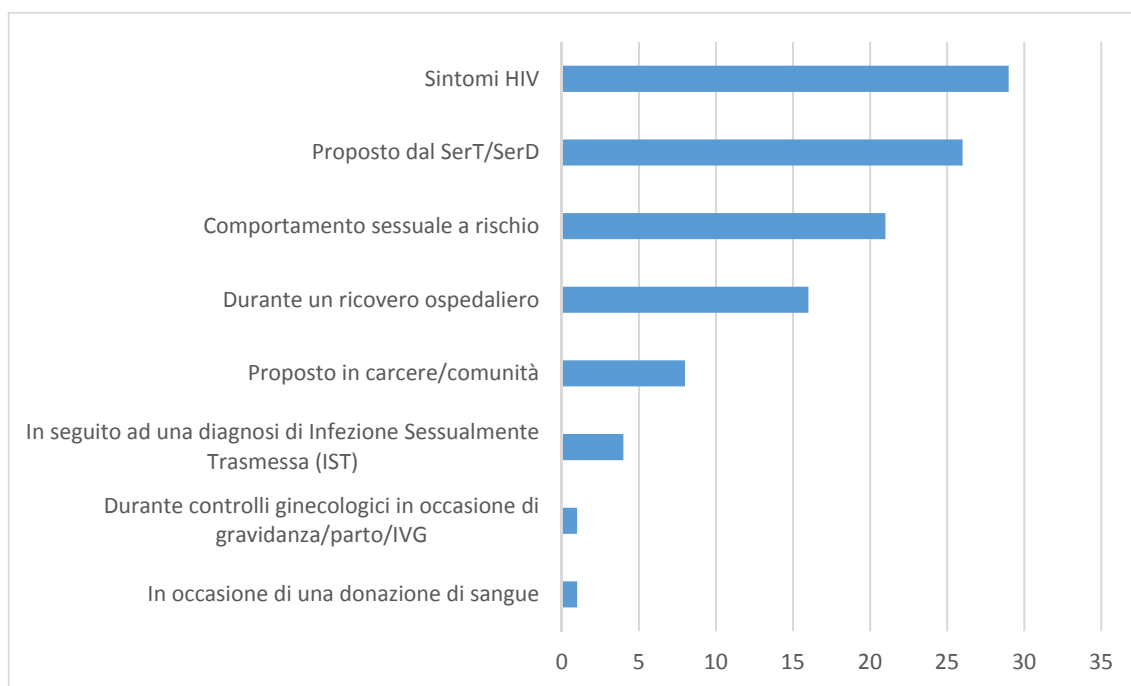


Figura 65

NUOVE DIAGNOSI DI AIDS TRA CONSUMATORI DI SOSTANZE DI VIA INIETTIVA (INJECTING DRUG USER – IDU)

In Italia, la raccolta sistematica dei dati sui casi di Sindrome da Immunodeficienza Acquisita (AIDS) è iniziata nel 1982 e nel giugno 1984 è stata formalizzata in un Sistema di Sorveglianza Nazionale attraverso il quale vengono segnalati i casi di malattia diagnosticati dalle strutture cliniche del Paese. Con il decreto del 28 novembre 1986 (DM n. 288), l'AIDS è divenuta in Italia una malattia infettiva a notifica obbligatoria. Dal 1987, il Sistema di Sorveglianza è gestito dal COA. In collaborazione con le regioni, il COA provvede alla raccolta e archiviazione nel Registro Nazionale AIDS (RNAIDS), all'analisi periodica dei dati e alla pubblicazione e diffusione di un rapporto annuale. I criteri di diagnosi di AIDS adottati sono stati, fino al 1993, quelli della definizione di caso della World Health Organization (WHO)/Centers for Disease Control and Prevention (CDC) del 1987 (2). A partire dal 1° luglio 1993, la definizione di caso adottata in Italia si attiene alle indicazioni del Centro Europeo del WHO. Quest'ultima aggiunge alla lista iniziale di patologie, altre tre patologie indicative di AIDS: la tubercolosi polmonare, la polmonite ricorrente e il carcinoma invasivo della cervice uterina (3).

Dati di mortalità AIDS

La segnalazione di decesso per AIDS non è obbligatoria. Per questo motivo, dal 2006, il COA in collaborazione con l'ISTAT e con l'IRCCS Centro di Riferimento Oncologico di Aviano ha avviato uno studio per aggiornare lo stato in vita di tutte le persone incluse nel Registro Nazionale AIDS. I dati delle persone con AIDS diagnosticate tra il 1999 e il 2012 sono stati incrociati, attraverso una procedura automatizzata e anonima di record linkage, con quelli del registro nazionale di mortalità dell'ISTAT.

Pertanto, i dati sulla mortalità delle persone con AIDS sono stati validati fino al 2012, ultimo anno disponibile nel database di mortalità dell'ISTAT. Per questo motivo, i dati di mortalità successivi al 2012 non vengono qui riportati perché non sono ancora disponibili i dati sulla mortalità dell'ISTAT.

Distribuzione temporale dei casi di AIDS tra gli IDU

Dal 1982, anno della prima diagnosi di AIDS in Italia, al 31 Dicembre 2014 sono stati notificati al COA 34.755 casi di AIDS tra gli IDU. Di questi, 27.854 (80,1%) erano maschi, e 747 (2,1%) erano stranieri o di nazionalità non nota. L'età mediana alla diagnosi di AIDS era di 33 anni per i maschi e di 32 anni per le femmine.

La Figura 70 mostra l'andamento del numero dei casi di AIDS tra gli IDU segnalati al RNAIDS.

Numero dei casi di AIDS tra gli IDU

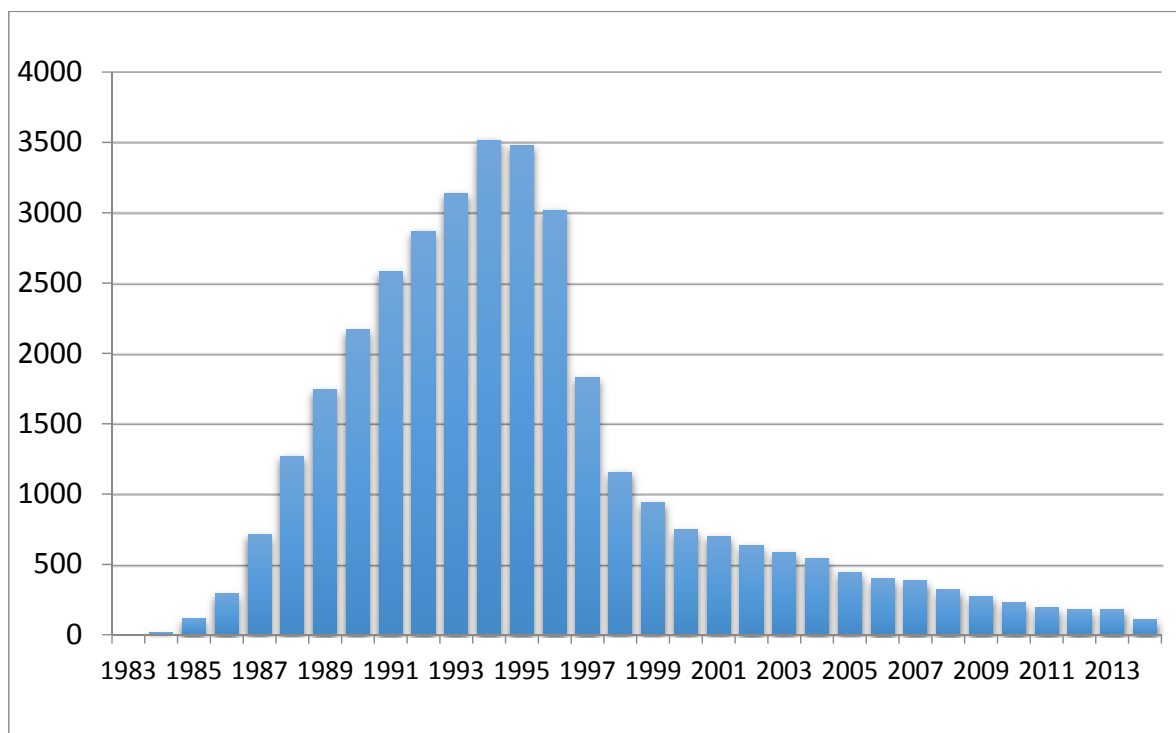


Figura 66

La Tabella 68 riporta il numero dei casi di AIDS e dei deceduti tra gli IDU per anno di decesso. In totale, 26.703 persone risultano decedute al 31 Dicembre 2014.

Distribuzione annuale dei casi di AIDS e dei decessi tra gli IDU

Anno di diagnosi	Casi IDU diagnosticati	IDU morti per anno di decesso
1983	1	0
1984	16	6
1985	115	51
1986	292	163
1987	714	363
1988	1270	586
1989	1740	969
1990	2169	1339
1991	2583	1817
1992	2869	2233
1993	3136	2469
1994	3515	2849
1995	3479	2925
1996	3018	2677
1997	1832	1315
1998	1156	644
1999	937	604
2000	745	614
2001	701	601
2002	635	560
2003	586	573
2004	540	486
2005	446	437
2006	398	394
2007	383	431
2008	318	366
2009	275	360
2010	228	300
2011	194	285

2012	180	286
2013	179	.
2014	105	.
Totale	34755	26703

Tabella 68

Casi prevalenti di AIDS

I casi prevalenti in un determinato anno sono tutti i casi diagnosticati negli anni precedenti, più quelli diagnosticati nello stesso anno e vivi (anche per un solo giorno dell'anno considerato). Rappresenta il numero dei casi ancora viventi nell'anno considerato. Il numero dei casi prevalenti per anno di diagnosi viene mostrato in Figura 71. Il numero dei casi prevalenti è stato riportato fino al 2012, ultimo anno disponibile per il registro di mortalità dell'ISTAT (vedi sezione 'Dati di mortalità AIDS').

Numero dei casi di AIDS prevalenti tra gli IDU

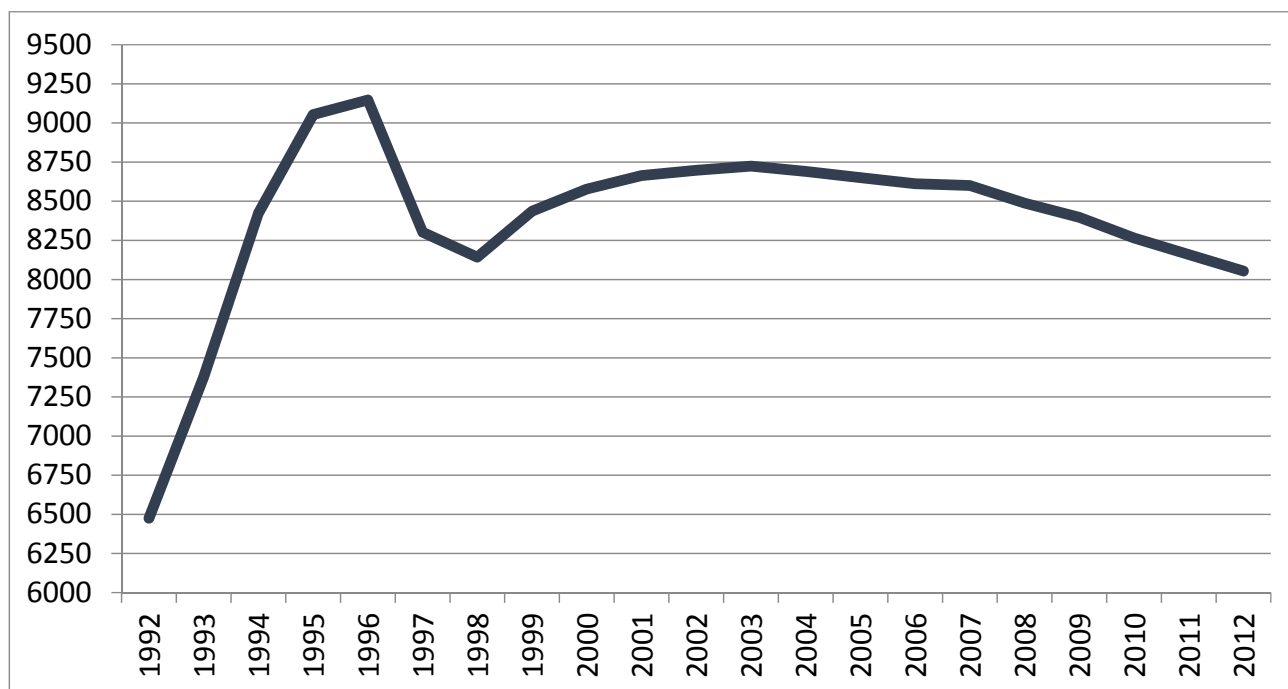


Figura 67

La distribuzione geografica

La Tabella 69 mostra il numero dei casi di AIDS tra gli IDU per regione di residenza e biennio di diagnosi (dati non corretti per ritardo di notifica). Come si osserva, le regioni più colpite sono nell'ordine: la Lombardia, il Lazio, l'Emilia-Romagna e il Piemonte. E' evidente la persistenza di un gradiente Nord-Sud nella diffusione della malattia nel nostro Paese.

Distribuzione dei casi di AIDS tra gli IDU per regione di residenza e per anno di diagnosi

Regione di residenza	N	Periodo di diagnosi							Totale	
		<2001	2001-02	2003-04	2005-06	2007-08	2009-10	2011-12		2013-14
Lombardia	N	9437	406	349	267	176	118	102	92	10947
Lazio	N	3546	177	161	103	103	53	57	41	4241
Emilia Romagna	N	2902	113	108	74	78	49	30	22	3376

Piemonte	N	1904	85	72	50	44	45	22	18	2240
Liguria	N	1779	75	66	52	40	42	21	15	2090
Veneto	N	1696	50	39	26	31	16	14	13	1885
Toscana	N	1518	69	48	46	43	41	10	13	1788
Puglia	N	1286	70	58	48	22	16	19	12	1531
Sicilia	N	1178	51	43	25	26	17	14	11	1365
Sardegna	N	1177	49	34	43	21	19	14	5	1362
Campania	N	1040	67	50	38	42	46	31	19	1333
Marche	N	426	20	21	6	13	8	8	4	506
Calabria	N	290	20	14	7	4	7	6	1	349
Umbria	N	200	11	7	7	4	1	2	4	236
Abruzzo	N	177	8	11	8	7	4	2	6	223
Friuli Venezia Giulia	N	186	4	9	6	3	1	2	1	212
Trento	N	175	5	3	5	6	0	0	0	194
Bolzano	N	102	6	6	6	8	4	2	0	134
Basilicata	N	85	5	5	3	4	3	1	1	107
Val D'Aosta	N	32	2	1	1	0	2	0	0	38
Molise	N	19	1	1	1	0	0	3	1	26
Estera	N	76	6	7	6	5	3	2	1	106
Ignota	N	356	36	13	16	21	8	12	4	466
Totale	N	29587	1336	1126	844	701	503	374	284	34755

Tabella 69

Le caratteristiche demografiche: età e genere

La Tabella 70 mostra la distribuzione dei casi di AIDS tra gli IDU per classe d'età e genere negli anni 1994, 2004, 2014 e nel totale dei casi notificati dall'inizio dell'epidemia. Il 70,1% del totale dei casi si concentra nella classe d'età 30-49 anni. In particolare, rispetto al 1994, è aumentata in modo rilevante la quota di casi di età ≥ 40 anni: per i maschi dal 7,4% nel 1994 al 83,6% nel 2014 e per le femmine dal 6,3% nel 1994 al 90,0% nel 2014.

Distribuzione dei casi di AIDS tra gli IDU per classe di età e genere

		Maschi			Femmine			1982-2014		
		1994	2004	2014	1994	2004	2014	Totale	Maschi	Femmine
Classe di età' alla diagnosi										
15-19 anni	%	0.0	0.0	0.0	0.1	0.0	0.0	0.1	0.1	0.2
20-24 anni	%	1.5	0.2	0.0	3.3	0.9	0.0	4.6	4.0	7.2
25-29 anni	%	20.7	3.3	1.2	28.8	3.4	0.0	23.3	22.3	27.3
30-34 anni	%	46.7	7.1	9.4	44.6	12.9	5.0	33.8	34.2	32.4
35-39 anni	%	23.7	29.0	5.9	16.8	31.9	5.0	22.0	22.8	18.5
40-49 anni	%	7.0	57.3	49.4	5.8	46.6	75.0	14.3	14.7	12.7
50-59 anni	%	0.3	2.8	31.8	0.4	4.3	15.0	1.7	1.7	1.6
=>60 anni	%	0.1	0.2	2.4	0.1	0.0	0.0	0.1	0.1	0.1
Totale	N	2820	424	85	695	116	20	34755	27854	6901

Tabella 70

L'età mediana alla diagnosi dei casi adulti di AIDS tra gli IDU mostra un aumento nel tempo, sia tra i maschi che tra le femmine. Infatti, se nel 1994 la mediana era di 32 anni per i maschi e di 31 per le femmine, nel 2014 le mediane sono salite rispettivamente a 49 e 44 anni (Figura 72). Nell'ultimo decennio la proporzione di casi di AIDS di sesso femminile tra i casi adulti è rimasta sostanzialmente stabile intorno al 18-25% (dati non mostrati).

Età mediana dei casi di AIDS tra gli IDU e genere

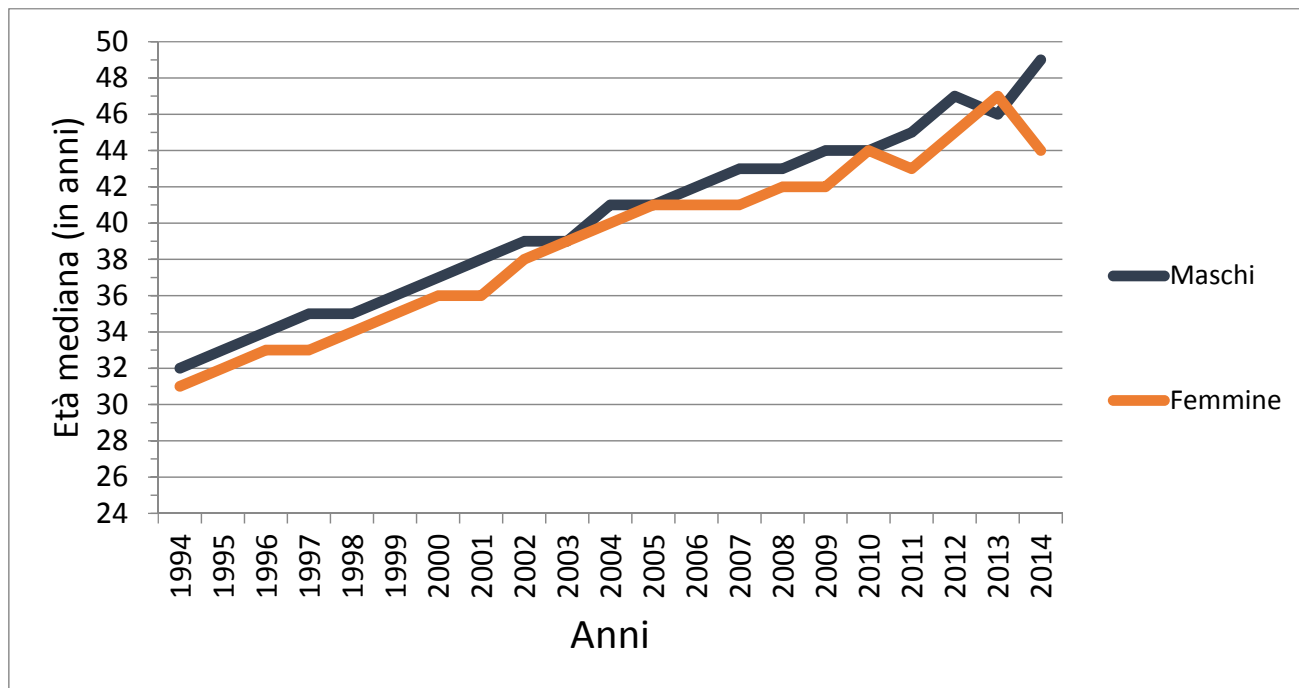


Figura 68

Casi di AIDS tra gli IDU stranieri

La proporzione di casi di AIDS tra gli IDU stranieri è aumentata nel tempo e è passata dal 2,8% nel biennio 2001-02 al 15,5% nel biennio 2013-14 (Figura 74). La loro area di provenienza è mostrata nella Tabella 71

Distribuzione dei casi di AIDS tra gli IDU per nazionalità

		Periodo di diagnosi							Totale	
		<2001	2001-02	2003-04	2005-06	2007-08	2009-10	2011-12		2013-14
Area Geografica di Provenienza										
AFRICA	N	104	18	22	16	17	12	11	11	211
	%	0.4	1.3	2.0	1.9	2.4	2.4	2.9	3.9	0.6
AMERICA CENTRO/MERIDIONALE	N	112	2	3	4	5	4	4	5	139
	%	0.4	0.1	0.3	0.5	0.7	0.8	1.1	1.8	0.4
AMERICA SETTENTRIONALE	N	8	.	.	.	.	1	.	.	9
	%	0.0	.	.	.	.	0.2	.	.	0.0
ASIA	N	17	1	.	5	1	5	4	3	36
	%	0.1	0.1	.	0.6	0.1	1.0	1.1	1.1	0.1
EUROPA	N	130	4	4	3	3	7	12	11	174
	%	0.4	0.3	0.4	0.4	0.4	1.4	3.2	3.9	0.5
EUROPA EST	N	33	5	6	4	14	15	11	12	100
	%	0.1	0.4	0.5	0.5	2.0	3.0	2.9	4.2	0.3
ITALIA	N	29135	1299	1090	796	657	459	332	240	34008
	%	98.5	97.2	96.8	94.3	93.7	91.3	88.8	84.5	97.9
NON NOTA	N	48	7	1	16	4	.	.	2	78
	%	0.2	0.5	0.1	1.9	0.6	.	.	0.7	0.2
Totale	N	29587	1336	1126	844	701	503	374	284	34755

Tabella 71

Distribuzione percentuale delle nuove diagnosi di AIDS tra gli IDU, per nazionalità e periodo di diagnosi

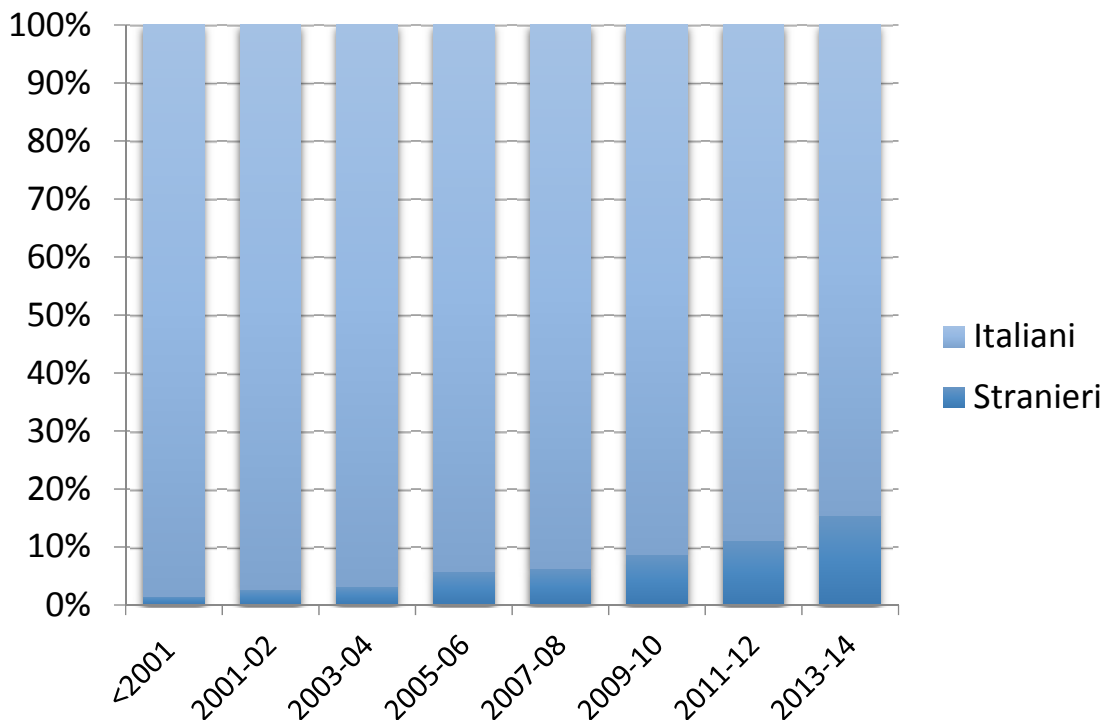


Figura 69

Patologie indicative di AIDS

La Tabella 72 riporta la distribuzione delle patologie che fanno porre diagnosi di AIDS tra gli IDU per biennio di diagnosi. I dati relativi alla distribuzione delle patologie indicative di AIDS fanno riferimento ai quadri clinici presenti all'esordio della malattia e non a tutte le patologie diagnosticate durante l'intero decorso clinico. Per ogni caso può essere indicata più di una patologia indicativa di AIDS; pertanto il numero di patologie riportate in un anno può essere superiore al numero di casi segnalati nello stesso anno. Se l'esordio è caratterizzato da più di una patologia, vengono considerate un massimo di sei, diagnosticate entro 60 giorni dalla prima.

Rispetto agli anni precedenti al 2001, si osserva negli ultimi anni una riduzione della toxoplasmosi cerebrale e viceversa, è aumentata la quota di diagnosi di Wasting syndrome, tubercolosi polmonare e di linfomi.

Frequenza relativa delle patologie 13 indicative di AIDS tra gli IDU e per anno di diagnosi

		Periodo di diagnosi								Totale
		<2001	2001-02	2003-04	2005-06	2007-08	2009-10	2011-12	2013-14	
Candidosi (polmonare e esofagea)	%	25.6	25.2	24.9	25.7	21.2	20.3	22.2	17.7	25.3
Polmonite da Pneumocystis Carinii	%	19.5	15.5	14.4	13.8	14.0	18.3	17.0	18.0	18.9
Toxoplasmosi cerebrale	%	8.6	6.3	5.9	4.5	4.8	6.1	5.7	4.1	8.1
Micobatteriosi	%	6.6	5.7	4.8	5.4	5.7	4.6	4.6	7.2	6.4
Altre infezioni opportunistiche	%	13.7	12.6	11.3	11.5	13.3	13.7	12.0	15.1	13.5
Sarcoma di Kaposi	%	2.0	2.1	2.2	1.2	1.9	2.2	1.5	2.6	2.0
Linfomi	%	2.7	5.3	5.2	7.7	7.0	5.9	7.4	3.8	3.2
Encefalopatia da HIV	%	8.0	7.6	8.8	7.9	8.9	10.3	10.0	9.9	8.1
Wasting Syndrome	%	8.0	9.2	11.6	12.2	12.9	11.7	13.5	13.9	8.5
Carcinoma cervice uterina	%	0.3	1.0	0.5	0.5	0.9	0.3	0.7	0.6	0.4
Polmonite ricorrente	%	2.4	5.6	6.3	6.2	5.1	3.4	2.6	1.7	2.8
Tubercolosi Polmonare	%	2.5	4.0	4.1	3.4	4.2	3.2	3.0	5.5	2.7
Totale	N	33870	1526	1288	984	805	591	460	345	39869

Tabella 72

La Figura 75 mostra l'andamento dal 1994 al 2014 delle patologie indicative di AIDS suddivise in 6 gruppi: tumori (linfomi Burkitt, immunoblastico e cerebrale, sarcoma di Kaposi e carcinoma cervicale invasivo), infezioni batteriche (micobatteriosi disseminata o extrapolmonare, sepsi da salmonella ricorrente, tubercolosi polmonare e infezioni batteriche ricorrenti), infezioni parassitarie (criptosporidiosi intestinale cronica, isosporidiosi intestinale cronica, polmonite da Pneumocystis carinii e toxoplasmosi cerebrale), infezioni virali (malattia sistemica da Cytomegalovirus inclusa retinite, infezione grave da Herpes simplex, leucoencefalopatia multifocale progressiva e polmonite interstiziale linfoide), infezioni fungine (candidosi polmonare ed esofagea, criptococchi extrapolmonare, coccidioidomicosi disseminata, istoplasmosi disseminata) e altro (encefalopatia da HIV, wasting syndrome e polmonite ricorrente). Si osserva che le infezioni fungine costituiscono il gruppo più frequente in tutto il periodo considerato.

Distribuzione delle patologie indicative di AIDS per tipologia tra gli IDU

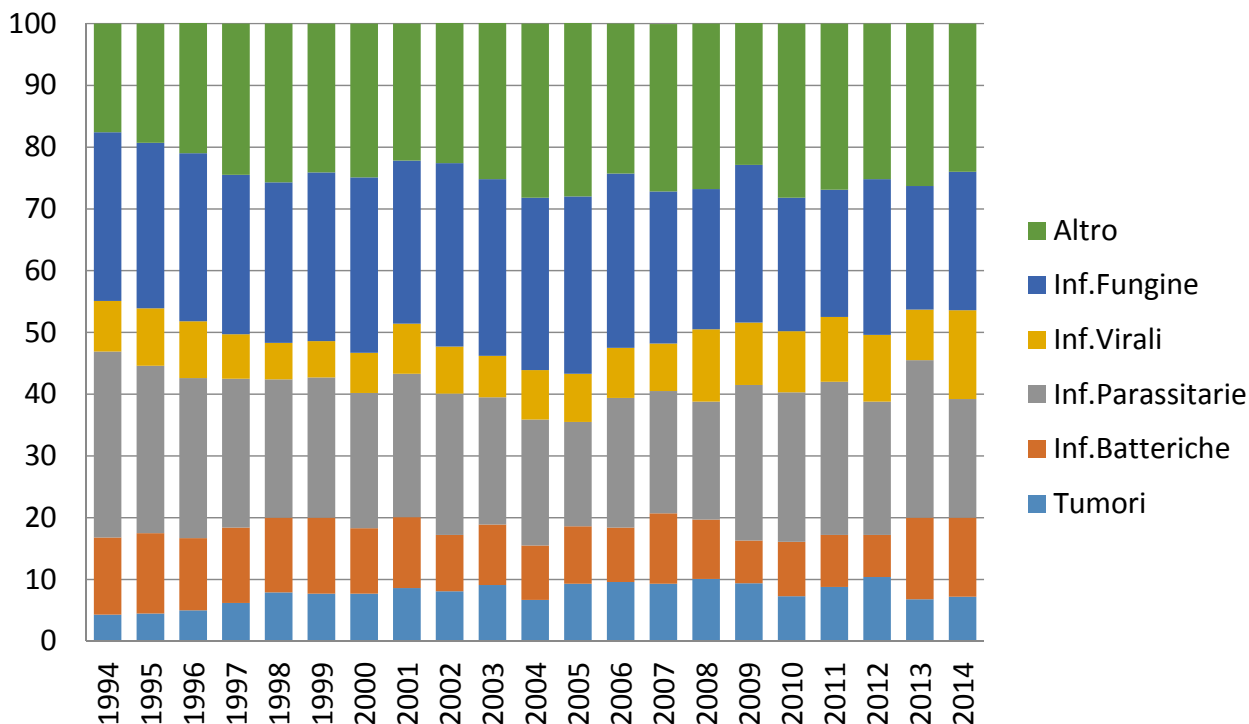


Figura 70

Diagnosi tardive di AIDS

Il fattore principale che determina la probabilità di avere effettuato una terapia antiretrovirale prima della diagnosi di AIDS è la consapevolezza della propria sieropositività. In Tabella 73 sono riportate le caratteristiche dei pazienti suddivisi secondo il tempo intercorso tra il primo test HIV positivo e la diagnosi di AIDS (informazione che viene raccolta dal 1996). Si osserva che la proporzione di pazienti con una diagnosi di sieropositività vicina (meno di 6 mesi) alla diagnosi di AIDS è in aumento, ed è più elevata nel genere maschile e tra gli stranieri; questi dati indicano che molti soggetti arrivano allo stadio di AIDS conclamato ignorando la propria sieropositività.

Tempo intercorso tra i 1° test HIV positivo e la diagnosi di AIDS tra gli IDU

	Tempo tra 1° test HIV e diagnosi di AIDS			
	<= di 6 mesi		> 6 mesi	
	N	%	N	%
Anno di diagnosi				
1996	239	9.0	2424	91.0
1997	229	13.3	1495	86.7
1998	152	13.8	949	86.2
1999	149	16.4	761	83.6
2000	121	16.6	607	83.4
2001	98	14.4	581	85.6
2002	105	17.1	508	82.9
2003	93	16.3	478	83.7
2004	71	13.8	444	86.2
2005	65	15.2	363	84.8
2006	60	15.9	317	84.1
2007	64	18.1	289	81.9
2008	57	19.8	231	80.2
2009	49	19.5	202	80.5
2010	61	30.7	138	69.3
2011	48	26.8	131	73.2
2012	52	31.0	116	69.0
2013	39	23.4	128	76.6
2014	25	26.0	71	74.0
Genere	1527	15.9	8054	84.1

Maschio				
Femmina	250	10.3	2179	89.7
Area geografica				
Italia	1619	14.0	9952	86.0
Eestero	149	37.9	244	62.1
Nd	9	19.6	37	80.4
Totale	1777	14.8	10233	85.2

Tabella 73

STIMA DELL'INCIDENZA DELLE NUOVE DIAGNOSI DI INFEZIONE DA HIV E DEI CASI DI AIDS IN IDU

Per calcolare l'incidenza sono state prese in considerazione le nuove diagnosi di infezione da HIV e le diagnosi di AIDS riportate tra IDU al numeratore e il numero stimato di consumatori di oppiacei eleggibili al trattamento, diffuso annualmente nella Relazione al Parlamento sulle Tossicodipendenze (4-10), al denominatore.

La stima dell'incidenza di AIDS tra gli IDU è stata calcolata dal 2006, quella dell'infezione da HIV dal 2010.

Numero dei consumatori di sostanze per via iniettiva, numero casi di AIDS numero casi di AIDS e incidenza

Anno	Stima consumatori di oppiacei eleggibili al trattamento	N. casi HIV	Incidenza HIV (per 100.000)	N. casi AIDS	Incidenza AIDS (per 100.000)
2010	218425	265	<i>121,3</i>	<i>228</i>	<i>104,4</i>
2011	193000	186	<i>96,4</i>	<i>194</i>	<i>100,5</i>
2012	174000	212	<i>121,8</i>	<i>179</i>	<i>102,9</i>

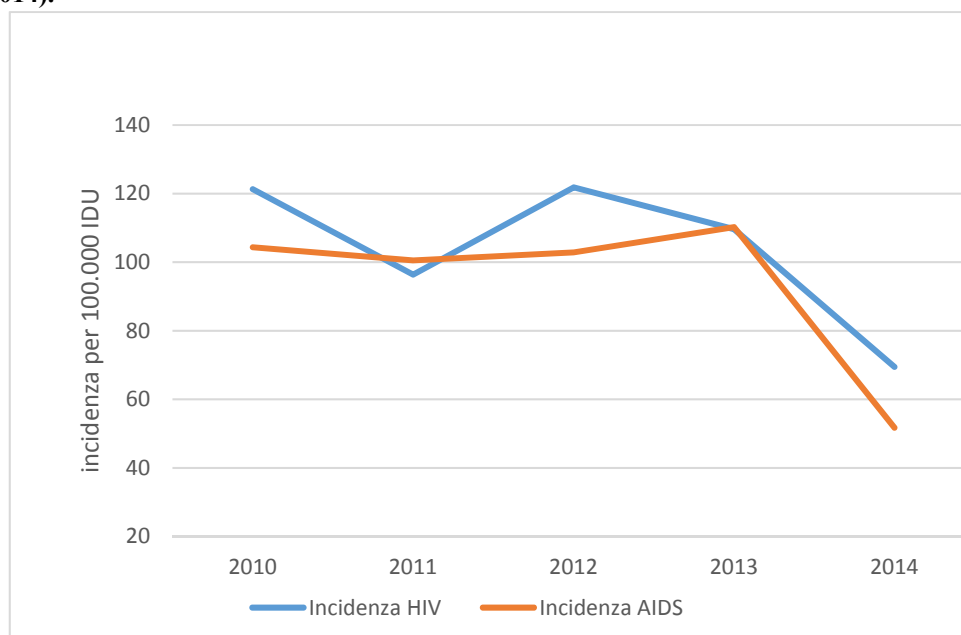
2013	162353	178	<i>109,6</i>	<i>179</i>	<i>110,3</i>
2014	203000	141	<i>69,5</i>	<i>105</i>	<i>51,7</i>

Tabella 74

L'incidenza dei casi di AIDS in IDU mostra un andamento decrescente passando da 104,4 per 100.000 IDU nel 2010 al 51,7 per 100.000 IDU nel 2014.

L'incidenza delle nuove diagnosi di HIV in IDU sembra diminuire con un valore pari a 69,5 per 100.000 IDU nel 2014.

Incidenza delle nuove diagnosi di infezione da HIV e incidenza dei casi di AIDS (per 100.000) tra gli IDU (2010-2014).

**Figura 71**

Riferimenti bibliografici.

1. Italia. Decreto Ministeriale 31 marzo 2008. Istituzione del Sistema di Sorveglianza delle nuove diagnosi di infezione da HIV. *Gazzetta Ufficiale* n. 175, 28 luglio 2008.
2. CDC. Revision of the CDC surveillance case definition for acquired immunodeficiency syndrome. *MMWR* 1987;36 (Suppl 1):1-15.
3. Ancelle Park, R.A. (1993). Expanded European AIDS cases definition (letter). *Lancet*, 341-441.
4. Presidenza del Consiglio dei Ministri – Dipartimento per le politiche antidroga - Relazione annuale al Parlamento sullo stato delle tossicodipendenze in Italia. 2006
5. Presidenza del Consiglio dei Ministri – Dipartimento per le politiche antidroga - Relazione annuale al Parlamento sullo stato delle tossicodipendenze in Italia. 2007

6. Presidenza del Consiglio dei Ministri – Dipartimento per le politiche antidroga - Relazione annuale al Parlamento sullo stato delle tossicodipendenze in Italia 2008
7. Presidenza del Consiglio dei Ministri – Dipartimento per le politiche antidroga - Relazione annuale al Parlamento sullo stato delle tossicodipendenze in Italia. Dati relativi all'anno 2009. Elaborazioni 2010. 2010
8. Presidenza del Consiglio dei Ministri – Dipartimento per le politiche antidroga - Relazione annuale al Parlamento sullo stato delle tossicodipendenze in Italia. Dati relativi all'anno 2010 -elaborazioni 2011. 2011
9. Presidenza del Consiglio dei Ministri – Dipartimento per le politiche antidroga - Relazione annuale al Parlamento sullo stato delle tossicodipendenze in Italia. Dati relativi all'anno 2011 e primo semestre 2012. -elaborazioni 2012. 2012
10. Presidenza del Consiglio dei Ministri – Dipartimento per le politiche antidroga - Relazione annuale al Parlamento sullo stato delle tossicodipendenze in Italia. Dati relativi all'anno 2012 e primo semestre 2013- elaborazioni 2013. 2013
11. Presidenza del Consiglio dei Ministri – Dipartimento per le politiche antidroga - Relazione annuale al Parlamento sullo stato delle tossicodipendenze in Italia. Dati relativi all'anno 2013 - elaborazioni 2014. 2014

*** Referenti regionali del Sistema di Sorveglianza delle nuove diagnosi di infezione da HIV: Manuela Di Giacomo, Viviana Faggioni, Giuseppe Matricardi (Abruzzo), Francesco Locuratolo, Gabriella Cauzillo (Basilicata), Anna Domenica Mignuoli, Daniele Chirico (Calabria), Guglielmo Borgia (Campania), Alba Carola Finarelli, Erika Massimiliani (Emilia-Romagna), Tolinda Gallo, Cinzia Braidà (Friuli-Venezia Giulia), Amalia Vitagliano, Francesco Chini, Paola Barni (Lazio), Giancarlo Icardi, Piero Luigi Lai (Liguria), Anna Maria Gramegna, Liliana Coppola, Alessandra Piatti, Annamaria Rosa (Lombardia), Fabio Filippetti (Marche), Paola Sabatini (Molise), Chiara Pasqualini (Piemonte), Peter Mian, Oswald Moling (PA Bolzano), Danila Bassetti (PA Trento), Maria Chironna (Puglia), Stefano Ledda (Sardegna), Gabriella Dardanoni (Sicilia), Fabio Voller, Monica Da Frè, Monia Puglia (Toscana), Anna Tosti, Rita Papili (Umbria), Marina Giulia Verardo, Mauro Ruffier, Echarlod Elisa Francesca, Luigi Sudano (Valle d'Aosta), Francesca Russo, Francesco Da Re (Veneto)*

2.2 Progetto DTPI - Diagnosi e Terapia Precoce delle Infezioni droga-correlate

Introduzione

Nel 2011, il Dipartimento Politiche Antidroga (DPA) della Presidenza del Consiglio dei Ministri ha attivato il progetto “Diagnosi e Terapia Precoce delle Infezioni droga-correlate (DTPI)” per promuovere ed incentivare lo screening e la diagnosi precoce delle principali patologie infettive (infezione da HIV, HBV e HCV) correlate all’uso di sostanze stupefacenti nei soggetti in trattamento presso i Servizi per le Tossicodipendenze (SerT), nonché l’accesso alle terapie negli stessi servizi, secondo le strategie espresse nel Piano di Azione Nazionale 2010-2013 e le attività indicate nelle Linee di indirizzo “Screening e diagnosi precoce delle principali patologie infettive correlate all’uso di sostanze stupefacenti”.

Il presente progetto ha tratto origine dalla rilevazione, presso i SerT, di una progressiva diminuzione, nel corso degli ultimi anni, del numero dei test sierologici per la diagnosi delle infezioni correlate all’uso di sostanze stupefacenti nei soggetti in trattamento e, conseguentemente, di un ritardo nella diagnosi precoce di tali infezioni e nell’accesso alle terapie necessarie.

Il DPA ha affidato il progetto DTPI all’Istituto Superiore di Sanità (ISS). Nello specifico, il Centro Operativo AIDS dell’ISS ha avuto il ruolo di coordinamento del progetto e il DPA il ruolo di direzione generale.

Il DPA, di concerto con l’ISS, ha individuato nel Dipartimento delle Dipendenze dell’Azienda ULSS 20 di Verona, il centro di raccolta dei dati dello studio DTPI dai SerT. Al medesimo Dipartimento delle Dipendenze di Verona è stata affidata la funzione di fornire i dati in forma aggregata all’ISS per la necessaria elaborazione, analisi e reportistica.

Obiettivo generale

L'obiettivo generale del progetto DTPI è stato quello di stimolare i SerT partecipanti ad applicare le Linee di indirizzo "Screening e diagnosi precoce delle principali patologie infettive correlate all'uso di sostanze stupefacenti", promuovendo l'offerta del test per le infezioni correlate all'uso di sostanze stupefacenti (HIV, HBV, HCV) nella popolazione tossicodipendente.

Direttamente collegato a questo obiettivo generale vi era quello di verificare l'incremento dell'esecuzione dei test sierologici per le suddette infezioni, di valutare la siero prevalenza, di raccogliere le informazioni sia socio-demografiche (es. età, genere, nazionalità, stato civile, livello di istruzione) che correlate con le pratiche di abuso (es. tipo di sostanza usata, numero di siringhe scambiate nella vita e nell'ultimo anno, uso di materiale sterile durante l'ultima iniezione) e con i comportamenti sessuali (es. età al primo rapporto sessuale, tipo di rapporto sessuale nell'ultimo anno, numero di partner sessuali nella vita e nell'ultimo anno, uso del preservativo durante l'ultimo rapporto sessuale).

Infine, punto di forza del progetto DTPI era quello di raccogliere informazioni sull'infezione da HIV correlate con le pratiche di abuso e con i comportamenti sessuali, dati non disponibili con gli altri metodi di rilevazione ufficiale.

Obiettivi specifici

- Diffondere la conoscenza e l'applicazione delle Linee di Indirizzo per lo screening e la diagnosi delle principali patologie infettive correlate all'uso di sostanze stupefacenti nei SerT.
- Aumentare l'offerta di test per l'infezione da HIV, da HBV e da HCV e il numero di tossicodipendenti esaminati nei SerT.
- Diminuire il ritardo di diagnosi per le principali malattie infettive droga-correlate (HIV, HBV, HCV).
- Aumentare l'accesso precoce alle terapie antiretrovirali per l'infezione da HIV, ai trattamenti delle epatiti croniche e alla vaccinazione per l'epatite B.

Materiali e Metodi

Il progetto prevedeva l'esecuzione di un prelievo sierologico per le infezioni da HIV, HBV e HCV a tutti i consumatori di sostanze (sia per via iniettiva che non iniettiva) presi in carico dai SerT partecipanti e la somministrazione di una scheda di raccolta dati per conoscere i comportamenti a rischio correlati con le pratiche di abuso e i comportamenti sessuali.

Le informazioni contenute nella scheda raccolta dati dello studio DTPI erano diverse e da aggiungere alle informazioni raccolte routinariamente da ogni SerT e presenti nel tracciato SIND (Sistema Informativo Nazionale sulle Dipendenze).

La scheda raccolta dati dello studio DTPI è stata appositamente costruita corta, con pochi dati essenziali, per renderla più maneggevole, poiché tutte le altre informazioni utili a delineare il profilo e le caratteristiche della persona tossicodipendente, potevano essere recuperate dal database SIND, tramite linkage attraverso il codice SIND, presente come prima informazione della scheda DTPI.

Le informazioni contenute nel database SIND sono le seguenti: anagrafica della persona tossicodipendente; test sierologici sostenuti e esito degli stessi; contatti avuti con il SerT, pratiche di abuso e tipo di trattamenti eseguiti; sostanze d'uso e, infine, dati sull'esposizione a rischio infettivo. Attraverso il linkage tra i due database (SIND e DTPI) era possibile unificare le informazioni senza raccoglierle nuovamente.

Successivamente all'elaborazione dei dati era prevista la diffusione e promozione delle linee di indirizzo messe a punto dal DPA in collaborazione con il Ministero della Salute e successivo monitoraggio dell'applicazione territoriale di dette linee di indirizzo, attraverso la replicazione semestrale della raccolta dati.

Centri Collaborativi dello studio DTPI (Servizi per le Tossicodipendenze: SerT)

Il progetto DTPI prevedeva il coinvolgimento di 58 SerT fra i 550 operanti in Italia, scelti per rappresentatività geografica e per avere un rapporto di fidelizzazione con il Dipartimento per le Politiche Antidroga e con il Centro Operativo AIDS.

I SerT coinvolti sono stati contattati direttamente ed è stata loro chiesta l'adesione formale alla partecipazione. Tale adesione è avvenuta durante il kick-off workshop che è avvenuto il 9 di giugno del 2011 presso la sala Polifunzionale della Presidenza del Consiglio dei Ministri, sita a Largo Chigi in Roma.

Flusso dei dati

La somministrazione della scheda DTPI era di competenza del personale del SerT. La scheda andava somministrata durante il normale colloquio diagnostico e proposta a tutti i tossicodipendenti in trattamento presso il SerT stesso.

La Asl 20 di Verona aveva il compito di raccogliere in remoto, tramite il programma mFp-Extractor, il database contenente dati individuali dello studio DTPI ai quali, tramite linkage con il codice SIND, dovevano essere associate anche tutte le informazioni relative alla persona tossicodipendente (informazioni anagrafiche, test sierologici sostenuti, pratiche di abuso e tipo di trattamenti eseguiti e informazioni sull'esposizione a rischio infettivo). Compito della ASL 20 di Verona era anche quello di eliminare i dati anagrafici sensibili e inviare i dati al Centro Operativo AIDS che si sarebbe occupato dell'elaborazione degli stessi.

Il Servizio Informatico dell'Istituto Superiore di Sanità aveva il compito di mettere a punto l'applicativo web per raccogliere i dati del progetto DTPI, tramite un collegamento con il codice SIND.

Inizio della raccolta dati

Lo studio ha avuto inizio con l'invio, da parte del Centro Operativo AIDS, del seguente materiale ai SerT partecipanti:

- Protocollo operativo per la raccolta e trasmissione dei dati
- Istruzioni Operative delle Specifiche funzionali del tracciato DTPI

- Scheda raccolta dati dello studio DTPI (Check list operativa)

L'avvio ufficiale dello studio è stato fissato il 15 luglio 2013. Il termine della raccolta dati era previsto per il 30 giugno 2014.

Problematiche sorte durante lo svolgimento dello studio

Novembre 2013: Il 7 Novembre 2013, dopo quattro mesi dall'avvio della raccolta dei dati, si è tenuta la prima riunione di valutazione sullo svolgimento dello studio. Durante questa riunione la ASL 20 di Verona, che aveva il compito di centralizzare i dati dello studio per poi inviarli in modo anonimo al Centro Operativo AIDS ha riferito che 11 SerT avevano confermato l'adesione alla partecipazione e che avrebbe comunque tentato di arruolare altri SerT per lo studio.

Febbraio 2014: Determinata l'impossibilità di recuperare altri SerT, in data 7 Febbraio 2014, si era concordato di condurre comunque l'indagine sugli 11 SerT che avevano accettato di partecipare, poichè questi possedevano la piattaforma mFp (un insieme di strumenti informatici appositamente studiati per gestire i processi di lavoro all'interno dei servizi dei SerT) ed era quindi possibile raccogliere facilmente i dati (sia i dati SIND che i dati della scheda DTPI) di tutti i tossicodipendenti in carico.

Risultati

a) Caratteristiche socio-demografiche della popolazione

A febbraio 2014, 11 SerT hanno confermato la partecipazione allo studio DTPI. Di questi, 9 hanno successivamente proposto la scheda e inviato i dati alla ASL 20 di Verona, per un totale di 1.077 record relativi ad altrettanti tossicodipendenti in trattamento.

Georeferenziazione dei centri collaborativi che hanno fornito dati per il progetto “Diagnosi e Terapia Precoce delle Infezioni droga-correlate (DTPI)” relativi alla check list operativa per la promozione del test HIV e delle epatiti virali.



Figura 72

Durante la fase di recupero diretto dei dati attraverso i SerT si è evidenziato che 3 SerT (Napoli, Nuoro e Ragusa, per un numero totale di record uguale a 137) non avevano riportato il codice SIND nella scheda dello studio DTPI, non consentendo di linkare i dati con il database SIND e di recuperare le altre informazioni presenti in questo database. I dati di questi tre SerT sono stati pertanto esclusi dall’analisi.

Il database dello studio DTPI, costituito dai dati di 6 SerT e un totale di 940 record, è stato successivamente pulito dai doppi (n. 56) e linkato con i dati del database SIND.

I record per i quali è stato possibile eseguire il linkage sono 563, relativi a 5 SerT. Si sottolinea che i dati della scheda DTPI inviati dal SerT di Cittadella (VI) non linkano con i dati del database SIND. Non è stato possibile pertanto utilizzare i dati di questo SerT perché privi di informazioni anagrafiche. Il database dello studio è pertanto costituito da 563 record. Su questo database è stata eseguita l’analisi dei dati che è qui di seguito riportata.

I dati dello studio DTPI avrebbero dovuto essere raccolti nel periodo 15 luglio 2013 – 30 giugno 2014. Tuttavia, come si evince dalla Tabella 75, i SerT hanno fornito i dati riferiti anche a alcuni soggetti visitati negli anni precedenti al 2013 (1 caso nel 2010, 3 casi nel 2011 e 41 casi nel 2012). Per rendere più consistente il campione si è deciso, in fase di analisi, di includere tutti i casi inviati.

Distribuzione dei casi raccolti per SerT e anno di riferimento

Città	2010	2011	2012	2013	2014	Totale
Bergamo	0	0	0	132	135	267
Campobasso	0	0	0	20	17	37
Verona	0	0	39	12	20	71
Palermo	0	0	0	19	1	20
Varese	1	3	2	86	76	168
Totale	1	3	41	269	249	563

Tabella 75

Caratteristiche socio-demografiche

Dei 563 tossicodipendenti in trattamento presso i cinque SerT partecipanti, l'83,7% (n. 464) erano maschi e l'84,8% aveva la cittadinanza italiana.

Tra i tossicodipendenti stranieri il 34,5% proveniva da un paese asiatico, il 15,5% da un paese dell'Africa, il 9,5% da un paese dell'Europa dell'Est, il 3,6% da un paese dell'America del Sud e il restante 2,2% da paese dell'Europa Occidentale o dagli Stati Uniti d'America.

Tra i tossicodipendenti afferenti ai cinque SerT che hanno partecipato allo studio, l'età mediana era di 38 anni (IQR 30-46); in particolare, tra i maschi tossicodipendenti l'età mediana era di 39 anni (IQR 30-45) e tra le femmine tossicodipendenti l'età mediana era di 37 anni (IQR 28-47).

Il 58,5% dei tossicodipendenti in trattamento presso i 5 SerT era celibe/nubile, il 14,8% era coniugato, 11,2% era separato/divorziato e lo 0,5% era vedovo.

Il 55,4% aveva conseguito il Diploma di Scuola Media Inferiore, il 16,4% aveva conseguito un Diploma di Scuola Media Superiore, il 9,6% un Diploma di Qualifica Professionale, il 6,0% la Licenza Elementare. Solo l'1,8% aveva conseguito una Laurea Magistrale e lo 0,4% una Laurea triennale.

La distribuzione delle sostanze usate per la prima volta indica che il 44,2% dei tossicodipendenti ha usato cannabis per la prima volta, l'8,7% ha usato alcol, il 7,9% ha usato eroina, il 6,9% ha usato cocaina e l'1,4% ha usato altre sostanze illegali non specificate (Tabella 76).

Distribuzione delle sostanze usate per la prima volta

Tipo di sostanza	Maschio	Femmina	Totale di riga	% di colonna
cannabinoidi	212	33	245	44,2
alcool	35	13	48	8,7
eroina	38	6	44	7,9
cocaina	31	7	38	6,9
altre sostanze illegali	6	2	8	1,4
metadone non prescritto	0	1	1	0,2
morfina non prescritta	0	1	1	0,2
anfetamine non prescritte	1	0	1	0,2
ecstasy ed analoghi	0	1	1	0,2
LSD	1	0	1	0,2
altri allucinogeni	1	0	1	0,2
Nd	139	26	165	29,8
Totale di colonna	464	90	554	100

Tabella 76

n. casi mancanti= 9

Tra i tossicodipendenti afferenti ai cinque SerT che hanno partecipato allo studio, l'età mediana del primo uso è stata riferita solo da 360 tossicodipendenti ed è stata di 16 anni (IQR 14-19 anni); in particolare, è stata 16 anni per i maschi (IQR 14-18 anni) e 17 anni per le femmine (IQR 15-25 anni). Tra i tossicodipendenti afferenti ai cinque SerT che hanno partecipato allo studio, l'età mediana del primo trattamento presso il SerT è stata riferita solo da 526 tossicodipendenti ed era di 28 anni (IQR 22-36 anni); in particolare, è stata di 30 anni per i maschi (IQR 22-36 anni) e di 27 anni per le femmine (IQR 22-38 anni).

b) Caratteristiche comportamentali e uso di sostanze

Di seguito vengono riportate delle informazioni relative alle pratiche di abuso e ai comportamenti sessuali. Nello specifico, per quanto concerne le informazioni sui comportamenti sessuali, si tratta di

dati non disponibili con gli altri metodi di rilevazione ufficiale (dati SIND) e quindi presenti per la prima volta nel nostro Paese.

Il 61,8% dei tossicodipendenti afferenti ai 5 SerT ha dichiarato di non aver mai fatto scambio di siringhe, il 22,2% di aver scambiato siringhe almeno una volta nella vita e il 5,7% di averle scambiate almeno una volta nella vita e negli ultimi 12 mesi (Tabella 77).

Distribuzione delle risposte dei tossicodipendenti alla domanda “Hai mai scambiato siringhe?”

Scambio siringhe	Maschi	Femmine	Totale di riga	% di colonna
Mai fatto scambio siringhe	250	53	303	61,8
Scambio siringhe nella vita	97	12	109	22,2
Scambio siringhe nella vita e nell'ultimo anno	23	5	28	5,7
Non applicabile	44	6	50	10,2
Totale di colonna	414	76	490	100,0

Tabella 77

n. casi mancanti = 73

Ai tossicodipendenti che avevano riferito di aver fatto scambio di siringhe almeno una volta nella vita è stato chiesto se avessero usato materiale sterile durante l'ultima iniezione. Solamente 136 tossicodipendenti hanno risposto a questa domanda. Di questi, il 75,0% ha risposto di avere utilizzato materiale sterile (Tabella 78).

Distribuzione delle risposte dei tossicodipendenti alla domanda “Ha usato materiale sterile durante l'ultima iniezione?”

Uso materiale sterile durante ultima iniezione	Maschi	Femmine	Totale di riga	% di colonna
Si	87	15	102	75,0
NO	25	2	27	19,9
Non riferisce	7	0	7	5,1

Totale di colonna	119	17	136	26,0
--------------------------	------------	-----------	------------	-------------

Tabella 78

Alla domanda relativa al numero di partner avuti nella vita, la maggior parte dei tossicodipendenti (34,4%) ha riferito di aver avuto tra 5 e 20 partner; il 29,7% di averne avuti meno di 5; il 15,6% ha riferito di averne avuti oltre 20 (Tabella 79)

Distribuzione delle risposte dei tossicodipendenti alla domanda “Con quante persone ha avuto rapporti sessuali nella vita?”

N. partner sessuali nella vita	Maschi	Femmine	Totale di riga	% di colonna
5-20	155	21	176	34,4
<5	118	34	152	29,7
>20	75	5	80	15,6
Non sa/Non ricorda	86	18	104	20,3
Totale di colonna	434	78	512	100

Tabella 79

n. casi mancanti = 51

Alla domanda relativa al numero di partner avuti negli ultimi 12 mesi la maggior parte dei tossicodipendenti (61,6%) ha riferito di aver avuto nell'ultimo anno da 1 a 2 partner; il 8,6% da 3 a 4 partner, il 2,4% da 5 a 6 partner e il 5,7% più di 7 partner (Tabella 80).

Distribuzione delle risposte dei tossicodipendenti alla domanda “Con quante persone ha avuto rapporti sessuali nell'ultimo anno?”

N. partner sessuali ultimi 12 mesi	Maschi	Femmine	Totale di riga	% di colonna
Nessuno	5	3	8	1,6
1-2	245	57	302	61,6
3-4	39	3	42	8,6

5-6	12	0	12	2,4
>=7	25	3	28	5,7
Non sa/Non riferisce	88	10	98	20,0
Totale di colonna	414	76	490	100

Tabella 80

n. casi mancanti = 73

La maggior parte dei tossicodipendenti (94,3%) ha dichiarato di aver avuto, negli ultimi 12 mesi, rapporti sessuali con persone di sesso opposto; il 3,5% di aver avuto rapporti sessuali con persone dello stesso sesso ed il 2,2% di aver avuto rapporti sessuali con entrambi i sessi (Tabella 81)

Distribuzione delle risposte date dei tossicodipendenti alla domanda relativa al sesso delle persone con cui avevano avuto rapporti sessuali negli ultimi 12 mesi

Sesso delle persone nei rapporti sessuali ultimi 12 mesi	Maschi	Femmine	Totale di riga	% di colonna
Sesso opposto	394	68	462	94,3
Entrambi	4	7	11	2,2
Stesso sesso	16	1	17	3,5
Totale di colonna	414	76	490	100

Tabella 81

n. casi mancanti = 73

Relativamente alla tipologia di rapporti, la maggior parte dei pazienti ha riferito di aver avuto, nell'ultimo anno, esclusivamente rapporti vaginali (41,5%), il 18,6% di aver avuto rapporti vaginali e orali, il 16,0% di aver avuto rapporti vaginali, orali e anali, il 4,9% di avere avuto rapporti vaginali e anali, lo 0,4% di avere avuto rapporti orali e l'1,0% di avere avuto solo rapporti anali. L'8,2% ha dichiarato di non aver avuto nessun rapporto sessuale negli ultimi 12 mesi ed il 9,5% non ha dato alcuna risposta (Tabella 82).

Distribuzione delle risposte fornite dai tossicodipendenti intervistati alla domanda "Che tipo di rapporti sessuali ha avuto nell'ultimo anno?"

Tipo di rapporti sessuali ultimi 12 mesi	Maschi	Femmine	Totale di riga	% di colonna
Vaginale	173	30	203	41,5
Vaginale e orale	79	12	91	18,6
Vaginale, anale e orale	67	11	78	16,0
Vaginale e anale	21	3	5	4,9
Orale	2	0	2	0,4
Anale	5	0	5	1,0
Nessuno	33	7	40	8,2
Non sa riferire	33	13	46	9,4
Totale di colonna	413	76	489	100

Tabella 82

n. casi mancanti = 74

Relativamente alla domanda circa l'uso da parte del tossicodipendente del profilattico durante l'ultimo rapporto sessuale, il 66,7% ha risposto negativamente; il 28,4% ha risposto in maniera affermativa ed il 4,9% dei tossicodipendenti non ha fornito risposta (Tabella 83).

Distribuzione dei tossicodipendenti alla domanda "Durante l'ultimo rapporto sessuale ha usato il profilattico?"

Uso profilattico durante ultimo rapporto sessuale	Maschi	Femmine	Totale di riga	% di colonna
No	271	56	327	66,7
Si	126	13	139	28,4
Non sa riferire	17	7	24	4,9
Totale di colonna	414	76	490	100

Tabella 83

n. casi mancanti = 73

Alla domanda circa l'età in cui il tossicodipendente ha avuto il primo rapporto sessuale, la maggior parte ha riferito di aver iniziato ad avere rapporti sessuali tra i 15 e i 17 anni (49,2%), il 21,0% tra i 12 ed i 14 anni, il 19,2% tra i 18 e i 20 anni, il 3,1% dopo i 20 anni, lo 0,6 % prima dei 12 anni. Il 6,9% non sa o non ricorda (Tabella 84).

Distribuzione dei tossicodipendenti rispondenti alla domanda relativa all'età del primo rapporto sessuale

Età primo rapporto sessuale	Maschi	Femmine	Totale di riga	% di colonna
<12	1	2	3	0,6
12-14	87	16	103	21,0
15-17	198	43	241	49,2
18-20	82	12	94	9,2
>20	14	1	15	3,1
Non sa/Non ricorda	32	2	34	6,9
Totale di colonna	414	76	490	100

Tabella 84

n. casi mancanti = 73

c) Infezioni droga correlate

In fase di raccolta dati, le informazioni relative ai risultati del test HIV non sono stati inviati dai SerT al centro di riferimento per la raccolta dati; pertanto l'analisi dei dati dello studio DTPI si limita ai risultati sierologici relativi alle infezioni da HBV e HCV ed ai fattori ad esse correlati.

Inoltre, il SerT di Campobasso ha fornito solo i dati della scheda anagrafica del database SIND e i dati dello studio DTPI. Non ha fornito dati sugli esami per le infezioni droga correlate.

Quindi in questa analisi verranno presentati solo i dati di 4 SerY (Bergamo, Varese, Verona, Palermo) relativi alle infezioni da HBV e HCV, corrispondenti a 406 consumatori di sostanze.

Infezione da HBV

Per la determinazione dell'HBV è stata considerata la positività ad almeno uno dei seguenti marcatori sierologici: HBsAg, Anti-HBs, Anti-HBc, HBeAg e Anti-HBe.

L'87,9% dei 406 consumatori di sostanze afferenti ai SerT è stato sottoposto al test sierologico per l'HBV (n. 357), la percentuale di non testati è stata pari al 12,1% (Tabella 85).

In totale sono stati eseguiti 805 test, ogni consumatore di sostanze poteva aver eseguito più di un test per HBV. Dei 357 soggetti testati per HBV, 97 (27,2%) sono risultati positivi ad almeno un marcatore sierologico (Tabella 86) e 91 (25,6%) ha dichiarato di aver scambiato siringhe almeno una volta negli ultimi 12 mesi e nella vita.

Numero e percentuale dei tossicodipendenti testati per HBV

Tossicodipendenti afferenti ai SerT	n.	%
Totale	406	100
Testati per HBV	357	87,9
NON testati per HBV	49	12,1

Tabella 85

Numero e percentuale dei tossicodipendenti HBV positivi

Tossicodipendenti afferenti ai SerT	n.	%
HBV negativi	260	72,8
HBV positivi	97	27,2
Testati per HBV	357	100,0

Tabella 86

Tra i 97 soggetti HBV positivi, l'83,6% (n. 81) erano maschi e l'85,6% aveva la cittadinanza italiana. L'età mediana dei soggetti HBV positivi è stata di 35 anni (IQR 28-46 anni), il 70,1% era celibe/nubile e il 62,9% aveva conseguito il diploma di scuola media superiore.

Il 33,0% dei soggetti HBV positivi ha usato per la prima volta cannabis, il 12,4% eroina, il 9,3% cocaina e il 2,1% alcol. L'età mediana del primo uso delle suddette sostanze è stata di 15 anni (IQR 13-18 anni), mentre l'età mediana al primo trattamento presso il SerT è stata di 26 anni (IQR 22-30 anni).

Relativamente alle variabili comportamentali, il 27,1% di soggetti HBV positivi ha dichiarato di aver scambiato siringhe almeno una volta negli ultimi 12 mesi e nella vita, di questi il 12,9% ha dichiarato di non aver utilizzato materiale sterile durante l'ultima iniezione. Il 42,3% dei soggetti HBV positivi ha riferito di aver avuto negli ultimi 12 mesi tra 5 e 20 partner. La maggior parte dei soggetti HBV positivi (93,8%) ha dichiarato di aver avuto, negli ultimi 12 mesi, rapporti sessuali con persone di sesso opposto, il 68,1% ha riferito di non avere usato il profilattico durante l'ultimo rapporto sessuale e il 54,2% di aver iniziato ad avere rapporti sessuali tra i 15 e i 17 anni.

Infezione da HCV

Il 76,9% dei 406 consumatori di sostanze afferenti ai SerT è stato sottoposto al test sierologico per l'HCV (n. 313), la percentuale dei non testati è stata pari al 23,1% (Tabella 87). In totale sono stati eseguiti 342 test, ogni consumatore di sostanze poteva aver eseguito più di un test per HCV.

Dei 312 soggetti testati per HCV, 83 (26,6%) sono risultati positivi (Tabella 88) e 81 (26,0%) ha dichiarato di aver scambiato siringhe almeno una volta negli ultimi 12 mesi e nella vita

Numero e percentuale dei tossicodipendenti testati per HCV

Tossicodipendenti afferenti ai SerT	n.	%
Totale	342	100,0
Testati per HCV	312	76,9
NON testati per HCV	94	23,1

Tabella 87

Numero e percentuale dei tossicodipendenti HCV positivi

Tossicodipendenti afferenti ai SerT	n.	%
HCV negativi	229	73,4
HCV positivi	83	26,6
Testati per HCV	312	100,0

Tabella 88

Tra gli 83 soggetti HCV positivi, l'81,9% (n. 68) erano maschi e l'86,7% aveva la cittadinanza italiana.

L'età mediana dei soggetti HCV positivi è stata di 42 anni (IQR 37-47 anni), il 55,4% era celibe/nubile e il 69,9% aveva conseguito il diploma di scuola media inferiore.

Il 34,9% dei soggetti HCV positivi ha usato per la prima volta cannabis, il 15,7% eroina, il 3,6% cocaina e l'1,2% ecstasy. L'età mediana del primo uso delle suddette sostanze è stata di 15 anni (IQR 14-17 anni), mentre l'età mediana al primo trattamento presso il SerT è stata di 27 anni (IQR 23-34 anni).

Relativamente alle variabili comportamentali, il 52,5% di soggetti HCV positivi ha dichiarato di aver scambiato siringhe almeno una volta negli ultimi 12 mesi e nella vita, di questi il 12,1% ha dichiarato di non aver utilizzato materiale sterile durante l'ultima iniezione. Il 40,2% dei soggetti HCV positivi ha riferito di aver avuto negli ultimi 12 mesi tra 5 e 20 partner. La maggior parte dei soggetti HCV positivi (86,2%) ha dichiarato di aver avuto, negli ultimi 12 mesi, rapporti sessuali con persone di sesso opposto, il 62,5% ha riferito di non avere usato il profilattico durante l'ultimo rapporto sessuale e il 56,3% di aver iniziato ad avere rapporti sessuali tra i 15 e i 17 anni.

CONCLUSIONI

Nonostante la scarsa partecipazione dei SerT allo studio e il mancato invio di alcune variabili previste dal protocollo (per esempio, effettuazione e risultato del test HIV), lo studio DTPI ha fornito risultati interessanti.

La popolazione di tossicodipendenti analizzata nel presente studio risulta essere costituita per circa un quarto da soggetti che praticano un uso iniettivo di sostanze; una quota cospicua del totale riferisce comportamenti sessuali a rischio.

Tra coloro che riferiscono un uso iniettivo, è alta la quota di coloro che non utilizzano materiale sterile.

La popolazione di consumatori di sostanze positivi all'HBV o all'HCV analizzata riporta proporzioni alte di comportamenti a rischio quali scambio di siringhe, uso di materiale non sterile, non uso del preservativo, giovane età al primo rapporto sessuale ed un'elevata promiscuità sessuale. Questi fattori, combinati con gli effetti dell'uso di sostanze d'abuso, suggeriscono una maggiore probabilità di acquisire infezioni per via sessuale rispetto a quella rilevata in altri gruppi ad alto rischio non-consumatori di sostanze (ad esempio, tra i soggetti afferenti ai centri per le infezioni sessualmente trasmesse) (1).

Nel presente studio le proporzioni di consumatori di sostanze testati per HBV e HCV (87,9% e 76,9%, rispettivamente) sono piuttosto elevate, così come le prevalenze per HBV e per HCV rilevate (27,2% e 26,6%, rispettivamente). Questa osservazione suggerisce che percentuali basse di testaggio (inferiori al 70%) per tali infezioni possono comportare risultati di prevalenza non affidabili in quanto nella quota dei non testati possono sfuggire dei casi di infezione.

I risultati ottenuti sottolineano l'importanza di promuovere l'esecuzione dei test per le infezioni correlate all'uso di sostanze stupefacenti a tutti gli utenti dei SerT, sia iniettivi che non iniettivi, cercando di promuovere attivamente la proposta dei test al fine di raggiungere una elevata copertura di testaggio. Sarebbe altresì opportuno estendere l'esecuzione dei test anche ai partner sessuali degli utenti dei SerT, in considerazione dei comportamenti sessuali a rischio rilevati dallo studio. Dato che non è stato possibile rilevare i dati per HIV nel presente studio, sarebbe auspicabile consentire l'accesso, la raccolta e l'invio dei dati HIV in modo routinario, al fine di conoscere la diffusione di questa infezione nella popolazione tossicodipendente e valutare attività di prevenzione e controllo mirate.

Risulta altresì importante studiare le caratteristiche socio-demografiche e comportamentali dei tossicodipendenti non positivi ad infezioni droga-correlate al fine di poter pianificare campagne di informazione ed educazione alla salute sessuale all'interno dei SerT (es. corretto utilizzo del preservativo, esecuzione della vaccinazione per l'epatite B) che mirino a prevenire la diffusione di tali infezioni tra le persone-utenti che sono ancora suscettibili.

Bibliografia

1. Salfa MC, Ferri M, Suligo B e la Rete Sentinella dei Centri Clinici e dei Laboratori di microbiologia clinica per le Infezioni Sessualmente Trasmesse. Not Ist Super Sanità 2016;29(2):3-39.
2. Presidenza del Consiglio dei Ministri. Dipartimento Politiche Antidroga. Relazione Annuale al Parlamento sulle Tossicodipendenze. (<http://www.politicheantidroga.it/attivita/pubblicazioni.aspx>) (Ⓛ)

2.3 Diffusione di infezioni sessualmente trasmissibili

¹ Vedere Allegato 1

* Vedere Allegato 2

Le infezioni sessualmente trasmesse (IST) in consumatori di sostanze per via iniettiva segnalate da una rete sentinella di centri clinici.

Le Infezioni Sessualmente Trasmesse (IST) costituiscono un vasto gruppo di malattie infettive molto diffuse in tutto il mondo, che può essere causa di sintomi acuti, infezioni croniche e gravi complicanze a lungo termine per milioni di persone ogni anno, e le cui cure assorbono ingenti risorse finanziarie.

Oggi si conoscono circa trenta quadri clinici di IST determinati da oltre 20 patogeni sessualmente trasmessi (1).

In Italia, le informazioni disponibili sulla diffusione nazionale delle IST provengono dal Ministero della Salute e sono limitate alle sole malattie a notifica obbligatoria, cioè gonorrea, sifilide e pediculosi del pube (2).

Non ci sono dati nazionali relativi alla diffusione delle IST tra i consumatori di sostanze per via iniettiva – InjectingDrugUsers (IDU).

Per sopperire a questa mancanza, nel 1991, in Italia così come in altri Paesi europei (3), è stato avviato un sistema di sorveglianza sentinella delle IST per disporre in tempi brevi di dati sulla loro diffusione, soprattutto in ragione dell'epidemia da HIV che emergeva in quel periodo (4).

Questo sistema, coordinato dal Centro Operativo AIDS (COA) dell'Istituto Superiore di Sanità (ISS), allo stato attuale prevede la collaborazione di 12 centri clinici pubblici specializzati nella diagnosi e nella cura delle IST, dislocati sul territorio nazionale (**Figura 73**) (l'elenco dei Responsabili e dei Collaboratori della Rete sentinella dei centri clinici per le IST, è riportato in Allegato 1) (5).

I centri clinici segnalano i pazienti con una prima diagnosi di IST (primo episodio), confermata, ove previsto, da appropriati test di laboratorio, e raccolgono informazioni socio-demografiche, comportamentali (tra queste anche il consumo di sostanze per via iniettiva) e cliniche, nonché il sierostato HIV (5).

Per alcune diagnosi di IST si sono scelti criteri di definizione di caso a favore di una maggiore sensibilità (ad esempio, le diagnosi di patologie virali sono basate su criteri esclusivamente clinici), per altre patologie si è scelto un criterio di definizione di caso a favore di una maggiore specificità, includendo nella definizione di caso la conferma microbiologica della diagnosi (ad esempio, infezioni batteriche e protozoarie). In questi anni, tale Sistema ha consentito di conoscere l'andamento delle diagnosi di diversi quadri clinici di IST in Italia, nonché di valutare la diffusione dell'infezione da HIV nei soggetti con una nuova IST, soprattutto in popolazioni più a rischio (ad esempio, consumatori di sostanze per via iniettiva)(5).

Di seguito vengono riportati i principali risultati del suddetto sistema di sorveglianza e relativi agli IDU

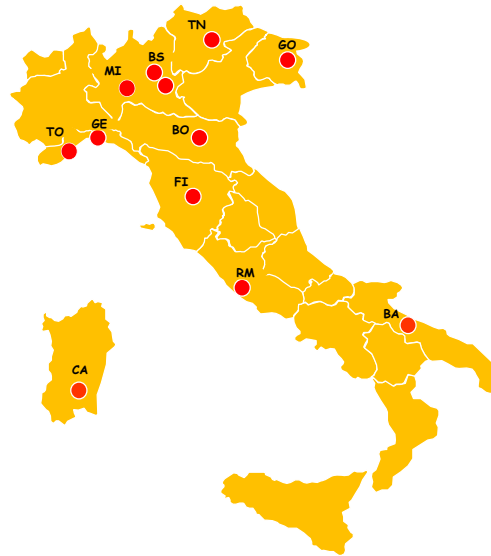


Figura 73 Distribuzione geografica dei 12 centri clinici partecipanti al Sistema di sorveglianza sentinella delle IST

La casistica

La casistica completa per tutti i 12 centri clinici è disponibile sino al 31 dicembre 2014. Dal 1° gennaio 1991 al 31 dicembre 2014, il Sistema di sorveglianza ha segnalato un totale di 2.787 nuovi casi di IST in IDU, pari al 3,3% di tutti i casi di IST segnalati. Il numero dei casi di IST in IDU è diminuito nel tempo di circa quattro volte e mezzo, passando da 912 casi del periodo 1991-1994 a 201 casi del periodo 2003-2006, per poi aumentare nuovamente fino a 404 casi del periodo 2011-2014 (**Figura 74**).

Nel 2014, sono stati segnalati 60 nuovi casi di IST in IDU, pari all'1,7% di tutti i casi di IST segnalati.

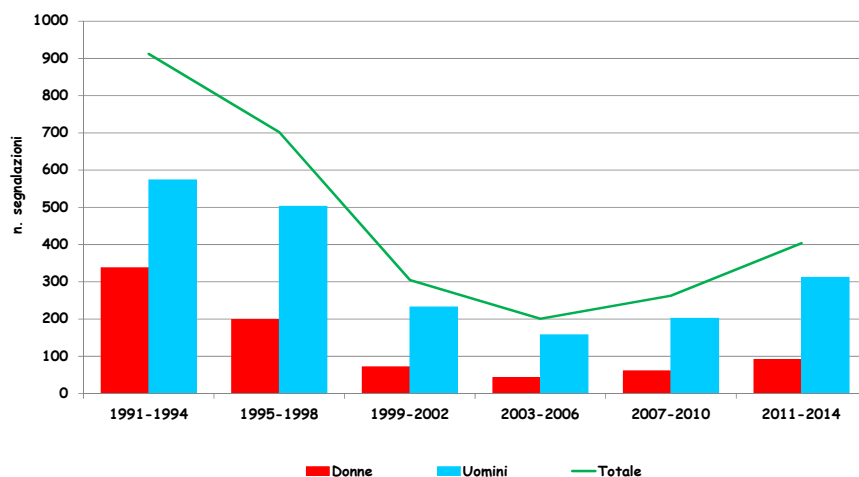


Figura 74 Andamento delle segnalazioni di IST in consumatori di sostanze per via iniettiva, per genere

Caratteristiche socio-demografiche, comportamentali e cliniche

Le caratteristiche socio-demografiche, comportamentali e cliniche degli IDU con IST, nell'intero periodo (1991-2014) e nel 2014, sono riportate in Tabella 89

Si è scelto di riportare, oltre ai dati relativi all'intero periodo (1991-2014), anche quelli relativi al 2014, ultimo anno a disposizione, per dare un quadro recente della situazione.

Caratteristiche socio-demografiche, comportamentali e cliniche dei consumatori di sostanze per via iniettiva con IST: intero periodo e 2014 (Sistema di Sorveglianza Sentinella delle IST basato su centri clinici)

Caratteristiche	1991-2014		2014	
	n.	% ^a	n.	% ^a
Totale	2.787	100	60	100
Genere				
Uomini	1.982	71,1	55	91,7
Donne	805	28,9	5	8,3
Nd ^b	0		0	
Classe di età				
15-24 anni	514	18,5	10	16,7
25-34 anni	1.476	53,0	20	33,3
35-44 anni	633	22,7	16	26,7
45 e più anni	162	5,8	14	23,3
Nd	2		0	
Nazionalità				
Italiani	2.439	92,4	57	95,0
Stranieri	202	7,6	3	5,0
Nd ^b	146		0	
Livello di istruzione				
Nessuno	33	1,4	0	0,0
Scuola obbligo	1.740	71,3	26	49,1
Diploma	557	22,8	23	43,4
Laurea	111	4,5	4	7,5
Nd ^b	346		7	
Numero di partner sessuali nei sei mesi precedenti la diagnosi di IST				
0-1	1.152	42,3	30	56,6
2-5	1.216	44,6	18	34,0
	356	13,1	5	9,4

≥ 6 Nd ^b	63		7	
Contraccettivi usati nei sei mesi precedenti la diagnosi di IST				
Nessuno	1.138	41,9	26	49,1
Condom sempre	358	13,2	8	15,1
Condom saltuario	1.111	40,9	18	34,0
Pillola	84	3,1	1	1,9
Altro	26	1,0	0	0,0
Nd ^b	70		7	
Pregresse IST				
Si	1.146	42,0	29	50,9
No	1.582	58,0	28	49,1
Nd	59		3	
Modalità di trasmissione				
Eterosessuali	2.299	82,6	35	59,3
MSM ^c	485	17,4	24	40,7
Nd ^b	3		1	
Tipo di IST in atto				
Virale	1.889	67,8	42	70,0
Batterica	724	26,0	18	30,0
Parassitaria	127	4,6	0	0,0
Protozoaria	47	1,7	0	0,0

Tabella 89

(a) Percentuali basate sul totale dei soggetti con le informazioni disponibili; (b) Nd: non disponibile; (c) MSM: maschi che fanno sesso con maschi

Intero periodo (1991-2014)

Nell'intero periodo, il 71,1% (n. 1.982) dei casi di IST in IDU è stato diagnosticato in uomini e il 28,9% (n. 805) in donne (Tabella 89). L'età mediana dei soggetti segnalati è stata di 30 anni (range interquartile - IQR, 26-35 anni); in particolare 31 anni (IQR 27-36 anni) per gli uomini e 28 anni (IQR 24-33 anni) per le donne.

Il 7,6% (n. 202) degli IDU con IST era di nazionalità straniera (Tabella 89), di questi la maggior parte proveniva da altri Paesi europei e dall'Africa (rispettivamente, 54,5% e 17,8%) (dati non mostrati).

Il 71,3% degli IDU con IST ha riferito di avere frequentato la scuola dell'obbligo, il 22,8% di possedere un diploma di scuola media superiore, il 4,5% di essere in possesso di una laurea e solo l'1,4% ha riferito di non avere nessuna istruzione (Tabella 89).

Il 42,3% degli IDU con IST ha riferito di avere avuto nessuno o un partner sessuale nei sei mesi precedenti la diagnosi di IST, il 44,6% da due a cinque e il 13,1% sei o più (Tabella 89).

Relativamente all'utilizzo di metodi contraccettivi nei sei mesi precedenti la diagnosi di IST, il 41,9% degli IDU con IST ha riferito di non aver utilizzato alcun metodo contraccettivo. Il condom è stato utilizzato regolarmente in tutti i rapporti sessuali dal 13,2% degli IDU, invece il 40,9% degli IDU ha riferito di utilizzarlo saltuariamente (Tabella 89).

Oltre un terzo degli IDU con IST (42,0%) ha riferito di avere avuto una IST in passato (Tabella 89).

L'82,6% dei casi di IST in IDU è stato segnalato in eterosessuali e il 17,4% in MSM (Tabella 89). Tra le donne il 100% dei casi di IST è stato segnalato in eterosessuali, tra gli uomini il 75,5% dei casi di IST è stato segnalato in eterosessuali e il 24,5% in MSM.

Il 67,8% degli IDU aveva una diagnosi di IST virale, il 26,0% di IST batterica, il 4,6% di IST parassitaria e l'1,7% di IST protozoaria (Tabella 89).

Anno 2014

Nel 2014, il 91,7% (n. 55) dei casi di IST in IDU è stato diagnosticato in uomini e l'8,3% (n. 5) in donne (Tabella 89). L'età mediana dei soggetti segnalati è stata di 34 anni (range interquartile - IQR, 26-44 anni); in particolare 35 anni (IQR 26-45 anni) per gli uomini e 22 anni (IQR 19-30 anni) per le donne.

Il 5,0% (n. 3) degli IDU con IST era di nazionalità straniera (Tabella 89), questi 3 IDU con IST stranieri provenivano rispettivamente da altri Paesi europei, dall'America e dall'Asia-Oceania.

Il 49,1% degli IDU con IST ha riferito di avere frequentato la scuola dell'obbligo, il 43,4% di possedere un diploma di scuola media superiore e il 7,5% di essere in possesso di una laurea (Tabella 89).

Oltre la metà degli IDU con IST (56,6%) ha riferito di avere avuto nessuno o un partner sessuale nei sei mesi precedenti la diagnosi di IST, il 34,0% da due a cinque e il 9,4% sei o più (Tabella 89).

Relativamente all'utilizzo di metodi contraccettivi nei sei mesi precedenti la diagnosi di IST, il 49,1% degli IDU con IST ha riferito di non aver utilizzato alcun metodo contraccettivo.

Il condom è stato utilizzato regolarmente in tutti i rapporti sessuali dal 15,1% degli IDU con IST, invece il 34,0% degli IDU con IST ha riferito di utilizzarlo saltuariamente (Tabella 89).

Circa la metà degli IDU con IST (50,9%) ha riferito di avere avuto una IST in passato (Tabella 89).

Il 59,3% dei casi di IST in IDU è stato segnalato in eterosessuali e il 40,7% in MSM (Tabella 89). Tra le donne il 100% dei casi di IST è stato segnalato in eterosessuali, tra gli uomini il 55,5% dei casi di IST è stato segnalato in eterosessuali e il 44,5% in MSM.

Il 70,0% degli IDU aveva una diagnosi di IST virale e il 30,0% di IST batterica (Tabella 89).

Distribuzione dei casi per tipo di IST diagnosticata

Intero periodo (1991-2014)

Nell'intero periodo, dalla distribuzione dei casi per tipo di IST diagnosticata è emerso che tra gli IDU le patologie più frequenti sono state i condilomi ano-genitali (1.559 casi, 55,9% del totale), l'herpes genitale (195 casi, 7,0% del totale), la sifilide latente (142 casi, 5,1% del totale) e il mollusco contagioso (135 casi, 4,8% del totale) (Tabella 90).

In particolare, tra gli IDU uomini le patologie più frequenti sono state i condilomi ano-genitali (58,1% del totale uomini), l'herpes genitale (8,3% del totale uomini), le uretriti batteriche non gonococciche non clamidiali (NG-NC) (6,0% del totale uomini) e le uretriti da *Neisseria gonorrhoeae* (4,8% del totale uomini); tra le IDU donne le patologie più frequenti sono state i condilomi ano-genitali (50,6% del totale donne), le cervicovaginiti NG-NC (16,0% del totale donne), la sifilide latente (6,3% del totale donne) e le cervicovaginiti da *Trichomonas vaginalis* (5,8% del totale donne) (dati non mostrati).

Tra gli IDU MSM le patologie più frequenti sono state i condilomi ano-genitali (44,7% del totale MSM), l'herpes genitale (9,7% del totale MSM), la pediculosi del pube (9,1% del totale MSM) e la sifilide primaria e secondaria (I-II) (8,7% del totale MSM) (dati non mostrati).

Anno 2014

Nel 2014, dalla distribuzione dei casi per tipo di IST diagnosticata è emerso che tra gli IDU le patologie più frequenti sono state i condilomi ano-genitali (34 casi, 56,7% del totale), le uretriti da *Neisseria gonorrhoeae* (6 casi, 10,0% del totale) e, a pari livello, la sifilide I-II, l'herpes genitale e il mollusco contagioso (rispettivamente con 4 casi, pari al 6,7% del totale) (Tabella 90).

In particolare, tra gli IDU uomini le patologie più frequenti sono state i condilomi ano-genitali (56,4% del totale uomini), le uretriti da *Neisseria gonorrhoeae* (10,9% del totale), la sifilide I-II e il mollusco contagioso (rispettivamente, 7,3% del totale uomini); tra le IDU donne le patologie più frequenti sono state i condilomi ano-genitali (60,0% del totale donne), l'herpes genitale (20,0% del totale donne) e le cerviciti da *Chlamydia trachomatis* (20,0% del totale donne) (dati non mostrati).

Tra gli IDU MSM le patologie più frequenti sono state i condilomi ano-genitali (50,0% del totale MSM), la sifilide I-II (16,7% del totale MSM), le uretriti da *Neisseria gonorrhoeae* (16,7% del totale MSM) e la sifilide latente (8,3% del totale MSM) (dati non mostrati).

Distribuzione totale dei casi per tipo di IST diagnosticata, in consumatori di sostanze per via iniettiva: intero periodo e 2014 (Sistema di Sorveglianza Sentinella delle IST basato su centri clinici, 1991-2014)

IST DIAGNOSTICATA	1991-2014		2014	
	N.	%	N.	%
<u>TOTALE</u>	2.787	100,0	60	100,0
<u>VIRALI</u>				
Condilomi ano-genitali	1.559	55,9	34	56,7
Herpes genitale	195	7,0	4	6,7
Mollusco contagioso	135	4,8	4	6,7
<u>BATTERICHE</u>				
Cervicovaginiti NG-NC*	129	4,6	0	0,0
Uretrite NG-NC*	119	4,3	1	1,7
Sifilide primaria e secondaria (I-II)	112	4,0	4	6,7
Sifilide latente	142	5,1	3	5,0
Reinfezione sifilitica	9	0,3	0	0,0
Cerviciti da <i>Neisseria gonorrhoeae</i>	8	0,3	0	0,0
Uretriti da <i>Neisseria gonorrhoeae</i>	96	3,4	6	10,0
Cerviciti da <i>Chlamydia trachomatis</i>	36	1,3	1	1,7
Uretriti da <i>Chlamydia trachomatis</i>	69	2,5	2	3,3
Linfogranuloma venereo	2	0,1	1	1,7
Malattia infiammatoria pelvica da clamidia o da gonococco	1	0,0	0	0,0
Ulcera venerea	1	0,0	0	0,0
Granuloma inguinale	0	0,0	0	0,0
<u>PROTOZOI</u>				
Cervicovaginiti da <i>Trichomonas vaginalis</i>	47	1,7	0	0,0
<u>PARASSITI</u>				
Pediculosi del pube	127	4,6	0	0,0

Tabella 90

(*) NG-NC: non gonococciche non clamidiali

Andamenti temporali delle principali IST

L'andamento dei casi di sifilide I-II ha mostrato una riduzione dal periodo 1991-1994 al periodo 1995-1998, e un successivo lieve aumento con stabilizzazione fino al periodo 2011-2014 (con una media di 19 casi per periodo negli ultimi quattro periodi) (Figura 75).

L'andamento dei casi di sifilide latente ha mostrato una riduzione costante, passando da 46 casi segnalati nel periodo 1991-1994 a 13 casi segnalati nel periodo 2011-2014 (Figura 75).

Le segnalazioni di gonorrea hanno mostrato una riduzione fino al periodo 2003-2006, passando da 26 casi del 1991-1994 a 6 casi del 2003-2006, e un successivo lieve aumento nell'ultimo periodo (2011-2014) (23 casi segnalati) (Figura 75).

I casi di infezione da *Chlamydia trachomatis* hanno mostrato una costante riduzione fino al periodo 2003-2006, passando da 31 casi del 1991-1994 a 1 caso del 2003-2006 e un successivo aumento fino ai 44 casi segnalati del periodo 2011-2014 (Figura 75).

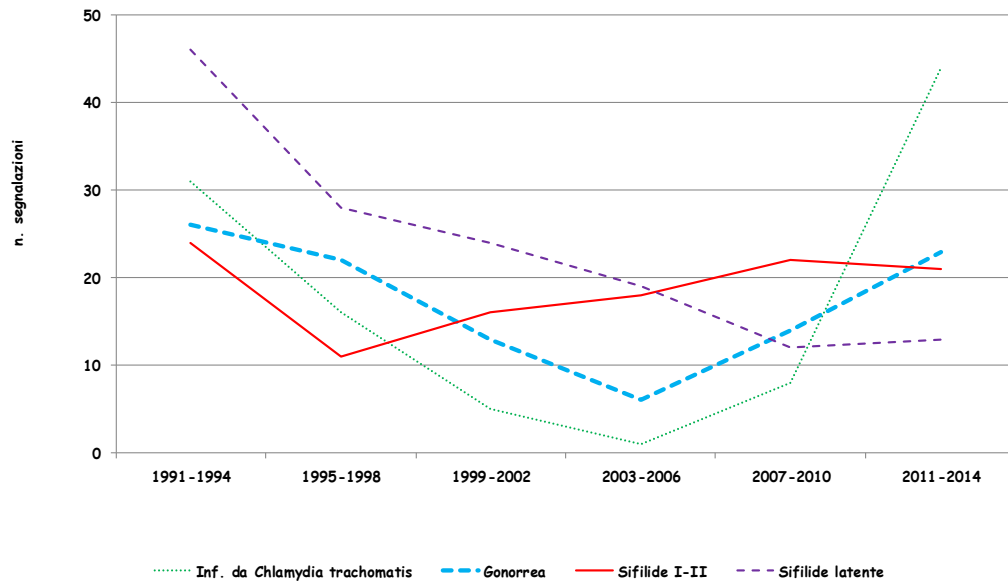


Figura 75 Andamento delle segnalazioni delle principali IST batteriche, in consumatori di sostanze per via iniettiva, per quadriennio (Sistema di Sorveglianza Sentinelina delle IST basato su centri clinici, 1991-2014)

Il numero dei casi di infezioni NG-NC è diminuito progressivamente, passando da 118 casi del periodo 1991-1994 a 18 casi del periodo 2011-2014 (andamento non mostrato).

Tra le due principali IST virali (Figura 75), il numero annuo di segnalazioni di condilomi ano-genitali è diminuito in maniera costante dal periodo 1991-1994 al periodo 2003-2006, passando da 493 casi a 121 casi, per poi aumentare e stabilizzarsi nell'ultimo periodo 2011-2014 (219 casi segnalati).

L'herpes genitale ha mostrato una riduzione delle segnalazioni tra il periodo 1991-1994 e il periodo 2011-2014, passando da 72 casi a 19 casi; tuttavia, le segnalazioni di herpes genitale sono rimaste sempre numericamente inferiori a quelle dei condilomi ano-genitali.

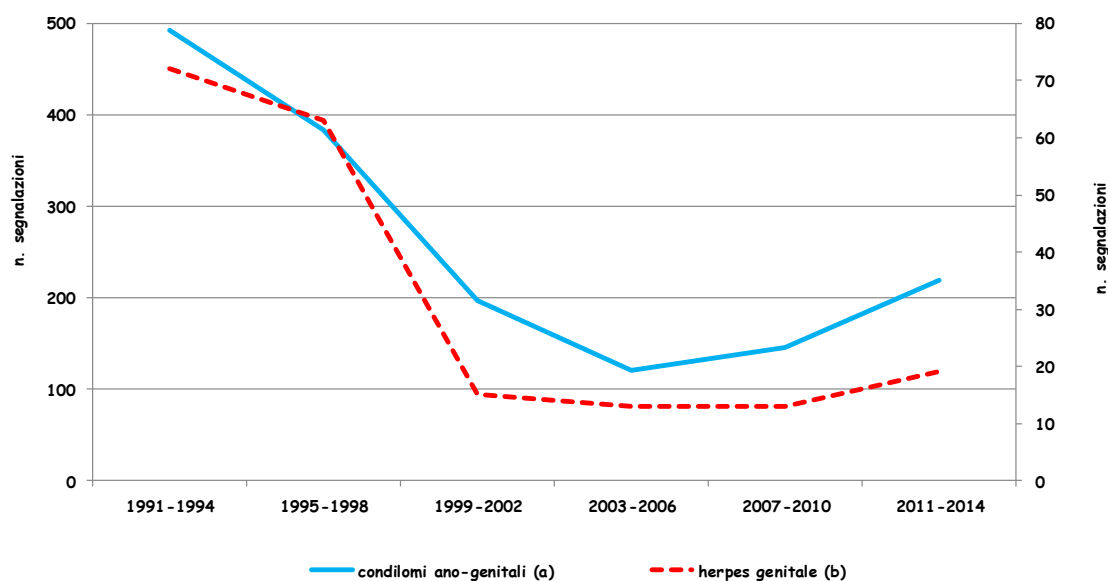


Figura 76 . Andamento delle segnalazioni delle principali IST virali, in consumatori di sostanze per via iniettiva, per quadriennio(Sistema di Sorveglianza Sentinella delle IST basato su centri clinici, 1991-2014)

(a) asse sinistro di riferimento

(b) asse destro di riferimento

Le infezioni da *Trichomonas vaginalis* hanno interessato esclusivamente le IDU donne e l'andamento temporale dei casi ha mostrato una progressiva riduzione, passando da 29 casi del periodo 1991-1994 a 7 casi del periodo 2011-2014 (dati non mostrati).

L'andamento delle segnalazioni di pediculosi del pube ha mostrato una progressiva riduzione, passando da 35 casi del periodo 1991-2010 a 1 caso del periodo 2011-2014 (dati non mostrati).

L'andamento delle segnalazioni di mollusco contagioso ha mostrato una riduzione, passando da 38 casi del periodo 1991-1994 a 7 casi del periodo 1999-2002, per poi aumentare fino a 31 casi del periodo 2011-2014 (dati non mostrati).

Per tutte le altre IST diagnosticate gli andamenti non vengono riportati per l'esiguità dei casi segnalati nell'intero periodo (Tabella 90).

L'infezione da HIV

Testati e non testati per HIV

Dei 2.787 IDU con una nuova IST segnalati dal 1991 al 2014, 2.295 (82,3%) hanno effettuato un test anti-HIV al momento della diagnosi di IST.

Dei 60 IDU con una nuova IST segnalati nel 2014, 45 (75,0%) hanno effettuato un test anti-HIV al momento della diagnosi di IST.

Prevalenza di HIV

Durante l'intero periodo (1991-2014), tra i 2.295 IDU con IST testati per HIV, 1.179 sono risultati HIV positivi, pari a una prevalenza di 51,4% (IC95%: 49,3-53,4).

Nel 2014, tra i 45 IDU con IST testati per HIV, 11 sono risultati HIV positivi, pari a una prevalenza di 24,4% (IC95%: 12,9-39,5).

La prevalenza di HIV in diversi sottogruppi di IDU con IST, nell'intero periodo (1991-2014) e nel 2014, è riportata in Tabella 91

Prevalenza di HIV in diversi sottogruppi di consumatori di sostanze per via iniettiva con IST: intero periodo e 2014 (Sistema di Sorveglianza Sentinella delle IST basato su centri clinici, 1991-2014)

Caratteristiche	1991-2014		2014	
	Testati HIV n.	Prevalenza HIV (%) ^a	Testati HIV n.	Prevalenza HIV (%) ^a
Totale	2.295	51,4	45	24,4
Genere				
Uomini	1.633	50,6	41	26,8
Donne	662	53,3	4	0,0
Classe di età (in anni)				
15-24	411	20,2	7	14,3
25-34	1.228	55,3	14	14,3
35-44	526	66,9	12	33,3
≥45	128	50,0	12	33,3
Nazionalità				
Italiani	2.005	56,0	42	21,4
Stranieri	163	24,5	3	66,7
Numero di partner sessuali nei sei mesi precedenti la diagnosi di IST				
0-1	892	54,9	20	10,0
2-5	1.041	46,8	16	12,5
≥ 6	315	54,9	2	50,0
Precedenti IST				
Sì	999	69,3	19	42,1
No	1.246	38,0	23	8,7
Modalità di trasmissione				
Eterosessuali	1.858	49,1	24	4,2
MSM ^b	434	60,8	20	45,0

Tabella 91

(a) Percentuali basate sul totale dei soggetti con le informazioni disponibili; (b) MSM: maschi che fanno sesso con maschi

Durante l'intero periodo, la prevalenza di HIV tra gli IDU con IST è risultata significativamente più elevata (p-value<0,001) tra gli italiani rispetto agli stranieri (56,0% vs 24,5%), tra i soggetti con precedenti IST rispetto a quelli che hanno riferito di non aver avuto precedenti IST (69,3% vs 38,0%) e tra gli MSM rispetto agli eterosessuali (60,8% vs 49,1%).

Nel 2014, la prevalenza di HIV tra gli IDU con IST è risultata significativamente più elevata (p-value<0,001) tra gli MSM rispetto agli eterosessuali (45,0% vs 4,2%). Non si sono riscontrate altre differenze.

La Tabella 92 riporta la prevalenza di HIV per IST diagnosticata in IDU, sia per l'intero periodo (1991-2014) che per il 2014.

Prevalenza di HIV per IST diagnosticata in consumatori di sostanze per via iniettiva con IST: intero periodo e 2014 (Sistema di Sorveglianza Sentinella delle IST basato su centri clinici, 1991-2014)

IST DIAGNOSTICATA	1991-2014		2014	
	N. ^a	% ^b	N. ^a	% ^b
TOTALE	2.295	51,4	45	24,4
<u>VIRALI</u>				
Condilomi ano-genitali	1.291	56,0	26	15,4
Herpes genitale	174	56,9	3	33,3
Mollusco contagioso	116	53,4	2	0,0
<u>BATTERICHE</u>				
Cervicovaginite NG-NC ^c	96	38,5	0	0,0
Uretrite NG-NC ^c	86	37,2	1	0,0
Sifilide primaria e secondaria (I-II)	96	38,5	3	66,7
Sifilide latente	105	35,2	2	50,0
Reinfezione sifilitica	8	37,5	0	0,0
Cervicite da <i>Neisseria gonorrhoeae</i>	7	28,6	0	0,0
Uretrite da <i>Neisseria gonorrhoeae</i>	77	32,5	4	50,0
Cervicite da <i>Chlamydia trachomatis</i>	29	27,6	1	0,0
Uretrite da <i>Chlamydia trachomatis</i>	59	18,6	2	0,0
Linfogranuloma venereo	2	50,0	1	100,0
Malattia infiammatoria pelvica da clamidia o da gonococco	1	0,0	0	0,0
Ulcera venerea	1	100,0	0	0,0
Granuloma inguinale	0	0,0	0	0,0
<u>PROTOZOARIE</u>				
Cervico-vaginite da <i>Trichomonas vaginalis</i>	43	69,8	0	0,0
<u>PARASSITARIE</u>				
Pediculosi del pube	104	68,3	0	0,0

Tabella 92

(a) Numero testati per HIV; (b) prevalenza di HIV; (c) NG-NC: non gonococciche non clamidiali

Nuovi e vecchi HIV positivi

Dal 1991 al 2014, tra i 2.295 IDU con IST testati per HIV, il 5,1% (IC95% 4,3-6,1) (n. 118) ha scoperto di essere sieropositivo al momento della diagnosi di IST, configurando, quindi, un IDU con IST inconsapevole del proprio sierostato HIV (nuovo HIV positivo).

In particolare, nel 2014, tra i 45 IDU con IST testati per HIV, il 4,4% (IC95% 0,8-13,9) (n. 2) ha scoperto di essere sieropositivo al momento della diagnosi di IST, configurando, quindi, un IDU con IST inconsapevole del proprio sierostato HIV (nuovo HIV positivo).

Andamenti temporali

Testati per HIV e prevalenza HIV

La percentuale di IDU con IST testati per HIV è rimasta relativamente stabile nell'intero periodo (Figura 78 Percentuale di consumatori di sostanze per via iniettiva con IST testati per HIV e prevalenza HIV: intero periodo (Sistema di Sorveglianza Sentinella delle IST basato su centri clinici, 1991-2014, 2.787 IDU con IST)), mentre la prevalenza HIV, tra gli IDU con IST, mostra un decremento costante passando dal 62,1% del periodo 1991-1994 al 15,4% del periodo 2011-2014 (Figura 77).

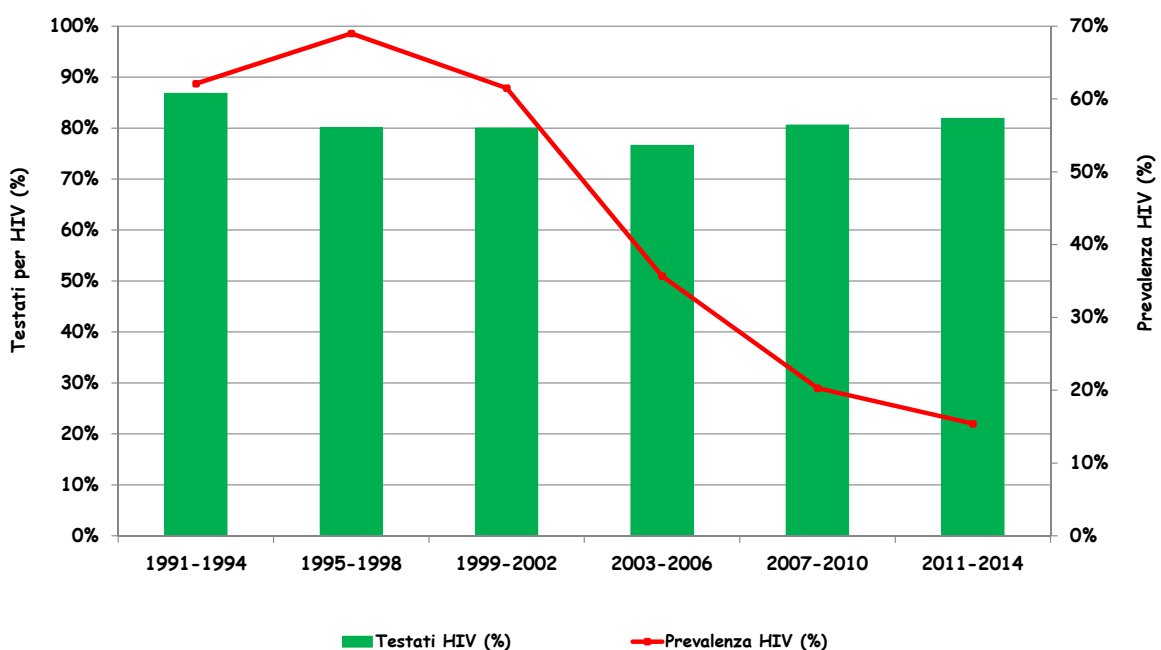


Figura 78 Percentuale di consumatori di sostanze per via iniettiva con IST testati per HIV e prevalenza HIV: intero periodo (Sistema di Sorveglianza Sentinella delle IST basato su centri clinici, 1991-2014, 2.787 IDU con IST)

Nuovi HIV positivi

Durante l'intero periodo (1991-2014), negli IDU testati per HIV si osserva un aumento della percentuale dei nuovi HIV positivi, dal 3,9% nel periodo 1991-1994 al 25% nel periodo 1999-2002, e un successivo decremento al 2,4% nel periodo 2011-2014 (dati non mostrati).

Sintesi Finale

I dati raccolti dal Sistema di sorveglianza delle IST basato su centri clinici negli ultimi due decenni indicano che la frequenza e la diffusione delle IST tra gli IDU in Italia è diminuita, probabilmente perché sono diminuiti i consumatori per via iniettiva nel nostro Paese.

L'introduzione di nuovi e più sensibili metodi diagnostici per l'identificazione di *Chlamydia trachomatis*, basati su tecniche di amplificazione molecolare, ha probabilmente influito sull'aumento delle segnalazioni delle patologie da *Chlamydia trachomatis* segnalate dopo il 2000.

La percentuale di testati per HIV negli ultimi anni è rimasta stabile, mentre la prevalenza di HIV è diminuita: questo sottolinea la rilevante opera di prevenzione nei confronti dell'infezione da HIV che è stata condotta dai centri IST partecipanti alla sorveglianza negli ultimi due decenni.

Nel 2014, circa il 25,0% degli IDU con IST non è stato testato per HIV, nonostante i centri IST partecipanti siano altamente sensibilizzati e attivi nella prevenzione dell'HIV e circa un 4,0% degli IDU con IST ignorava il proprio sierostato HIV. La quota di IDU inconsapevoli del proprio sierostato è diminuita nel tempo arrivando ad un 2,4% nel periodo 2011-2014.

Visto il ruolo delle IST quali patologie che facilitano la trasmissione di infezioni droga-correlate, quali l'HIV e le epatiti virali, si sottolinea l'importanza di una prevenzione specifica di queste patologie attraverso una diagnosi precoce ed una terapia tempestiva ed adeguata (6).

Riferimenti bibliografici

1. World Health Organization. Global Strategy for the prevention and control of sexually transmitted infections: 2006-2015. Breaking the chain of transmission. Geneva: WHO; 2007.
2. www.salute.gov.it/malattieInfettive/paginaInternaMenuMalattieInfettive.jsp?id=812&menu=strumentieservizi
3. World Health Organization. Management of patients with sexually transmitted diseases. Technical Report Series, 810. Geneva: WHO; 1991.
4. Salfa MC, Regine V, Ferri M, et al. La Sorveglianza delle Malattie Sessualmente Trasmesse basate su una rete di centri clinici: 18 anni di attività. NotIst Super Sanità 2012;25(2):3-10
5. Salfa MC, Ferri M, Suligoì B. Le Infezioni Sessualmente Trasmesse: aggiornamento dei dati dei due sistemi di sorveglianza sentinella attivi in Italia al 31 dicembre 2014. NotIst Super Sanità 2016;29(2):3-39.
6. Italia. Allegato A. Documento di consenso sulle politiche di offerta e le modalità di esecuzione del test per HIV in Italia. Gazzetta Ufficiale - Serie Generale n. 191, 18 agosto 2011.

Allegato 1

¹Centro Operativo AIDS: Referenti per la Sorveglianza sentinella delle IST: Barbara Suligoì, Maria Cristina Salfa

Allegato 2

***Elenco dei Responsabili e dei Collaboratori della Rete sentinella dei centri clinici per le IST:**

Piemonte

Centro di Dermatologia Genitale e per le IST
S.C. Dermatologia
Città della Salute e della Scienza di Torino
Via Cherasco, 23
10123 Torino
Responsabile: Sergio DELMONTE
Collaboratore: Elena Stroppiana

Liguria

Centro MST-SC Dermatologia
Ospedale Galliera di Genova
Via Mura delle Cappuccine, 14
16128 Genova
Responsabile: Luigi PRIANO

Lombardia

Centro MTS - Istituto Scienze Dermatologiche
Fondazione Ca' Granda
Università di Milano
Via Pace, 9

20122 Milano

Responsabile: Marco CUSINI

Collaboratore: Stefano Ramoni

Centro MTS

Azienda Spedali Civili di Brescia

Università degli Studi di Brescia

Piazza Spedali Civili, 1

25125 Brescia

Responsabile: Alberto MATTEELLI

Collaboratore: Alessandra Apostoli

UO Medicina Transculturale e Malattie a trasmissione sessuale

ASL Brescia

Viale Piave, 40

25123 Brescia

Responsabile: Issa EL HAMAD

Collaboratore: Carla Scolari

Trentino-Alto Adige

Centro Dermatologia Sociale - MTS

Ospedale Regionale S. Chiara

Via Gocciadoro, 82

38100 Trento

Responsabile: Franco URBANI

Collaboratore: Laura Rizzoli

Friuli-Venezia Giulia

Centro MST

Presidio Preventivo Epidemiologico Provinciale AIDS

Via Vittorio Veneto, 181

34170 Gorizia

Responsabile: Gianmichele MOISE

Collaboratore: Marina Drabeni

Emilia-Romagna

Centro MTS - Clinica Dermatologica

Ospedale S. Orsola

Via Massarenti, 1

40138 Bologna

Responsabile: Antonietta D'ANTUONO

Collaboratore: Valeria Gaspari

Toscana

ASF/Dipartimento di Chirurgia e Medicina traslazionale

Università di Firenze

Presidio Ospedaliero P. Palagi

V.le Michelangiolo, 41

50125 FIRENZE

Responsabile: Giuliano ZUCCATI
Collaboratore: Laura Tiradritti

Lazio

Centro MST/HIV
Istituto Dermatologico San Gallicano
Via Fermo Ognibene, 23
00144 Roma
Responsabile: Antonio CRISTAUDO
Collaboratore: Alessandra Latini

Puglia

Clinica Dermatologica Universitaria
Azienda Ospedaliero-Universitaria Policlinico Bari
Piazza Giulio Cesare, 11
70124 Bari
Responsabile: Mauro GRANDOLFO

Sardegna

Centro MST - Clinica Dermatologica
Azienda Ospedaliero Universitaria
Dipartimento di Scienze Mediche Internistiche
PO S. Giovanni di Dio
Via Ospedale, 46
09124 Cagliari
Responsabile: Franco Rongioletti
Collaboratore: Roberta Satta

2.4 Diffusione di epatiti virali

Introduzione

Nel quadro di epatite virale si identificano tutti quei processi infiammatori acuti del fegato causati da specifici virus epatotropi, contagiosi e ubiquitari, a diversa distribuzione geografica in rapporto alle condizioni socio-economiche della popolazione. Nella forma classica si manifestano con un importante quadro generalizzato di malessere, astenia, anoressia, nausea, vomito, febbricola e sintomi più specifici fra i quali l'ittero. I tipi virali più frequentemente coinvolti sono detti virus epatitici maggiori: HAV, HBV, HCV, HDV, HEV.

Per tutti i casi di epatite virale, in Italia è prevista la notifica obbligatoria in classe II, secondo il decreto ministeriale 15 dicembre 1990 (1). Il medico segnalatore deve comunicare il caso, entro 48 ore dall'osservazione, alla ASL di competenza, la quale a sua volta provvede, previa validazione della diagnosi, all'invio alla Regione. Dalla Regione la segnalazione viene inviata al Ministero della Salute e all'ISTAT.

In Italia è inoltre attiva dal 1985 una sorveglianza speciale denominata SEIEVA (Sistema epidemiologico integrato dell'epatite virale acuta) coordinata dal Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute dell'Istituto Superiore di Sanità, che raccoglie informazioni più dettagliate sui casi e consente così la valutazione dell'incidenza, nonché la comprensione e la stima del contributo relativo dei diversi fattori di rischio di epatite (2,3). La partecipazione alla sorveglianza SEIEVA è su base volontaria: attualmente aderisce il 79,9% delle ASL italiane distribuite su tutto il territorio nazionale (con l'eccezione della sola Regione Molise), alle quali afferisce il 77,2% della popolazione italiana. Il numero di ASL partecipanti e conseguentemente la popolazione sorvegliata sono in costante aumento. Attraverso un questionario epidemiologico vengono raccolte informazioni sui principali fattori di rischio per le epatiti virali acute, ivi compresa la tossicodipendenza.

I tossicodipendenti, soprattutto quelli che assumono droghe per via iniettiva, in particolare per l'uso di siringhe contaminate, sono ad aumentato rischio di epatite virale a trasmissione parenterale (B, C e Delta). In modo nuovo tuttavia, negli ultimi anni sono state descritte numerose epidemie di epatite A tra tossicodipendenti (4,5).

Oggetto di questa relazione sono i casi di epatite A, B, C e Delta in tossicodipendenti, indipendentemente dalla modalità di assunzione della droga, segnalati al SEIEVA negli anni dal 1991 al 2015. Inoltre viene presentata un'analisi più dettagliata riferita al periodo 2010-2015.

Distribuzione temporale e caratteristiche demografiche delle nuove diagnosi di epatite virale acuta tra i tossicodipendenti

Nel periodo di osservazione (1991-2015), sono stati segnalati complessivamente 343 casi di epatite A, 1.702 casi di epatite B e 1.337 casi di epatite C, in soggetti facenti uso di droghe. Per quanto riguarda l'epatite delta, sono stati diagnosticati 75 casi. Ulteriori 125 casi risultati positivi al virus delta, presentavano una coinfezione con il virus B: ai fini di questa relazione questi ultimi sono inclusi tra i casi di epatite B.

L'analisi degli andamenti temporali, ha evidenziato una progressiva diminuzione del numero di casi di epatite B e C, scesi da 166 e 61 nel 1991 rispettivamente a 13 e 10 nel 2015. Il maggiore calo si è registrato nei primi dieci anni di sorveglianza; dal 2002 il numero di casi di epatite virale acuta, legati alla tossicodipendenza, è continuato a scendere, seppure in maniera meno accentuata

(Figura 79). Per quanto riguarda l'epatite Delta, responsabile in passato di epidemie tra i tossicodipendenti (6,7), è stato osservato un solo caso (nel 2007) nell'intero periodo 2005-2015.

Per quanto riguarda l'epatite A, nonostante si sia registrato un profondo mutamento dell'epidemiologia complessiva negli ultimi anni, con un calo progressivo dell'incidenza come conseguenza delle migliorate condizioni igieniche, sanitarie e socio-economiche che ha portato l'Italia a essere considerato un Paese a endemicità medio-bassa, il numero di casi di epatite A in tossicodipendenti rimane pressoché costante negli anni, con frequenti picchi in corrispondenza di focolai epidemici.

Numero di casi di epatite virale acuta (A, B, C e Delta) in soggetti tossicodipendenti, per anno di insorgenza dei sintomi. SEIEVA 1991-2015

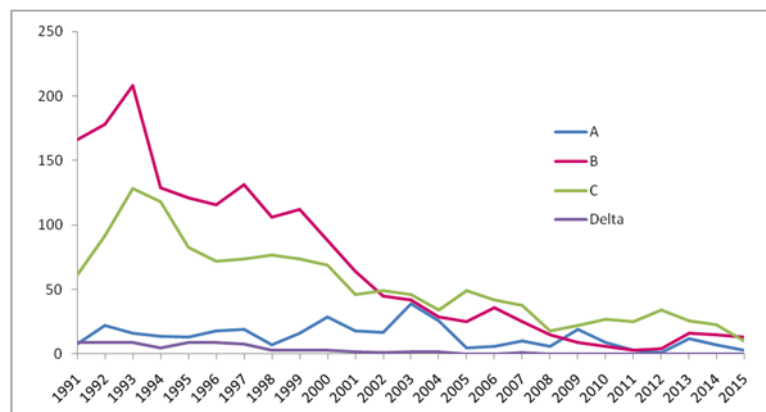


Figura 79

Si specifica che l'analisi dell'andamento del numero di casi per anno presentata tende leggermente a sottostimare la diminuzione del rischio di infezione rispetto all'analisi dell'incidenza di malattia; negli anni, infatti, il numero di ASL partecipanti alla sorveglianza è aumentato e conseguentemente la popolazione di riferimento. Purtroppo non è stato possibile calcolare le incidenze di malattia in questo specifico gruppo di popolazione, non potendoci avvalere di denominatori affidabili e di stime precise sul numero di tossicodipendenti per regione in Italia.

Nel periodo in studio si sono verificati 3 decessi fra i casi di epatite A in soggetti tossicodipendenti, 5 fra i casi di epatite B, nessuno fra i casi di epatite C e delta. In particolare, per quanto riguarda l'epatite A, l'analisi ha evidenziato una letalità significativamente maggiore nei tossicodipendenti (0,9%) rispetto a chi non assume droghe (0,06%, $p=0,001$).

Nell'ultimo periodo di osservazione (2010-2015), sono stati segnalati al SEIEVA un totale di 237 casi di epatite virale acuta: la maggior parte (61,2%; 145 casi) era attribuibile al virus C; nel 24,0% (N=57) si è trattato di epatite B e nel 14,8% (35 casi) di epatite A. Non sono stati notificati al SEIEVA casi di epatite acuta Delta in questo periodo.

Nonostante l'informazione sull'uso di droghe sia raccolta fin da quando la sorveglianza SEIEVA è stata istituita, solo dal 2013 viene raccolto il dettaglio sulla modalità di assunzione. La distribuzione dei casi di epatite in tossicodipendenti in base alla via di somministrazione è presentata nella Tabella 93

Modalità di assunzione delle sostanze stupefacenti dichiarata dai soggetti tossicodipendenti con diagnosi di epatite virale acuta di tipo A, B o C. SEIEVA, 2013-2015.

Modalità di assunzione	Tipo di epatite			Totale
	A	B	C	
endovena	0,0	22,0	48,1	30,6
inalazione	78,0	70,7	21,1	48,7
endov/inal	0,0	2,4	30,8	15,3
altro	22,0	4,9	0,0	5,4
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0

Tabella 93

La maggior parte dei soggetti tossicodipendenti che presentano epatite A o B (78% e 70,7% rispettivamente) riportano di assumere sostanze stupefacenti solamente per inalazione, mentre fra i pazienti affetti da epatite C, l'78,9% riporta un'assunzione per via endovenosa.

La **Tabella 94** mostra la distribuzione dei casi per età, sesso e cittadinanza. I casi di epatite acuta qui analizzati sono per la maggior parte giovani adulti, si nota una età un po' più avanzata tra i casi di epatite B, a causa della vaccinazione dell'obbligo introdotta nel 1991 e per la quale molte coorti di nascita sono ormai protette contro l'epatite B. Come atteso in base all'epidemiologia dell'epatite virale acuta, la maggior parte dei casi osservati in tossicodipendenti era di sesso maschile.

Per quanto riguarda la cittadinanza, la percentuale di stranieri tra i casi di epatite A rispecchia la distribuzione che essi hanno nella popolazione generale: ~8% di immigrati regolari (8) più un valore stimato di circa il 6% di irregolari (9), mentre la stessa percentuale è maggiore tra i casi di epatite B, il 31,6% dei quali sono stranieri. La percentuale di stranieri tra i casi di epatite C è inferiore a quella presente nella popolazione generale. Riguardo l'area di provenienza, la maggior parte di casi di epatite in tossicodipendenti stranieri proveniva dall'Africa o dall'Europa dell'Est.

Caratteristiche socio-demografiche dei casi di epatite acuta A, B e C in soggetti tossicodipendenti. SEIEVA 2010-2015.

	Epatite								p
	A		B		C		Totale		
n° casi	35 (14,8%)		57 (24,0%)		145 (61,2%)		237 (100,0%)		
Età	N	%	N	%	N	%	N	%	
15-24	10	28,6	4	7,0	53	36,55	67	28,3	
25-34	12	34,3	16	28,1	53	36,55	81	34,2	
35-54	13	37,1	36	63,2	39	26,9	88	37,1	<0,001
≥55	0	0,0	1	1,7	0	0,0	1	0,4	
Mediana (range)	29 (17-49)		37 (16-56)		27 (15-50)		29 (15-56)		
Sesso									
M	29	82,9	51	89,5	105	72,4	185	78,1	0,023

F	6	17,1	6	10,5	40	27,6	52	21,9	
Cittadinanza									
Italiana	30	85,7	39	68,4	133	93,0	202	86,0	<0,001
Altro	5	14,3	18	31,6	10	7,0	33	14,0	

Tabella 94 riporta il numero di diagnosi di epatite acuta registrato tra i tossicodipendenti per regione di segnalazione, nel periodo 2010-2015.

Regione	Epatite					
	A		B		C	
	n°	%	n°	%	n°	%
Piemonte	5	14,3	6	10,5	12	8,3
Valle d'Aosta	0	0,0	0	0,0	2	1,4
Lombardia	7	20,0	3	5,3	12	8,3
P. A. Trento	0	0,0	0	0,0	3	2,1
P. A. Bolzano	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Veneto	4	11,4	2	3,5	25	17,2
Friuli-Venezia Giulia	0	0,0	0	0,0	4	2,8
Liguria	0	0,0	0	0,0	5	3,4
Emilia-Romagna	6	17,1	14	24,6	26	17,9
Toscana	3	8,6	14	24,6	26	17,9
Umbria	3	8,6	1	1,7	0	0,0
Marche	1	2,9	1	1,7	8	5,5
Lazio	0	0,0	14	24,6	13	9,0
Abruzzo	0	0,0	1	1,7	0	0,0
Molise	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Campania	0	0,0	0	0,0	3	2,1
Puglia	5	14,3	0	0,0	2	1,4
Basilicata	0	0,0	0	0,0	2	1,4
Calabria	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Sicilia	1	2,9	0	0,0	1	0,7
Sardegna	0	0,0	1	1,7	1	0,7
Totale	35	100,0	57	100,0	145	100,0

Tabella 95 Numero di nuove diagnosi di epatite virale acuta in tossicodipendenti, per regione di segnalazione (2010-2015)

Analisi di “altri” fattori di rischio riportati dai casi di epatite acuta in tossicodipendenti.

Nella **Tabella 96** sono descritti gli ulteriori fattori di rischio riportati dalla popolazione in esame, nei sei mesi precedenti l'insorgenza dell'epatite acuta. Una alta percentuale di casi riportava partner sessuali multipli. Tra i casi di epatite C, il 15,3% riportava l'effettuazione di un tatuaggio, mentre il 25% aveva un convivente o partner sessuale con epatite cronica di tipo C. Tra i casi di epatite A più del 14% riportava un viaggio in zona endemica per quella infezione.

Una percentuale rilevante di casi di epatite A (15,8%) riportava una coinfezione con il virus HIV.

Tabella 96 Fattori di rischio aggiuntivi riportati dai casi di epatite virale acuta A, B e C in soggetti tossicodipendenti. SEIEVA 2010-2015

Fattore di rischio	Epatite						p
	A		B		C		
	N	%	N	%	N	%	
≥ 3 partner sessuali	8	34,8	18	40,0	22	25,6	0,220
Tatuaggio	5	14,3	4	7,1	20	15,3	0,306
Piercing	5	14,3	1	1,8	12	9,2	0,062
Convivente HBsAg+	0	0,0	3	8,1	2	2,2	0,163
Convivente HCV+	4	13,3	5	12,2	26	25,0	0,134
Viaggio in zona endemica per epatite A	5	14,3	0	0,0	1	0,8	0,001
Positivo per HIV	3	15,8	1	3,4	4	4,0	0,138

Casi di epatite virale acuta prevenibili da vaccinazione

Sia l'epatite A, sia l'epatite B sono malattie prevenibili attraverso la vaccinazione; in entrambi i casi, infatti, esiste un vaccino sicuro ed efficace nella prevenzione delle infezioni da virus A dell'epatite (HAV) e da virus B (HBV). Al contrario non è stato ancora sviluppato un vaccino per prevenire l'infezione causata dal virus C dell'epatite (HCV).

In Italia la vaccinazione contro l'HAV e l'HBV è fortemente raccomandata ed offerta gratuitamente ai soggetti appartenenti a gruppi a rischio di contrarre l'infezione: tra queste categorie a rischio rientrano i tossicodipendenti (10). Potenzialmente, quindi, tutti i casi di epatite A e B notificati in questi anni al SEIEVA avrebbero potuto essere prevenuti attraverso la vaccinazione.

Una alta percentuale di casi di epatite A (70,9%) e B (67,9%), notificati nel periodo 1991-2015, erano in contatto con un Servizio per le Tossicodipendenze (SerT), questo avrebbe dovuto facilitare l'accesso alla vaccinazione.

Sintesi finale

Dall'analisi dei dati della sorveglianza SEIEVA si evince che i casi di epatite virale acuta in soggetti tossicodipendenti hanno avuto un evidente calo negli ultimi venti anni. Nel periodo di studio si osserva in particolare una tendenza verso la riduzione soprattutto dei casi di epatite B per la quale si è passati dai circa 200 casi annui nei primi anni (1991-1993) a 13 casi segnalati nel 2015. Questa importante diminuzione è sicuramente attribuibile all'obbligo vaccinale per epatite B introdotto in

Italia per legge nel 1991 per tutti i nuovi nati ed i dodicenni (11) (la vaccinazione dei dodicenni è stata sospesa nel 2003 al ricongiungimento delle 2 coorti target del programma vaccinale). Coperture vaccinali uguali o superiori al 95%(12,13) sono state raggiunte favorendo l'interruzione della circolazione virale e contribuendo alla drastica diminuzione dell'incidenza di malattia.

In aggiunta alla vaccinazione dell'obbligo anti-epatite B e in considerazione del fatto che i tossicodipendenti sono un gruppo di popolazione ad alto rischio di infezioni da virus epatitici, ad essi sono fortemente raccomandate le vaccinazioni anti-epatite A e anti-epatite B (10). Continuano tuttavia ad essere notificati ogni anno casi di epatite A e B tra i TD, nonostante a questi soggetti debba essere offerta la vaccinazione nell'ambito del percorso assistenziale previsto per loro all'interno di strutture sanitarie specifiche, quali i Servizi per le Tossicodipendenze (SerT). Dai dati della sorveglianza emerge che il 70,9% dei casi in tossicodipendenti di epatite A acuta e il 67,9% di epatite B, vengono seguiti dai SerT. Solo alcuni di questi Servizi direttamente offrono a tale categoria di soggetti le vaccinazioni anti-epatite A e anti-epatite B, mentre i restanti demandano tale compito ai servizi territoriali di vaccinazione che non effettuano offerta attiva, creando un'importante barriera all'accesso alla vaccinazione.

Il problema è ancora più rilevante perché l'infezione da virus A e B dell'epatite in questa categoria di soggetti può spesso rappresentare un evento particolarmente grave e aggiungersi a sottostanti infezioni di altri microrganismi (es. HIV) o a patologie croniche del fegato di diversa origine (5). I dati SEIEVA hanno infatti evidenziato una letalità per epatite A significativamente maggiore nei TD rispetto ai soggetti che non assumono sostanze stupefacenti.

Sembra pertanto opportuno compiere ulteriori sforzi al fine di migliorare l'accesso alle vaccinazioni disponibili in questa categoria a rischio e ottimizzare la strategia di offerta.

** Referenti locali del Sistema Epidemiologico Integrato dell'Epatite Virale Acuta:*

L. Ferrigno, S. Crateri, G. Iantosca, G. Badoni (ISS); Sudano L., Ruffier M. (Valle d'Aosta); Fischer M., Augschiller M., Gamper S., Foppa A., Lechthaler T., Thaler J., Steinmair B. (Prov. Aut. Bolzano); Grandi C., Carraro V., Franchini S. (Trentino Alto Adige); Zotti C., Amprino V., Malaspina S., Gallone A., Castella A., Valenza G., Silano V., Ara G., Tacca M.G., Iodice S., Marchisio A.M., Costantino A.M., Giovanetti F., Susani F. (Piemonte); Donadini A., Nespoli C., Trezzi L., Gennati G., Monteverdi A., Boldori L., De Grada P., Gattinoni A., Brugnoli R., Belloni A., Binotto M., Pinciroli G., Pesci L., Senegaglia P., Crippa S., Altomonte G., Lodola S., Aquino I., Castelli N., Zecca E., Nieri M., Zecca F., Pasquale L., Piedacci G. (Lombardia); Zorzut F., Rocco G., Brianti G., Gallo T., Zuliani M., Breda A., Feltrin O. (Friuli-Venezia Giulia); Russo F., Zanella F., Mel R., Soppelsa M., Mazzetto M., Russo F., Zolin R., Todescato A., Bacciolo N., Rizzato D., Pupo A., Nicolardi L., Flora M., Boin F., De Sisti C., D'Ettore G., Caracciolo V., Penon M.G., Bellè M., Cafarra L., Zivelonghi G., Soffritti S., Foroni M. (Veneto); Finarelli A.C., Borrini B.M., Gualanduzzi C., Capra A., Sacchi A.R., Borrini B.M., Mattei G., Gardenghi L., Gianninoni A.R., Sancini R., Dalle Donne E., Rangoni R., Cova M., Bevilacqua L., Fiumana E., Bondi B., Pecci A. (Emilia Romagna); Mela M., Briata M.P., Giuliano M., Turello V., Opisso A., Zoppi G., Torracca P., Ricci M.A., Capellini A. (Liguria); Pecori L., Mazzotta F., Balocchini E., Ghiselli G., Marchini P., Di Vito A., Wanderlingh W., Raso E., Mazzoli F., Berti C., Galletti N., Grandi E., Ferrentino M.S., Marinari M.G., Lombardi A., Barbieri A., Bagnoli A., Bandini M., Lezzi I., Verdelli F., Beltrano A., Bindi R., Sansone C.M., Boncompagni G., Zacchini F., Baretta S., Baroncini O., Staderini C., Filidei P., Chiapparini L., Barghini F., Cadoni M. (Toscana); Tagliavento G., Fiacchini D., Damiani N., Pelliccioni A.R., Liverani A., Peccerillo G., Vaccaro A., Spadoni M.R., Rossini R., Pasqualini F., Priori A., Burattini N., Cimica S., Vitale V., Laici F., Migliozzi F., Moretti G., Ciarrocchi G., Impullitti S., Angelini C. (Marche); Tosti A., Giaimo M.D., Buscosi A., Pasquale A., Ciani C., Santocchia F., Proietti M.L., Paoloni M.C. (Umbria); Ercole A., Russo P., Cerocchi C., Grillo P., Loffredo M., Labriola V., Pendenza A., Nappi M.R., Bueti P., Santucci L., Mangiagli F., Varrenti D., Aquilani S., Dionette P., Corpolongo D., Di Luzio G. (Lazio); Di Giacomo M., Graziani M., Mancini C., Turchi C., Granchelli C., Soldato G., D'Eugenio F., Albanesi I. (Abruzzo); Ferrara M.A., Citarella A., Fossi E., Parlato A., Alfieri R., Scotto M., Caiazzo A.L. (Campania); Chironna M., Prato R., Matera R., Menolascina S., Colamaria R., Azzollini N., Madaro A., Scalzo G., Ancona A., Pedote P., Moffa G., Pagano I., Angelillis R., Ferraro M., Aprile V., Turco G.L., Minerba S., Caputi G. (Puglia); Negrone F., Maldini M., Russo T. (Basilicata); Aloia F., Giuffrida S. (Calabria); Mangione R., Consacra R., Cuccia M., Rinnone S. (Sicilia); Delogu F., Fracasso D., Saba A., Puggioni A., Frongia O., Marras M.V., Crasta M.G., Mereu G., Steri G.C., Santus S. (Sardegna).

Riferimenti bibliografici

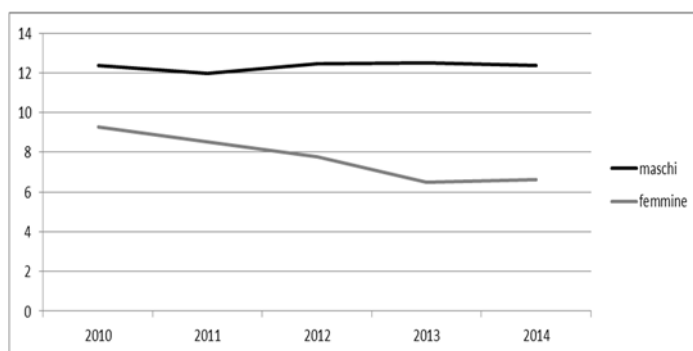
- (1) Ministero della Salute. Decreto Ministeriale del 15 dicembre 1990. "Sistema informativo delle malattie infettive e diffuse". Gazzetta Ufficiale 1991;6.
- (2) Mele A, Rosmini F, Zampieri A, Gill ON. Integrated epidemiological system for acute viral hepatitis in Italy (SEIEVA): description and preliminary results. *European Journal of Epidemiology* 1986;2(4):300-304.
- (3) Istituto Superiore di Sanità. Sistema Epidemiologico Integrato dell'Epatite Virale Acuta, SEIEVA. 2016; Available at: <http://www.iss.it/seieva>. Accessed 06/17, 2016.
- (4) Crowcroft NS. Hepatitis A virus infections in injecting drug users. *Communicable disease and public health* 2003;6(2):82-84.
- (5) Spada E, Genovese D, Tosti ME, Mariano A, Cucuini M, Proietti L, et al. An outbreak of hepatitis A virus infection with a high case-fatality rate among injecting drug users. *Journal of Hepatology* 2005;43(6):958-964.
- (6) Lettau LA, McCarthy JG, Smith MH, Hadler SC, Morse LJ, Ukena T, Bessette R, Gurwitz A, Irvine WG, Fields HA, et al. Outbreak of severe hepatitis due to delta and hepatitis B viruses in parenteral drug abusers and their contacts. *N Engl J Med* 1987;317(20):1256-1262.
- (7) Mele A, Mariano A, Tosti ME, Stroffolini T, Pizzuti R, Gallo G, Ragni P, Zotti C, Lopalco P, Curtale F, Balocchini E, Spada E, SEIEVA Collaborating Group. Acute hepatitis delta virus infection in Italy: incidence and risk factors after the introduction of the universal anti-hepatitis B vaccination campaign. *Clinical Infectious Diseases* 2007;44(3):e17-24.
- (8) Istat. Demografia in cifre. 2006; Available at: <http://www.demo.istat.it/>. Accessed 17 giugno, 2006.
- (9) Fondazione Ismu. Diciottesimo Rapporto sulle migrazioni. FrancoAngeli; 2012.
- (10) Ministero della Salute. Piano Nazionale Prevenzione Vaccinale (PNPV) 2012-2014.
- (11) Ministero della Salute. LEGGE 27 maggio 1991, n. 165. Obbligatorietà della vaccinazione contro l'epatite virale B. 1991.
- (12) Ministero della Salute - DG della Prevenzione - Ufficio V. Malattie Infettive e Profilassi Internazionale. Vaccinazioni dell'età pediatrica, in Italia: coperture vaccinali. 2014.
- (13) Gruppo di lavoro ICONA. ICONA 2008: Indagine di COpertura vaccinale NAzionale nei bambini e negli adolescenti. Rapporti ISTISAN 09/29 2009.

2.5 Ricoveri ospedalieri droga correlati

Dopo il rapido declino osservato fino alla prima metà degli anni 2000, i ricoveri droga-correlati in Italia sono andati riducendosi ad un ritmo più lento. Dall'analisi delle Schede di Dimissione Ospedaliera (SDO) raccolte dal Ministero della Salute relative agli ultimi cinque anni risulta che il numero di ricoveri è passato da 6.499 nel 2010 a 5.632 nel 2014. Rispetto alla popolazione i ricoveri droga-correlati sono diminuiti da 10,7 a 9,3 per 100.000 residenti.

I ricoveri maschili sono sempre più numerosi di quelli femminili e il divario di genere (rapporto tra uomini e donne) è aumentato nel tempo passando da 1,3 nel 2010 a 1,7 nel 2014. Tale aumento è dovuto ad un trend sostanzialmente stabile negli uomini e leggermente decrescente nelle donne: i tassi di ospedalizzazione droga-correlati standardizzati per età⁶³ negli uomini sono circa pari a 12 per 100.000 residenti negli anni 2010-2014, mentre nelle donne sono passati da 9,3 a 6,6 (Figura 80).

Trend delle dimissioni ospedaliere per disturbi correlati all'abuso di droghe per sesso in Italia. Tassi di ospedalizzazione standardizzati per 100.000 residenti. Popolazione residente, anni 2010-2014.



2010	12.36	9.27
2011	11.97	8.53
2012	12.48	7.78
2013	12.5	6.5
2014	12.35	6.61

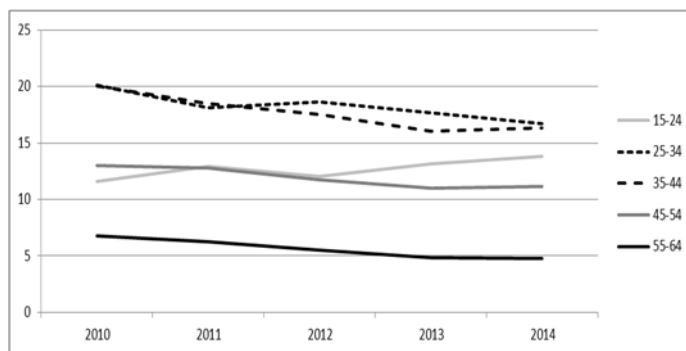
Figura 80

Fonte: Elaborazioni Istat su dati del Ministero della Salute, Schede di Dimissione Ospedaliera (SDO)

Le classi di età 25-34 e 35-44 anni si confermano quelle con i livelli di ospedalizzazione più elevati, sebbene in diminuzione (Figura 81). Seguono per frequenza i ricoveri droga-correlati della classe di età 15-24 anni, unica fascia di età in controtendenza che registra un aumento dell'ospedalizzazione nel periodo di osservazione.

Trend delle dimissioni ospedaliere per disturbi correlati all'abuso di droghe per classe di età in Italia. Tassi di ospedalizzazione specifici per età per 100.000 residenti. Popolazione residente, anni 2010-2014.

⁶³I tassi di ospedalizzazione standardizzati sono stati calcolati con il metodo diretto utilizzando classi di età quinquennali (0, 1-5, 5-9, ..., 90+); la popolazione standard utilizzata è la popolazione residente in Italia alla data del Censimento 2001.



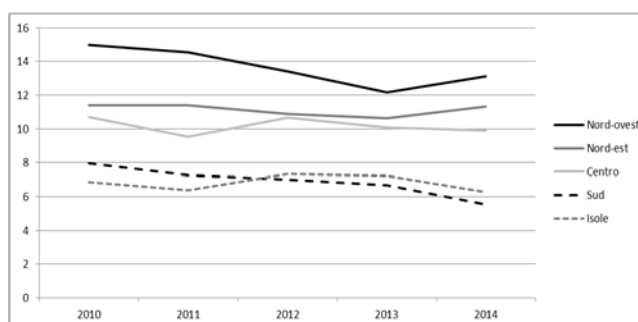
	15-24	25-34	35-44	45-54	55-64
2010	11.56	20.08	20.01	12.97	6.78
2011	12.94	18.11	18.49	12.74	6.26
2012	12.04	18.61	17.52	11.75	5.53
2013	13.12	17.7	16.01	11	4.84
2014	13.82	16.7	16.33	11.14	4.8

Figura 81

Fonte: Elaborazioni Istat su dati del Ministero della Salute, Schede di Dimissione Ospedaliera (SDO)

Per quanto riguarda le differenze territoriali, si conferma il gradiente Nord-Sud, con tassi di ospedalizzazione droga-correlati più elevati al Centro-Nord rispetto al Sud e alle Isole (Figura 82). Nel 2014 il divario tra il Nord-ovest ed il Sud risulta inoltre più ampio che nel 2010 per un aumento dei tassi tra il 2013 e il 2014 nel primo caso ed una diminuzione nel secondo caso.

Trend delle dimissioni ospedaliere per disturbi correlati all'abuso di droghe per area geografica. Tassi di ospedalizzazione standardizzati per 100.000 residenti. Popolazione residente, anni 2010-2014.



	Nord-ovest	Nord-est	Centro	Sud	Isole
2010	14.97	11.41	10.69	7.96	6.86
2011	14.54	11.41	9.54	7.24	6.37
2012	13.41	10.87	10.67	7	7.33
2013	12.15	10.61	10.08	6.68	7.21
2014	13.13	11.31	9.91	5.53	6.26

Figura 82

Fonte: Elaborazioni Istat su dati del Ministero della Salute, Schede di Dimissione Ospedaliera (SDO)

Facendo riferimento al tipo di sostanza per cui è avvenuto il ricovero, in entrambi i generi sono più frequenti i ricoveri per consumo di oppioidi (compresi eroina, metadone e oppio); seguono i ricoveri per consumo di cocaina e quelli per cannabis, amfetamine e altre sostanze psicostimolanti (Figura 83). Tuttavia questi dati sono fortemente influenzati dall'elevata percentuale di casi riferiti al consumo di sostanze miste o non specificate, che rappresentano il 49% negli uomini e ben il 71% nelle donne, riducendo le potenzialità di studiare il fenomeno per sostanza consumata.

Dimissioni ospedaliere per disturbi correlati all'abuso di droghe per genere e tipo di sostanza. Anno 2014.

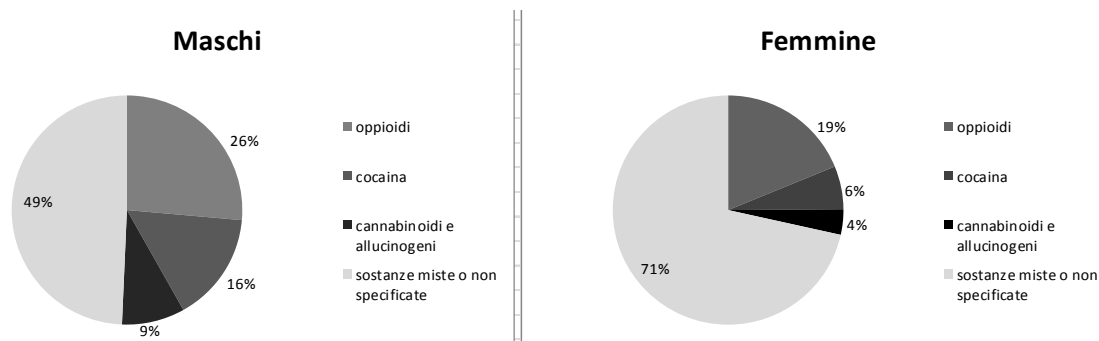


Figura 83

Fonte: Elaborazioni Istat su dati del Ministero della Salute, Schede di Dimissione Ospedaliera (SDO)

Focalizzando l'analisi sui pazienti di 15-64 anni, il numero di ricoveri droga-correlati passa da 4.913 se si considera solo la diagnosi principale, a 15.692 se si considerano tutte le diagnosi riportate nella scheda di dimissione ospedaliera (Tabella 97). Il rapporto tra il numero di casi per tutte le diagnosi e il numero di casi per la diagnosi principale è ancora più elevato negli uomini (3,5) ed è pari a 4 volte nella classe 45-54 anni; nelle donne tale rapporto scende a 2,7, con differenze più contenute nelle diverse classi di età. Di conseguenza, il tasso grezzo di ospedalizzazione aumenta molto quando si considerano tutte le diagnosi della scheda di dimissione ospedaliera: 40,0 per 100.000 residenti vs. 12,5.

Le differenze di genere si accentuano considerando il quadro patologico complessivo: il rapporto di genere (ricoveri maschili / ricoveri femminili) sale da 2 nel caso della diagnosi principale droga-correlata a 2,5 nel caso della multimorbosità, per una maggior frequenza negli uomini di diagnosi droga-correlate tra le diagnosi secondarie.

Per quanto riguarda le classi di età, si conferma invece il profilo osservato per la diagnosi principale, con una maggior frequenza dei ricoveri droga-correlati nelle classi 25-34 e 35-44 anni, seguita dalla classe 15-24 anni.

Dimissioni ospedaliere droga-correlate 15-64 anni per classe di età, diagnosi principale o tutte le diagnosi. Numero assoluto e tassi grezzi (per100.000). Popolazione residente, anno 2014.

Età	Diagnosi principale		Tutte le diagnosi		Rapporto Tutte / Principale
	dimissioni	tasso grezzo	dimissioni	tasso grezzo	
Maschi					
15-24	584	19.0	1,731	56.4	3.0
25-34	869	24.9	2,810	80.4	3.2
35-44	1,024	22.3	3,602	78.5	3.5
45-54	628	13.3	2,523	53.6	4.0
55-64	155	4.2	592	16.1	3.8
Tot (15-64)	3,260	16.7	11,258	57.6	3.5
Femmine					
15-24	240	8.3	637	22.0	2.7
25-34	290	8.4	874	25.4	3.0
35-44	477	10.4	1,270	27.6	2.7
45-54	436	9.0	1,121	23.2	2.6
55-64	210	5.3	532	13.5	2.5
Tot (15-64)	1,653	8.4	4,434	22.5	2.7
Totale					
15-24	824	13.8	2,368	39.7	2.9
25-34	1,159	16.7	3,684	53.1	3.2
35-44	1,501	16.3	4,872	53.0	3.2
45-54	1,064	11.1	3,644	38.2	3.4
55-64	365	4.8	1,124	14.8	3.1
Tot (15-64)	4,913	12.5	15,692	40.0	3.2

Tabella 97

Fonte: Elaborazioni Istat su dati del Ministero della Salute, Schede di Dimissione Ospedaliera (SDO)

I tassi di ospedalizzazione standardizzati per la classe 15-64 anni confermano che, pur eliminando l'effetto della diversa struttura per età, permangono sia le forti differenze tra la frequenza dei ricoveri droga-correlati ottenuti considerando la diagnosi principale o tutte le diagnosi, sia le forti differenze di genere.

Capitolo 3 – I trattamenti in carcere

A cura del Ministero Giustizia – Dipartimento di Giustizia Minorile e di Comunità e Dipartimento Amministrazione Penitenziaria (DAP)

3.1 Salute dei detenuti

L'INTERVENTO DELL'AMMINISTRAZIONE PENITENZIARIA IN TEMA DI TOSSICODIPENDENZA - 2016

La presa in carico della tossicodipendenza in carcere è stata la prima area di intervento sanitario trasferita alle Regioni. Infatti, fin dall'inizio degli anni '90 il T.U. 309/90 aveva affidato ai servizi sanitari territoriali esterni – Sert - l'assistenza e la cura dei soggetti tossicodipendenti in stato di detenzione.

Successivamente, la riforma della sanità penitenziaria ha previsto il transito della tossicodipendenza alle Regioni ancor prima del trasferimento di tutte le altre funzioni di sanità penitenziaria. Pertanto, a far data dal 1.1.2000, la tossicodipendenza è transitata funzionalmente al Servizio Sanitario Nazionale in applicazione dell'art.8, c.1 del D.Lgs. 230/99.

INDAGINI SUL FENOMENO DELLA TOSSICODIPENDENZA

Il problema della titolarità delle indagini epidemiologiche sulla tossicodipendenza in carcere, sorto successivamente al passaggio della sanità penitenziaria al Sistema Sanitario Regionale, non è stato ancora risolto. Attualmente il monitoraggio del fenomeno viene ancora condotto dal Dap in forma aggregata presso i singoli Istituti Penitenziari. E' previsto che venga sostituito dal monitoraggio dei detenuti con problemi droga-correlati di pertinenza del SIS, Sistema Informativo Sanitario.

La rilevazione del fenomeno della tossicodipendenza effettuata dal Dap è stata istituita allo scopo di monitorare gli effetti del DPR 309/90 e ha subito una profonda trasformazione dopo il 2008 (anno in cui è avvenuto il transito della sanità penitenziaria). Fino al 2008 venivano rilevate, oltre al numero di tossicodipendenti, informazioni sulle sostanze assunte, sull'eventuale trattamento metadonico, sull'infezione da HIV, gli screening e le misure adottate, sull'alcooldipendenza. Successivamente, in previsione di una sostituzione con il monitoraggio dei detenuti con problemi droga correlati, la richiesta di informazioni è stata ridimensionata, limitando l'indagine al numero di detenuti tossicodipendenti, distinti per sesso e nazionalità (presenza a fine periodo e nuovi giunti nel periodo). In questo modo, pur non rilevando dati di tipo strettamente sanitario, è stato possibile per l'Amministrazione Penitenziaria, incaricata della custodia e del trattamento dei detenuti, conoscere l'ammontare del fenomeno, per lo svolgimento dei propri compiti istituzionali.

La percentuale di detenuti tossicodipendenti attualmente presenti in carcere è pari a circa il 25% (percentuale sostanzialmente stabile negli ultimi cinque anni): si tratta dei detenuti con problemi droga-correlati, da non confondere con i detenuti con una diagnosi di dipendenza, il cui numero

complessivo risulta inferiore. Fino al 2008 la rilevazione del Dap consentiva di stabilire la relazione esistente tra stato di tossicodipendenza e violazione della normativa sugli stupefacenti. Con il transito della sanità penitenziaria al Sistema Sanitario Regionale di fatto non è stato più possibile analizzare il fenomeno nella sua interezza. Basterebbe in realtà acquisire nel sistema informatico Siap-Afis lo stato di tossicodipendenza: in tal modo si otterrebbero, per ogni singolo detenuto con problemi droga-correlati, le informazioni demografiche, giudiziarie e trattamentali che il sistema contiene. Inizialmente il sistema informatico prevedeva addirittura la compilazione di cartelle cliniche informatizzate e di schede tossicologiche, dismesse dopo il 2008 per i motivi anzidetti.

Si unisce il prospetto relativo all'andamento del numero dei detenuti tossicodipendenti presenti negli istituti penitenziari dall'anno al 31.12.2015 (Serie storica Fonte DAP – Sezione Statistica).

Il prospetto sottostante mostra l'andamento dei detenuti presenti con ascritti reati di cui agli articoli 73 e 74 del DPR 309/90, rispettivamente produzione, spaccio e detenzione illeciti di sostanze stupefacenti e associazione finalizzata al traffico illecito di sostanze stupefacenti. Dalla serie riportata si evince che il totale dei detenuti con ascritto il reato di cui all'art. 73 risulta in aumento fino al 2010, per poi diminuire fino a raggiungere l'attuale quota (16.712 al 31.12.2015). Nel 2014 si assiste al calo più brusco: il numero complessivo di detenuti con ascritto il reato di cui all'articolo 73 risulta inferiore del 23% rispetto al valore relativo all'anno precedente.

Tale repentina diminuzione è dovuta alla pubblicazione in Gazzetta Ufficiale della sentenza della Corte costituzionale n. 32/2014 riguardante il ripristino per l'articolo 73 della normativa vigente prima delle modifiche apportate nel 2006: in particolare viene ripristinata la distinzione tra droghe leggere e pesanti, con un diverso trattamento sanzionatorio, più mite per le prime rispetto alla versione dichiarata incostituzionale.

**SERIE DETENUTI PRESENTI CON REATI DI CUI AGLI ARTICOLI 73 E 74 DEL DPR 309/90.
Anni 2009-2015**

DATA DI RIFERIMENTO	Articoli violati del DPR 309/90					
	73			74		
	totale	solo DONNE	solo STRANIERI	totale	solo DONNE	solo STRANIERI
31/12/2009	26.052	1.144	12.522	5.800	283	1.161
31/12/2010	27.294	1.196	12.522	6.400	300	1.316
31/12/2011	26.559	1.141	11.966	6.207	310	1.155

31/12/2012	25.269	1.070	11.061	6.136	310	1.100
31/12/2013	23.346	958	9.688	6.207	314	1.004
31/12/2014	17.995	747	6.715	6.127	282	911
31/12/2015	16.712	647	6.230	5.875	247	838

Fonte: D.A.P - Ufficio per lo Sviluppo e la Gestione del Sistema Informativo Automatizzato - SEZIONE STATISTICA

Tabella 98

Uno specifico monitoraggio che mette in relazione lo stato di tossicodipendenza dei detenuti con i reati commessi è stato effettuato presso la Casa Circondariale di Milano San Vittore. Si riporta di seguito la scheda relativa all'anno 2015 e si unisce in allegato il monitoraggio condotto in quell'istituto dall'anno 2000 al 2015 (All.n.2).

LE AZIONI

Nell'ottica degli interventi a favore della salute delle persone tossicodipendenti detenute all'interno degli Istituti Penitenziari, l'Amministrazione agisce in sinergia con il Servizio Sanitario Nazionale. Dal trasferimento delle funzioni relative alla gestione sanitaria della tossicodipendenza in carcere, avvenuto dal 1° gennaio 2000, i Servizi per le tossicodipendenze delle Aziende Sanitarie Locali sono attivi in tutti gli istituti penitenziari e laddove non presenti in modo continuativo il servizio per le tossicodipendenze è assicurato al bisogno.

In tal modo, l'Amministrazione Penitenziaria può veicolare importanti risorse umane e progettualità verso gli aspetti fondamentali di relativa competenza, come il recupero sociale del detenuto. In linea con le indicazioni contenute nelle Convenzioni delle Nazioni Unite, le attività che si svolgono all'interno dei penitenziari sono, quindi, orientate verso la ricerca di soluzioni esterne per i detenuti tossicodipendenti in possesso dei requisiti giuridici per l'ammissione a programmi ambulatoriali presso i Sert o presso le Comunità Terapeutiche, sia in misura cautelare, che nella forma della misura alternativa alla detenzione.

I PROTOCOLLI D'INTESA TRA IL MINISTERO DELLA GIUSTIZIA LE REGIONI I TRIBUNALI DI SORVEGLIANZA E L'ANCI

Su tale solco, allo scopo di rendere sempre più la detenzione una opportunità per le persone tossicodipendenti, negli anni 2014-2015 sono stati sottoscritti dal Ministro per la Giustizia protocolli di intesa, rispettivamente con le Regioni Campania, Lazio, Friuli Venezia Giulia, Liguria, Umbria, Abruzzo, Molise, Puglia, Basilicata, Sicilia e Lombardia. Altri due protocolli erano stati firmati dall'ex Ministro Cancellieri con l'Emilia Romagna la Toscana.

Tali intese sono finalizzate a consolidare la collaborazione Interistituzionale tra questa Amministrazione, gli Enti locali e la Magistratura di sorveglianza per realizzare le previsioni costituzionali in materia di reinserimento delle persone in esecuzione penale, dedicando una particolare attenzione a quei soggetti che a causa della loro condizione di tossicodipendenza, necessitano di speciali percorsi riabilitativi, rieducativi e di reinserimento sociale e lavorativo.

In particolare è previsto l'impegno, da parte delle Regioni, ad adottare misure per potenziare le capacità recettive delle comunità residenziali, anche di tipo terapeutico, idonee ad ospitare agli arresti domiciliari o in misura alternativa alla detenzione soggetti in esecuzione penale.

Tali intese rivestono particolare importanza anche ai fini del contenimento del sovraffollamento degli istituti penitenziari e dello sviluppo dei percorsi di reinserimento sociale.

IL TAVOLO DI CONSULTAZIONE PERMANENTE

In data 22 gennaio 2015 è stato approvato dalla Conferenza Unificata un Accordo volto a proporre alle Regioni modelli di riferimento per l'organizzazione della rete sanitaria nazionale e regionale per l'assistenza sanitaria delle persone detenute.

Gli aspetti più generali dell'assistenza - nuovo ingresso-presa in carico, protocolli operativi tra presidi medici e Ser.T. e D.S.M., attività specialistica, ricoveri ospedalieri, gestione emergenza-urgenza - sono affrontati secondo metodologie operative standard e condivise ai vari livelli. Nel documento è raccomandata l'attenzione ai detenuti tossicodipendenti

In particolare, è previsto l'impegno delle Regioni e delle Aziende Sanitarie, attraverso una specifica programmazione, realizzata con il contributo dei Provveditorati Regionali dell'Amministrazione penitenziaria, a garantire ai detenuti tossicodipendenti e alcol dipendenti che necessitano di un regime particolarmente assistito, cure adeguate in ambito detentivo, anche attraverso l'attivazione di sezioni dedicate "Sezioni per detenuti tossicodipendenti (art. 96 commi 3 e 4 d.P.R. 309/90) definite "Custodie attenuate per detenuti tossicodipendenti". Si tratta di istituti o sezioni detentive sono destinate alla permanenza di persone con diagnosi medica di alcol-tossicodipendenza in fase di divezzamento avanzato dall'uso di sostanze stupefacenti. L'istituto o la sezione di custodia attenuata, avvalendosi anche del personale del Ser.T. territoriale e, se necessario, del D.S.M., svolge attività di prevenzione, riduzione del danno, attualizzazione diagnostica, trattamento riabilitativo e reinserimento sociale delle persone alcol-tossicodipendenti che aderiscono

volontariamente al programma. E' auspicabile la presenza di un Istituto interamente dedicato almeno per ogni regione.

Il documento è stato pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale n. 64 del 18.3.2015 ed è stato diffuso ai Provveditori Regionali, alle Direzioni penitenziarie e alle Autorità Giudiziarie con note n. 0198504 del 5.6.2015 e n.0251653 del 16.7.2015.

Capienza regolamentare e detenuti presenti nelle sezioni a

Custodia attenuata per Tossicodipendenti distinti per istituto

Situazione al 31/12/2015

REGIONE	ISTITUTI	TIPO	CAPIENZA REGOLAMENTAR E
CAMPANIA	EBOLI	Casa Reclusione	54
EMILIA ROMAGNA	CASTELFRANCO EMILIA	Casa Reclusione	49
LAZIO	ROMA "REBIBBIA 3^ CASA"	Casa Circondariale	84
LIGURIA	GENOVA "MARASSI"	Casa Circondariale	6
LOMBARDIA	MILANO "SAN VITTORE"	Casa Circondariale	38
PIEMONTE	BIELLA	Casa Circondariale	15
PIEMONTE	TORINO "LORUSSO E CUTUGNO"	Casa Circondariale	140
TOTALE			386

Fonte: D.A.P - Ufficio per lo Sviluppo e la Gestione del Sistema Informativo Automatizzato - SEZIONE
STATISTICA

Tabella 99

PROGETTI

Si indica in particolare una iniziativa coordinata dal Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria che ha riguardato anche persone detenute tossicodipendenti.

Si tratta del Progetto Europeo MEDICS – Mentally Disturbed Inmates Care and Support - JUST/2013/JPEN/AG/4521, cofinanziato dalla Unione Europea a cui hanno partecipato in qualità di partners le Amministrazioni Penitenziarie di Catalogna, Croazia, Inghilterra e Galles.

Il progetto ha avuto l'obiettivo di ottenere un quadro di informazioni sulla situazione dei detenuti con disagio mentale presenti negli istituti penitenziari italiani, allo scopo di offrire a queste persone accoglienza, presa in carico e trattamento specifici.

Si riportano di seguito gli esiti dell'indagine condotta presso la Casa Circondariale di Bologna al 31.12.2015 che ha evidenziato la stretta correlazione tra disagio psichico e tossicodipendenza. La maggioranza dei detenuti con disagio psichico è o è stata anche tossicodipendente. Si tratta di una quota consistente della popolazione detenuta (35%) con una forte incidenza (n. 193 detenuti pari al 26% del totale) tra gli utilizzatori di sostanze d'abuso. La diagnosi di disturbo psichico nella gran parte dei casi avviene all'ingresso (Figura 84) .

**detenuti con diagnosi su totale detenuti
al 31 dicembre 2015 – tot. detenuti=735**

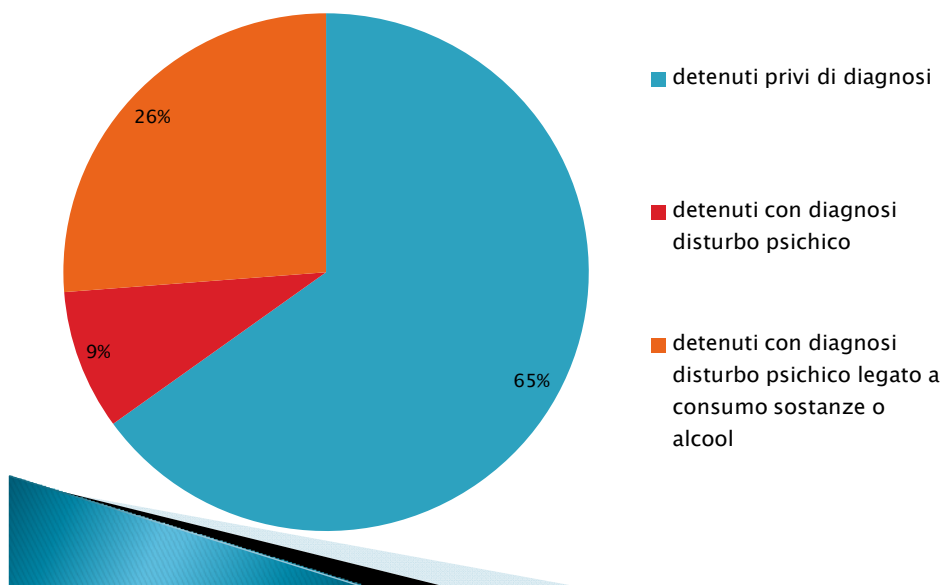


Figura 84

Le doppie diagnosi diagnosticate come tali nel campione sono relativamente basse “ 3% del totale” con un 22% di disturbi del comportamento correlati all'uso di sostanze e/o alcool (Figura 85)

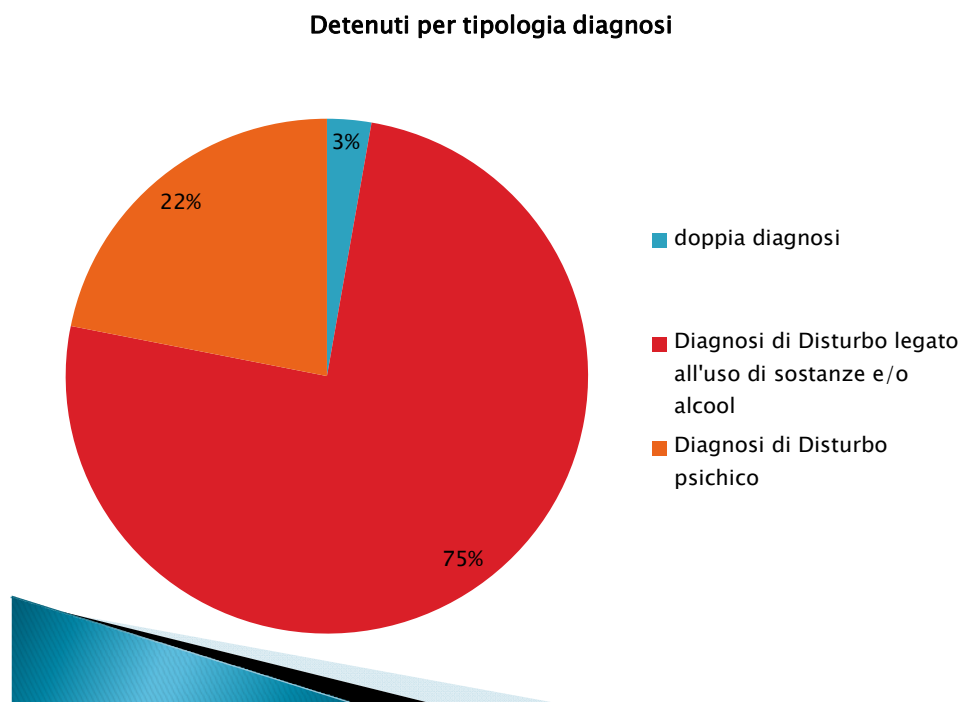


Figura 85

Dato interessante è che il 40% del campione di tossicodipendenti con disturbi psichici ha dichiarato abuso prevalente di oppiacei (Figura 86)

Diagnosi disturbo psichico legato all'uso di sostanze e/o alcool

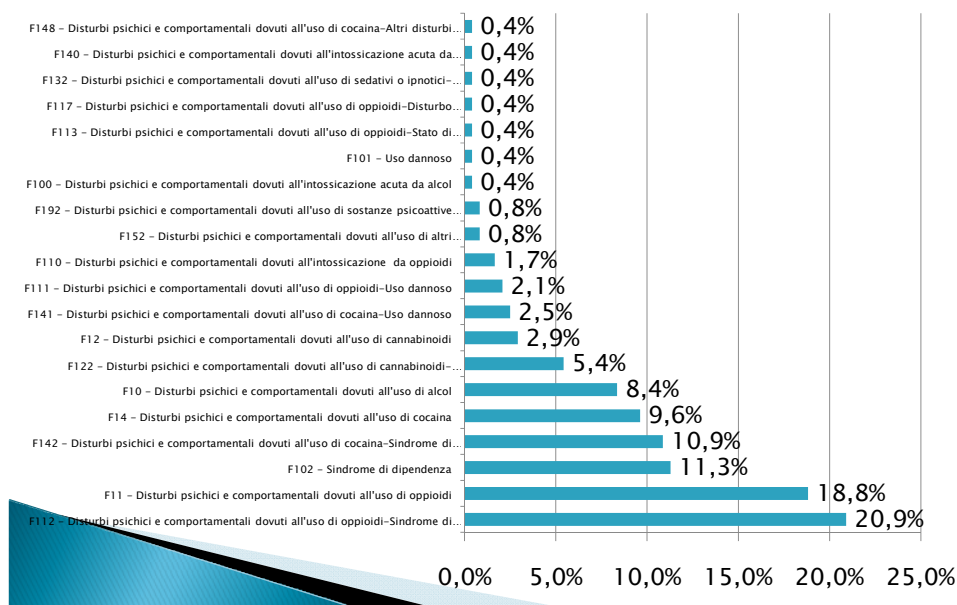


Figura 86

Non sono state osservate differenze significative nel campione tra italiani e stranieri sul totale dei disturbi legati all'abuso di sostanze (Figura 87)

distribuzione disturbi tra italiani e stranieri sul totale dei disturbi legati a uso droga/alcool

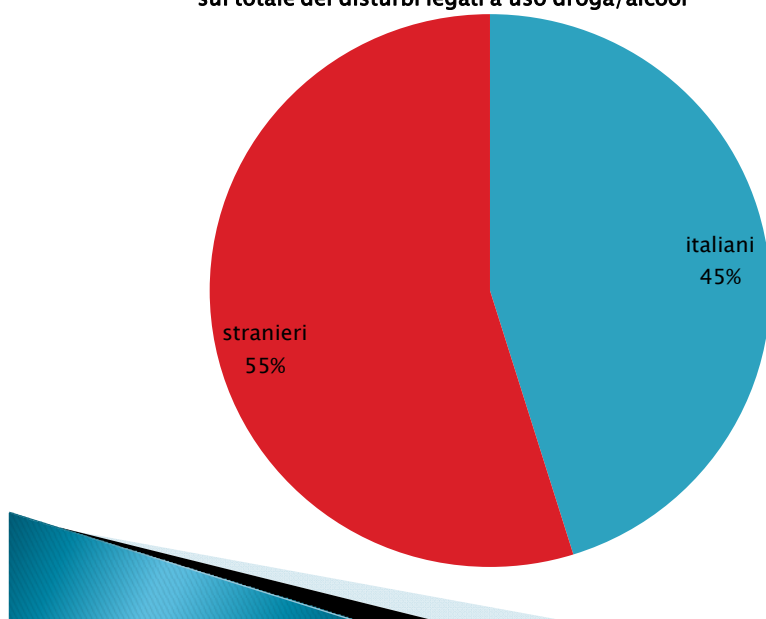


Figura 87

A Bologna il campione totale (735) comprendeva l'8% di popolazione femminile. Sul totale degli abusatori di sostanze con disturbi psichici (193) , il 5% era di sesso femminile (Figura 88) .

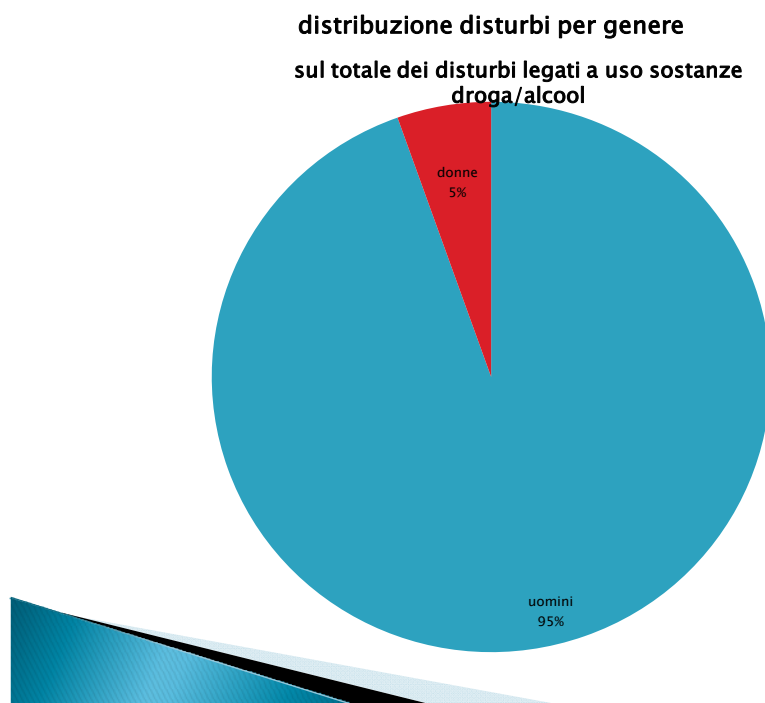


Figura 88

La maggior parte dei detenuti con storia di abuso e concomitante disturbo psichico aveva avuto da due a quattro precedenti detenzioni di durata variabile (tra due e quattro anni). (Figura 89 e Figura 90)

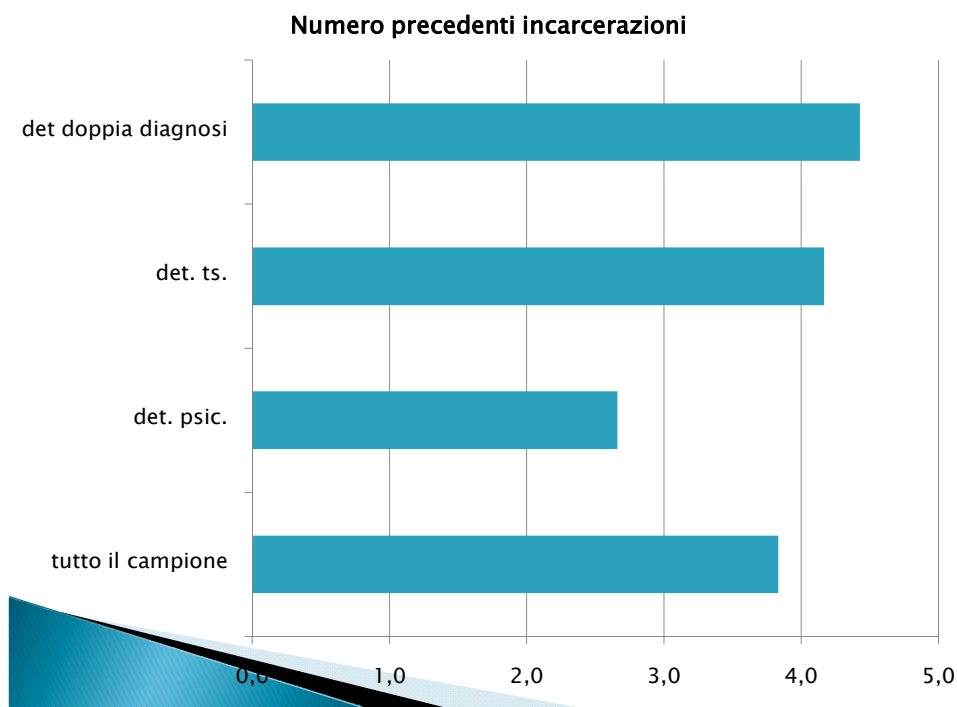


Figura 89

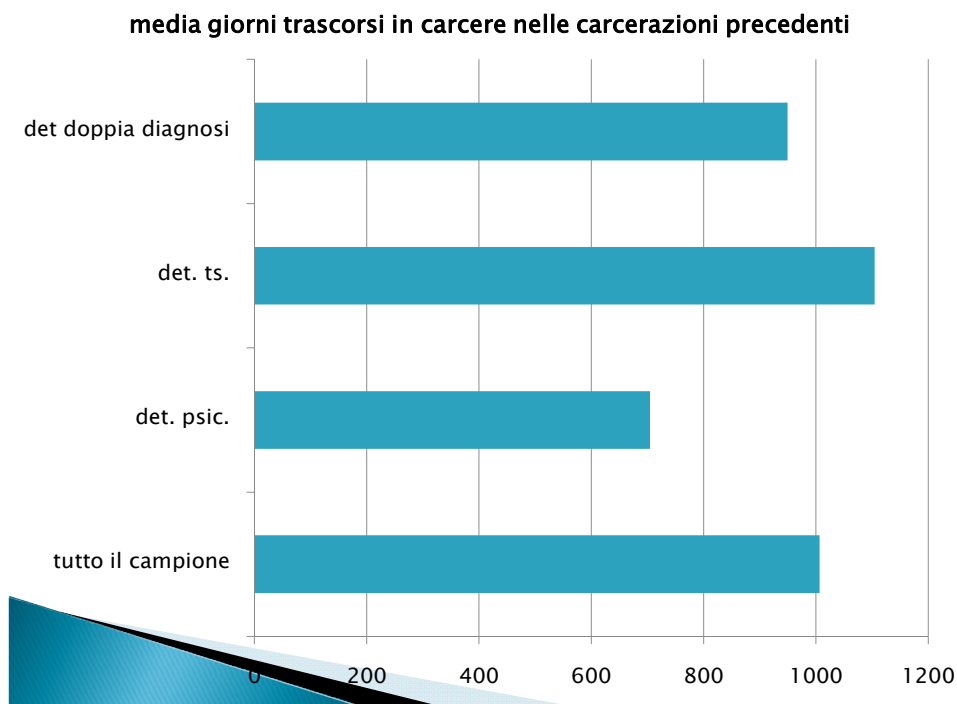


Figura 90

La maggior parte (> 70%) dei detenuto con doppia diagnosi o abusatori di sostanza e portatori di disagio psichico aveva ricevuto una condanna definitiva (Figura 91)

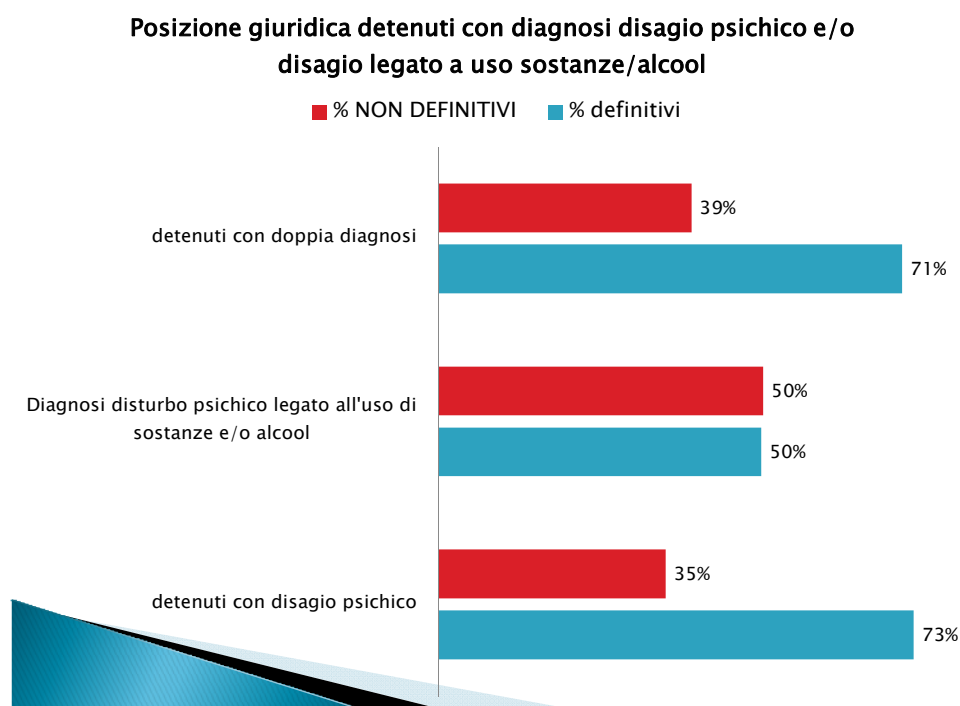


Figura 91

Come si può evincere dalla Figura 92 in media il campione ha un livello di interazione con il mondo esterno di circa 1,9 su 3. Tale livello è più alto nel caso dei detenuti con solo disagio psichico rispetto a quelli tossicodipendenti o alcolodipendenti. La ragione di questa differenza si spiega con la prevalenza nel secondo campione di detenuti stranieri che come si può vedere hanno un livello di interazione molto più basso degli italiani. I detenuti stranieri, dunque, vivono una condizione di maggior disagio dovuta alla maggiore difficoltà a coltivare legami sociali o familiari con l'esterno.

relazioni con mondo esterno*			
	italiani e stranieri	italiani	stranieri
media del campione	1,94	2,3	1,4
det. psic.	2,6	2,8	2
det. ts.	1,7	2,1	1,4
det. doppia diagnosi	2,4	2,4	n/a

livello di interazione (dato da tre indici: colloqui visivi, colloqui telefonici e ricevimento pacchi)

relazioni con mondo esterno*			
	M+F	M	F
media del campione	1,9	1,9	2,6
det. psic.	2,6	2,6	2,6
det. ts.	1,7	1,7	2,5
det doppia diagnosi	2,4	2,3	3

*livello di interazione (dato da tre indici: colloqui visivi, colloqui telefonici e ricevimento pacchi)



Figura 92

Nel caso dei 193 tossicodipendenti o alcool dipendenti con problematiche legate al disagio psichico di vario grado, 10 detenuti sono stati sottoposti a colloqui con lo psicologo, 65 a visite psichiatriche e 153 a consulenze del Sert. In 28 casi di detenuti con diagnosi psichica legata all'uso di sostanze non vi è stata alcuna di queste visite. Dei 7 detenuti con doppia diagnosi in due casi vi è stato un colloquio psicologico, in 5 una visita psichiatrica.

3.2 Minori nel circuito penale

ATTIVITÀ E INTERVENTI IN FAVORE DEI SOGGETTI IN CARICO ALLA GIUSTIZIA MINORILE CHE USANO/ABUSANO SOSTANZE STUPEFACENTI: ANNO 2015

Le rilevazioni statistiche sui minori e/o giovani adulti del circuito penale che assumono sostanze stupefacenti non rientrano nelle competenze del Dipartimento per la Giustizia Minorile. Come è noto, infatti, il Tavolo di Consultazione permanente sulla sanità penitenziaria, istituito presso la Conferenza Unificata Stato /Regioni, ha elaborato, in data 10 maggio 2011, il documento sul monitoraggio dei detenuti portatori di dipendenza patologica integrativo dell'Accordo sancito dalla conferenza unificata nella seduta dell' 8 luglio 2010, e pertanto le rilevazioni sui minori che assumono sostanze stupefacenti rientrano nei compiti delle Regioni e Province autonome.

Si ritiene doveroso comunque offrire un contributo per la stesura della relazione annuale al Parlamento sullo stato delle tossicodipendenze.

A tal fine si premette che in tutto il territorio nazionale la storia del transito della medicina penitenziaria al Servizio Sanitario Regionale, a decorrere dal DPCM 1° aprile 2008, è stata caratterizzata da un costante dialogo Interistituzionale tra il Sistema Giustizia e il Sistema Sanità, funzionale al condiviso obiettivo di tutela della salute dei giovani sottoposti a procedimento penale presso il Tribunale per i Minorenni.

In relazione alla tematica in esame, si fornisce di seguito una sintetica presentazione delle strategie operative attuate dei Servizi Sanitari Specialistici del territorio d'intesa con i Servizi della Giustizia minorile, nell'ambito della prevenzione, del trattamento e del contrasto all'uso di sostanze stupefacenti.

Lo scenario attuale prevede che l'assistenza ai soggetti tossicodipendenti sia garantita dal Ser.D. dell'Azienda Sanitaria, competente per territorio, che stabilisce rapporti di interazione clinica, sia con i Servizi Minorili della Giustizia, che con la rete dei servizi sociali coinvolti nel trattamento e nel recupero dei tossicodipendenti.

I Servizi Minorili della Giustizia, già al momento dell'ingresso dei minori in area penale, attivano il Servizio Sanitario locale per lo svolgimento di accertamenti diagnostici ed interventi di tipo farmacologico, nonché per la presa in carico dei soggetti che usano o abusano di sostanze stupefacenti, collaborando altresì nelle attività legate all'esecuzione dei collocamenti in comunità terapeutiche.

I Servizi Minorili della Giustizia attuano, in favore del minore che usa e abusa di sostanze stupefacenti, un intervento integrato **che si incentra sulla costruzione di reti interistituzionali**, capaci di riportare al centro il giovane con i suoi specifici bisogni ed a cui dare riscontro sia attraverso un progetto individualizzato e specializzato, **operando con il coinvolgimento di tutte le agenzie educative, al fine di consentirgli la fuoriuscita dal sistema penale, il suo re-inserimento sociale e lavorativo.**

La presa in carico del tossicodipendente prevede l'attuazione delle misure preventive, diagnostiche e terapeutiche che riguardano non solo l'aspetto clinico ma anche quello della sfera psicologica, mediante la predisposizione di un programma terapeutico che possa continuare anche dopo la dimissione del ragazzo dalla struttura minorile o comunque al termine della misura penale.

L'entrata nel circuito penale costituisce, paradossalmente, una opportunità di aggancio del minore che fa uso di sostanze psicotrope e per l'avvio di un percorso di responsabilizzazione e di assunzione di consapevolezza rispetto ai comportamenti devianti messi in atto ed ai suoi bisogni di salute

I programmi di intervento garantiscono la salute complessiva del minorenne dell'area penale attraverso:

- **la formulazione di percorsi capaci di una corretta individuazione dei bisogni di salute, in particolare per problemi di assunzione di sostanze stupefacenti e di alcool per la quale non è stata formulata una diagnosi di tossicodipendenza e delle eventuali patologie correlate all'uso di sostanze (patologie psichiatriche, malattie infettive).**
- **la segnalazione al Ser.D. e l'immediata presa in carico dei minori sottoposti provvedimento penale, da parte dello stesso con la garanzia della necessaria continuità assistenziale;**
- **l'implementazione di specifiche attività di prevenzione, informazione ed educazione mirate alla riduzione del rischio di patologie correlate all'uso di droghe;**
- **la predisposizione di programmi terapeutici personalizzati, attraverso una diagnosi multidisciplinare sui bisogni del minore;**
- **la definizione di protocolli operativi per la gestione degli interventi nei tempi previsti dal provvedimento di esecuzione;**
- **la realizzazione di iniziative di formazione che coinvolgano congiuntamente sia gli operatori ASL che i servizi della Giustizia.**

In relazione ai dati che si andranno ad esporre, appare utile fornire qualche precisazione in relazione all'utenza dei servizi della giustizia minorile, che riguarda i minori compresi tra i 14 ed i 18 anni ed i giovani adulti compresi tra i 18 ed i 25 anni, rispetto ai quali l'innalzamento dell'età dai 21 ai 25 anni è stata effettuata con la L.117/2014. Detta riforma normativa ha comportato un innalzamento dell'età dei soggetti presenti nel circuito penale minorile, rispetto ai quali, accertata la commissione del reato commesso da minorenni, la presa in carico da parte dei servizi di questa amministrazione può avvenire anche dopo il compimento della maggiore età e dunque anche la fase esecutiva del procedimento minorile si protrae fino al compimento del venticinquesimo anno di età.

Considerato quanto sopra evidenziato circa la titolarità del monitoraggio dei soggetti assuntori e consumatori di sostanze psicotrope questo Dipartimento ha confrontato i dati di cui dispone che sono quelli relativi al numero complessivo dei soggetti presi in carico per la prima volta dai Servizi Sociali della Giustizia Minorile con la tipologie ed il numero delle imputazioni di reato. Da tale confronto è emerso che sul totale di complessivo di 7.752 soggetti presi in carico per la prima volta dai Servizi Sociali della giustizia minorile, il numero dei reati relativi alle violazioni di cui all'art. 73 D.P.R. 309/90 ascritti risulta essere 5131.

Le rilevazioni in esame, elaborate dal servizio statistica del Dipartimento di Giustizia Minorile e di Comunità, evidenziano, inoltre, che il numero complessivo dei soggetti presi in carico dai Servizi Minorili nell'anno 2015, con imputazioni di reato per violazione delle disposizioni in materia di sostanze stupefacenti, è pari ad un totale di 3647 unità; di questi 2449 erano già in carico dall'anno solare precedente, mentre 1.198 risultano essere i soggetti presi in carico per la prima volta.

Da un'analisi delle statistiche elaborate a maggio 2016, dal servizio statistico del Dipartimento, si evidenzia un incremento delle violazioni della legge sugli stupefacenti a carico dei giovani adulti pari a 1886 reati a fronte dei 1165 a carico dei minori degli anni 18

Periodo di presa in carico	Italiani			Stranieri			Totale		
	m	f	mf	m	f	Mf	m	f	mf
Presi in carico per la prima volta nell'anno 2015	956	62	1.018	173	7	180	1.129	69	1.198
Già in carico all'inizio dell'anno da periodi precedenti	1.950	117	2.067	366	16	382	2.316	133	2.449
Totale	2.906	179	3.085	539	23	562	3.445	202	3.647

Tabella 100

Frazionando il dato risulta prevalente la componente maschile su quella femminile: 3445 soggetti maschi e 202 femmine; mentre per quanto riguarda la nazionalità il numero dei soggetti italiani risulta essere maggiore di quello degli stranieri : 3085 italiani e 562 stranieri.

Dall'analisi dei dati sugli stranieri, secondo l'area geografica di provenienza, si osserva che circa il 50% dei minori proviene dall'Africa, seguiti dai giovani provenienti dai Paesi dell'Est Europa.

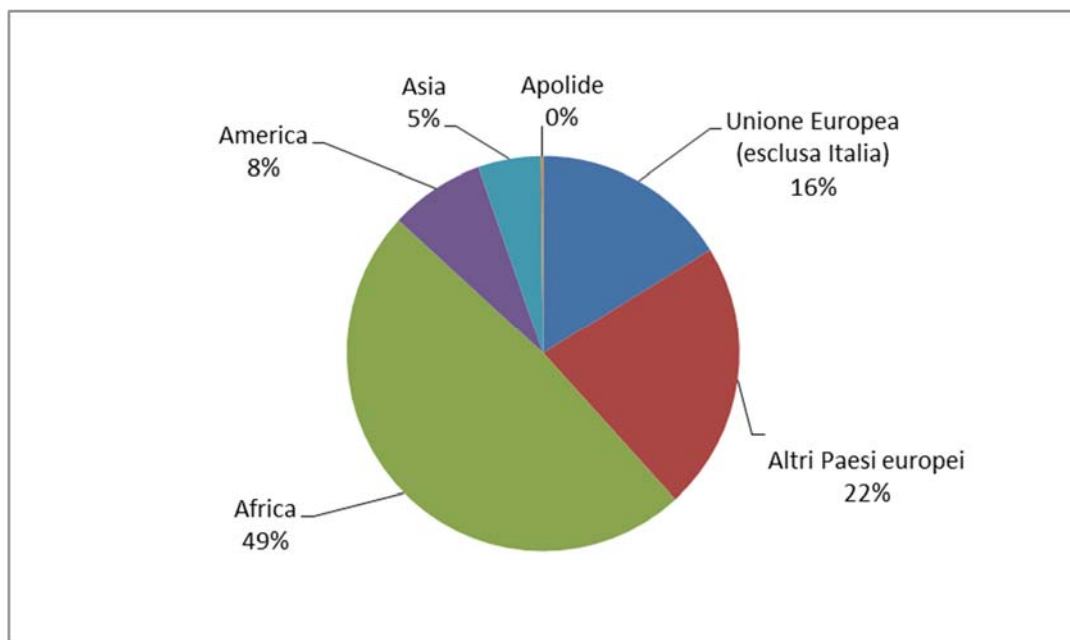


Figura 93

La problematicità del soggetto che accede ai Servizi della Giustizia Minorile è piuttosto complessa e variegata, quasi mai esclusivamente centrata esclusivamente sulla tossicofilia o la tossicodipendenza. Il profilo tipologico, in particolare del minore, che usa e abusa di sostanze

stupefacenti **non può essere in alcun modo assimilato a quello dell'adulto, in quanto l'orientamento verso comportamenti di tossicofilia raramente comporta una certificazione di tossicodipendenza**, pur richiedendo interventi specialistici da parte delle Aziende sanitarie e dei Ser.D, che prevengano la cronicizzazione del comportamento. Inoltre, il fenomeno del consumo delle sostanze psicotrope, secondo quanto riferito dai Servizi Minorili, sta registrando **una precocità della fascia di età d'inizio del consumo, come pure dell'evoluzione verso disturbi di natura psichica** soprattutto in corrispondenza di eventi traumatici o di particolare intensità emotiva.

Tra le varie sostanze stupefacenti, **i cannabinoidi** risultano essere le sostanze maggiormente assunte, ma preoccupante è anche l'uso di cocaina. Quest'ultima sostanza insieme agli oppiacei sono consumati con l'aumento dell'età dei soggetti, mentre accade l'inverso con i cannabinoidi che sono maggiormente usati dai ragazzi più piccoli.

Secondo le informazioni pervenute dai Servizi Minorili risulta che l'abuso di sostanze si caratterizza come **poliassunzione di sostanze stupefacenti e alcool**. L'uso di sostanze da parte di minori stranieri sembra essere legato allo spaccio o ad un consumo normale ed abituale non percepito come sintomo di devianza.

Gli interventi di tipo sanitario che vengono svolti nei Centri di Prima Accoglienza (CPA), negli Istituti Penali per Minorenni (IPM) e nelle Comunità pubbliche e private, riguardano **in primo luogo gli accertamenti diagnostici** per la ricerca di sostanze stupefacenti e gli interventi di tipo farmacologico successivamente gli interventi specialistici di sostegno psicologico.

Un problema comune a tutti i Servizi della Giustizia Minorile, che con modalità diverse entrano in contatto con i minori/giovani adulti dell'area penale, **è la mancata percezione da parte del giovane del proprio stato di dipendenza o di tossicofilia**, ed, in relazione a questa circostanza, **il grado di consapevolezza sembra rientrare tra gli indicatori utili per capire quale progetto rieducativo adottare**.

Il minore arrestato o fermato che entra in contatto con il CPA viene visitato dai Servizi Sanitari per rilevare la tipologia ed il livello di sostanze presenti nell'organismo. Tuttavia, posto che il termine massimo di permanenza del minore in C.P.A. è limitato a quattro giorni, non sempre si riesce, in questa fase, a rilevare il consumo di sostanze psicotrope, se non in casi conclamati.

Dopo la convalida dell'arresto o del fermo, il procedimento minorile prevede possibilità diversificate in ordine ai provvedimenti che il giudice minorile può adottare nei confronti del minore; la scelta del trattamento educativo/rieducativo da attuare passa attraverso le valutazioni della personalità dello stesso e della gravità fatto commesso.

Tra le diverse opzioni, riportate in questa sede in maniera esemplificativa, si annoverano, oltre alle misure cautelari, la messa alla prova, il collocamento in Comunità ovvero il collocamento negli Istituti penitenziari minorili, laddove va precisato che l'inserimento in I.P.M., nel procedimento minorile, rappresenta l'*extrema ratio*.

Negli I.P.M., ovviamente, la presa in carico ed il trattamento socio-sanitario dei casi in argomento vengono assicurati in attuazione sia della legge 309/90 sia del D.P.C.M. 1.04.2008. Tra le problematiche più ricorrenti, si evidenzia quella della gestione comorbilità complessa, soprattutto nel caso in cui l'A.G. disponga una modifica della misura e risulti difficile individuare tempestivamente una comunità terapeutica adeguata alla presa in carico, con il profilarsi del concreto rischio di una mancata risposta ai bisogni di salute del minore/giovane adulto e di una ricaduta sul piano organizzativo degli Istituti, che si trovano a gestire più detenuti in attenta sorveglianza e, a volte, con piantonamenti presso gli ospedali:

Per completare il quadro dell'andamento del dato statistico relativo ai Collocamenti in Comunità ed agli ingressi in Istituto Penale si evidenzia che per l'anno 2015, a fronte di 1688 complessivi collocamenti di minori in comunità, quelli relativi alla violazione delle disposizioni in materia di sostanze stupefacenti sono stati 280; il numero complessivo dei reati per violazione della normativa sugli stupefacenti sono stati 335. Rispetto al complessivo numero degli ingressi in I.P.M., pari a 1.068 minori/giovani adulti, il numero degli ingressi per reati in materia di sostanze stupefacenti sono stati 109: il numero complessivo dei reati in materia di stupefacenti è stato di 142 unità. I soggetti invece in carico agli USSM in applicazione delle misure alternative alla detenzione e con reati in materia di stupefacenti sono stati 79.

Tra le aree di collaborazione di maggiore rilevanza tra il sistema sanitario e quello della giustizia minorile, si individua certamente l'esecuzione del collocamento in comunità terapeutiche. Nel caso di un minore tossicodipendente, che deve essere collocato in comunità in esecuzione di un provvedimento dell'Autorità Giudiziaria, l'individuazione della struttura deve essere effettuata dalla ASL competente per territorio sulla base di una valutazione della personalità del minore. In tale ambito si riscontra una oggettiva difficoltà di consentire ai minori l'accesso a idonei percorsi di cura in contesti residenziali, laddove le condotte devianti e le evidenti problematiche di uso di droga non integrino gli estremi della certificazione di tossicodipendenza. **Spesso gli iter diagnostici non sono completati perché i minorenni si sottraggono ad interventi ambulatoriali e le comunità socioeducative non riescono a contenere tali problematiche. In alcune Regioni, inoltre, non esistono comunità terapeutiche specifiche per minori con problematiche di tossicodipendenza, e si procede, quindi, al collocamento in strutture per adulti con appositi moduli per minori.**

Ulteriori difficoltà di inserimento si riscontrano nei casi di doppia diagnosi, fenomeno rispetto al quale si registra un aumento negli ultimi anni. Molti sono i casi di tossicodipendenza o tossicofilia associati a psicopatologie, problematiche per le quali non mancano strutture specializzate e idonee allo specifico trattamento. Infatti, l'elemento problematico attiene al profilo della diagnosi dello stato di tossicodipendenza, che non sempre può essere effettuata, come del pari va evidenziato rispetto alla diagnosi psichiatrica, in ragione della difficoltà legate alla diagnosi di soggetti in età evolutiva ed al rischio di 'etichettamento' che dette diagnosi comportano, condizionando pesantemente l'evoluzione della personalità.

A tal fine, si evidenzia che non sempre il collocamento in strutture specializzate per il trattamento dei tossicodipendenti potrebbe essere corrispondente alle effettive esigenze del minore, mentre potrebbe risultare utile l'inserimento in una comunità socio-educativa per minori, nella quale siano garantiti gli interventi specialistici da parte del S.S.N. o la frequenza di un centro diurno che attui

percorsi terapeutici adeguati.

In alcune regioni, alla carenza di strutture specializzate per l'accoglienza dei minori tossicodipendenti dell'area penale, si assiste ad una faticosa collaborazione con tali referenti , probabilmente a causa di una struttura organizzativa sanitaria legata a schemi che difficilmente si conciliano con la peculiarità e le esigenze dei servizi minorili della giustizia, che spesso si trovano a dover conciliare le indifferibili esigenze di sicurezza con quelle di tutela della salute del minore, peraltro nel rispetto dei vincoli posti dall'Autorità Giudiziaria nell'ambito dei provvedimenti giudiziari di volta in volta adottati.

Si è del parere che alcune difficoltà potrebbero superarsi con momenti di formazione congiunta tesi ad aumentare gli spazi di conoscenza reciproca e a migliorare i meccanismi di comunicazione ed intervento, nonché di informazione reciproca.

Per quanto riguarda il tabagismo si segnala la diramazione a tutti i servizi di questa amministrazione del D.Lvo n6 del 12 gennaio 2016 di recepimento della direttiva 2014/40/UE sul ravvicinamento delle disposizioni legislative, regolamentari e amministrative agli Stati membri relative alla lavorazione, alla presentazione e alla vendita dei prodotti del tabacco e dei prodotti correlati.

Con riferimento a detta nota circolare di raccomandava, tra le altre, la promozione di azioni sull'educazione alla salute e sui rischi derivanti dal fumo, nonché la predisposizione di aree adibite ai fumatori distanti dai luoghi chiusi e dalle aree destinate ai non fumatori.

A titolo semplificativo si riportano, di seguito, alcune buone pratiche attuate a livello territoriale dai Centri per la Giustizia Minorile presenti nel territorio. Si precisa che i Centri per la Giustizia Minorile sono Organi del decentramento amministrativo con territorio di competenza, generalmente interregionale, corrispondente anche a più Corti d'Appello, quindi i Centri possono avere competenza su una o più regioni. I C.G.M. esercitano funzioni di gestione della programmazione tecnica ed economica in base alle circolari e alle direttive di settore emanate dal Capo Dipartimento e dalle Direzioni Generali competenti. Attuano a livello territoriale azioni di coordinamento, controllo e verifica sull'attività e sull'organizzazione dei Servizi Minorili da essi dipendenti e realizzano attività di collegamento con gli enti locali e le istituzioni di riferimento territoriale per la definizione di intese e collaborazioni; la programmazione e la realizzazione nonché la verifica di tali azioni dipendono ovviamente anche dalle risorse disponibili in ogni territorio e dalle competenze di ciascuna istituzione e/organismo.

Centro per la Giustizia Minorile per il Piemonte, Valle d'Aosta, Liguria

In relazione alle strategie e alle attività programmate nel corso del 2015, si evidenzia che in tutti i Servizi minorili afferenti al Centro sono state affrontate riflessioni critiche sulla tematica della tossicodipendenza e chiarificazioni con i minorenni/giovani adulti in carico ai Servizi attraverso anche riunioni a tema e visione guidata di film. Si evidenzia, inoltre, l'attività del progetto "**MY Space**", che ha coinvolto i minorenni dei Servizi minorili genovesi in collaborazione con il SERT locale. E' stata inoltre svolta, nel distretto genovese, una formazione congiunta con gli operatori del SERT nell'ambito del progetto "La Famiglia di fronte al reato". Nel distretto torinese invece sono stati svolti alcuni incontri di Gruppo a conduzione etnoclinica dove sono stati affrontati con i minori anche argomenti sulla tematica della tossicodipendenza.

Centro per la Giustizia Minorile Veneto, il Friuli-Venezia Giulia e le province autonome di Trento e Bolzano

Nella Regione Veneto, con l'emanazione del "Piano socio sanitario regionale 2012-2016", è stata sottolineata la necessità di una piena collaborazione Interistituzionale tra SSN e Amministrazione della Giustizia minorile ovvero della gestione unitaria di tutte le attività socio-sanitarie a favore dei detenuti, integrando l'assistenza alla tossico/alcoldipendenza con altre forme di assistenza sanitaria.

Il rapporto degli USSM nell'area penale esterna con i locali SER.D hanno previsto la costruzione di una rete operativa sia in funzione preventiva che di cura .

Nell'area detentiva dell'IPM di Treviso, con annesso CPA, si è operato con i servizi territoriali di competenza per favorire il passaggio da una sanità occasionale, intesa come consulenza prestata su richiesta, ad una sanità che prende in carico l'utenza ed organizza un presidio necessario per un'utenza vulnerabile tante le condizioni personali e di restrizione.

Centro per la Giustizia Minorile per la Lombardia

Nel Distretto di Corte di Appello di Milano è attivo dalla primavera 2015 il Progetto Sperimentale Regionale: "Realizzazione di percorsi terapeutici residenziali per giovani con problematiche di dipendenza sottoposti a provvedimenti di misura cautelare". Il progetto prevede l'attivazione, a totale carico della Regione, in due comunità per tossicodipendenti, di due moduli sperimentali per i minori sottoposti a misura cautelare dal Tribunale per i Minorenni di Milano e di Brescia.

L'accesso a detti moduli, su invio del Ser.T, è previsto per i ragazzi con attestazione di uso problematico di sostanze stupefacenti ai fini dell'inquadramento diagnostico a cura del Ser.T territorialmente competente. I moduli terapeutici sperimentali svolgono, pertanto, una preminente funzione valutativa al fine di consentire alla rete dei Servizi Socio-sanitari ed al Tribunale per i Minorenni costruzioni progettuali mirate dell'intervento. La valutazione multidisciplinare può sfociare in : 1) diagnosi di tossicodipendenza ed invio in apposita struttura terapeutica; 2) condizione di abuso gestibile sul piano terapeutico in una comunità socioeducativa ed invio a quest'ultima; 3) diagnosi di tossicodipendenza con comorbidità psichiatrica e invio ad una comunità idonea (a doppia diagnosi).

A detti moduli sperimentali possono essere inviati anche i ragazzi con certificazione di tossicodipendenza in una logica di pronto intervento per consentire al Ser.T inviante di individuare la comunità terapeutica ove costruire il progetto.

Centro per la Giustizia Minorile per la Campania

In alcuni Servizi Minorili della Campania sono attivi Protocolli d'Intesa che prevedono l'intervento del SERT per l'effettuazione degli esami tossicologici e anche dove mancano formali protocolli d'intesa le AASSL assicurano tutti gli interventi necessari. Tutte le AASSL assicurano interventi nella fase diagnostica attraverso il referente aziendale e il monitoraggio attraverso l'espletamento degli esami tossicologici senza oneri per l'Amministrazione

Nell'ambito dell'Osservatorio permanente sulla Sanità Penitenziaria previsto dal DPCM 1.4.2008 sono stati costituiti due gruppi di lavoro che hanno elaborato le seguenti linee guida:

- “Linee guida per la presentazione delle richieste di attivazione di programmi terapeutico riabilitativi per tossicodipendenti”;
- “Linee guida per la gestione degli inserimenti in comunità terapeutica dei minori tossicodipendenti e portatori di disagio psichico sottoposti a provvedimento penale”.

Centro per la Giustizia Minorile per la Puglia

La Giunta Regionale della Puglia ha emesso in data 11.3.2015 una Delibera con la quale assicura l’assistenza sanitaria ai minori o giovani adulti sottoposti a provvedimenti giudiziari penali e vengono fornite indicazioni alle ASL e ai Dipartimenti di salute mentale e Dipendenze psicologiche in ordine alle procedure per la valutazione dei bisogni terapeutici e assistenziali.

Nell’Istituto Penale per i Minorenni di Bari si provvede a segnalare sistematicamente tutti i minori con problemi di abuso di droghe e alcool all’unità operativa carcere del SERD dell’ASL di Bari e di raccordarsi per la necessaria continuità dell’intervento socio-riabilitativo. Nell’anno 2015 si sono segnalati al SERD 80 soggetti.

In un’ottica di lavoro di rette gli USSM regionali segnalano i soggetti che necessitano di interventi del SERD per la loro presa in carico congiunta . Le azioni professionali riguardano soprattutto il lavoro sui singoli casi determinata sulla base dei risultati tossicologici .

Centro per la Giustizia Minorile per la Toscana e Umbria

Nella Regione Toscana è attivo un confronto continuo con l’Assessorato regionale competente per materia al fine di individuare e formalizzare procedure condivise con le AA.SS.LL territoriali.

Per quanto riguarda la Regione Umbria continuano i Tavoli di lavoro previsti dal Protocollo di intesa “Prevenzione e contrasto dei fenomeni collegati alle dipendenze da sostanze psicoattive” sottoscritto nel 2013 . Il lavoro svolto dai tavoli conferma in particolare l’attività dell’èquipe di operatori di diverso profilo professionale: medici, psicologi e assistenti sociali per una collaborazione anche con gli operatori del NOT della Prefettura di Perugia. L’attività di detto gruppo si integrerà con un percorso di formazione specifico per tutti i soggetti impegnati in attività di ascolto e consulenza dei giovani.

Centro per la Giustizia Minorile per la Lazio, Abruzzo e il Molise

Per gli interventi sulla tossicodipendenza si è strutturato un rapporto con la Regione Lazio e le Asl specifico per i Servizi della Giustizia minorile disgiunto da quello degli Istituti Penitenziari per Adulti del DAP. Tale scelta ha prodotto risultati di eccellenza per quanto riguarda l’Istituto Penale per i Minorenni di Roma e la ASL-RM E ed una buona collaborazione con l’ASL RM D. Quest’ultima assicura gli interventi sanitari necessari all’interno del CPA, anche di tipo specialistico provvedendo alla presa in carico dei giovani con problemi di droga seguiti dall’USSM in area penale esterna.

Centro per la Giustizia Minorile per la Calabria e la Basilicata

Per i minori che fanno ingresso nel Centro di Prima Accoglienza, nell'Istituto Penale per i minorenni e nella Comunità di Catanzaro si è provveduto ad effettuare la ricerca nelle urine, al fine di individuare i soggetti che hanno fatto uso di sostanze stupefacenti e così attivare il SERT dell'ASP locale, che ha predisposto un intervento di sostegno psicologico e educativo; per i casi di doppia diagnosi sono stati effettuati controlli psichiatrici periodici e trattamento farmacologico quando necessario.

Nel Distretto di Potenza, nel 2015 è stato avviato un percorso di informazioni sulle dipendenze dal titolo "Occhio alle strisce" in collaborazione con gli specialisti del SERT locale, con scuole e associazioni del territorio.

Inoltre, sono stati sottoscritti 2 Protocolli operativi tra Centro della Giustizia Minorile e 2 Aziende Sanitarie lucane di Potenza e Matera, che prevedono un accesso privilegiato ai Servizi offerti dalle ASP, tra cui quelli relativi all'uso di sostanze stupefacenti. Con la collaborazione del SERT sono stati attivati incontri con i minori in messa alla prova ed il personale tecnico-sanitario nell'ambito dei progetti di educazione alla legalità.

Centro per la Giustizia Minorile per la Sicilia

Il Centro ha proficui rapporti di collaborazione con la Regione Siciliana. Nell'anno 2015 negli Istituti Penali di Palermo, Acireale e di Catania è proseguita la collaborazione con medici ed esperti del Ser.D., territorialmente competente, dell'ASP di Palermo che hanno effettuato interventi specifici di consulenza e presa in carico di giovani detenuti portatori di problematiche legate all'uso di sostanze stupefacenti e alcoliche, individuando con il personale dell'Area Tecnica interventi trattamentali individualizzati come previsto dalla legge in materia. E' prevista, tra l'altro, la partecipazione a progettualità condivise. L'attività non è onerosa per l'IPM.

Il progetto offerto dall'associazione "Amici di San Patrignano" già dall'anno 2013 si propone di offrire una sensibilizzazione sui comportamenti a rischio legati al disagio giovanile ed al consumo di droghe, attraverso un laboratorio di scrittura creativa i minori giovani adulti presenti nell'IPM di Catania. Attraverso questa tipologia di intervento il laboratorio, che oggi porta il nome di "Riscriviamo la nostra vita", cerca di stimolare i ragazzi partecipanti a delle riflessioni partendo dai propri vissuti. Questa modalità operativa permette, pertanto, di sostenere e supportare ulteriormente i ragazzi coinvolti nel progetto ed al contempo li avvicina ad una maggiore condivisione e ad un'ulteriore presa di coscienza delle condotte a rischio.

Per l'area penale esterna gli Uffici di Servizio Sociale per i Minorenni collaborano con i Ser.D. del territorio per i casi di abuso e uso di sostanze stupefacenti e alcoliche.

Centro per la Giustizia Minorile per la Sardegna

Il passaggio della sanità penitenziaria al sistema regionale è avvenuto nel 2012 e permangono diversi aspetti da approfondire e procedure da definire e formalizzare in relazione a specifiche aree. Si rilevano aree di criticità in relazione ad interventi sanitari, soprattutto di carattere specialistico (SER.D; Neuropsichiatria) per minori inseriti in comunità socio educative. In molti casi questi ragazzi non sono residenti nel territorio ove insistono le comunità, motivo per cui i servizi interpellati non provvedono in tempi celeri ad una presa in carico oppure, pur a fronte di un carattere di urgenza,

non sono tempestivi rispetto alla richiesta e/o non assicurano una continuità dell'intervento con cadenze temporali ravvicinate. Appare problematica l'applicazione da parte della AASSLL della previsione, contenuta nelle Linee Guida regionali, relativamente all'assunzione dell'onere economico del pagamento delle rette comunitarie per l'inserimento dei minori sottoposti a provvedimenti penali nelle comunità terapeutiche. Di fatto, a parte le difficoltà a far coincidere i tempi burocratici dei servizi sanitari con quelli della Giustizia, permangono significative resistenze ad assumere tale onere, costringendo ad estenuanti negoziazioni, pur con risultati di positiva riuscita in alcuni casi. A ciò si aggiunge la carenza, gravissima, nel territorio sardo di strutture terapeutiche specifiche per minori, sia per quanto riguarda le problematiche psichiatriche che quelle legate all'uso di sostanze stupefacenti, obbligando a far riferimento a strutture fuori regione, con gli inevitabili problemi che ne discendono.

Per concludere si evidenzia **l'esigenza di prevedere una calibrazione "particolare" delle unità di offerta di intervento e di residenzialità a valenza terapeutica sulle specifiche esigenze dell'utenza minorile** che, sebbene fisiologicamente esprima per lo più forme di disagio e/o uso di sostanze stupefacenti non ancora pienamente strutturate e diagnosticabili, non per questo deve vedersi negato l'accesso ad appositi percorsi di diagnosi e cura. **Al contrario, l'importanza di individuare percorsi idonei ad intercettare situazioni a rischio di evoluzione patologica, orientando nel modo clinicamente più corretto cura e prevenzione, è un bisogno ormai diventato prioritario anche in presenza di una generale precocizzazione delle condizioni di tossicodipendenza.**

Peraltro, **la proficuità delle rilevazioni del fenomeno della tossicodipendenza andrebbe strettamente abbinato a quello della finalità di prevenzione generale** e soprattutto di recupero di coloro che sono entrati nel circuito penale minorile per reati legati alle violazioni della normativa di cui al D.P.R. 309/90 ovvero ritenuti dediti all'assunzione di sostanze stupefacenti. A tal fine, infatti, non soltanto è opportuno incrementare il profilo della cura e del trattamento sanitario dei minori/giovani adulti a mezzo della implementazione delle Comunità terapeutiche e socio educative adeguatamente attrezzate per ricevere ragazzi con problematiche di tossicodipendenza o tossicofilia, ma andrebbe potenziato il sistema relativo al percorso di reinserimento socio lavorativo dei medesimi ragazzi.

La creazione di moduli formativi e di concreto inserimento nel mondo del lavoro di soggetti a rischio di recidiva appare di fatto una necessità strategica in funzione di prevenzione generale e speciale, soprattutto se relazionata alla ovvia constatazione che l'inserimento nel mercato delle sostanze stupefacenti rappresenta più facilmente un comodo rimedio soprattutto per gli assuntori di sostanze.

L'uscita dal circuito penale, soprattutto per i ragazzi tossicodipendenti – tra i quali ormai si annovera un numero crescente di stranieri spesso presenti sul territorio senza validi punti di riferimento-, deve poter offrire concrete possibilità di reinserimento socio lavorativo e rappresentare una valida alternativa alla recidiva nella commissione di reati analoghi, anche per non vanificare il percorso intrapreso con la presa in carico da parte dei servizi minorili.

Peraltro, dette considerazioni appaiono del tutto in linea con uno dei punti fondamentali delle priorità di UNGASS 2016, laddove è evidenziata la necessità di coinvolgere le forze sociali nella gestione del fenomeno della tossicodipendenza.

D'altro canto, le stesse priorità si ravvisano anche dalle proposte emerse al tavolo 4 degli Stati Generali dell'esecuzione penale, avente ad oggetto la "minorità sociale, vulnerabilità e dipendenze", ove si auspica da subito un percorso di cura della persona affetta da dipendenza (alcol e droga) in alternativa al carcere, quale percorso in automatico e non rimesso alla richiesta del singolo, come previsto dall'art.94 D.P.R.309/90.

A tal fine si cita la proposta relativa al "Programma di reintegrazione nell'ambito del programma terapeutico e riabilitativo" ove al programma terapeutico-riabilitativo si affianca un programma di reintegrazione sociale per lo svolgimento di attività socialmente utili

Capitolo 4 - Mortalità

A cura di Istituto Nazionale di Statistica (ISTAT), Servizio Sistema integrato Salute Assistenza Previdenza e Giustizia

4.1 Mortalità acuta

Il consumo di droghe impone alla società tributi da pagare in termini di vite umane per overdose, malattie associate al consumo e comportamenti violenti connessi all'uso di droghe.

Anche considerando solo i decessi per overdose e trascurando la mortalità per altre cause correlate al consumo di stupefacenti, in Europa si registrano ogni anno tra i 6.500 e gli 8.500 decessi droga indotti, decessi considerati evitabili.

La diffusa poliassunzione, la circolazione di droghe adulterate e tagliate in modo nuovo, la disponibilità di nuove sostanze psicoattive di elevata potenza, attive a dosi anche sub-molari, contribuiscono ad aumentare i rischi di esito letale, ma anche a complicare gli accertamenti e l'individuazione della sostanza responsabile dell'evento. Tale difficoltà interessa non solo il rilevamento dei casi su base circostanziale ma, se pur in minor misura, anche gli accertamenti tossicologici e forensi. Tutto ciò potrebbe portare ad una sottostima degli eventi, ad una percezione distorta dell'andamento dei decessi per droga e ad abbassare la guardia circa eventuali interventi di prevenzione e di ricerca a tutela della salute pubblica.

In Italia il numero dei decessi droga-indotti negli ultimi anni è in progressiva riduzione secondo i dati provenienti dal Registro Speciale (RS)⁶⁴ della DCSA e dal Registro Generale di Mortalità (RGM) dell'ISTAT. Nel 2015 il trend rimane in discesa (Figura 94).

⁶⁴Il dato si riferisce alle morti attribuite in via diretta alle assunzioni di droghe e ai casi per i quali sono state interessate le Forze di Polizia. Mancano quelli indirettamente riconducibili all'uso di stupefacenti, quali i decessi conseguenti a incidenti stradali per guida in stato di alterazione psico-fisica, oppure le morti di assuntori di droghe dovute a complicazioni patologiche. Va anche chiarito che non tutte le segnalazioni di decessi per droga che pervengono alla DCSA dalle Forze di Polizia sono poi corredate da copia degli esami autoptici e tossicologici, di cui normalmente dispone l'Autorità Giudiziaria.

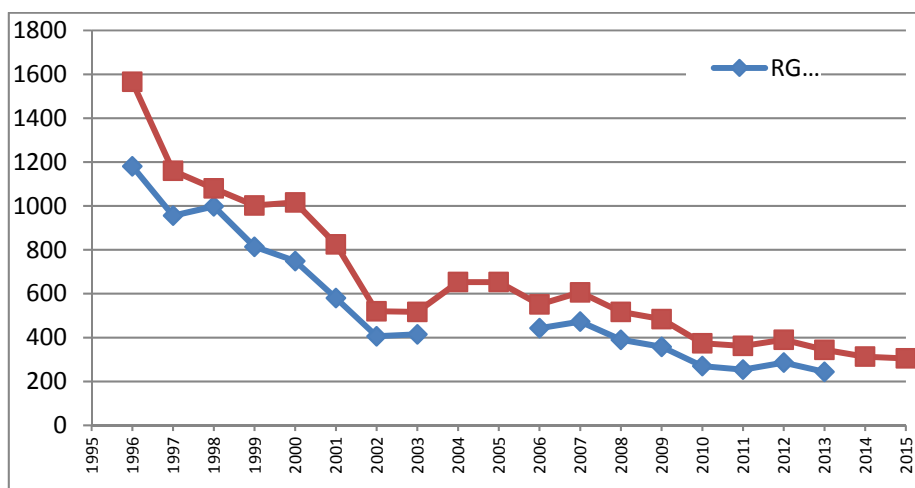


Figura 94 Decessi Droga-indotti. Registro Speciale (RS) e Registro generale di Mortalità (RGM). Italia 1996-2015

Fonte: Direzione Centrale per i Servizi Antidroga del Ministero dell'Interno e ISTAT

Nel corso del 2015⁶⁵, i decessi riconducibili all'abuso di sostanze stupefacenti rilevati dalle Forze di Polizia o segnalati dalle Prefetture si sono attestati su 305 casi, con un decremento pari al 2,55% rispetto al 2014.

Le persone di sesso maschile decedute a causa dell'assunzione di sostanze stupefacenti sono state 263 (86,23%), mentre quelle di sesso femminile 42 (13,77%) ed il rapporto M/F pari a 6.3 (15.5 nel 2014, valore più alto registrato dal 2004) (Figura 95).

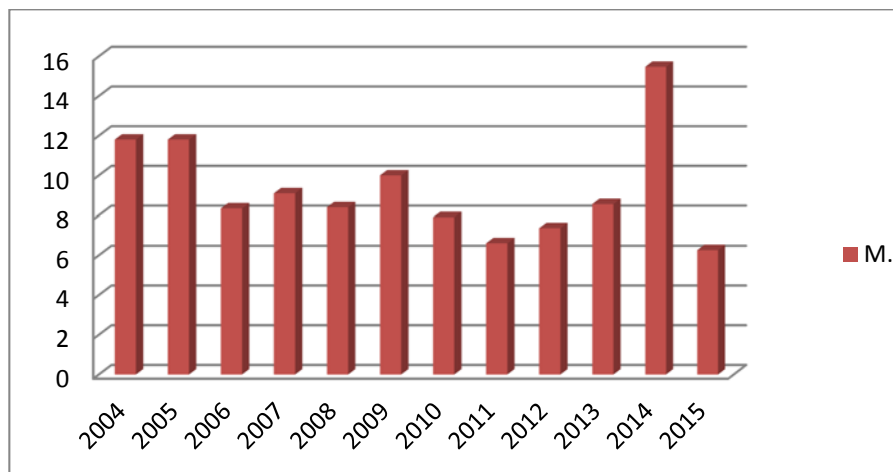


Figura 95 - Decessi Droga Indotti. Rapporto di genere per anno. Italia, anni 2004-2015

Fonte: Elaborazioni su dati Direzione Centrale per i Servizi Antidroga del Ministero dell'Interno

⁶⁵Il dato, tuttavia, non è del tutto consolidato, in quanto si riferisce alle morti attribuite in via diretta alle assunzioni di droghe e ai casi per i quali sono state interessate le Forze di Polizia. Mancano quelli indirettamente riconducibili all'uso di stupefacenti, quali i decessi conseguenti a incidenti stradali per guida in stato di alterazione psico-fisica, oppure le morti di assuntori di droghe dovute a complicazioni patologiche. Va anche chiarito che non tutte le segnalazioni di decessi per droga che pervengono alla DCSA dalle Forze di Polizia sono poi corredate da copia degli esami autoptici e tossicologici, di cui normalmente dispone l'Autorità Giudiziaria.

La quota di stranieri è pari al 4.9 % vs. 6.7 dell'anno precedente. La distribuzione per età (Tabella 101) è rimasta sostanzialmente invariata rispetto all'anno precedente: nel 2015 l'età media dei 305 deceduti è pari a 39.3 anni con un minimo di 16 anni e un massimo di 60; il 25% ha meno di 33 anni, mentre l'età mediana è pari a 39 anni e il restante 25% supera i 46 anni. L'età media era di 36,2 anni per le femmine, di 39,8 anni per i maschi.

Nel 2014, 39.7 anni (16-66) era l'età media dei 313 deceduti, (Q1 =33 anni, Mediana =41 anni, Q3=47 anni).

Tabella 101 Decessi droga-indotti per classe di età e sesso. Italia, anni 2010-2015

Fasce di età	2010		2011		2012		2013		2014		2015	
	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M
15-19	-	6	3	9	3	10	1	7	-	4	2	5
20-24	5	28	3	25	4	23	3	20	3	16	4	12
25-29	8	49	3	39	7	39	10	35	2	24	8	15
30-34	5	54	12	53	8	56	-	44	5	36	6	33
35-39	9	76	5	59	4	80	10	48	1	48	7	64
>40	15	119	22	132	21	138	12	159	8	166	15	134
Totale	42	332	48	317	47	346	36	313	19	294	42	263
	374		365		393		349		313		305	

Fonte: Elaborazioni su dati Direzione Centrale per i Servizi Antidroga del Ministero dell'Interno

Nel 93,1 % dei casi si osserva una coincidenza tra provincia di residenza (compresi gli stranieri che risiedono in Italia) e provincia di ritrovamento dei deceduti facendo ipotizzare una riduzione del nomadismo della droga probabilmente legata alla facilità di reperimento in loco se non addirittura a domicilio.

Relativamente alla sostanza registrata su base circostanziale come direttamente connessa all'evento letale, nel 2015 prevale ancora l'eroina nel 33.1% dei casi (n=101), segue la cocaina con 37 decessi (12.1%), il metadone con 3 casi (1.0%), l'amfetamina con 2 casi (0.7%). Nei rimanenti 158 decessi, cioè nel 51.8% (era il 45.4% nel 2014), non è stato possibile determinare la sostanza (Figura 96).

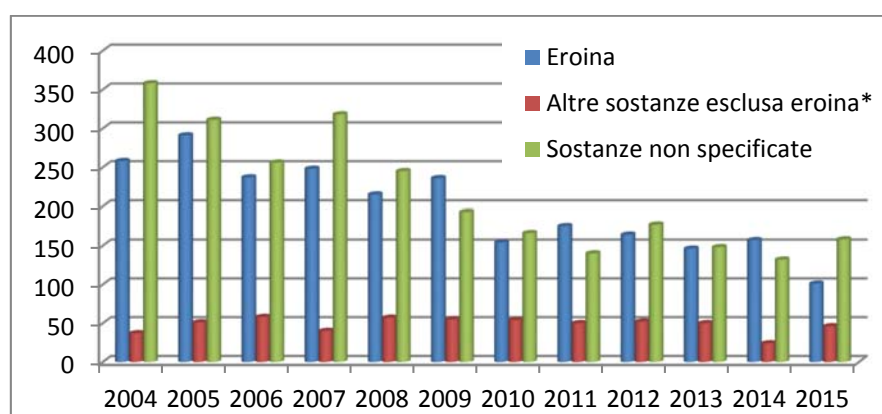


Figura 96 Decessi indotti per gruppi di sostanza. Italia, anni 2004-2015

Fonte: Elaborazioni su dati Direzione Centrale per i Servizi Antidroga del Ministero dell'Interno
 * Amfetamina, barbiturici, cocaina, hashish, MDMA, metadone

Nel 2015 si registra una riduzione del numero di decessi per eroina a cui si accompagna un aumento di decessi per altre sostanze escluse eroina. Il numero di decessi causati da sostanze non

precisate è particolarmente elevato (il 51,8 % in aumento rispetto al 2014) facendo ipotizzare che alcune intossicazioni fatali potrebbero essere state indotte da sostanze difficili da identificare su base circostanziale oppure a poliassunzioni. È noto che la poliassunzione accresce il rischio di decesso ed aumenta la difficoltà di attribuire l'evento ad una sostanza anche in caso di controlli post-mortem. La perdita di informazione circa le sostanze, non specificate rappresenta un significativo ostacolo nel monitorare il trend dei decessi droga indotti.

Nella Tabella 102 si presenta la distribuzione dei decessi per tipo di sostanza e due ampie classi di età, meno di 35 anni e 35 anni e più; al netto delle sostanze imprecisate, le differenze tra i due gruppi forniscono indicazioni di interesse per interventi di prevenzione: l'eroina è la sostanza maggiorante utilizzata in entrambe le classi di età ma con un'incidenza maggiore tra gli over 35.

Tabella 102 Distribuzione percentuale dei decessi droga-indotti per classi di età a tipo di sostanza. Italia 2015

	Per tipo di sostanza (%)		Per tipo di sostanza, escluse sostanze imprecisate (%)	
	<35	>=35	<35	>=35
Amfetamina	1.2	0.5	2.3	1.0
Barbiturici	1.2	0.5	2.3	1.0
Cocaina	18.8	9.5	37.2	20.2
Eroina	24.7	36.4	48.8	76.9
Hashish	1.2	0.0	2.3	0.0
M.D.M.A.	1.2	0.0	2.3	0.0
Metadone	2.4	0.5	4.7	1.0
Imprecisata	49.4	52.7		
Totale casi	85	220	43	104

Fonte: Elaborazioni su dati Direzione Centrale per i Servizi Antidroga del Ministero dell'Interno

Il 59.3% dei deceduti è stato rinvenuto nell'abitazione (65.9% delle donne), il 4.6% in ospedale (4.9% tra le donne), sulla strada il 9.5% dei casi.

Situazione regionale

Nel 2015 le regioni più colpite in senso assoluto sono state l'Emilia Romagna con 41 casi, seguita, dalla Campania con 37 e dal Lazio e Toscana con 33 e dal Piemonte con 32, mentre in Valle d'Aosta e Molise non si sono registrati casi di decesso per uso di droga.

Rispetto al 2014 sono stati registrati aumenti consistenti dei decessi riconducibili all'abuso di sostanze stupefacenti in Basilicata (+200%), in Campania (+117,65%), in Sicilia (+100%) e in Lombardia (+56,25%).

Escludendo Valle d'Aosta e Molise dove non si sono verificati casi di decesso da abuso di sostanze stupefacenti, i cali più vistosi, in percentuale, in Puglia (-85,71%), in Abruzzo (-62,50%), in Umbria e Liguria (-47,06%).

Prendendo in esame le macroaree i decessi rilevati dalle Forze di Polizia o segnalati dalle Prefetture nel 2015 risultano distribuiti per il 43,28% al Nord, per il 30,82% al Centro e per il 25,90% al Sud e Isole.

Nella Figura 97 che segue è indicata la distribuzione regionale dei decessi avvenuti nel 2015.

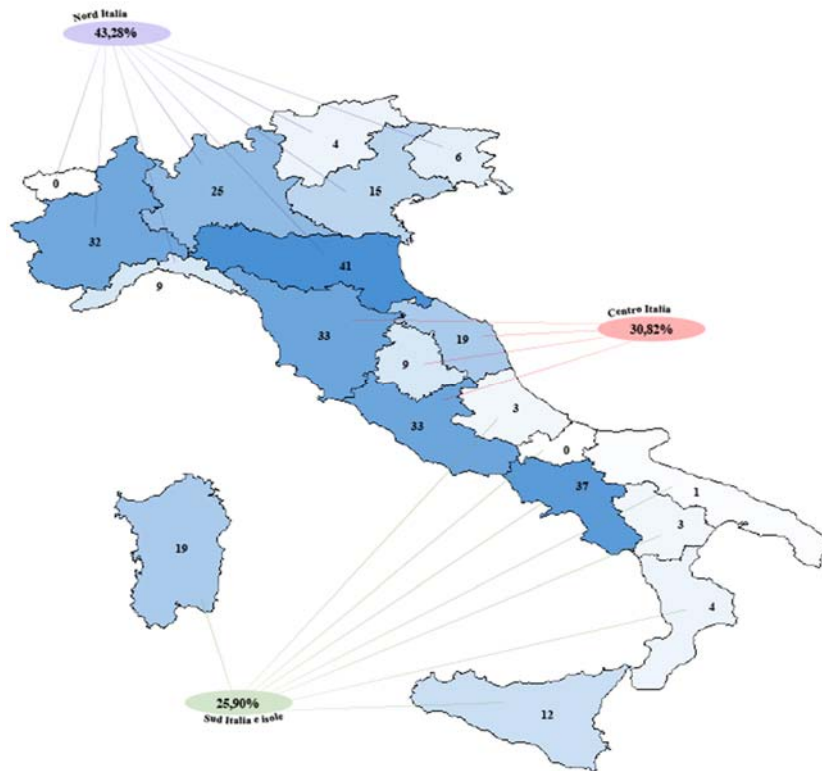


Figura 97

Negli ultimi dieci anni la regione più colpita in senso assoluto è stata il Lazio con 674 decessi, seguita da Campania con 607, Emilia Romagna con 369 e Toscana con 332, mentre fra quelle meno colpite si confermano la Valle d'Aosta con 11 decessi, il Molise con 19 e la Basilicata con 27.

Nella tabella che segue è indicata la distribuzione regionale dei decessi avvenuti negli ultimi dieci anni, mentre il grafico successivo riporta, sempre a livello regionale, i decessi verificatisi nel 2015.

Decessi distribuzione regionale - andamento decennale		2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Abruzzo		10	10	20	8	8	7	6	10	8	3
Basilicata		7	1	6	3	1	3	1	1	1	3
Calabria		8	11	7	13	7	5	2	1	3	4
Campania		87	112	71	71	51	61	69	31	17	37
Emilia Romagna		51	47	40	28	20	33	38	34	37	41
Friuli Venezia Giulia		12	8	13	5	9	12	7	1	5	6
Lazio		106	105	87	87	72	41	51	57	35	33
Liguria		23	15	17	17	8	9	7	18	17	9
Lombardia		41	55	38	39	33	20	24	18	16	25
Marche		21	25	19	17	23	13	26	24	19	19
Molise		2	1	3	5	4	2	1		1	-
Piemonte		34	19	29	50	21	39	23	27	33	32
Puglia		18	19	20	17	8	5	3	5	7	1
Sardegna		15	19	17	21	15	13	20	23	21	19
Sicilia		17	21	31	22	25	12	18	19	6	12
Toscana		33	40	34	30	22	28	43	32	37	33
Trentino Alto Adige		4	9	2	2	2	5	3	6	4	4
Umbria		26	38	26	17	28	27	25	19	17	9
Valle d'Aosta			1	1	1	2	1		2	3	-
Veneto		34	49	35	30	15	27	25	20	26	15
Italia		549	605	516	483	374	363	392	348	313	305
Totale Italiani deceduti all'Estero		2	1	1	1	0	2	1	1	0	0
Generale		551	606	517	484	374	365	393	349	313	305

Decessi - distribuzione regionale 2015

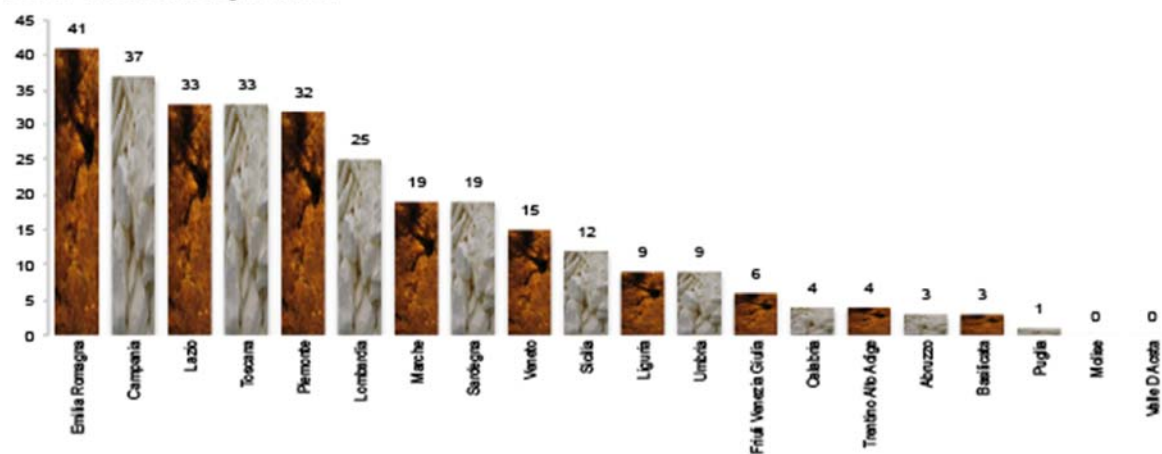


Figura 98

Situazione provinciale

Nel 2015, il numero maggiore dei decessi per droga è stato registrato nelle province di Bologna (22), Torino e Napoli (21), Roma (20), Sassari e Firenze (12), che da sole rappresentano il 35,41% del totale dei decessi rilevati a livello nazionale. In 27 province non si sono registrati casi di decesso per abuso di stupefacenti.

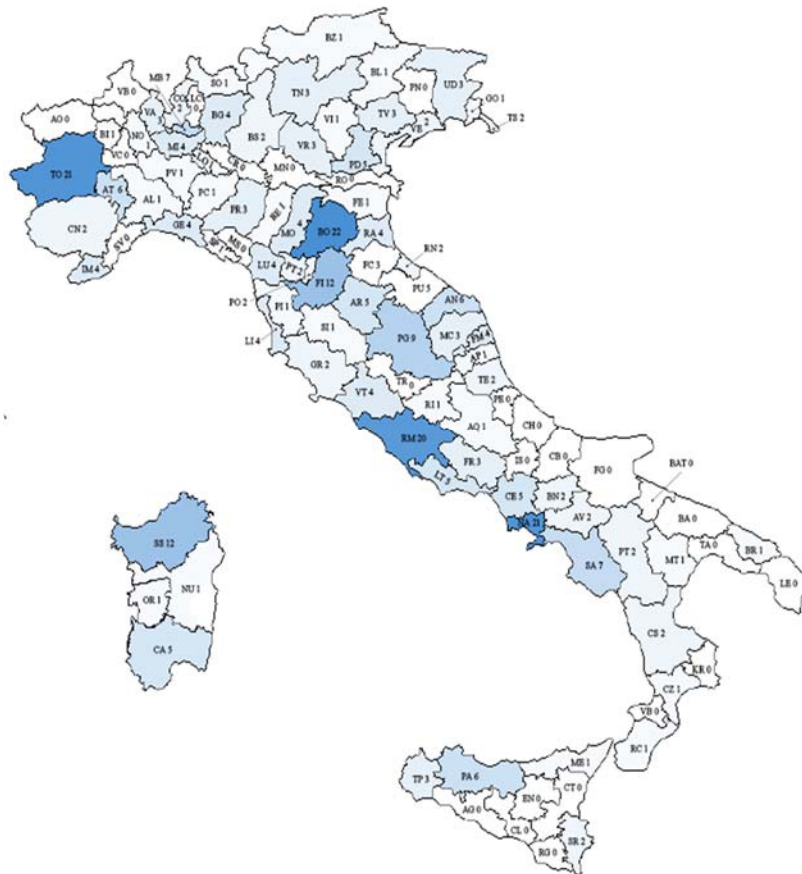


Figura 99

4.2 Mortalità indotta per cause droga correlate

Le analisi presentate in questo paragrafo si basano sul Registro Generale di Mortalità (RGM) dell'ISTAT anche noto come Rilevazione sulla cause di morte. Il Registro rappresenta la fonte principale di informazioni epidemiologiche per il Paese, in quanto include tutti i decessi che si sono verificati sull'intero territorio nazionale, registrandone le informazioni mediche contenute nei certificati di morte. La possibilità di considerare tutte le patologie e le condizioni indicate su tale certificato completa ed arricchisce il quadro presentato in base ai dati di polizia del precedente paragrafo.

La Figura 100 mostra il trend del numero assoluto di decessi droga-indotti registrati in Italia nel periodo 1980-2013. Il numero di decessi per questa causa aumenta fino al 1991 con 1.277 casi. Dopo questo picco si assiste a un trend decrescente fino al 2011 seguito da un lieve aumento nel 2012 e da una nuova riduzione nel 2013, anno in cui si osservano 244 casi. Eliminando l'effetto della struttura per età della popolazione mediante il calcolo dei tassi standardizzati di mortalità⁶⁶, nel periodo 1992-2013 per la popolazione residente (Figura 101), si evidenzia lo stesso trend descritto per il numero assoluto di decessi, con il valore più elevato nel 1996 (20,1 decessi per 1.000.000 di abitanti) e il più basso nel 2013 con un valore del tasso di 3,8 decessi per 1.000.000 di residenti.

L'andamento è molto diverso per i due generi: gli uomini infatti mostrano rischi di mortalità droga-indotta più elevati rispetto alle donne. All'inizio del ventennio osservato il rischio degli uomini era circa 10 volte superiore a quello delle donne (35,6 per 1.000.000 versus 3,7) e, sebbene tale distanza si stia riducendo nel tempo, nel 2013 il rischio degli uomini è ancora circa 6 volte più elevato di quello femminile (6,6 versus 1,0). A partire dal 2006 la classe di età con i tassi di mortalità droga-indotta più elevati (Figura 102) è quella di 35-44 anni (nel 2013 il valore del tasso è di 10,1 per 1.000.000 di residenti), mentre fino al 2003 la classe di età più a rischio era quella dei giovani di 25-34 anni. Dalla seconda metà degli anni '90 quest'ultima classe di età ha sperimentato una forte riduzione della mortalità per queste cause fino a raggiungere nel 2013 un livello pari a 5,2 per 1.000.000 di residenti. Nel periodo considerato si osserva un calo dei livelli di mortalità per il gruppo d'età 15-24 anni (il tasso passa da 33,1 decessi per 1.000.000 di abitanti del 1992 a 2,9 nel 2013). Tuttavia dal 2010 il tasso è rimasto su valori pressoché stabili oscillando tra 2,5 e 2,9 decessi per 1.000.000 di residenti. In contrasto con il comportamento degli altri gruppi di età, nel periodo 1992-2013 le persone di età 45-54 anni hanno sperimentato un incremento nella mortalità droga-indotta seppure, negli ultimi anni, con livelli oscillanti. Nel 2013 si è osservato un livello di 6,4 per 1.000.000, in calo rispetto a quello dell'anno precedente (8,1). Tutti i cambiamenti descritti nei livelli di mortalità hanno avuto come effetto una riduzione delle differenze per età.

La geografia della mortalità droga-indotta è cambiata negli ultimi 20 anni di osservazione (Figura 105). Dal 1992 al 2001 la mortalità è stata più elevata nell'Italia del Nord e del Centro in confronto alle regioni del Sud e alle Isole. Dal 2002 i valori del Nord e del Sud sono diventati più simili tra loro e nel loro complesso più bassi di quelli del Centro. Nel 2013 i tassi di mortalità in queste macro aree variano tra 1,8 per 1.000.000 di abitanti nel Sud e 4,6 nel Nord-Ovest, mentre il Centro mostra valori più elevati (6,4) sebbene la tendenza all'aumento osservata nel 2012 abbia subito un'inversione nell'ultimo anno.

⁶⁶ I tassi standardizzati di mortalità sono stati calcolati con il metodo diretto utilizzando classi di età quinquennali (0, 1-5, 5-9, ..., 90+); la popolazione standard utilizzata è la popolazione residente in Italia alla data del Censimento 2001.

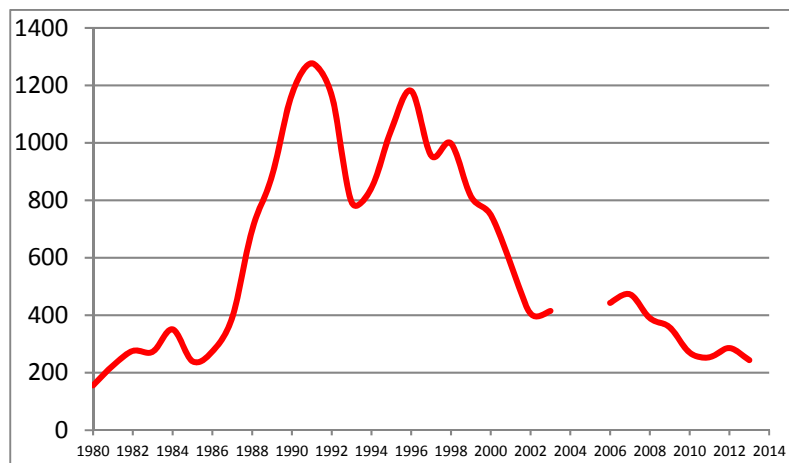


Figura 103 Trend della mortalità per droga in Italia, per anno di decesso. Numero assoluto di decessi. Popolazione presente, anni 1980-2013

Fonte: Istat, Indagine sui decessi e le cause di morte

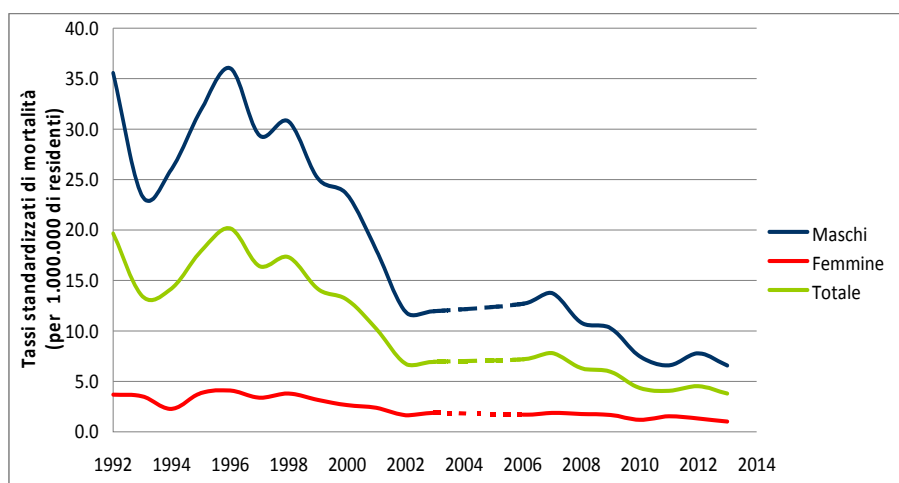


Figura 104 Trend della mortalità per droga in Italia, per sesso e anno di decesso. Tassi standardizzati di mortalità per 1.000.000 di residenti. Popolazione residente, anni 1992-2013.

Fonte: Istat, Indagine sui decessi e le cause di morte

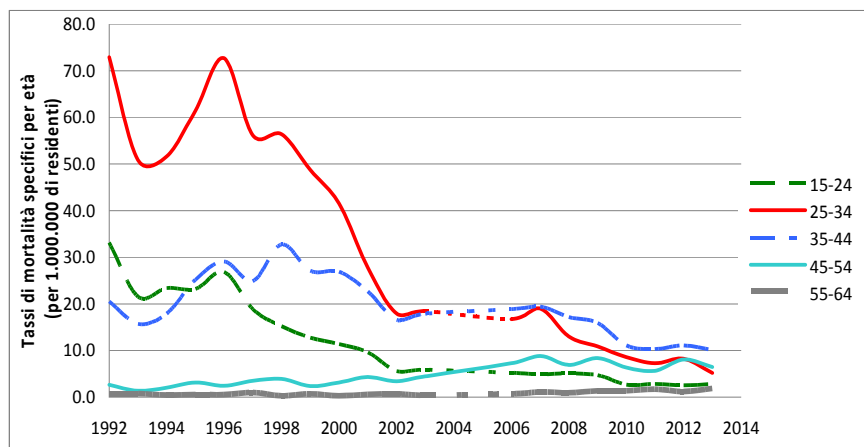


Figura 105 Trend della mortalità per droga in Italia, per età e anno di decesso. Tassi di mortalità specifici per età, per 1.000.000 di residenti. Popolazione residente, anni 1992-2013.

Fonte: Istat, Indagine sui decessi e le cause di morte

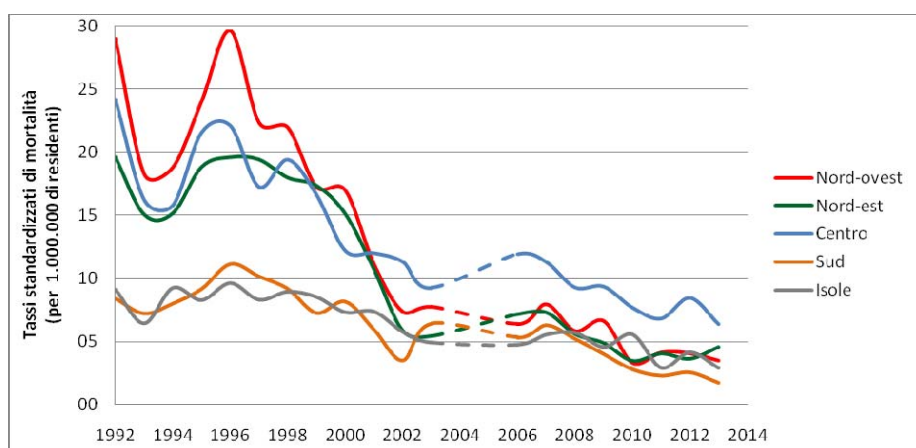


Figura 106 Trend della mortalità per droga in Italia, per ripartizione di residenza e anno di decesso. Tassi standardizzati di mortalità per 1.000.000 di residenti. Popolazione residente, anni 1992-2013.

Fonte: Istat, Indagine sui decessi e le cause di morte

Nella Tabella 103 è mostrato il confronto tra i livelli di mortalità droga-indotta misurati con riferimento alla causa iniziale di morte e alle cause multiple di morte⁶⁷, ovvero a tutte le condizioni droga-correlate menzionate nelle schede di morte, anche se non selezionate come cause iniziali.

Questo consente di individuare quei decessi per i quali la condizione di tossicodipendenza o l'abuso di sostanze psicotrope, pur avendo contribuito al processo morboso che ha condotto a morte, non ne rappresentano le cause scatenanti. Tali casi non sarebbero quindi classificati come droga-correlati considerando la sola causa iniziale.

⁶⁷La causa iniziale è definita dall'OMS (Classificazione Internazionale delle Malattie, 2000) come (a) la malattia o il traumatismo che avvia il concatenamento degli eventi morbosi che conduce direttamente alla morte, o (b) l'insieme delle circostanze dell'accidente o della violenza che hanno provocato la lesione traumatica mortale. La causa iniziale è quella che normalmente compare nelle statistiche ufficiali di mortalità. Tuttavia sui certificati di morte, i medici certificatori riportano generalmente anche altre condizioni che hanno avuto un ruolo nel causare il decesso ma che non sono cause iniziali (cause associate). L'analisi delle cause multiple consente di tenere conto oltre che della causa iniziale di morte, anche delle cause associate.

Nel triennio 2011-2013, nella fascia di età 15-64 anni, il numero totale di certificati con menzione di uso di droghe è pari a 1.353 ovvero il 96% in più rispetto al numero basato sulla sola causa iniziale di morte (691 casi). Il rapporto multiple su iniziale differisce in base all'età e mostra valori più elevati per i gruppi di età più avanzata (da 1,3 per 15-24 anni si arriva a 3,3 per 55-64 anni). Come osservato per la causa iniziale di morte, anche le menzioni delle cause droga-correlate differiscono per genere e sono circa 6 volte maggiori negli uomini che nelle donne: il tasso standardizzato è, rispettivamente, 20,3 e 3,4 per 1.000.000 di abitanti (**Figura 107**), con differenze non significative nel rapporto multiple su iniziale (2 nei maschi e 1,9 nelle femmine).

Tabella 103 Mortalità droga-correlata in Italia, come causa iniziale e causa multipla, per sesso e classe di età. Numero assoluto e tassi grezzi (per 1.000.000 di residenti). Popolazione residente di 15-64 anni, triennio 2011-2013 (a).

Età	Causa iniziale		Causa multipla		Rapporto multipla/iniziale
	Decessi	Tasso grezzo	Decessi	Tasso grezzo	
Maschi					
15-24	36	4,0	47	5,3	1,3
25-34	121	11,6	169	16,2	1,4
35-44	252	18,4	428	31,3	1,7
45-54	152	11,6	418	31,8	2,8
55-64	24	2,3	94	8,8	3,9
Tot (15-64)	585	10,3	1,156	20,3	2,0
Femmine					
15-24	12	1,4	13	1,5	1,1
25-34	20	1,9	24	2,3	1,2
35-44	36	2,6	58	4,2	1,6
45-54	26	1,9	77	5,7	3,0
55-64	12	1,1	25	2,2	2,1
Tot (15-64)	106	1,8	197	3,4	1,9
Totale					
15-24	48	2,8	60	3,4	1,3
25-34	141	6,8	193	9,3	1,4
35-44	288	10,5	486	17,7	1,7
45-54	178	6,7	495	18,5	2,8
55-64	36	1,6	119	5,4	3,3
Tot (15-64)	691	6,0	1,353	11,8	2,0

Fonte: Istat, Indagine sui decessi e le cause di morte

(a) I deceduti in Trentino Alto Adige sono stati esclusi dall'analisi poiché i dati delle cause multiple di questo territorio non sono disponibili per tutto il triennio di osservazione.

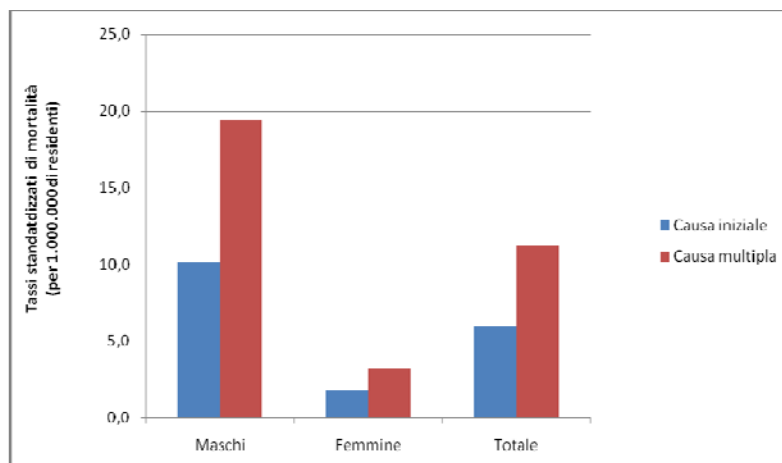


Figura 107 Mortalità per droga in Italia, come causa iniziale e causa multipla, per sesso. Tassi standardizzati di mortalità per 1.000.000 di residenti. Popolazione residente di età 15-64 anni, nel triennio 2011-2013.

Fonte: Istat, Indagine sui decessi e le cause di morte

L'approccio delle cause multiple di morte consente anche di analizzare il quadro patologico dei decessi degli utilizzatori di droghe che costituisce un gruppo di popolazione generalmente caratterizzato da un contesto morboso complesso.

Nella **Tabella 104-** Misure di associazione, standardizzate per età, di alcune condizioni con le cause droga-correlate (definite in base alla selezione B dell'Emcdda) menzionate nei certificati di morte. Decessi dei residenti in Italia avvenuti nel triennio 2011-2013 in età compresa tra 15 e 64 anni. sono riportati i risultati dell'analisi delle condizioni associate alle cause droga-correlate⁶⁸. Il gruppo di malattie più fortemente associato con queste cause è quello dei disturbi psichici e comportamentali (Icd-10: F01-F99); in particolare, i disturbi dovuti all'uso di alcol che mediamente sono presenti nei decessi droga-correlati 19,4 (misura di associazione per il codice Icd-10 F10) volte di più rispetto agli altri decessi.

Rilevante è anche il ruolo del gruppo delle malattie infettive e parassitarie (Icd-10: A00-B99) che è associato ai decessi droga-correlati 3,7 volte di più rispetto agli altri decessi e che è presente in circa il 31% dei certificati di questo gruppo. Tra queste malattie spicca l'epatite virale acuta (Icd-10: B17, con misura di associazione pari a 18,0) e cronica (Icd10: B18, con associazione pari a 10,8) e la malattia da HIV (Icd10: B24, con associazione pari a 6,3).

Un altro gruppo di malattie che risulta fortemente associato con le cause droga-correlate è costituito dalle malattie dell'apparato digerente che compaiono mediamente il doppio delle volte rispetto agli altri certificati. Tra queste cause le associazioni più rilevanti si osservano con le malattie del fegato, specialmente l'epatite alcolica (associazione pari a 6,2) e le altre epatiti croniche non classificate altrove (associazione pari a 3,7), confermando il legame già descritto per le epatiti virali.

Come ulteriore conferma del ruolo delle patologie epatiche come causa di decesso nei consumatori di droghe, il tumore maligno del fegato e dei dotti biliari intraepatici fa registrare un'associazione significativa di 1,4, sebbene i tumori nel complesso risultino non associati a queste cause.

Infine, le malattie del sistema circolatorio prese nell'insieme (Icd10: I00-I99) hanno una associazione positiva ma molto bassa. All'interno di questo gruppo, tuttavia, le endocarditi acute e

⁶⁸ Come misura di associazione tra cause droga-correlate e condizioni specifiche riportate nel certificato di morte, è stata usata una stima del rapporto delle proporzioni standardizzato per età (Age-Standardized Proportion Ratio - ASPR) (Drug induced mortality: a multiple cause approach on Italian causes of death Register. Epidemiology Biostatistics and Public Health - 2015, Volume 12, Issue 1 - Suppl 1)

subacute (Icd10: I33) sono presenti 16,4 volte più frequentemente negli utilizzatori di droghe rispetto ai non utilizzatori.

Tabella 104- Misure di associazione, standardizzate per età, di alcune condizioni con le cause droga-correlate (definite in base alla selezione B dell'Emcdda) menzionate nei certificati di morte. Decessi dei residenti in Italia avvenuti nel triennio 2011-2013 in età compresa tra 15 e 64 anni.

Codice ICD10	Cause Descrizione	Numero di decessi con cause droga-correlate per causa menzionata	Proporzione grezza (%) di decessi per causa menzionata sul certificato di morte		ASPR	CI 95%
			Decessi droga-correlati (N=1,353)	Altri decessi (N=209,1 15)		
A00-B99	Alcune malattie infettive e parassitarie	418	30,9	10,3	3,7	(3,5 - 4,0)
	di cui:					
A41	Altre forme di setticemia	103	7,6	6,2	1,7	(1,4 - 2,0)
B16	Epatite acuta B	17	1,3	0,3	4,1	(2,5 - 6,9)
B17	Altre epatiti virali acute	11	0,8	0,0	18,0	(9,4 - 34,7)
B18	Epatite virale cronica	326	24,1	2,7	10,8	(9,9 - 11,8)
B20	Malattia da virus dell'immunodeficienza umana [HIV] che da luogo a malattie infettive o parassitarie	34	2,5	0,4	4,3	(2,9 - 6,5)
B22	Malattia da virus dell'immunodeficienza umana [HIV] che da luogo ad altre malattie specificate	22	1,6	0,3	5,1	(3,3 - 7,6)
B23	Malattia da virus dell'immunodeficienza umana [HIV] che da luogo ad altre condizioni morbose	14	1,0	0,1	4,9	(2,5 - 9,6)
B24	Malattia da virus dell'immunodeficienza umana [HIV] non specificata	99	7,3	1,2	6,3	(5,2 - 7,6)
B99	Altre e non specificate malattie infettive	23	1,7	0,5	2,7	(1,7 - 4,2)
C00-D48	Tumori	103	7,6	51,5	0,3	(0,3 - 0,3)
	di cui:					
C22	Tumore maligno del fegato e dei dotti biliari intraepatici	39	2,9	2,9	1,4	(1,1 - 1,9)
D50-D89	Malattie del sangue e degli organi ematopoietici ed alcuni disturbi del sistema immunitario	55	4,1	4,5	0,6	(0,4 - 0,8)
	di cui:					
D84	Altre immunodeficienze	16	1,2	0,2	2,5	(1,2 - 4,9)
E00-E90	Malattie endocrine, nutrizionali e metaboliche	92	6,8	12,4	1,2	(1,0 - 1,3)
	di cui:					
E66	Obesità	27	2,0	2,0	1,5	(1,1 - 2,1)
F01-F99	Disturbi psichici e comportamentali	242	17,9	4,4	5,5	(5,0 - 6,0)
	di cui:					
F10	Disturbi psichici e comportamentali dovuti all'uso di alcol	178	13,2	1,0	19,4	(17,2 - 21,8)
F32	Episodio depressivo	26	1,9	0,9	4,9	(3,8 - 6,3)
G00-H95	Malattie del sistema nervoso e degli organi di senso	99	7,3	8,3	0,6	(0,5 - 0,8)
I00-I99	Malattie del sistema circolatorio	639	47,2	48,9	1,1	(1,1 - 1,2)
	di cui:					
I33	Endocardite acuta e subacuta	18	1,3	0,1	16,4	(11,3 - 23,8)
I38	Endocardite, valvola non specificata	19	1,4	0,3	2,7	(1,5 - 4,8)
I42	Cardiomiopatia	13	1,0	1,1	5,3	(4,3 - 6,6)
I49	Altre aritmie cardiache	24	1,8	1,7	1,5	(1,1 - 2,1)
I50	Insufficienza cardiaca	58	4,3	4,0	1,4	(1,1 - 1,7)
I51	Complicanze e descrizioni mal definite di cardiopatia	112	8,3	6,0	1,6	(1,3 - 1,8)
I61	Emorragia intracerebrale	35	2,6	2,6	1,9	(1,5 - 2,4)
I85	Varici esofagee	34	2,5	0,7	2,5	(1,7 - 3,7)

J00-J99	Malattie del sistema respiratorio	422	31,2	23,9	1,3	(1,2 - 1,4)
di cui:						
<i>J18</i>	<i>Polmonite da microorganismo non specificato</i>	57	4,2	3,9	1,5	(1,2 - 1,8)
<i>J44</i>	<i>Altre pneumopatie ostruttive croniche</i>	23	1,7	2,4	2,9	(2,4 - 3,5)
<i>J81</i>	<i>Edema polmonare</i>	203	15,0	3,9	2,3	(2 - 2,8)
<i>J98</i>	<i>Altri disturbi respiratori</i>	11	0,8	1,4	1,8	(1,3 - 2,5)
K00-K92	Malattie dell'apparato digerente	351	25,9	15,8	2,0	(1,9 - 2,2)
di cui:						
<i>K70</i>	<i>Epatopatia alcolica</i>	54	4,0	1,2	6,2	(5,1 - 7,5)
<i>K72</i>	<i>Insufficienza epatica non classificata altrove</i>	93	6,9	4,9	1,3	(1,0 - 1,6)
<i>K73</i>	<i>Epatite cronica non classificata altrove</i>	16	1,2	0,2	3,7	(1,9 - 7,3)
<i>K74</i>	<i>Fibrosi e cirrosi epatica</i>	233	17,2	5,0	3,6	(3,3 - 4,1)
<i>K76</i>	<i>Altre malattie del fegato</i>	92	6,8	2,6	3,3	(2,7 - 3,9)
L00-L99	Malattie della cute e del tessuto sottocutaneo	25	1,8	0,7	4,0	(2,9 - 5,4)
M00-M99	Malattie del sistema osteomuscolare e del tessuto connettivo	12	0,9	1,5	0,4	(0,2 - 0,7)
N00-N99	Malattie dell'apparato genitourinario	67	5,0	8,3	1,0	(0,9 - 1,2)
di cui:						
<i>N17</i>	<i>Insufficienza renale acuta</i>	26	1,9	2,1	1,4	(1,0 - 1,9)
<i>N19</i>	<i>Insufficienza renale non specificata</i>	28	2,1	3,8	1,3	(1,0 - 1,6)
R00-R99	Sintomi, segni e altre condizioni morbose mal definite	563	41,6	34,7	1,0	(0,9 - 1,1)
<i>R09</i>	<i>Altri sintomi e segni che interessano gli apparati circolatorio e respiratorio</i>	215	15,9	5,3	2,6	(2,3 - 3)
<i>R40</i>	<i>Sonnolenza, stupor e coma</i>	65	4,8	4,2	1,3	(1,0 - 1,6)
<i>R60</i>	<i>Edema non classificato altrove</i>	11	0,8	0,5	2,2	(1,3 - 3,8)
<i>R75</i>	<i>Messa in evidenza, con esami di laboratorio, del virus della immunodeficienza umana [HIV]</i>	20	1,5	0,1	9,8	(6,0 - 15,9)
V00-Y99	Cause esterne di mortalità	492	36,4	13,6	1,9	(1,7 - 2,1)

Fonte: Istat, Indagine sui decessi e le cause di morte

In tabella sono riportate le proporzioni e le misure di associazione per le malattie raggruppate secondo i settori della classificazione Icd10 e per le categorie (codici a tre caratteri). Sono presentati tutti i settori Icd10 in cui ci siano stati almeno 10 casi. Per le categorie, invece, sono riportate solo quelle con almeno 10 casi e per le quali sia stato rilevato un valore significativamente positivo dell'associazione (valore inferiore dell'intervallo di confidenza al 95% superiore a 1).

PARTE IV
MISURE DI PREVENZIONE

Capitolo 1 – Gli interventi di prevenzione

A cura del Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca, Dipartimento per il sistema di Istruzione di formazione – Ispettorato generale della Sanità militare – IFC Istituto di Fisiologia Clinica, Consiglio Nazionale delle Ricerche (CNR)

1.1 I programmi di prevenzione nelle scuole

Le attività del Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca (MIUR) sono state incentrate principalmente sulla prevenzione che costituisce, in ambito scolastico, lo strumento più efficace per la riduzione del rischio e delle problematiche determinate dall'uso di sostanze stupefacenti.

La scuola, infatti, è il contesto privilegiato per realizzare interventi efficaci di promozione di stili di vita sani e di prevenzione delle tossicodipendenze favorendo lo sviluppo della personalità del giovane, aiutando i giovani che presentano comportamenti o atteggiamenti riferibili all'insicurezza, alla sfiducia e alla disistima e rendendo i giovani autonomi e responsabili nelle scelte per favorire comportamenti salutari e senso sociale.

I programmi di prevenzione, svolti in ambito scolastico, consentono infatti di raggiungere i giovani in un'età in cui non hanno ancora consolidato comportamenti devianti, attraverso l'acquisizione d'informazioni, conoscenze ed abilità comportamentali utili al mantenimento ed al miglioramento della propria salute.

Tali interventi di prevenzione risultano significativamente più efficaci se coinvolgono sinergicamente gli alunni, gli educatori del contesto scolastico, le famiglie, consentendo di soddisfare la domanda informativa ed educativa di tutti i soggetti coinvolti in modo coordinato.

Le iniziative poste in essere sono state programmate sia a livello nazionale che regionale creando diverse opportunità di collaborazione per rendere razionali le offerte di azioni provenienti dal territorio e le richieste di interventi provenienti dalla scuola.

Inoltre, le Istituzioni scolastiche, nell'ambito della una propria autonomia amministrativa, didattica ed organizzativa (legge n. 59 del 15 marzo 1997, art.21 e D.P.R. 8 marzo 1999 n. 275) hanno messo in atto e partecipato a tutte quelle iniziative che hanno ritenuto utili e rispondenti a particolari esigenze del bacino di utenza.

La programmazione delle attività ha previsto inoltre una collaborazione Interistituzionale con il Dipartimento delle Politiche Antidroga della Presidenza del Consiglio dei Ministri (DPA), il Ministero della Salute e, in ambito territoriale, con gli Enti locali.

Adesione a progetti del DPA

Questo Ministero inoltre ha partecipato e collaborato con il Dipartimento delle Politiche Antidroga della Presidenza del Consiglio dei Ministri per tutte le iniziative di prevenzione delle tossicodipendenze che hanno coinvolto le Istituzioni Scolastiche.

In particolare, nell'anno 2015, la collaborazione ha visto la realizzazione dei seguenti progetti:

- DRUGS ON STREET EDUCATIONAL
- INFO - SAFE
- LIM EDU-DRUGS
- VIVI LA STRADA - Area Centro-Nord

- VIVI LA STRADA – Area Centro-Sud e Isole
- S.O.N. Support

Progettualità regionali

Nell'ambito dell'autonomia degli Uffici Scolastici Regionali (USR) e degli Uffici di Ambito Territoriale (UAT) del MIUR, sono stati adottati programmi regionali in risposta a specifiche esigenze del territorio.

In particolare gli Uffici territoriali ha curato iniziative di sensibilizzazione rivolte a Dirigenti scolastici, docenti/personale scolastico, genitori e alunni, di formazione dei docenti referenti alla salute e docenti; di promozione della peer education e del volontariato.

In particolare si segnalano le numerose attività di collaborazione degli USR con le Aziende Sanitarie locali, la Polizia Municipale, le forze di Polizia, Guardia di Finanza e Carabinieri su interventi di Educazione alla salute le cui principali aree di intervento sono state:

- il superamento del disagio giovanile e la prevenzione da comportamenti devianti;
- la promozione di comportamenti alimentari salutari;
- azioni di contrasto all'uso di droghe;
- promozione delle life skills;
- sensibilizzazione e prevenzione del doping;
- lotta al tabagismo;
- contrasto ai consumi rischiosi di alcol, promozione dell'attività fisica;

In particolare, degno di nota è il Progetto “Scuolasalute” proposto dall'Agenzia di Sanità Pubblica della Regione Lazio, e svolto in collaborazione con l'Ufficio Scolastico Regionale per il Lazio con l'obiettivo di una programmazione congiunta degli interventi di promozione della salute nelle scuole del Lazio per la definizione di strategie comuni tra Salute e Scuola; realizzazione di interventi congiunti tra il sistema scolastico e il sistema sanitario; condivisione di una cultura in materia di promozione della salute per la prevenzione di patologie croniche e per il contrasto di fenomeni tipici dell'età giovanile.

Il Programma, di provata efficacia, che si fonda sulle life skills e su un modello di influenza sociale globale, include una equilibrata miscela di nozioni teoriche, sviluppo di abilità sociali generali (capacità critica, risoluzione dei conflitti, formulazione di obiettivi, comprensione delle dinamiche di gruppo, management di stress ed emozioni) e correzione delle percezioni erranee riguardanti la diffusione e l'accettabilità dell'uso di sostanze psicotrope. E' condotto dagli insegnanti, specificamente formati in un corso di formazione specifico. La formazione degli insegnanti è una componente fondamentale ai fini della qualità dell'applicazione del modello e dei suoi contenuti. Si rivolge ad adolescenti di età compresa tra i 12 e i 14 anni ed è costituito da 12 unità da integrare nel curriculum scolastico con una modalità interattiva. E' condotto dai docenti specificatamente formati in un corso di formazione curato dalle ASL di pertinenza territoriale.

La formazione dei docenti è una componente fondamentale ai fini della qualità, dell'applicazione del modello e dei suoi contenuti.

Si rivolge ad adolescenti di età compresa tra i dodici e i sedici anni ed è costituito da dodici unità da integrare nel curriculum scolastico con una modalità interattiva.

Il progetto coinvolge ogni anno scolastico circa 10.000 studenti e circa 400 docenti. Durante l'anno si monitorano le fasi di attuazione del progetto e al termine di ogni anno scolastico si rileva il gradimento degli studenti e degli studenti tramite un questionario standardizzato autocompilato.

Nella regione Veneto sono stati realizzati i seguenti progetti:

- “Divertiti la salute”

Per promuovere stili di vita sani relativamente all'uso degli alcolici e di altre sostanze, attraverso un percorso di sensibilizzazione e attivazione degli alunni.

- “ Vecchie nuove droghe e guida”

Attività di sensibilizzare degli studenti sui pericoli causati dall'uso dell'alcol e delle droghe

- “Guido con la testa”

Per sensibilizzare gli studenti sui pericoli causati dall'uso dell'alcol e delle droghe Le attività svolte in collaborazione con l'USLL 19 di Adria e il Comune di Adria (progetto “Guido con la testa”).

- “SHOUT”

è promosso dall'Azienda Ulss 9 di Treviso che vede coinvolti diversi istituti scolastici superiori della città. A tale progetto da alcuni anni partecipano anche i giovani reclusi nell'Istituto Penale per Minori di Treviso con la realizzazione della locandina della convention all'interno delle attività previste dal loro laboratorio grafico. L'importante iniziativa educativa è stata promossa dal Dipartimento delle dipendenze dell'Ulss 9 Treviso insieme ai Distretti 1 e 2, dall'Ufficio VI Ambito Territoriale di Treviso e la Rete “La scuola va a Teatro”. Una iniziativa che ha permesso di dar voce alle emozioni e ai sentimenti dei giovani attraverso un percorso creativo che mira a divulgare il concetto di salute come patrimonio personale. Un concetto sviluppato a partire dalla comprensione del divertimento orientato al benessere e non allo sballo.

- “CANTO E BALLO SENZA SBALLO”

Progetto del Servizio delle Dipendenze dell'Azienda ULSS 9 di Treviso in collaborazione con il Comune di Treviso e la Consulta Provinciale degli Studenti rivolto agli studenti degli istituti secondari di secondo grado, per la promozione del divertimento sano. Obiettivo dell'iniziativa è far scoprire di essere “stupefacenti naturali”, senza bisogno di sostanze di alcun tipo per far esplodere la propria vitalità e i propri talenti.

Nella Regione Basilicata sono stati realizzati i seguenti progetti integrati scuola e sanità:

- “In-dipendente” – La prevenzione dell'uso e dell'abuso di sostanze stupefacenti (ex ASL 2 Potenza)
- “Conoscere per prevenire” – La prevenzione dei rischi legati all'uso delle sostanze psicotrope (ex ASL 2 Potenza)
- “Liberi dalle dipendenze” (ex ASL 4 Matera)

Nella Regione Campania molteplici sono state le progettualità messe in campo con percorsi specifici in relazione alla fascia d'età degli studenti ed in relazione a le tossidipendenze e diverse altre dipendenze quali il fumo, l'alcol, ed il cibo.

I programmi proposti e realizzati nell'anno 2015 nella Regione Marche hanno visto dunque il concorso dei diversi soggetti territoriali, quali: Dipartimenti Dipendenze Patologiche, Dipartimenti di Prevenzione, Autonomie Scolastiche, Enti Locali, Ambiti Territoriali Sociali, Terzo Settore.

Si è proceduto alla prosecuzione di alcune delle progettualità, precedentemente avviate, oltre a numerose attività programmate a livello provinciale:

- Numero Verde regionale – 800 61 2277 - relativo alla campagna informativa istituzionale multimediale sulle dipendenze denominata “Chi (si) ama chiama” destinata alle famiglie di giovani e adolescenti per fornire loro counseling e informazioni sull'uso di sostanze e su altri comportamenti a rischio.

- Raccolta dati attraverso l'indagine di sorveglianza realizzata dal SIAN Regionale con il supporto dei SIAN provinciali e USR per il progetto HBSC Comunicazione. La sorveglianza HBSC (Health Behaviour in School Aged Children) è azione internazionale, a cui aderisce anche la regione MARCHE, tendente a rilevare gli stili di vita e salute negli adolescenti, al fine di conoscere,

elaborare ed interpretare, dati aggiornati quali indicatori della condizione psico fisica e dello stato di salute in senso lato dei ragazzi marchigiani. Lo studio HBSC (Health Behaviour in School-aged Children - Comportamenti collegati alla salute in ragazzi di età scolare) si inserisce in questo contesto, con lo scopo di fotografare e monitorare la salute degli adolescenti italiani di 11, 13 e 15 anni, al fine di costituire un supporto per l'orientamento delle politiche di educazione e promozione della salute.

L'attività congiunta USR e regione Lombardia ha previsto l'attivazione di progetti validati a livello regionale, nazionale ed internazionale per la prevenzione delle dipendenze. Si segnalano, in particolare:

- Life Skills Training (LST) program. Programma educativo per la promozione della salute nelle scuole che offre ai docenti un importante percorso per strutturare in modo stabile e continuativo una attività didattica.
- Unplugged, programma di prevenzione che mira a favorire lo sviluppo ed il consolidamento delle competenze interpersonali, correggere le errate convinzioni dei giovani sulle sostanze psicoattive, migliorare le conoscenze dei rischi.

Nella regione Liguria sono stati realizzati diversi progetti:

- Mediaeducandi: interventi strutturati che da anni sono rivolti agli studenti di terza media utilizzando la Media Education, nel 2015 sono stati raggiunti circa 200 studenti di 3 Istituti Comprensivi (Cogoleto, Arenzano e Voltri) con il coinvolgimento degli insegnanti per garantire la continuità degli stimoli proposti.
- Unplugged: progetto europeo, validato (studio EU.Dap,) programma di prevenzione del fumo di tabacco, dell'uso di sostanze e dell'abuso di alcol, target adolescenti (età 11- 15 anni) basato sul modello dell'influenza sociale. Gli operatori formatori Unplugged hanno effettuato nel 2015 un corso per 24 insegnanti di 5 Istituti Comprensivi e le supervisioni al gruppo di insegnanti che stanno applicando il progetto nelle classi. In 4 anni con 11 corsi completati sono stati formati 250 insegnanti. Il dato sul numero di studenti raggiunto è più complesso perché le 12 unità vengono applicate anche in due anni scolastici e quindi è più difficile estrarlo, i quaderni per lo studente consegnati solo all'inizio dell'anno scolastico 2015/16 sono stati oltre 1000 ai quali è necessario aggiungere le classi che hanno terminato le unità nei primi mesi del 2015 o che hanno riutilizzato i quaderni consegnati.
- Incomincio da tre: progetto rivolto ai genitori di bambini dell'ultimo anno di scuola materna e dei primi due anni delle elementari. Si colloca nell'ambito della prevenzione primaria e universale e si rivolge alle famiglie con la proposta di uno spazio di confronto sul proprio stile educativo a partire da tre tematiche: l'anticipazione dei bisogni e la saturazione dei desideri, i bambini tiranni e i genitori "in ostaggio", il bisogno di vincere a tutti i costi, la sessualizzazione precoce. Il sostegno alla famiglia nel suo ruolo educativo viene individuato come strumento di prevenzione del rischio di addiction dei figli. I 6 corsi hanno accompagnato 66 genitori, padri e madri di 107 bambini.
- Essere genitori: istinto, mestiere, vocazione?: percorso rivolto ai genitori di adolescenti (target 11-18 anni) che ha l'obiettivo di sostenere il ruolo educativo dei genitori e le competenze sui cambiamenti adolescenziali nella società dei consumi, stimolare i genitori a costruire altre iniziative all'interno del contesto scolastico in modo autonomo per diffondere quanto acquisito coinvolgendo gli insegnanti.
- Salone Orientamenti: nel 2015 è proseguito l'allestimento dello stand di A.S.L. 3 all'interno del Salone Orientamenti con diffusione di materiale informativo sia sulle dipendenze che sulla sessualità, in collaborazione con il Centro Giovani e il Centro dei Disturbi Alimentari. La presenza degli operatori permette di raggiungere moltissimi studenti, insegnanti e genitori considerata la notevole affluenza di pubblico: sono stati effettuati oltre 700 questionari e 300 alcoltest

tramite etilometro in occasione dell'evento del Biodrink, attività in collaborazione con l'Istituto Alberghiero Marco Polo.

In Sardegna è stato realizzato il Progetto "Prevenzione-Sardegna.it". È un programma regionale di prevenzione e diagnosi precoce delle dipendenze da droghe e comportamentali commissionato dalla Presidenza del Consiglio dei Ministri- Dipartimento Politiche Antidroga all'Assessorato dell'Igiene e Sanità e dell'Assistenza Sociale della Regione Sardegna e gestito dalla ASL 8 di Cagliari.

È stata condotta una Campagna di informazione e sensibilizzazione con opuscolo distribuito nelle conferenze, incontri nelle diverse città, nei centri della Sardegna, nelle scuole e nelle discoteche; è stato divulgato il numero verde e la casella e-mail dedicata per consulenze gestita da operatori sociosanitari. Target della campagna di sensibilizzazione-informazione sulle nuove dipendenze: dirigenti scolastici, docenti, studenti, referenti istituzionali degli Enti Locali, Cooperative, giovani, famiglie, cittadini, Associazioni sportive, gestori di discoteche.

Programma Una Scuola in salute – RAS, USR, Aziende sanitarie locali:

- Per il Progetto formativo regionale Unplugged sono stati realizzati n. 15 corsi di formazione per docenti delle scuole medie, condotti dai formatori Unplugged delle Aziende sanitarie e dai docenti referenti formati dagli esperti dell'Osservatorio nazionale; i docenti delle scuole hanno condotto le attività nelle classi seconde e terze degli istituti secondari di primo grado. I referenti scuola-sanità hanno monitorato con incontri le attività didattiche della rete di scuole, infine i docenti hanno compilato le schede di monitoraggio previste dal programma

- Negli Istituti Superiori è stato realizzato il Progetto Sicurvia per la sicurezza e l'educazione stradale, prevenzione dell'uso di sostanze alla guida che ha previsto la formazione dei docenti referenti per l'educazione stradale e la salute, il coordinamento e la costituzione di una rete di scuole, il monitoraggio delle azioni programmate con i docenti, il coinvolgimento attivo delle studentesse e degli studenti in laboratori didattici con la metodologia della peer education e life skills. Sono state effettuate attività di comunicazione - sensibilizzazione della popolazione giovanile sugli effetti delle sostanze di abuso e di alcool sulle performance di guida, manifestazioni progettate da equipe Interistituzionale costituita da docenti, studenti e studentesse e esperti, formazione dei peer educator, manifestazioni finali in collaborazione con i SERD, il Dipartimento di Prevenzione, il Servizio Igiene Pubblica delle Aziende sanitarie locali. Il progetto è ancora in atto nelle scuole superiori della Rete del territorio della ASL8 di Cagliari.

- Progetto PRO.DI.GI, progetto sulle dipendenze giovanili, "Studenti protagonisti della prevenzione: Peer e Dispeer Educator e Sostanze d'Abuso". Il progetto, in atto dal 2009, è stato promosso e realizzato dall'ATP di Cagliari, dal SERD della ASL 6 e dalla rete degli Istituti Superiori della Provincia del Medio Campidano. Le azioni e le attività sono coordinate da un tavolo interistituzionale.

Nel Friuli Venezia Giulia sono stati attuati svariati percorsi curricolari, extracurricolari ed extrascolastici. Inoltre numerose risultano essere le iniziative attivate a livello di singola classe, istituto, sviluppando le più varie azioni - strategie - progettualità.

La finalità delle attività svolte, sono anche quelle di "agganciare" i ragazzi che si riuniscono in contesti informali, anche in ambito scolastico, per avere una visione d'insieme del mondo giovanile presente nel territorio e cercare di individuare eventuali problemi di disagio. Si basa su una logica di prevenzione che non è finalizzata unicamente ad impedire comportamenti negativi, bensì orientata alla piena realizzazione personale e sociale dei ragazzi. In questa ottica, lo sforzo delle iniziative è diretto sia alla riduzione dei fattori di rischio sia al rafforzamento dei fattori di opportunità sui quali possono fare leva i processi di sviluppo dei giovani.

La programmazione delle attività, della Regione Valle d'Aosta, rivolte alle istituzioni scolastiche si basa su accordi interistituzionali atti a consolidare, attivare e valorizzare la co-progettazione e la programmazione congiunta di interventi finalizzati a promuovere comportamenti e stili di vita sani nei ragazzi.

In tal senso, nel corso del 2015, si è proceduto a:

- costituire il Gruppo Tecnico Interistituzionale Salute tra Assessorato Istruzione e cultura, Assessorato Sanità, Salute e Politiche Sociali, Azienda USL Valle d'Aosta che, tra i suoi compiti, nell'ambito della promozione della salute a scuola, deve provvedere ad individuare aree di intervento prioritarie e creare specifiche e forti sinergie tra le istituzioni, gli enti pubblici e le associazioni pubbliche e private
- siglare l' Accordo Interistituzionale "Progetto Cittadinanza a scuola- Citoyenneté à l'école" tra la Regione autonoma Valle d'Aosta - Assessorato Istruzione e Cultura, la Procura della Repubblica, la Procura della Repubblica presso il Tribunale per i Minorenni per il Piemonte e la Valle d'Aosta, il Consiglio Permanente degli Enti Locali (CPEL) la Polizia di Stato, l'Esercito italiano la Guardia di Finanza, l'Arma dei Carabinieri, la Polizia penitenziaria, il Corpo Forestale della Valle d'Aosta, il Corpo Valdostano dei Vigili del Fuoco, il Corpo della Polizia locale, l'Associazione Nazionale Alpini - Sezione Valle d'Aosta, l'Associazione Valdostana Volontariato Carcerario, il Coordinamento Solidarietà (CSV) Onlus Valle d'Aosta. Tale accordo si pone l'obiettivo di offrire agli studenti frequentanti le scuole di ogni ordine e grado della regione, ai loro familiari, ai dirigenti scolastici, a tutti gli insegnanti nonché ad altre figure adulte interessate al tema della cittadinanza, azioni didattico/educative e culturali/formative inerenti la cittadinanza.
- attivare il sito "Cittadinanza a Scuola", nel Portale delle scuole della Valle d'Aosta Webécole, che raccoglie e presenta tutte le iniziative della Sovrintendenza in questo ambito
- aderire alla ricerca HBSC(Health behaviour in school-aged children), progetto internazionale patrocinato dall'Organizzazione Mondiale della Sanità, che ha lo scopo di descrivere e comprendere fenomeni e comportamenti correlati con la salute nella popolazione pre-adolescente e che ha coinvolto tutte le istituzioni scolastiche della regione.

Il Dipartimento della Conoscenza della Provincia autonoma di Trento, ha ottenuto un finanziamento da parte del Dipartimento Politiche Antidroga, per la realizzazione di un progetto biennale (anno scolastico 2014/2015 e 2015/2016) denominato "Libera la Scuola 2.Net" che si pone l'obiettivo di proporre e promuovere tra i giovani, attraverso interventi educativi, informativi, e strategie preventive di ampio respiro, stili di vita e comportamenti sani e responsabili. Si tratta di una proposta che si rivolge al biennio delle scuole superiori e prevede differenti obiettivi specifici individuati su 4 aree tematiche fondamentali. Gli Istituti scolastici coinvolti complessivamente sono stati 23 (sia Istituti Superiori che Istituti secondari di primo grado); Le principali aree di intervento sono:

- Sensibilizzazione rivolto a studenti e insegnanti sugli stili di vita a rischio
- Promozione della legalità
- Promozione della partecipazione giovanile
- Costruzione di un network drugs free
- Valutazione di efficacia ed efficienza delle attività

1.2 Indagini sugli interventi di prevenzione negli istituti scolastici superiori

A cura di Istituto di Fisiologia Clinica IFC, Consiglio Nazionale delle Ricerche (CNR)

Le attività generali di prevenzione

Il presente contributo riguarda le iniziative di prevenzione sull'uso di sostanze psicoattive, lecite ed illecite, sul gioco d'azzardo e sul doping attuate negli istituti scolastici secondari di secondo grado che, nel corso degli anni, hanno partecipato allo studio ESPAD®Italia. Le informazioni sono state rilevate attraverso la compilazione da parte dei dirigenti scolastici di un questionario, costruito sulla base delle direttive EMCDDA (European Monitoring Centre on Drugs and Drug Addiction⁶⁹).

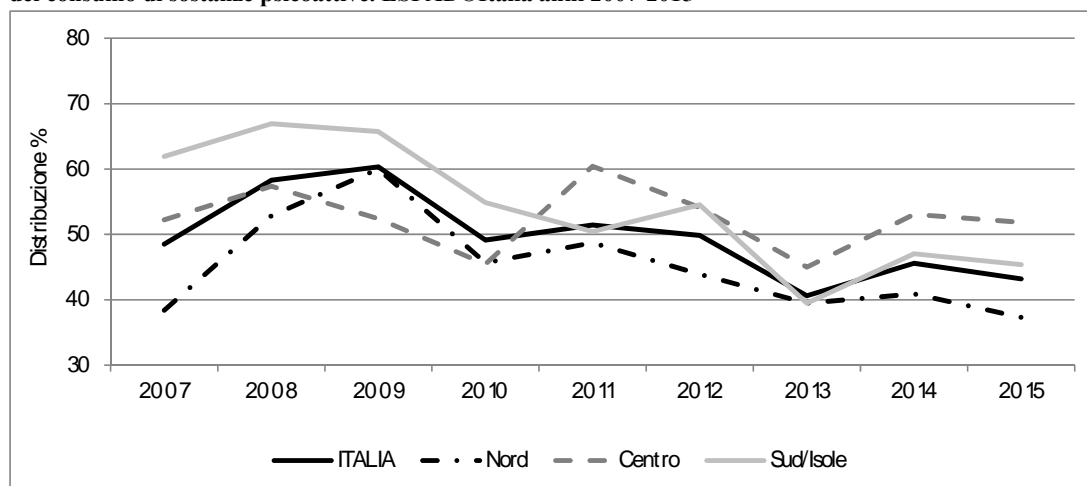
Nel 2015 il 51% dei dirigenti scolastici riferisce l'esistenza di un Piano provinciale/regionale/locale sulla prevenzione del consumo di sostanze psicoattive e della pratica di altri comportamenti a rischio, quali il gioco d'azzardo ed il doping. Sono soprattutto i dirigenti degli istituti scolastici presenti nelle regioni settentrionali a riportare l'esistenza di Piani specifici (64%), rispetto a quelli del Centro e del Sud/Isole (42% per entrambe le macroaree territoriali).

Il 43% degli istituti scolastici ha previsto di dedicare delle giornate/attività specifiche alla prevenzione del consumo delle sostanze psicoattive, il 18% alla pratica del doping e il 23% al gioco d'azzardo, con un considerevole aumento in quest'ultimo ambito: gli istituti scolastici che si sono occupati di prevenzione al gioco d'azzardo passano, infatti, dal 4% del 2008 all'8% del 2011 al 16% del 2014.

Il 52% e 45% degli istituti scolastici presenti rispettivamente nelle regioni dell'Italia Centrale e in quelle meridionali/Isole hanno previsto delle giornate/attività specificatamente dedicate alla prevenzione del consumo di sostanze psicoattive, evidenziando dal 2007 al 2013 un decremento delle attività svolte in tale ambito e una leggera ripresa nel corso dell'ultimo biennio. Negli istituti scolastici dell'Italia settentrionale queste iniziative risultano meno presenti (37%) mostrando un progressivo decremento nel corso degli anni.

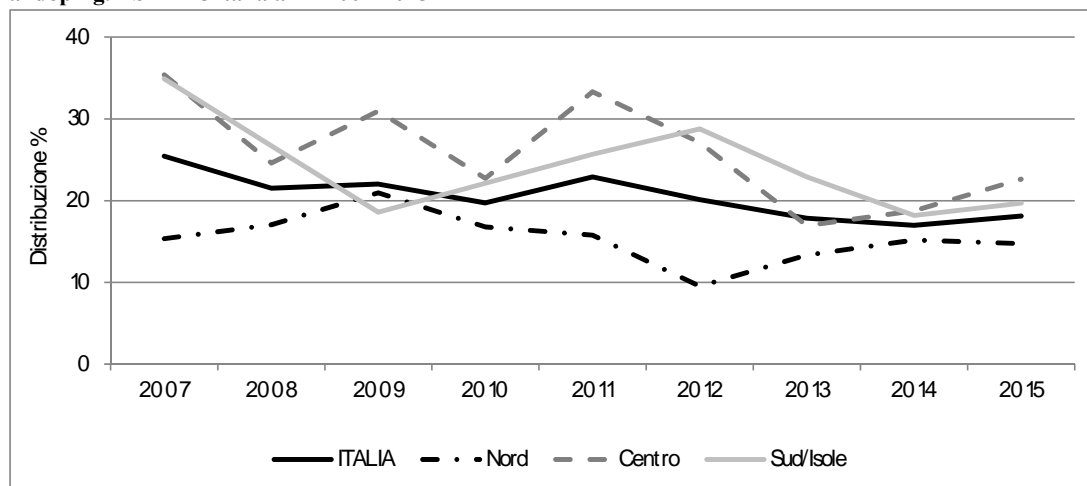
⁶⁹https://reitox.emcdda.europa.eu/reitox_docs/STRUCT_22_UNIV_SCHOOL-BASED_PREV1521.doc11574.doc

Percentuale degli istituti scolastici che hanno previsto giornate/attività specificatamente dedicate alla prevenzione del consumo di sostanze psicoattive. ESPAD®Italia anni 2007-2015

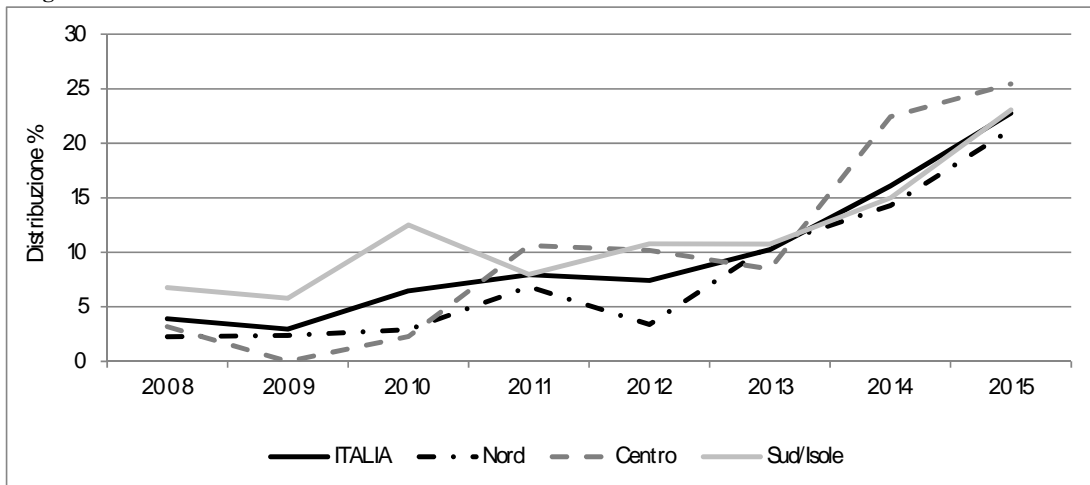


Lo stesso andamento, anche se in modo meno marcato, si riscontra rispetto alle giornate/attività specificatamente dedicate alla prevenzione al doping, mentre un quadro del tutto diverso si presenta rispetto al gioco d'azzardo. Si osserva, infatti, un incremento della quota di istituti che hanno programmato giornate/attività rivolte alla prevenzione del gioco d'azzardo in tutte le macroaree geografiche e in particolare di quelli delle regioni centrali che passano dal 3% del 2008 al 26% dell'ultimo anno (negli istituti delle regioni settentrionali si passa dal 2% al 21% e in quelli del Sud/Isle dal 7% al 23%).

Percentuale degli istituti scolastici che hanno previsto giornate/attività specificatamente dedicate alla prevenzione al doping. ESPAD®Italia anni 2007-2015

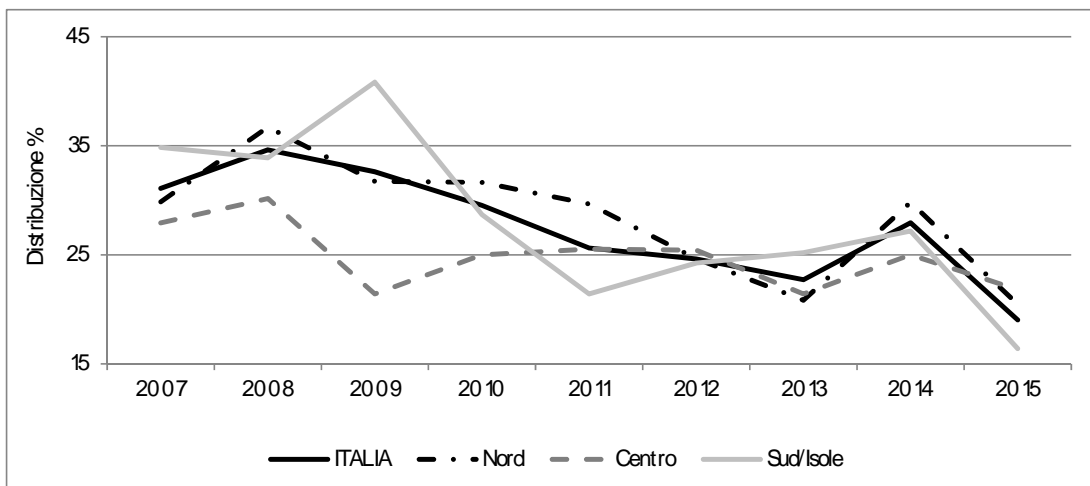


Percentuale degli istituti scolastici che hanno previsto giornate/attività specificatamente dedicate alla prevenzione del gioco d'azzardo. ESPAD®Italia anni 2008-2015



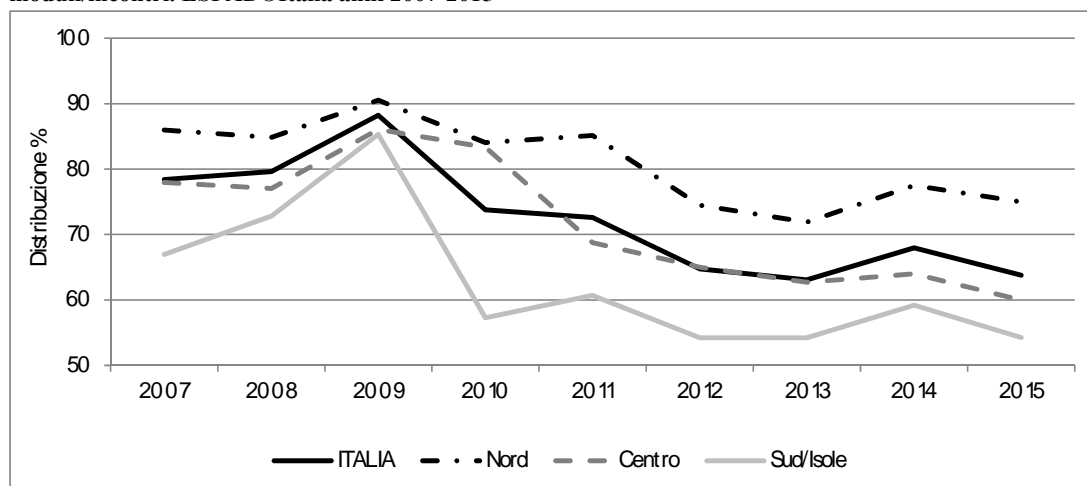
Il 19% degli istituti scolastici superiori italiani ha previsto per i docenti attività di aggiornamento e formazione sulla prevenzione del consumo di sostanze psicoattive e dei comportamenti a rischio, quota che mostra un decremento nel corso dell'ultimo anno, soprattutto negli istituti scolastici delle regioni meridionali e delle Isole (dal 35% nel 2007 passano al 27% nel 2014 e al 16% nell'ultimo anno).

Percentuale degli istituti scolastici che hanno previsto attività di aggiornamento/formazione rivolte ai docenti nell'ambito della prevenzione del consumo di sostanze psicoattive e dei comportamenti a rischio. ESPAD®Italia anni 2007-2015



Il 51% degli istituti scolastici superiori italiani ha previsto di svolgere attività extracurricolari di prevenzione del consumo delle sostanze psicoattive e di altri comportamenti a rischio, così come il 33% ha dedicato iniziative in tale ambito specificatamente rivolte a genitori. Sono il 68% gli istituti, soprattutto quelli delle regioni settentrionali, che hanno previsto di realizzare progetti di prevenzione articolandoli su più moduli o più incontri.

Percentuale degli istituti scolastici che hanno previsto di attivare progetti di prevenzione articolati su più moduli/incontri. ESPAD@Italia anni 2007-2015



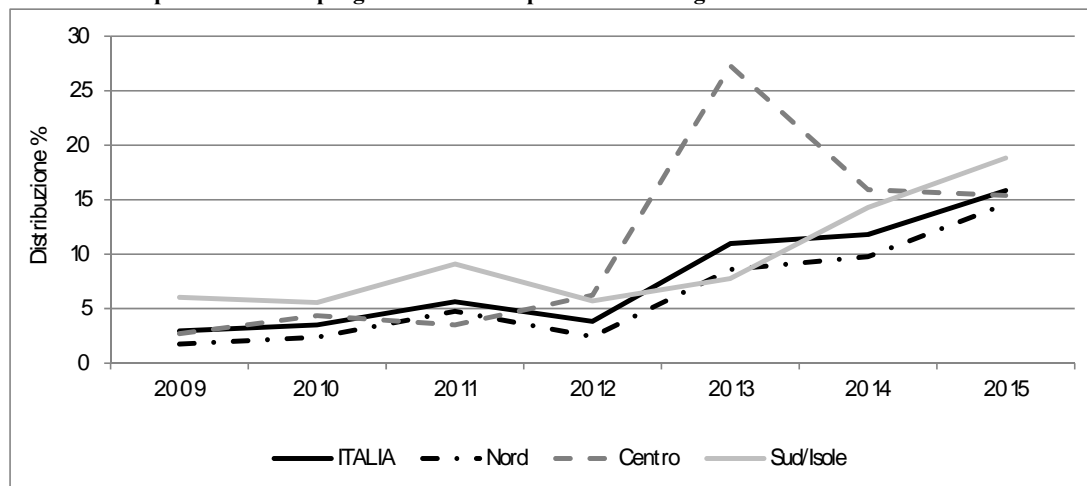
Gli attori esterni coinvolti nella realizzazione degli interventi di prevenzione sono per la maggior parte ASL (74% degli istituti scolastici), Forze dell'Ordine (51%) e Associazioni (48%); per il 17% si tratta di liberi professionisti e per un'altrettanta quota di Enti Locali.

Nella realizzazione degli interventi di prevenzione il 74% degli istituti scolastici ha coinvolto le ASL, il 51% le Forze dell'Ordine, il 48% Associazioni, il 17% liberi professionisti e un'altrettanta quota gli Enti Locali.

Le attività progettuali specifiche

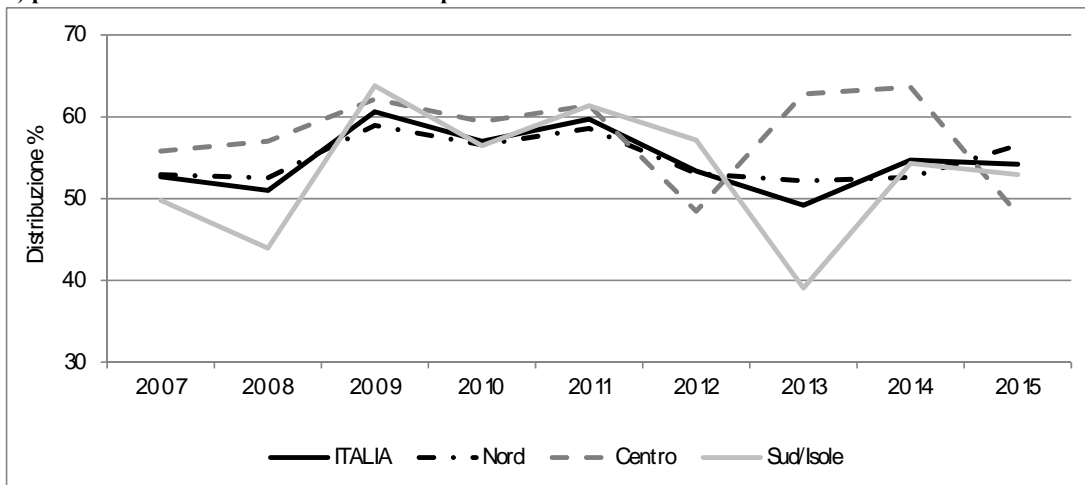
Il 54% dei progetti di prevenzione attuati ha affrontato le tematiche dei consumi psicoattivi, in particolare negli istituti scolastici superiori delle regioni settentrionali (57%; centrali: 48%; meridionali/Isle: 53%) e il 41% quelle riguardanti il benessere personale. Sono il 40% i progetti che hanno trattato le forme di disagio personale, così come quelli relativi alla sessualità e alle malattie sessualmente trasmissibili (MST); il 16% ha affrontato il gioco d'azzardo, evidenziando per questi ultimi un aumento nel corso degli anni.

Distribuzione percentuale dei progetti relativi alla prevenzione del gioco d'azzardo. ESPAD@Italia anni 2009-2015

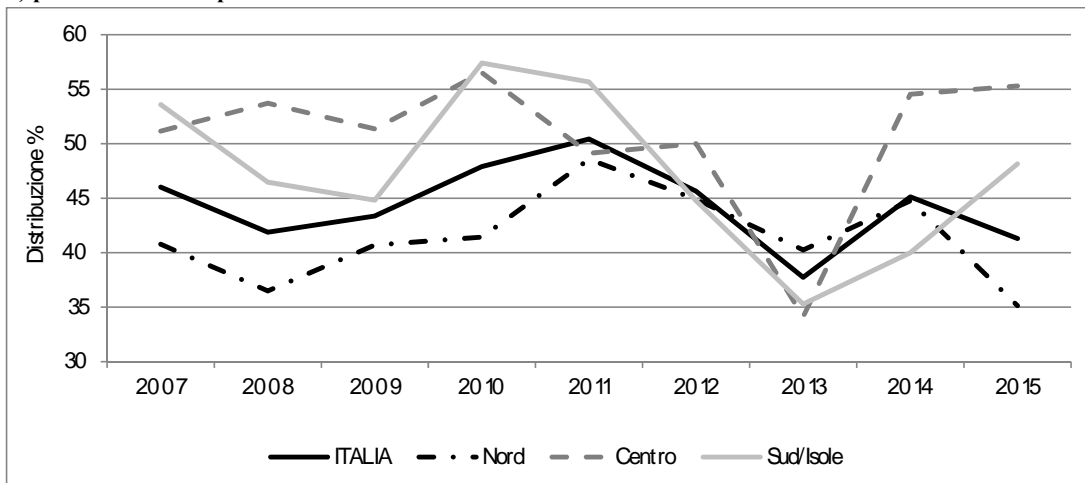


Distribuzione percentuale dei progetti di prevenzione attuati. ESPAD@Italia anni 2007-2015

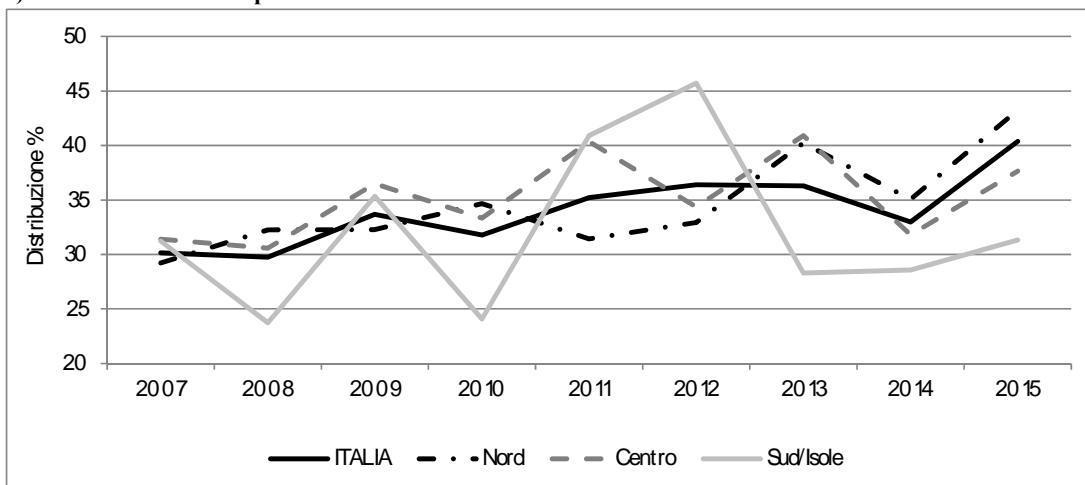
a) prevenzione del consumo delle sostanze psicoattive lecite ed illecite



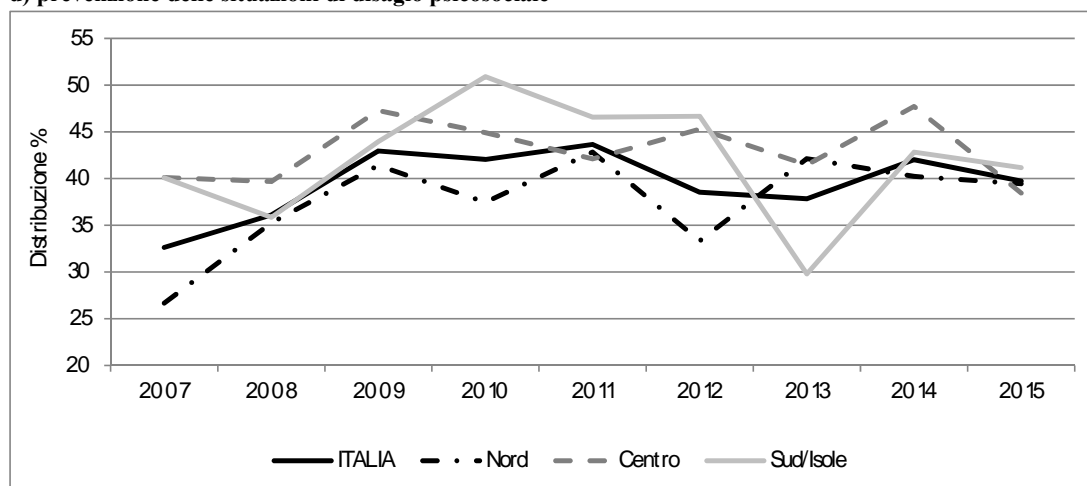
b) prevenzione delle problematiche sociali



c) educazione sessuale e prevenzione alle MTS



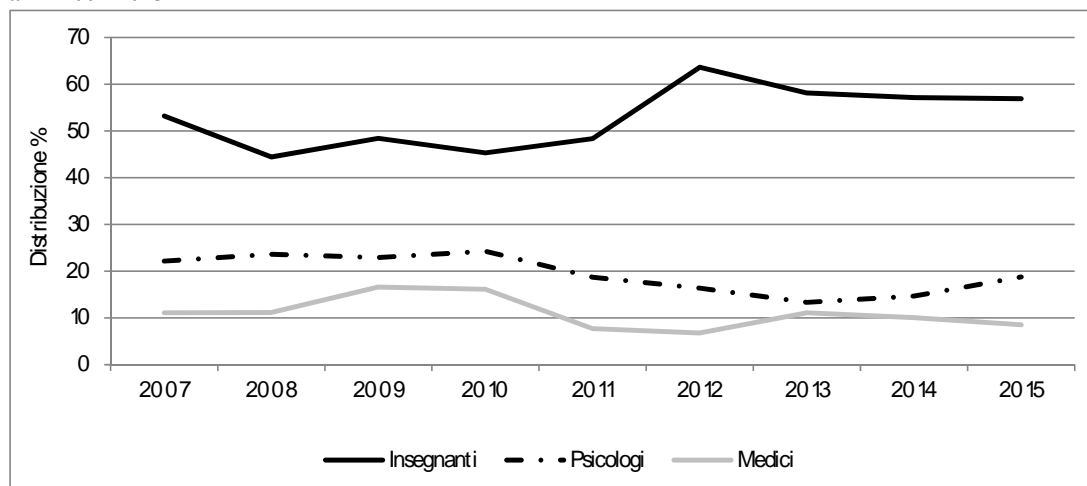
d) prevenzione delle situazioni di disagio psicosociale



Il 58% dei progetti di prevenzione censiti nell'ultima annualità riporta, tra gli obiettivi prioritari, quello di aumentare negli studenti il livello di conoscenza e consapevolezza dei rischi derivanti dalla pratica dei comportamenti a rischio e l'11% quello di favorire lo sviluppo di abilità di fronteggiamento e delle capacità personali e/o sociali. Per l'8% dei progetti censiti si è trattato di trasmettere informazioni sui servizi socio-sanitari presenti sul territorio e predisposti a fornire aiuto, sostegno e consulenza alle persone in difficoltà e un'altrettanta quota di progetti ha riportato tra gli obiettivi prioritari quello di sostenere e rafforzare il ruolo educativo della scuola.

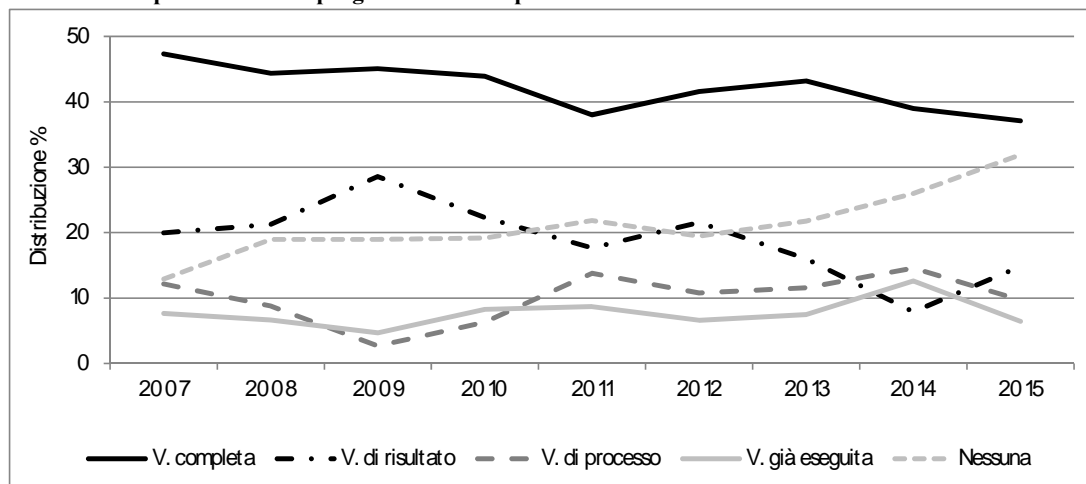
Per il 57% dei progetti censiti i responsabili della realizzazione degli stessi sono gli insegnanti, seguono psicologi (19%) e medici (9%).

Distribuzione percentuale delle figure professionali responsabili della realizzazione del progetto. ESPAD®Italia anni 2007-2015



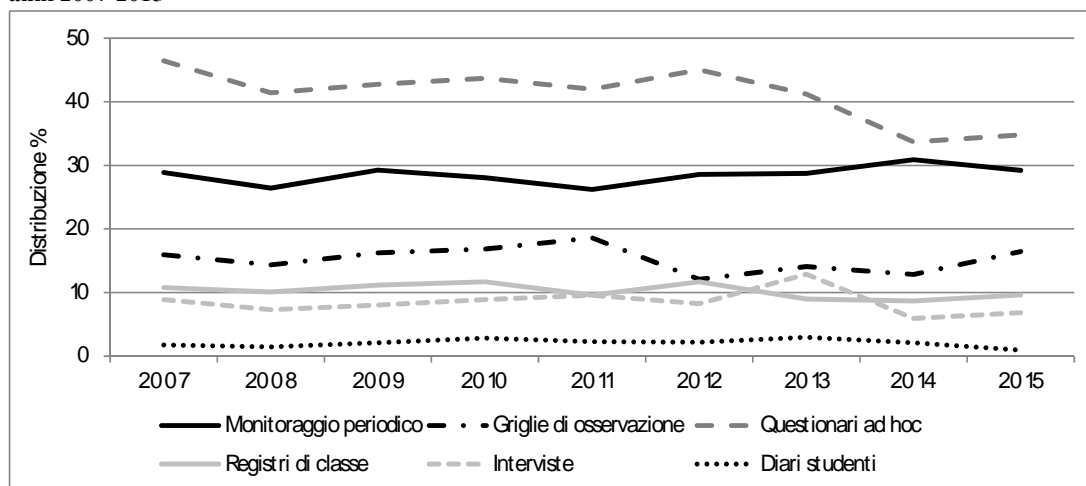
Il 68% dei progetti censiti ha previsto di effettuare una valutazione del progetto stesso che per il 37% è completa (sia di risultato sia di processo), per il 15% solo di risultato e per il 10% solo di processo.

Distribuzione percentuale dei progetti che hanno previsto una valutazione. ESPAD®Italia anni 2007-2015



Sono gli indicatori di apprendimento, come l’acquisizione di conoscenze/informazioni, e di partecipazione ad essere principalmente considerati per la valutazione dei progetti stessi (rispettivamente 56% e 44% dei censiti), mentre sono poco più di un terzo i progetti che si avvalgono di indicatori quali, ad esempio, l’acquisizione di capacità relazionali e di comunicazione. Il 35% dei progetti censiti ha predisposto questionari specifici per la raccolta degli indicatori di valutazione, il 29%, invece, ha attivato monitoraggi periodici in itinere e/o ex-post. I progetti che hanno utilizzato specifiche griglie di osservazione e/o un’analisi dei registri di classe sono stati rispettivamente il 17% e 10% di quelli censiti.

Distribuzione percentuale degli strumenti di raccolta dati per la valutazione dei progetti nelle scuole. ESPAD®Italia anni 2007-2015



Attività di prevenzione e comportamenti a rischio

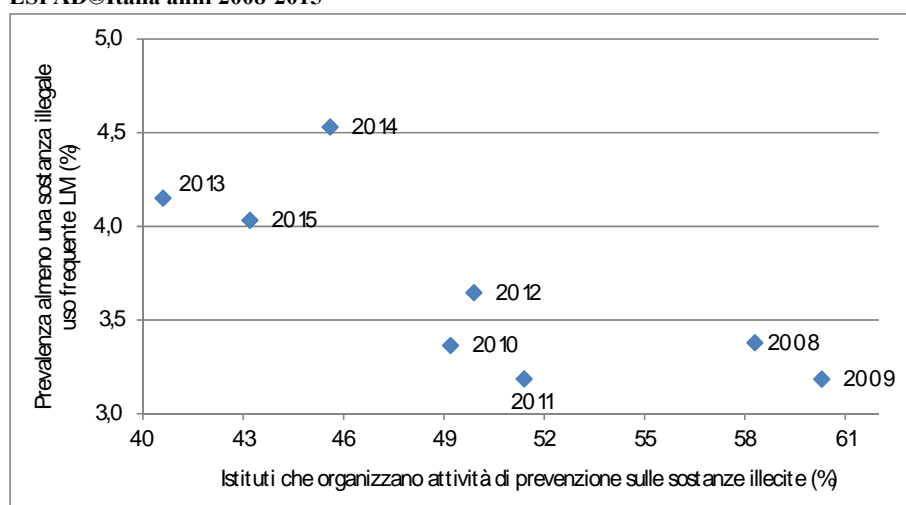
Di seguito si riportano gli andamenti temporali congiunti relativi:

- alle stime di prevalenza riferite ai consumi psicoattivi tra gli studenti e alla percentuale di istituti scolastici che hanno organizzato/programmato attività di prevenzione dei consumi;

- alle quote dei giovani giocatori d'azzardo a rischio e problematici⁷⁰ e alla percentuale di istituti che hanno organizzato/programmato attività specificatamente rivolte alla prevenzione del gioco d'azzardo.

La figura sottostante evidenzia che al diminuire della quota di istituti scolastici che hanno avviato progetti/attività di prevenzione dei consumi psicoattivi corrisponde una tendenza all'aumento delle prevalenze dei consumi frequenti di almeno una sostanza illegale (nell'ultimo mese: 20 o più volte per la cannabis e 10 o più volte per le altre sostanze): dal 3% nel 2008 al 5-4% nelle ultime due rilevazioni.

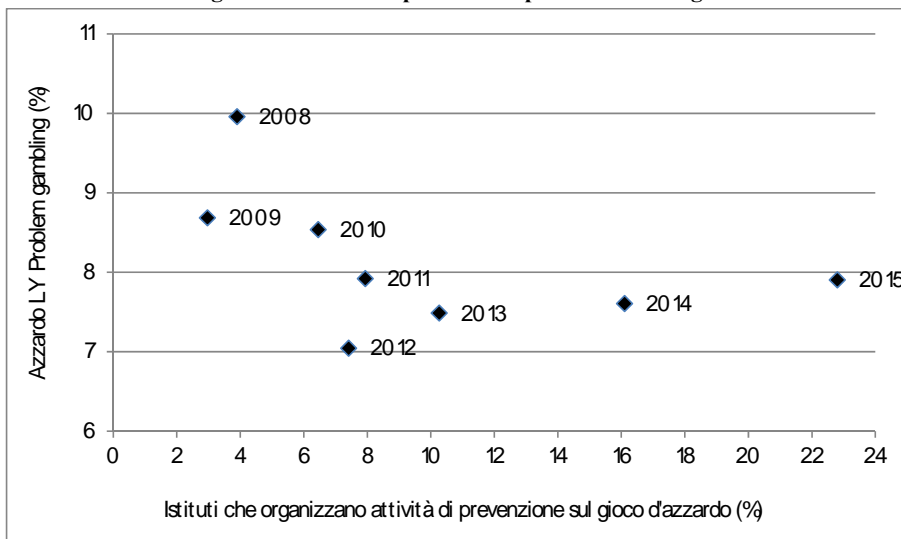
Andamento temporale congiunto della prevalenza di consumatori frequenti di almeno una sostanza illegale e della percentuale di istituti che hanno organizzato attività specifiche di prevenzione del consumo di sostanze psicoattive. ESPAD®Italia anni 2008-2015



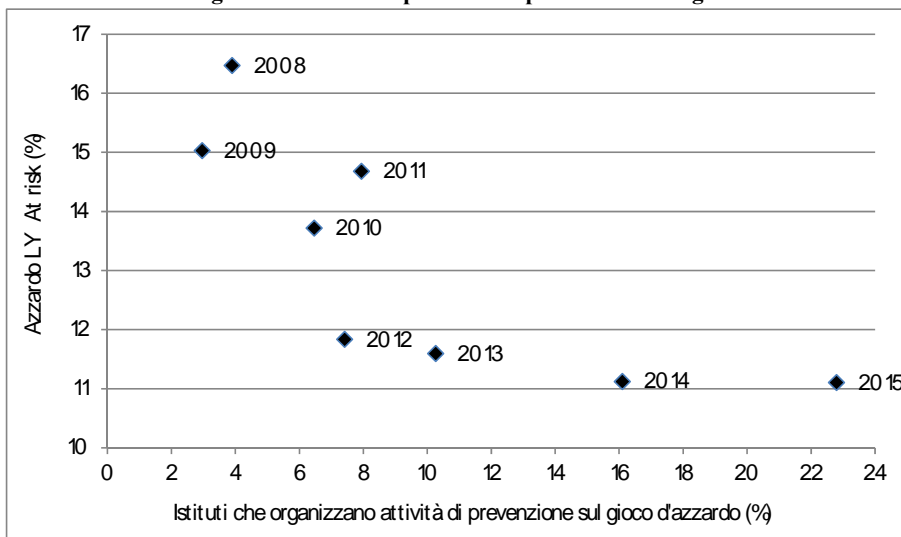
Le rappresentazioni grafiche sottostanti, riferite al gioco d'azzardo, riportano un quadro diverso: l'aumentare della quota di istituti scolastici che hanno attuato specifici interventi/attività di prevenzione (dal 4% del 2008 si passa all'8% nel 2011 al 23% nell'ultimo anno) segue una tendenza alla diminuzione della quota di giovani giocatori problematici e a rischio (i giocatori problematici passano dal 10% del 2008 all'8% circa delle ultime due rilevazione; i giocatori a rischio dal 27% del 2008 all'11% nell'ultimo biennio).

⁷⁰ Rilevati attraverso il test di screening SOGS-Ra inserito nello studio Espad®Italia (si veda PARTE V, Cap. 1)

Andamento temporale congiunto della prevalenza di giocatori problematici nell'ultimo anno e della percentuale di istituti che hanno organizzato attività specifiche di prevenzione del gioco d'azzardo. ESPAD@Italia anni 2008-2015



Andamento temporale congiunto della prevalenza di giocatori a rischio nell'ultimo anno e della percentuale di istituti che hanno organizzato attività specifiche di prevenzione del gioco d'azzardo. ESPAD@Italia anni 2008-2015



1.3 I programmi di prevenzione tra le Forze Armate

Orientamenti generali

L'attività di prevenzione e monitoraggio del fenomeno in parola è proseguita, in accordo a quanto previsto sia dalla normativa nazionale di riferimento sia dalle specificità proprie in ambito Amministrazione Difesa, anche nel corso del 2015.

In particolare, le strutture di vertice degli Stati Maggiori della Difesa, delle Forze Armate e del Comando Generale dell'Arma dei Carabinieri hanno emanato disposizioni per lo svolgimento delle attività di prevenzione e controllo in favore di tutte le proprie strutture, fino al minore livello organizzativo di ciascun Comparto.

Nello specifico si rammenta che, in ambito Difesa, la materia è disciplinata principalmente dal "Codice dell'Ordinamento Militare" (D.lgs. 66/2010), dal Regolamento per l'applicazione delle procedure per gli accertamenti sanitari di assenza della tossicodipendenza o di assunzione di sostanze stupefacenti o psicotrope in militari addetti a mansioni che comportano particolari rischi per la sicurezza, l'incolumità e la salute di terzi presso il Ministero della Difesa (DIFESAN-2010), nonché dalle Direttive delle singole FA/CC che disciplinano le peculiari attività di prevenzione, accertamento delle tossicodipendenze e dei comportamenti d'abuso.

La complessità delle problematiche connesse all'uso di sostanze stupefacenti e psicotrope e all'abuso di alcool può essere ben compresa nella considerazione che detto fenomeno coinvolge non soltanto l'individuo nella sua sfera personale, bensì ne influenza fortemente anche le relazioni sociali e lavorative, con ovvi risvolti negativi, nell'ambito dell'organizzazione militare, sulle preminenti attività istituzionali e di servizio.

In tal senso l'orientamento delle Forze Armate italiane è costantemente rivolto al massimo contrasto nei confronti dell'uso di sostanze stupefacenti e psicotrope ed all'abuso di alcool da parte del personale dipendente, proprio in virtù della prioritaria esigenza di dover assicurare, in qualsiasi momento, personale completamente integro sul piano psico-fisico e, conseguentemente, idoneo ad assolvere tutti gli obblighi di servizio in piena sicurezza per sé e per la collettività.

In ragione di quanto precede al militare è richiesto un elevato senso di responsabilità e di osservanza delle regole, caratteristiche queste incompatibili con le condotte che minacciano l'integrità psico-fisica dell'individuo, fra le quali rientrano a pieno titolo - in relazione a quanto sopra ricordato in termini di rischi per la salute e la sicurezza individuale e di terzi - le assunzioni sia saltuarie sia abitudinarie di sostanze stupefacenti e psicotrope.

In tale ottica sono state individuate procedure accertative allo scopo di definire ed attivare specifici protocolli e misure di sicurezza a tutela dell'incolumità e, in particolare, finalizzate primariamente alla prevenzione di incidenti correlati allo svolgimento di mansioni e/o attività lavorative a rischio. Secondo tale orientamento è diventato prevalente un indirizzo di cautela che è alla base della sospensione lavorativa preventiva dei sospetti/presunti assuntori.

In definitiva, le prefate procedure risultano finalizzate ad escludere o identificare la condizione di tossicodipendenza e l'assunzione di sostanze stupefacenti o psicotrope al fine di assicurare un regolare svolgimento delle mansioni lavorative a rischio.

In considerazione delle preminenti finalità preventive - ma anche per le oggettive difficoltà di rilevazione e di descrizione delle modalità e della frequenza di assunzione delle sostanze stupefacenti e psicotrope da parte del personale militare - le procedure accertative non prevedono, per l'attivazione della sospensione cautelativa, la distinzione tra uso occasionale, uso regolare o presenza di dipendenza.

Esse sono sempre effettuate con modalità atte a garantire la privacy, il rispetto e la dignità del militare sottoposto ad accertamento.

Al personale delle Forze Armate e dell'Arma dei Carabinieri si applicano, inoltre, le disposizioni previste dai rispettivi ordinamenti in materia di idoneità fisica, psichica e attitudinale al servizio.

Le disposizioni procedurali prescritte dal presente regolamento, in considerazione delle peculiari condizioni operative e di impiego del personale militare delle FF.AA. e dell'Arma dei Carabinieri, possono essere applicate anche al di fuori dei confini nazionali, a seconda delle specifiche esigenze e potenzialità logistiche.

Gli accertamenti sanitari di assenza di tossicodipendenza

Gli accertamenti sanitari volti al riscontro dell'assenza di tossicodipendenza e di assunzione di sostanze stupefacenti e/o psicotrope sono previsti sin dalle prove selettive propedeutiche all'arruolamento.

In particolare, durante l'iter selettivo gli accertamenti consistono nella ricerca urinaria dei cataboliti delle principali sostanze stupefacenti e psicotrope a scopo non terapeutico quale prerequisito indispensabile per conseguire l'idoneità sanitaria al servizio militare.

Successivamente l'accertamento di eventuali stati di tossicofilia/tossicodipendenza si basa sul riconoscimento dei segni e sintomi di intossicazione psico-fisica da assunzione delle sostanze stupefacenti e psicotrope. Il personale militare sospetto assuntore di sostanze stupefacenti viene infatti sottoposto ad accurati controlli di laboratorio e valutazioni cliniche psicopatologiche a cura dei Servizi sanitari, dei Consultori Psicologici e Servizi di Psicologia.

Gli accertamenti sanitari di assenza di tossicodipendenza o di assunzione sporadica di sostanze stupefacenti o psicotrope comprendono:

- a) visita medica;
- b) esami complementari tossicologici di laboratorio.

Gli specifici tests tossicologico-analitici di screening vengono effettuati presso i Servizi medici militari territoriali.

Il militare risultato positivo ai tests tossicologico-analitici di screening viene posto in posizione di inidoneità temporanea al servizio da parte del Dirigente del Servizio Sanitario (D.S.S.), in attesa del risultato del test di conferma, quest'ultimo effettuato a cura del Servizio medico militare competente, direttamente qualora in possesso delle specifiche dotazioni, oppure per il tramite di strutture sanitarie convenzionate.

In caso di positività anche al test di conferma, il militare viene inviato dal D.S.S. al Servizio medico militare competente per territorio per l'approfondimento diagnostico ed eventuali provvedimenti medico-legali previsti dalle disposizioni vigenti.

Il rilevamento di condizioni cliniche che necessitano di terapia o trattamenti specifici per la tossicodipendenza consente di indirizzare il militare verso specifici programmi di cura e riabilitazione di cui all'art. 124 del decreto del Presidente della Repubblica n. 309 del 1990 e successive modificazioni, fermo restando quanto previsto dal comma 4 del medesimo articolo, nonché dall'art. 108, commi 2 e 3, e dalle altre disposizioni in materia di idoneità fisica, psichica e attitudinale al servizio previste per il personale.

Pertanto, il personale in servizio permanente effettivo risultato positivo ai test viene avviato ad attività di sostegno e rieducazione sanitaria presso i Consultori Psicologici e sottoposto ad accurata e approfondita valutazione clinica e psicodiagnostica finalizzata ad accertare la struttura personologica/o psicopatologica di fondo e/o patologie organiche concomitanti che sottendono all'abuso e che potrebbero determinare l'inidoneità al servizio per altra causa (rispetto allo stato di

tossicofilia/tossicodipendenza). Il personale che acconsente al trattamento socio sanitario riabilitativo può beneficiare del periodo massimo di aspettativa.

Diversamente, nel personale ancora non transitato in servizio permanente (ferma prefissata) anche l'assunzione occasionale di sostanze stupefacenti e psicotrope comporta il proscioglimento dalla vita militare.

Attività di Sensibilizzazione e Formazione

Le iniziative per la prevenzione del disagio giovanile e dei comportamenti a rischio ed il precoce riconoscimento della sofferenza psicologica, sentinella dello sviluppo di comportamenti a rischio favorevoli dapprima la richiesta poi il consumo delle sostanze stupefacenti e psicotrope, rappresentano uno degli obiettivi primari per la Difesa.

Tra le attività di prevenzione primaria si evidenzia la promozione e lo sviluppo di una corretta informazione ed educazione sullo specifico problema delle sostanze stupefacenti e psicotrope, cui si aggiungono i programmi formativi per il personale medico non specialistico e psicologo.

Nel corso dell'anno in esame le attività preventive e dissuasive sulla tossicodipendenza e sulle condotte tossicofile sono state ampliate attraverso l'organizzazione di ulteriori conferenze e dibattiti, con ausilio di mezzi audiovisivi, pubblicazioni ed opuscoli riguardanti anche argomenti più generali di educazione alla salute e di prevenzione delle dipendenze in senso lato, quali l'abuso di alcol, il tabagismo, le farmacodipendenze e il gioco d'azzardo.

Presentazione (organizzazione e consuntivo sintetico delle principali attività)

L'attività di prevenzione delle tossicodipendenze è proseguita nel corso del 2015 in ambito Difesa con lo scopo comune di incrementare il controllo sul *fenomeno droga* e di incentivare quelle iniziative formative ed informative che hanno fornito positivi riscontri nel passato.

In relazione a quanto precede, ogni Forza Armata/CC, con l'obiettivo di assicurare personale motivato ed efficiente, in grado di svolgere i sempre più importanti compiti richiesti sia in ambito di sicurezza nazionale che di impegno nelle operazioni al di fuori dei confini nazionali, ha sviluppato peculiari strumenti ed attività di prevenzione all'interno delle rispettive strutture sanitarie, di seguito specificati.

ESERCITO

L'Esercito anche nel 2015 ha messo in atto una serie di azioni volte ad una maggiore sensibilizzazione sull'abuso di sostanze su tutto il personale.

A partire dal 2012, con la pubblicazione a cura del I Reparto di SME "Compendio sull'uso delle sostanze stupefacenti e psicotrope nel personale militare", le attività di prevenzione, controllo e gestione delle problematiche connesse all'uso ed abuso di alcol e sostanze psicotrope hanno visto il coinvolgimento diretto non solo del personale sanitario ma anche dei Comandanti a tutti i livelli.

Tale compendio raccoglie le disposizioni emanate in ambito Amministrazione Difesa, ed in particolare le disposizioni specifiche di Forza Armata, che disciplinano a vari livelli le attività di prevenzione, di controllo, gli aspetti medico legali ed i relativi provvedimenti, nonché le conseguenze

sul piano giuridico e disciplinare connesse all'uso o abuso delle sostanze psicotrope da parte del personale militare.

Nello specifico, è previsto che i Comandanti si adoperino per:

- rendere più incisiva l'attività di dissuasione e di contrasto in linea con il principio tolleranza zero di tutte le droghe, comprese quelle cosiddette leggere, in particolare nei Teatri Operativi;
- effettuare i controlli a campione drug test (5% mensile in Patria e 3% settimanale in T.O. – COMLOG SANITA' 2000), vigilando sulla corretta effettuazione e con l'effetto sorpresa;
- sviluppare una capillare informazione, a cura degli Ufficiali medici, su tutto il personale, a ogni livello, con particolare riguardo per i rischi sulla salute, ma anche sulle possibilità di recupero;
- organizzare conferenze-dibattiti di educazione alla salute e di prevenzione delle dipendenze in senso lato (anche sul fumo, farmacodipendenza, gioco d'azzardo), con la partecipazione, ove possibile, di operatori di comunità di recupero;
- costante attenzione e osservazione dei comportamenti del singolo al fine di cogliere eventuali indicatori (es. assenze ripetute, nervosismo e aggressività, isolamento, bisogno di denaro crescente, diminuzione efficienza sul lavoro)
- controllo delle caserme con unità cinofile delle F. di Polizia.
- ascolto attivo del personale, creando empatia e comprensione delle problematiche, rafforzando sani modi di pensare e agire improntati alla chiarezza, lealtà, correttezza e rispetto;
- campagne di sensibilizzazione del personale aventi la finalità di far prendere coscienza dei rischi sulla salute ma anche delle possibili gravi conseguenze e ripercussioni negative sul servizio, ad esempio sul rilascio/conferma del NOS, sulla patente di guida (sia militare che civile), su abilitazioni e brevetti, sull'idoneità a particolari mansioni, etc.

Inoltre, vi è una disposizione di F.A. che prevede che l'azione di sensibilizzazione sul fenomeno sia inserita nei programmi formativi degli Istituti di formazione e nei programmi addestrativi degli EDR (periodicità trimestrale), riportando su apposito registro le attività svolte.

Ogni abuso riscontrato viene comunicato tempestivamente (72 ore dall'evento) al vertice competente - III RIF/COE tramite una relazione riportante anche le attività preventive svolte nello specifico EDR, con eventuali precedenti relativi al personale coinvolto.

Per quanto attiene invece alle specifiche attività di prevenzione in materia di tossicodipendenze e di supporto psicologico di F.A. si rappresenta che tali attività sono affidate, nell'ambito delle strutture sanitarie dipendenti dal Comando Logistico dell'Esercito, agli operatori militari e civili dell'A.D. e al personale civile convenzionato dei Consulteri Psicologici delle strutture stesse. Nell'ambito degli EDR tali attività sono a cura dei Dirigenti il Servizio Sanitario militare, degli Ufficiali medici e, ove presenti, degli Ufficiali psicologi, Ufficiali Consiglieri e dei Cappellani militari.

Nel periodo in esame i Consulteri Psicologici operanti presso i Dipartimenti Militari di Medicina Legale (DMML) di Milano, Padova, Roma, Messina e Cagliari e presso il Policlinico Militare di Roma, hanno svolto attività di consulenza psicodiagnostica ai fini medico-legali in supporto alle Commissioni Mediche Ospedaliere e psico-educazionali, di informazione e consulenza a supporto dei DSS dei rispettivi bacini d'utenza. In alcune sedi sono stati realizzati programmi autonomi di prevenzione e organizzati incontri informativo-divulgativi anche a favore delle famiglie del personale militare, in base alle domande di intervento pervenute.

Inoltre sono stati effettuati controlli tramite drug test su campione di urina, in ottemperanza alla normativa vigente, riguardo al personale con incarico di conduttore, al

personale addetto alle mansioni a rischio, a quello in servizio in Patria, nella misura del campione mensile del 5% della forza effettiva dell'Ente di appartenenza.

A livello di EDR è in atto da tempo un programma di informazione/educazione sanitaria a favore del personale militare dipendente curato dai DSS /Ufficiali medici, esplicito con attività sugli aspetti sanitari e le relative implicazioni medico-legali e disciplinari derivanti dall'uso di stupefacenti e abuso di alcol e tabacco.

MARINA MILITARE

Le linee d'intervento intraprese, anche nel 2015, dall'Ispettorato di Sanità della Marina Militare hanno condotto azioni di prevenzione che si sono concretizzate come segue:

a. Prevenzione Primaria

– Il **drug testing program** è un programma che si configura come uno specifico strumento di prevenzione articolato in varie fasi, da quella informativa e di sensibilizzazione a quella identificativa e di diagnosi precoce: il controllo randomico obbligatorio di tutto il personale (fino al 10% della forza, per ogni trimestre), tramite la contestuale raccolta e analisi di un campione di urina, l'imprevedibilità di tale verifica, le implicite ricadute disciplinari e medico-legali connesse alla "positività", richiamano continuamente l'attenzione di tutto il personale, ed in particolare degli allievi e dei giovani militari, sulla necessità di non ignorare o banalizzare il rischio di comportamenti tossicofili, esercitando così un incisivo effetto dissuasivo verso il contatto con le sostanze stupefacenti.

Nonostante non espressamente parte del programma, il monitoraggio dell'assunzione di droghe viene costantemente effettuato durante tutti i concorsi della M.M., mediante l'effettuazione obbligatoria della ricerca urinaria dei cataboliti delle principali sostanze psicotrope (oppiacei, cannabinoidi, cocaina, amfetamine, metadone), quale prerequisite indispensabile per la definizione dell'idoneità e della relativa coefficientazione PS in seno alle visite psico-fisiche. Inoltre tutto il personale appartenente a determinate categorie/specialità/abilitazioni (fra cui gli autisti e i lavoratori in quota) viene annualmente valutato, durante le visite di idoneità al Servizio M.M., con la verifica urinaria dell'uso di sostanze stupefacenti e/o di sostanze psicotrope.

- Vengono effettuate periodiche **conferenze informative**, tenute da Ufficiali Medici e/o Psicologi, orientate a sensibilizzare tutto il personale militare alle tematiche dell'educazione alla salute, con particolare riguardo ai rischi connessi all'abuso di alcool, tabacco, droghe, e alle patologie che dall'uso/abuso voluttuario di tali sostanze potrebbero derivare (contagio da virus HIV, ecc.).

– Durante l'iter formativo schedato presso l'Accademia Navale di Livorno vengono svolti dei corsi di psicologia e medicina legale, con riferimenti agli specifici aspetti giuridici, medico legali e psicodinamici più aggiornati relativi alle tossicodipendenze; tale ciclo di lezioni è finalizzato a sviluppare negli Ufficiali del Corpo Sanitario una maggiore sensibilità per le problematiche legate al disagio psicologico spesso correlato all'abuso di alcool e droghe, affinando quella prerogativa, che dovrebbe essere propria del sanitario in genere e non soltanto del medico, di saper riconoscere e successivamente gestire con sicurezza e nel pieno rispetto della privacy, i casi pervenuti all'attenzione. Quanto sopra ai fini soprattutto di un corretta valutazione ed inquadramento di una problematica particolarmente cogente in F.A.

b. Prevenzione Secondaria

– Attraverso la rete di strutture psicologiche, istituite dallo Stato Maggiore della Marina il 1° Gennaio 1987 (Consultori Psicologici e Servizi di Psicologia), è stata posta in essere l'attività di diagnosi precoce e di supporto psicologico nei riguardi del personale. Tale organizzazione, la cui struttura ed i cui meccanismi sono stati affinati nel tempo, ha il compito di evidenziare situazioni personologiche, socio-culturali e ambientali a "rischio" per lo sviluppo di disturbi psichici o per la tossicofilia/tossicodipendenza ed ha contribuito, effettivamente, a limitare il fenomeno. Detta attività è coordinata, a livello Centrale, dalla Sezione di Medicina Legale e Contenzioso Sanitario del 2° Ufficio dell'Ispettorato di Sanità M.M.

– Gli accertamenti e provvedimenti medico-legali da adottarsi per i casi di tossicodipendenza, tossicofilia, assunzione occasionale di sostanze stupefacenti-psicotrope vengono svolti dal 2010 con l'introduzione, dall'allora Direzione Generale della Sanità Militare, del "Regolamento applicativo per le FF.AA. delle procedure per gli **accertamenti sanitari di assenza di tossicodipendenza o di assunzione di sostanze stupefacenti o psicotrope**". L'accertamento dell'uso abituale di sostanze stupefacenti o psicotrope si fonda su uno o più degli elementi valutativi di seguito indicati:

1. riscontro documentale di trattamenti socio-sanitari per le tossicodipendenze presso strutture pubbliche e private, di soccorsi ricevuti da strutture di pronto soccorso, di ricovero per trattamento di patologia correlata all'abuso di sostanze stupefacenti o psicotrope, di precedenti accertamenti medico-legali;
2. segni di assunzione abituale della sostanza stupefacente o psicotropa;
3. sintomi fisici o psichici di intossicazione in atto da sostanze stupefacenti o psicotrope;
4. sindrome da astinenza in atto;
5. presenza di sostanze stupefacenti e/o loro metaboliti nei liquidi biologici e nei tessuti.

Il personale militare, sospetto assunto di sostanze stupefacenti, dovrà essere sottoposto ad accurati controlli di laboratorio e a valutazioni psicopatologiche presso i Servizi Sanitari competenti, i quali potranno avvalersi della Sezione di Psichiatria e Psicologia/Consultorio Psicologico per le opportune valutazioni cliniche.

Gli accertamenti, per il personale di F.A., sono effettuati da medici e analisti di laboratorio presso gli Enti Sanitari di F.A. in condizione di sicurezza clinica e con l'esclusione di metodiche invasive.

Le fasi procedurali da seguire sono così schematizzabili:

- raccolta del campione di urine in apposito contenitore a quattro provette (provetta da testare e provette di controllo) preventivamente etichettate con nominativo e firma dell'esaminando, data e ora del prelievo, nominativo e firma del responsabile della raccolta;
- qualora l'urina nella provetta da testare risulti positiva allo screening (metodo immunoenzimatico) per cataboliti delle sostanze psicotrope e/o stupefacenti, si eseguiranno le analisi di secondo livello (metodo gas-cromatografico). Il contenitore con il campione di urina, congelato, viene custodito per almeno un anno, essendo così disponibile per ulteriori verifiche in sede giudiziaria.

Personale in ferma prefissata

L'esito positivo degli accertamenti diagnostici per l'uso, anche saltuario od occasionale, di sostanze stupefacenti, nonché per l'utilizzo di sostanze psicotrope a scopo non terapeutico, comporta il proscioglimento ai sensi dell'art. 957 del Decreto Legislativo 66/2010.

Personale in S.P.E.

A cura del Comando di appartenenza dovrà essere sottoposto ad attività di sostegno e di rieducazione sanitaria presso i Consulteri Psicologici militari. Detto personale verrà, inoltre, sottoposto ad accurata e approfondita valutazione clinica e psicodiagnostica finalizzata ad accertare la strutturazione personologica e/o psicopatologica di fondo e/o patologie organiche concomitanti, che sottendono l'abuso, onde accertare l'inidoneità al servizio militare per altra causa.

L'interessato deve dichiarare la propria disponibilità a sottoporsi ad un trattamento sociosanitario riabilitativo sottoscrivendo apposita dichiarazione di impegno. Egli potrà così beneficiare del periodo massimo di aspettativa (730 giorni, anche non consecutivi, nell'arco di cinque anni). I Servizi Sanitari M.M. territorialmente competenti provvederanno a monitorare l'evoluzione del caso, documentando il trattamento riabilitativo eseguito e i risultati ottenuti.

L'indisponibilità a seguire il prescritto trattamento riabilitativo comporta il proscioglimento.

L'accertato insuccesso del trattamento riabilitativo comporta la permanente non idoneità M.M.

– Presso la 2^a Sez. ("Medicina Legale e Contenzioso Sanitario") del 2° Ufficio dell'Ispettorato di Sanità M.M., esiste una **banca dati dei casi di consumo di sostanze stupefacenti accertati in ambito M.M.**, finalizzata a monitorare alcuni aspetti del fenomeno ed indirizzare adeguatamente le strategie preventive.

Semestralmente la predetta sezione riceve la statistica relativa al numero dei Drug Testing Program effettuati e il numero di positività riscontrate.

AERONAUTICA MILITARE

L'attività di prevenzione e monitoraggio del fenomeno in parola è stata mantenuta in essere secondo quanto previsto dalla normativa nazionale e dalle successive direttive di Forza Armata.

Lo Stato Maggiore Aeronautica ai sensi della direttiva SMA154/S.01.05 del 26.5.2005 ha disposto **controlli "a campione"** nei confronti del personale militare per accertare l'eventuale uso o abuso di sostanze stupefacenti allo scopo di salvaguardare la sicurezza, la incolumità e la salute dei terzi e di tutelare, attraverso la cura diretta del singolo, l'interesse pubblico particolare dell'Aeronautica Militare e generale dell'intera collettività nazionale.

Le modalità di esecuzione dei relativi accertamenti diagnostici sono stati espletati secondo quanto previsto dalla direttiva di COMLOG 406 del 2006. Le operazioni di raccolta sono effettuate "a campione" su un numero di soggetti scelti casualmente tra tutti i militari che prestano servizio nell'Ente. Nell'arco di un anno, almeno il 5% del personale in F.E.O. viene sottoposto a controllo.

L'Accordo tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome del 18/08/2008, ai sensi della Conferenza Unificata del 30 ottobre 2007 in materia di accertamenti di assenza di tossicodipendenza, stabilisce le mansioni e le attività che comportano rischi per la sicurezza, l'incolumità e la salute proprie e di terzi, anche in riferimento ad un'assunzione solo sporadica di sostanze stupefacenti. Per

tali mansioni e/o attività è obbligatoria la sorveglianza sanitaria, ai sensi dell'articolo 41, comma 4, del decreto legislativo 9 aprile 2008, n. 81.

L' Ispettorato Generale della Sanità Militare per le finalità del presente accordo e per rispondere agli obblighi previsti dal Dlgs. 81/2008 ha predisposto un regolamento sulle procedure per gli accertamenti di assenza di tossicodipendenza sul personale militare.

Lo Stato Maggiore Aeronautica, in data 4 maggio 2009 ha **prodotto un documento nel quale sono esplicitate le Categorie e Specialità che costituiscono l'equivalente militare delle mansioni civili previste dalla normativa nazionale.**

Negli ultimi anni, tenuto conto della complessità di tali norme, sono aumentati i controlli sanitari rivolti all'accertamento delle tossicodipendenze in F.A., non solo delle sostanze psicotrope ma anche dell'uso ed abuso di alcol, principalmente attraverso le attività di sorveglianza sanitaria espletata dal Medico Competente in stretta collaborazione con il Comandante dei singoli Enti, Reparti e Distaccamenti dell' A.M.

Massima cura ed attenzione, è stata rivolta all'attività formativa. Sono state organizzate conferenze, dibattiti, con ausilio di mezzi audiovisivi, pubblicazioni ed opuscoli relativamente ai temi in parola. Nel settembre 2015 il Servizio Sanitario AM, ha predisposto un opuscolo dedicato all'alcol, come strumento di promozione e salvaguardia della salute rivolto a sensibilizzare tutto il personale militare e civile nell'adozione di stili di vita sani nei luoghi di lavoro e nella società.

Attenzione elevata è stata data alle procedure di segnalazione e notifica dei casi riguardanti i casi di abuso, tutelando la privacy dei soggetti interessati. L'attività in parola viene svolta dagli psicologi convenzionati che operano presso i consultori ed i servizi aperti nei vari Enti di F. A.

Il riscontro di positività urinaria nel corso degli accertamenti effettuati presso le Infermerie di Corpo, assume soltanto connotazione d'orientamento diagnostico e comporta, a garanzia dell'interessato, l'invio dello stesso presso gli Organi Medico-Legali di F.A. (personale di volo) o presso i D.M.M.L. (personale non di volo) territorialmente competenti, per una valutazione definitiva del caso con l'ausilio di qualificati e più specialistici interventi diagnostici.

ARMA DEI CARABINIERI

Sono stati effettuati i **controlli tramite drug test**, in ottemperanza alla normativa vigente, sia durante la fase concorsuale sia sul personale in servizio.

Sono state altresì tenute **conferenze** sul tema di prevenzione delle tossicodipendenze, in cui sono stati trattati gli argomenti relativi alle idonee norme comportamentali da seguire durante l'espletamento del servizio, la normativa in materia di stupefacenti ed i relativi effetti psicofisiologici sull'organismo, il supporto psicologico garantito da parte di un "tecnico" del settore, i comportamenti a rischio, i problemi sociali legati all'uso degli stupefacenti, le malattie infettive ed i rischi per la salute della tossicodipendenza, nonché cenni sull'alcolismo.

Principali prospettive emerse nello svolgimento delle attività nel 2015 e possibili soluzioni auspiccate.

I dati pervenuti all'Ispettorato Generale della Sanità Militare confermano una effettiva diminuzione del fenomeno nel personale delle Forze Armate e dei Carabinieri rispetto ai dati rilevati negli anni precedenti e nettamente inferiore ai dati relativi alla popolazione generale.

In particolare, i Comandi Operativi di tutte le FFAA/CC, da sempre attenti e sensibili alla problematica anche per le ovvie ricadute in termini di operatività e di efficienza del personale, hanno continuato ad attuare con scrupolo e attenzione attività di prevenzione primaria, sottoponendo altresì tutto il proprio personale a controlli ravvicinati e percentualmente più che adeguati rispetto alla forza assegnata. Ciò ha comportato una notevole sensibilizzazione di tutto il personale nei riguardi dei

criteri che sottendono alla prevenzione primaria, inclusi gli effetti dissuasivi verso il primo contatto con le sostanze stupefacenti, come documentato dai dati statistici che evidenziano anche per l'anno in esame una ulteriore riduzione percentuale dei casi di positività.

Sebbene i riscontri statistici che hanno fatto seguito alle campagne informative e di prevenzione svolte dalle diverse articolazioni delle Forze Armate siano risultati confortanti, è comunque opportuno consolidare gli strumenti in dotazione e perpetuare le attività preventive poste in essere, dedicando inoltre sempre maggiori risorse alla formazione del personale sanitario, al fine dell'acquisizione delle abilità necessarie atte a riconoscere e gestire i comportamenti a rischio e le condotte tossicofile nel personale assistito.

Parimenti si evidenzia l'utilità dissuasiva degli accertamenti randomici nei confronti delle condotte tossicofile su tutto il personale, indipendentemente da quanto disciplinato dal predetto Regolamento in riferimento alle mansioni a rischio.

Infine, ulteriore obiettivo è quello di rafforzare ulteriormente le attività di sensibilizzazione e di sostegno per il benessere del personale, attraverso un'azione sinergica della componente sanitaria con la linea di comando che favorisca un clima psicologico e organizzativo tale da facilitare i rapporti interpersonali, fondamentali per evitare l'isolamento individuale, spesso indice di disagio psicologico, di comportamenti a rischio e di condotte tossicofile.

PARTE V
APPROFONDIMENTI

1.1 UNICRI prospettiva di genere: Progetto DAWN

A cura di UNICRI - United Nations Interregional Crime and Justice Research Institute

Includere la prospettiva di genere nei programmi sanitari e sociali relativi ai disturbi da uso di sostanze e nella prevenzione dei fenomeni correlati inclusa la violenza e le patologie connesse

L'UNICRI (United Nations Interregional Crime and Justice Research Institute), è l'Istituto Interregionale delle Nazioni Unite per la Ricerca sul Crimine e la Giustizia. Fondato nel 1965, l'UNICRI sviluppa attività di ricerca applicata, formazione specialistica e cooperazione tecnica.

L'UNICRI promuove lo stato di diritto, i diritti umani e la cultura della legalità. Favorisce l'adozione di politiche innovative per la prevenzione della criminalità e lo sviluppo sociale, la riforma dei sistemi di giustizia e il rafforzamento delle istituzioni e della società civile.

L'Istituto collabora con le istituzioni governative e della società civile, il settore privato, l'università, le organizzazioni regionali e internazionali nel perseguimento dei suoi obiettivi. In particolare l'Istituto collabora con le diverse agenzie delle Nazioni Unite, quali l'Ufficio contro la Droga e il Crimine (UNODC) e l'OMS.

Il progetto DAWN

Dal 2010, l'UNICRI, in collaborazione con il Dipartimento Politiche Antidroga della Presidenza del Consiglio dei Ministri, ha implementato il progetto DAWN (Drugs and Alcohol Women Network - Rete per le Donne sulle Dipendenze da Droga e Alcol), volto a includere un approccio di genere nella prevenzione, trattamento e il recupero di persone con problemi di consumo e/o di dipendenza da sostanze.

L'obiettivo principale del Progetto DAWN è stato quello di sviluppare le capacità dei professionisti del settore e dei decisori politici nell'integrare un approccio di genere sia a livello politico che pratico, per meglio rispondere alle esigenze specifiche delle donne e dei gruppi vulnerabili in generale.

Il progetto ha facilitato lo sviluppo di strumenti, ad esempio, linee guida internazionali con l'UNODC e il WHO e manuali di buone pratiche, nonché moduli di formazione a distanza e l'adozione di iniziative di sensibilizzazione e di scambio di conoscenze, volte a facilitare lo scambio di informazioni e a promuovere la diffusione di buone pratiche. Inoltre, è stata istituita una rete professionale di esperti provenienti da diversi paesi, e che comprende altre agenzie delle Nazioni Unite e istituzioni internazionali, per sostenere l'adozione di politiche e prassi dirette a garantire un migliore accesso ai servizi socio-sanitari per le donne e le ragazze, in particolare nei paesi del bacino del Mediterraneo. Si è così voluto favorire il dialogo tra gli scienziati e gli esperti dei vari Stati

membri e di altri organismi internazionali, come il Gruppo Pompidou del Consiglio d'Europa, che è stato anche partner in questo programma.

Nell'ambito del progetto DAWN, l'UNICRI ha anche promosso studi per analizzare la percezione tra i pazienti di sesso femminile e quella degli operatori sanitari sul valore aggiunto che l'adozione di un approccio di genere può portare ai servizi di prevenzione, trattamento e recupero, nonché al grado di efficacia del trattamento.

Il Dipartimento Politiche Antidroga della Presidenza del Consiglio dei Ministri, ha sempre dimostrato sensibilità e attenzione alle tematiche di genere, tanto che nel 2012 ha lavorato insieme ad altri Stati Membri delle Nazioni Unite (Commissioni delle Nazioni Unite sugli stupefacenti) per l'approvazione di una specifica risoluzione sull'argomento. Più recentemente, nell'ambito dei lavori dell'UNGASS, il Dipartimento ha promosso un dibattito sulle differenze di genere nelle dipendenze e, in partnership con l'UNICRI, un dibattito sulle misure alternative al carcere per le persone affette da disturbi da uso di sostanze (SUD).

La risoluzione 55/5 del 2012 "Promuovere strategie e misure per affrontare le necessità specifiche delle donne nel contesto di programmi e strategie di riduzione della domanda di droga completi ed integrati", approvata all'unanimità da tutti gli Stati Membri della Commissione, è stata la prima di questo genere e ha costituito un punto di svolta, chiedendo agli Stati Membri di prendere in considerazione le questioni di genere al momento di pianificare le politiche di controllo delle droghe e gli interventi mirati a donne e ragazze, ed ha aperto la strada ad una serie di iniziative internazionali. Il progetto DAWN, che già anticipava il dettato della risoluzione, si inserisce in questo ambito internazionale di supporto all'Italia per l'implementazione della Risoluzione. Grazie al suo specifico mandato e la sua lunga esperienza sia nelle problematiche delle dipendenze che di genere, l'UNICRI ha affiancato il governo italiano sia nell'implementazione del progetto DAWN sia nella traduzione della risoluzione 55/5 in azioni concrete, promuovendo iniziative di sensibilizzazione sulle problematiche di genere e di formazione dei decisori pubblici e degli esperti e professionisti di settore.

Il valore aggiunto dell'UNICRI deriva dal guardare le differenze di genere attraverso la lente della giustizia sociale e dei diritti umani. Con questo progetto, l'UNICRI ha promosso l'inserimento dell'ottica di genere nell'agenda di lavoro degli esperti e dei tecnici, e la ricerca e la diffusione della conoscenza e delle buone pratiche messe in atto a livello nazionale e internazionale.

Come parte della famiglia delle Nazioni Unite, l'UNICRI ha sancito il programma DAWN all'interno della più ampia visione dell'Agenda per lo sviluppo sostenibile 2030, che vede tutto il sistema delle Nazioni Unite nel suo complesso impegnato nel raggiungimento dei 17 Obiettivi di sviluppo, in particolare il programma DAWN ricade entro gli Obiettivi 3 e 5, relativi all'equità di accesso alla salute e all'equità di genere. Nell'ambito dell'Obiettivo 3, "salute per tutti", il quinto target chiede agli Stati Membri di rafforzare la prevenzione ed il trattamento dell'abuso di sostanze, incluso

l'abuso di narcotici e l'uso nocivo di alcol. Il progetto DAWN si colloca nell'area di lavoro dell'UNICRI dedicata alla tutela delle popolazioni vulnerabili, così come indicato nel Programma di lavoro dell'UNICRI al Consiglio Economico e Sociale delle Nazioni Unite (E/CN.15/2016/8), nell'ambito della quale l'Istituto conduce non solo progetti dedicati alla promozione dell'approccio di genere nell'ambito del settore sanitario e sociale, ma anche progetti per la prevenzione della violenza di genere e il contrasto alla tratta di persone.

Va ricordato brevemente come l'agenda di genere sia stata rilanciata lo scorso anno in occasione dell'anniversario della Dichiarazione di Pechino e della Piattaforma di Azione adottata alla 4^o Conferenza Mondiale sulle donne tenutasi nel 1995. Nella riunione dei leader mondiali sull'uguaglianza di genere tenutasi in occasione dell'adozione dell'Agenda per lo Sviluppo Sostenibile a Settembre del 2016 al Palazzo di Vetro, gli Stati membri hanno reiterato il loro impegno a sostenere lo sforzo di raggiungere entro il 2030, soprattutto nei paesi in via di sviluppo, l'avanzamento dell'agenda sull'equità di genere.

Infine, sia nell'ambito delle ultime Sessioni della Commissione sui Narcotici che nell'ambito della recente Sessione Speciale dell'Assemblea Generale, sono state discusse e approvate specifiche Risoluzioni⁷¹, anche sostenute dall'Italia, sulla necessità di includere la prospettiva di genere nelle strategie e nei programmi di riduzione della domanda e dell'offerta di droga. In particolare, gli Stati Membri hanno preso l'impegno di:

- **aumentare l'accesso ai trattamenti basati sulle evidenze scientifiche** dei disturbi da uso di sostanze che tengano conto di una prospettiva di salute pubblica e che siano sensibili ai bisogni delle donne e dei gruppi vulnerabili e di aumentarne la copertura attraverso tali servizi, nonché di **assicurare la formazione e la supervisione per tutti i professionisti sanitari e sociali** che lavorano nell'ambito della dipendenza, incluso gli operatori nelle carceri;
- **rimuovere le barriere che ostacolano l'accesso alle cure e ai servizi sociali** di donne e gruppi vulnerabili, inclusa la povertà e lo stigma e riconoscendo che la dipendenza da sostanze rende il genere femminile più vulnerabile alle malattie sessualmente trasmissibili, alla violenza e al crimine correlato alla droga;
- **Incoraggiare lo scambio di buone pratiche** sulle strategie adottate per aumentare l'accesso del genere femminile alle cure e al reinserimento sociale;

⁷¹ resolution 52/1, entitled "Promoting international cooperation in addressing the involvement of women and girls in drug trafficking, especially as couriers", resolution 55/5, entitled "Promoting strategies and

measures addressing specific needs of women in the context of comprehensive and integrated drug demand reduction programmes and strategies", resolution 58/5, entitled "Supporting the collaboration of public

health and justice authorities in pursuing alternative measures to conviction or punishment for appropriate drug-related offences of a minor nature", resolution A/S-30/L.1 Our Joint commitment to effectively addressing and countering the world drug problem"

- **Raccogliere e diffondere dati quantitativi e qualitativi, disaggregati per età e sesso** relativi alle dipendenze da sostanze anche in vista degli obblighi di preparazione della Relazione annuale sulle dipendenze, nonché i dati alla Commissione sui Narcotici, nell'ambito degli impegni assunti come firmatari delle tre convenzioni internazionali, nonché di **promuovere ricerche ed analisi sui vari aspetti del problema** della dipendenza da sostanze con l'obiettivo di colmare il bisogno di conoscenza sulle donne e l'uso di sostanze.

Nell'ambito della giustizia penale, Il documento finale dell'UNGASS incoraggia gli Stati membri a tenere in considerazione **i bisogni specifici e le circostanze delle donne soggette ad arresto, detenzione, sotto accusa o processate o che stiano scontando una pena per reati legati alla droga**, nello sviluppo di misure specifiche come parte integrante delle loro politiche di prevenzione del crimine e della giustizia penale, comprese misure adeguate per portare in giudizio i responsabili di abusi su donne in custodia o in carcere per reati legati alla droga, ispirandosi, a seconda dei casi, alle Regole delle Nazioni Unite per il trattamento delle donne detenute, alle Misure non detentive per le donne che hanno commesso reati (Regole di Bangkok), alle Regole minime delle Nazioni Unite per le misure non detentive (Regole di Tokyo) e alle Regole minime standard delle Nazioni Unite per il trattamento dei detenuti (Regole Nelson Mandela).

Il documento finale sottolinea che, fatto salvo il principio di uguaglianza di tutti di fronte alla legge, quando si emette una condanna o si rinvia a giudizio una donna in gravidanza o una donna che sia unica o principale custode di un bambino, dovrebbero essere preferite misure alternative alla detenzione ove possibile ed opportuno, con misure detentive da considerarsi solo nei casi di reati gravi o di natura violenta e a tal riguardo il documento invita gli Stati membri a tenere in considerazione le linee guida per l'identificazione e la gestione dell'uso di sostanze e dei disturbi da uso di sostanze in gravidanza dell'OMS, ove appropriato e in conformità con la legislazione nazionale.

Il documento infine invita gli Stati membri, attraverso la collaborazione tra servizi sanitari e sociali, le autorità di polizia e giudiziarie a tener conto delle specifiche esigenze e circostanze delle donne, anche attraverso l'adozione di misure per fornire ambienti sicuri per le donne, e di utilizzare una vasta gamma di misure alternative alla detenzione o alla punizione, per reati legati alla droga di natura minore, in conformità con le legislazioni nazionali, al fine di migliorare la salute pubblica e la sicurezza degli individui, delle famiglie e della società.

L'importanza del mainstreaming di genere nella prevenzione e trattamento delle dipendenze

L'inclusione della prospettiva di genere nella formulazione delle politiche e nella pratica professionale è ormai riconosciuta come uno strumento essenziale, alla base dello sforzo messo in atto dai Paesi nell'Agenda 2030 dello Sviluppo Sostenibile. In tale contesto, il raggiungimento della parità di genere è considerato nell'ambito di un approccio globale ed è applicato in ogni settore dello sviluppo politico e sociale. Il "gender mainstreaming" è divenuto così fondamentale, che oggi giorno

la Comunità Internazionale riconosce che non può esistere sviluppo sostenibile finché esisteranno discriminazioni di genere/sexuali.

Nel campo sanitario, l'inclusione della prospettiva di genere è quanto mai necessaria soprattutto in virtù del fatto che le ineguaglianze minano il pieno godimento del diritto alla salute da parte, soprattutto, delle donne e dei gruppi vulnerabili, inclusi minori, le persone LGBTI e i detenuti. Le ricerche condotte nell'ambito del progetto DAWN si sono concentrate nello studio di tre fattori **l'accessibilità, l'affordabilità e l'accettabilità delle cure** e il loro impatto al fine di garantire l'equità nell'erogazione dei servizi sanitari e sociali sia nei paesi sviluppati che nei paesi in via di sviluppo. Gli studi svolti nell'ambito del progetto, anche attraverso indagini sia tra le donne clienti dei servizi di cura delle dipendenze, che tra gli operatori, hanno permesso di verificare che, se da un lato esiste un certo parallelismo tra le aspettative e le necessità delle utenti dei servizi e l'offerta erogata, dall'altro risulta molto urgente la necessità di aumentare le capacità di comprensione del mainstreaming di genere da parte degli operatori delle dipendenze. La necessità di non "appiattare" la cura della dipendenza su un'entità individuale indifferenziata, ma di considerare le differenze biologiche, sessuali, nonché i fattori ambientali e culturali che definiscono l'appartenenza ad un genere, permettono di tener conto anche di quei determinanti sociali che influiscono sull'insorgenza ma anche sull'outcome della dipendenza e possono aiutare ad offrire servizi sanitari e sociali più efficaci in termini di costo/beneficio ed un rilancio positivo delle competenze e delle funzioni dei servizi per le dipendenze, che hanno subito, anche in Italia, un lento processo di perdita di identità e di ruolo sociale, per confluire sempre più nei servizi di salute mentale.

Riportando l'attenzione sulla dipendenza da sostanze come questione sociale e non soltanto come problema sanitario, è rilevante anche ai fini di contribuire al dibattito tuttora in corso in Italia e a livello globale sulla legalizzazione delle sostanze.

Studi scientifici ormai consolidati mostrano come qualsiasi sia il modello prescelto dagli Stati membri per regolamentare le sostanze sotto controllo internazionale, esso dovrà sempre essere accompagnato da solide e strutturate politiche di investimento nell'informazione, nell'educazione e nella prevenzione dell'uso di sostanze, così come nella formazione continua dei professionisti, per aumentare l'accesso ai servizi sanitari e sociali e diminuire le possibili conseguenze negative soprattutto sulle fasce più vulnerabili di popolazione. Tali politiche non possono non tenere conto delle peculiarità che nascono dalle differenze di genere, di etnia, di cultura e di religione. La conoscenza approfondita di questi aspetti si rivela il migliore strumento per difendere la salute, il benessere e i diritti umani dei cittadini e per favorire l'inclusione sociale dei gruppi più vulnerabili, migliorando il livello di vita delle generazioni future e la sicurezza e la pace globale.

Le problematiche e le sfide tuttora aperte nel mainstreaming di genere nell'ambito delle dipendenze

All'interno di una popolazione afflitta da problematiche legate all'uso di sostanze, è necessario distinguere alcuni sottogruppi di persone che necessitano di interventi mirati, dovuti non solo alla maggiore vulnerabilità che li caratterizza, ma anche alle diverse esigenze e ai bisogni specifici che essi presentano. Tali sottogruppi includono gli adolescenti, le donne, le persone con comorbidità mediche e psichiatriche, le persone appartenenti a minoranze etniche, le persone LGBT, così come quelle socialmente emarginate e detenute.

Nell'area Europea, l'OEDT afferma che un quarto delle persone che hanno sviluppato gravi problemi legati all'uso di sostanze sono donne e che un decesso su cinque, direttamente correlato al consumo di droghe, riguarda il genere femminile (<http://www.emcdda.europa.eu/topics/women>).

La difficoltà di tracciare un quadro completo sulle differenze di genere nel consumo di sostanze e i comportamenti di consumo a rischio è dovuta in gran parte al fatto che la ricerca scientifica in materia, così come la pratica clinica, è stata maggiormente incentrata su approcci orientati al genere maschile e gli studi sulle dipendenze che adottano una prospettiva di genere sono relativamente recenti e risentono di diverse debolezze metodologiche. Essendo il consumo di sostanze un fenomeno che ha da sempre afflitto l'uomo in proporzioni maggiori rispetto alla donna, molti servizi e programmi di trattamento sono stati sviluppati per affrontare le problematiche di uomini adulti. Tuttavia, negli ultimi decenni gli studi epidemiologici hanno dimostrato che il divario tra la percentuale di uomini e donne che fanno uso di sostanze si sta progressivamente riducendo, così come si stanno delineando specifiche differenze inerenti agli stili di consumo e alle diverse tipologie di sostanze utilizzate. Tali aspetti aumentano la necessità di arricchire, attraverso evidenze di natura scientifica, una specifica area della medicina di genere e delle scienze psico-sociali all'interno della quale venga affrontata la dipendenza patologica attraverso una prospettiva di genere, costituendo una solida base per lo sviluppo di interventi *gender-oriented*.

Secondo una recente revisione della letteratura scientifica (Affronti et al., 2014), la scarsa attenzione per una prospettiva di genere nell'ambito delle dipendenze, è imputabile in primis a una diffusa convinzione che le donne siano meno a rischio, rispetto agli uomini, di consumare sostanze psicotrope e sviluppare dei problemi di dipendenza. Questa convinzione si basa sul fatto che le donne presentano in generale una minore propensione al rischio e ai comportamenti illegali (Wetherington & Roman, 1998). Tuttavia si tratta di una convinzione solo parzialmente giustificata dai dati epidemiologici, perché l'esposizione al rischio cambia in base al comportamento osservato e alla fascia di età, ma anche all'area geografica e all'appartenenza etnica. Ad esempio, se le donne sono meno propense all'uso di sostanze illegali, sembrano però più portate all'abuso di sostanze legali, quali ad esempio gli psicofarmaci (ansiolitici e antidepressivi) (Galesi, 2013). Inoltre nelle fasce di età giovanili i comportamenti di consumo potenzialmente additivi mostrano uno scarto di genere decisamente più ridotto rispetto a quello rinvenibile nella popolazione adulta e anziana (Hibell et al., 2012).

Così come è stato notato per i cambiamenti negli stili del bere italiani (Rolando & Beccaria, 2010), dove i consumi femminili possono assumere un ruolo indipendente nella modificazione degli stili di consumo, assumendo addirittura il ruolo di "trend setter", si può immaginare che anche in Italia, come accade nei paesi nordici e anglosassoni, le differenze negli stili di consumo - e dunque nei problemi correlati - sono destinate ad assottigliarsi.

In linea generale, gli studi condotti nell'ambito della biologia, così come quelli svolti nel campo della prevenzione e del trattamento, hanno evidenziato significative differenze tra i sessi di natura biologica, che si riflettono non solo sulle motivazioni che possono indurre uomini e donne ad

consumo di sostanze, ma anche sulle diverse conseguenze che tale consumo può determinare nonché sulle esigenze che contraddistinguono uomini e donne in fase di trattamento. A fronte di una minore propensione all'uso, nelle donne si è notata una più veloce progressione dal consumo a forme problematiche di consumo e di dipendenza, secondo il meccanismo cosiddetto "telescoping", anche legato alle caratteristiche specifiche del metabolismo femminile (Affronti et al., 2014). Questo fenomeno è stato verificato per tutte le sostanze, è particolarmente pronunciato nel caso dei consumi alcolici (Randall et al., 1999; Szabo, 2007). Inoltre le donne che adottano un consumo eccessivo di sostanze sviluppano più velocemente degli uomini patologie organiche (epatiche, cardiovascolari...), ma anche problemi di tipo psicologico e sociale. A questi rischi si somma quello di sviluppare problematiche genere-specifiche, come infertilità, aborti spontanei e gravidanze premature (Affronti et al., 2014).

Accanto alle differenze biologiche, che l'approccio epidemiologico e quello clinico hanno permesso di identificare, non va sottovalutata l'importanza dei determinanti sociali della salute che influiscono sull'individuo, determinando non solo una maggiore o minore suscettibilità all'uso di sostanze ma anche influenzando l'outcome dei trattamenti e dei processi di riabilitazione. I fattori culturali e sociali possono costituire dei potenti fattori di stress che sottopongono le donne a usare le sostanze psicotrope come autocura. Basti pensare, più in generale, alle iniquità che ancora permangono nel mercato del lavoro in termini di segregazione orizzontale e verticale e nella ripartizione del lavoro domestico e di cura (Demofonti, Fraboni, Sabbadini, 2015).

Molte sono le evidenze che mostrano come esperienze avverse nell'infanzia determinino una maggiore propensione e suscettibilità all'uso di sostanze, così come condizioni sociali disagiate esponano ad un maggiore possibilità di cadere vittima di uso di sostanze, violenza e abusi sessuali (Benoit, Jauffret-Roustide, 2015). Le conseguenze di eventi traumatici più facilmente colpiscono le donne, primo fra tutti la violenza domestica: è noto infatti che le donne che consumano sostanze psicotrope hanno più probabilità degli uomini di avere alle spalle una storia di violenza (El-Bassel et al., 2000). Ciò si collega a una più frequente comorbidità tra consumo di sostanze e disturbo post-traumatico da stress (Brady et al., 2000; Reynolds et al., 2005), così come è elevata l'associazione tra i disturbi da uso di sostanze con ansia, disturbi dell'umore e disturbi alimentari (Kessler et al., 1997; Merikangas & Stevens, 1998).

Stili di vita legati a contesti socio-familiari problematici sono riconosciuti quali fattori di rischio che possono indurre la donna ad avvicinarsi al mondo della droga e/o ad ambienti di cui la violenza e lo sfruttamento rappresentano spesso il comune denominatore. La donna con problemi correlati all'uso di sostanze, a causa della propria condizione e dello stato di vulnerabilità in cui versa, risulta inoltre più esposta a subire reati, specificatamente di natura sessuale (Hicks et al., 2007; Tuchman, 2010).

Un ulteriore aspetto riguarda la percentuale di donne tossicodipendenti che si prostituisce per procurarsi la droga. La prostituzione, infatti, diventa una fonte di reddito per molte donne con problemi di dipendenza. Di conseguenza, l'elevato rischio di trasmissione di malattie infettive costituisce, in determinati contesti, un problema di grande rilievo.

Nelle donne è stata riscontrata una maggiore comorbidità tra dipendenza e problemi psichici, condizione in cui il decorso della dipendenza tende a peggiorare, determinando spesso un ulteriore atteggiamento di condanna nei confronti della donna non solo da parte della società ma anche della famiglia. La maggiore prevalenza di disturbi psichiatrici tra le donne che abusano di sostanze rispetto agli uomini è stata verificata in generale e per sostanze specifiche.

In molti contesti socio-culturali, le donne con problemi legati al consumo di sostanze difficilmente si avvicinano ai servizi a causa della forte stigmatizzazione che le caratterizza. L'uso di droga viene considerato come condizione incompatibile con il ruolo della donna, soprattutto in quanto associato al suo potenziale ruolo di madre e soprattutto nella cultura mediterranea il ruolo della donna viene ancora oggi messo strettamente in relazione, sia in ambito professionale che familiare, alla cura degli altri. Essendo la donna vista come allevatrice, educatrice, insegnante, madre e moglie si tenderà a patologizzare i comportamenti non conformi, come quelli connessi all'uso di droghe, che mettono in discussione la sua capacità di ricoprire tali ruoli. Questo rappresenta talvolta un ulteriore ostacolo allo sviluppo di un eventuale processo di maturazione che consente alla donna di riconoscere sia la presenza di un problema sia la necessità di un supporto specifico. Per le donne che convivono con un partner o con membri della famiglia che presentano la stessa problematica, ottenere sostegno affinché sia intrapreso un percorso di cura risulta ancora più complicato.

Considerando quanto fino ad ora affermato, non è difficile immaginare come i servizi possano rappresentare una importante risorsa per le donne che usano sostanze, un ambiente protetto, un luogo di cura e sostegno in cui diventa possibile formulare e raggiungere obiettivi. Per questo motivo è essenziale offrire loro la possibilità di iniziare, o continuare, un percorso specifico di cura e riabilitazione che sia quanto più *gender-sensitive*.

Nasce pertanto l'esigenza di includere i bisogni specifici delle donne e dei gruppi vulnerabili come le ragazze e le persone LGBTI, nei programmi di prevenzione, trattamento e riabilitazione della dipendenza patologica. Attraverso il lavoro in rete e il contributo di tutti gli attori del processo, è possibile ampliare la base di conoscenze su questo argomento e rispondere all'esigenza di rafforzare le competenze dei professionisti che operano nel settore delle dipendenze patologiche e sensibilizzare i decisori politici circa il valore aggiunto che specifici programmi di trattamento orientati al genere femminile possono offrire, ancor più se condivisi ed integrati in maniera sinergica con i programmi offerti da altri servizi rivolti alla donna.

Genere femminile e trattamento delle dipendenze

La letteratura di genere in tema di dipendenze ha il limite di essere relativamente recente, poiché tradizionalmente le donne sono state sotto-rappresentate negli studi (Wetherington & Roman, 1998). Ciò è comprensibile dal momento che la maggior parte degli studi è basata su soggetti in trattamento - altro limite per una reale comprensione del fenomeno - che sono stati sempre in prevalenza uomini (Affronti et al., 2014).

Per questo numerosi studi si sono concentrati sulle barriere che ostacolano l'utilizzo dei servizi specialistici da parte delle donne, in primis lo stigma. È noto che nei confronti delle donne che consumano sostanze psicoattive si applica un "doppio standard" di giudizio (Erickson & Murray, 1989) che implica un severo giudizio morale e comporta una maggiore riprovazione sociale rispetto a quella riservata agli uomini. Il doppio standard è legato all'identificazione della donna con il suo ruolo di progenitrice e di *care giver*: la donna che si "abbandona" al consumo di sostanze contravviene dunque alle implicite norme sociali che le richiedono non solo di limitare i propri consumi, ma anche di controllare quelli degli altri, figli e partner. Come è stato dimostrato anche i mass media, tradizionali e nuovi, contribuiscono a rinforzare questi stereotipi (Rolando, Taddeo, Beccaria, 2015), con il probabile effetto di aumentare nelle donne che sperimentano problemi legati all'uso di sostanze il senso di colpa, e dunque di diminuire l'emersione del problema. La domanda di aiuto resta così inespressa, o trova sfogo in luoghi, come i forum sul web, che garantiscono

l'anonimato e permettono di parlare del problema con persone alla pari (Beccaria, Rolando, Taddeo 2014).

Le barriere che limitano l'accesso delle donne ai servizi specialistici si possono suddividere in intrinseche – quali ad esempio la negazione, il senso di vergogna e di colpa, l'essere coinvolte in una relazione con un partner che consuma, la mancata motivazione al cambiamento, una visione negativa del trattamento – ed estrinseche. Tra queste ultime quello più importante risulta essere il mancato riconoscimento del problema, che non riguarda solo l'utenza potenziale, ma anche i professionisti e gli operatori della salute, ed è amplificato dal sotto-utilizzo di strumenti di screening (Ait-Daoud&Bashir, 2011). Vi sono poi barriere di ordine logistico, in quanto le donne hanno spesso difficoltà di conciliare il proprio ruolo di care-giver, in primis nei confronti dei figli, con il loro bisogno di essere curate (Green, 2006).

Oltre alle barriere in entrata, esistono anche barriere genere-specifiche che influiscono sulla permanenza in trattamento. Anche lo studio italiano VEdeTTE sulla valutazione dell'efficacia dei trattamenti nel prevenire la mortalità acuta e nel favorire la ritenzione in trattamento conferma la maggiore difficoltà di genere (Vigna-Taglianti et al., 2014; Vigna-Taglianti et al., 2016). Tra le barriere che riguardano le donne stesse possiamo annoverare, tra le principali, la concomitanza di problemi psicologici e psichiatrici, l'aver subito violenza, la condizione di donna sposata e bassi livelli di istruzione e di reddito (Hogan et al., 2011; Speigman& Li, 2008; Vigna-Taglianti et al., 2014; Vigna-Taglianti et al., 2016). Tra le barriere estrinseche c'è soprattutto la mancata integrazione tra servizi diversi (dunque la possibilità di fornire risposte a problemi complessi) (Schmidt &McCarty, 2000). Le barriere incidono maggiormente su popolazioni particolari, quali le madri o le donne in gravidanza, le donne coinvolte in attività di prostituzione o in condizioni di marginalità sociale, le donne affette da HIV o che presentano una co-morbilità psichiatrica (Tuchman, 2010).

La complessità degli aspetti finora trattati rende evidente la necessità di implementare percorsi di trattamento attenti ai bisogni specifici dell'utenza femminile, mentre tradizionalmente i programmi sono stati pensati per un'utenza prevalentemente o esclusivamente maschile. Il riconoscimento di questa specificità di bisogni è sorta solo negli anni Settanta, con un focus sugli aspetti fisiologici e psicosociali e l'apertura di servizi dedicati a donne in stato di gravidanza o madri. Sempre rivolti a questo target di utenza, negli anni Ottanta si diffondono i servizi "ancillari" quali le comunità mamme-bambino e nascono i primi studi di efficacia sui trattamenti genere-specifici (Grella, 2008). Una vera e propria "sensibilità di genere" si diffonde solo a partire dagli anni Novanta, portando maggiore attenzione sul ruolo dei traumi e delle relazioni significative nell'evoluzione delle carriere di consumo delle donne (ivi).

Nonostante tutte le specificità di genere elencate, che impattano sull'insorgere e sullo sviluppo delle problematiche legate ai consumi di sostanze psicoattive, oltre che sull'emersione del problema, sulla richiesta di aiuto e sulla permanenza in trattamento, la letteratura non fornisce indicazioni univoche in merito all'efficacia dei trattamenti genere-specifici, né rispetto all'adesione, né alle ricadute, né agli esiti (Green, 2006). Ciò è dovuto anche ai numerosi limiti metodologici che sottostanno a questo

ambito di ricerca, tra i quali la mancanza di studi e strumenti randomizzati, i campioni numericamente limitati, follow-up scarsi (Claus et al., 2007). Fatta questa premessa, dagli studi esistenti si possono trarre alcune indicazioni, che valgono ancor di più per popolazioni specifiche (donne in gravidanza, neomamme e donne che hanno subito un trauma). Per garantire una migliore adesione delle donne, i programmi di trattamento – fin dall’anamnesi - dovrebbero porre una maggiore attenzione a tutti gli aspetti legati alla salute e all’immagine del corpo, offrire una consulenza specifica nei casi di violenza subita, offrire servizi a supporto della logistica (trasporti, baby sitting...) e garantire la continuità assistenziale (cioè i servizi di trattamento devono essere integrati alla rete dei servizi socio-sanitari territoriali generalisti e specifici) (Ashley, Marsden, Brady, 2003). Dallo studio italiano VEdeTTE emerge che, rispetto agli uomini, le donne hanno una maggiore propensione ad aderire ai trattamenti di sostegno-accompagnamento e di psicoterapia. Quest’ultima se associata all’utilizzo di dosaggi adeguati di metadone aumenta la ritenzione in trattamento (Vigna-Taglianti et al., 2014; Vigna-Taglianti et al., 2016).

Va inoltre considerato che il lavoro in gruppi omogenei per genere permette alle donne di affrontare più liberamente alcuni temi genere-specifici come il ruolo di cura, la relazione intima (VanDeMark, 2007) e l’immagine corporea (Lindsay & Velasquez, 2009). Questo tipo di trattamento è certamente più opportuno per le donne che hanno subito traumi o sono state vittime di violenza domestica (Greenfield et al., 2007). Nel caso di trattamento in gruppi misti bisogna porre attenzione agli stereotipi di genere e le relazioni con l’altro sesso, che devono essere oggetto di discussione e rielaborazione comune (Bright, Osborne & Greif, 2011).

Indagine sui bisogni espressi dalle donne afferenti ai servizi per le dipendenze

Nel 2012, il progetto DAWN ha promosso un’indagine sui bisogni delle donne che afferiscono ai Servizi per le Dipendenze (Zermiani et al., 2013). L’obiettivo era quello di valutare le opinioni delle donne rispetto alla fase dell’accoglienza e della presa in carico e di raccogliere il loro giudizio su una serie di aspetti come l’importanza del coinvolgimento dei genitori e del partner in presenza di particolari situazioni, e su quei fattori che favoriscono l’accesso al servizio promuovendo la relazione terapeutica, nonché le barriere all’accesso. Infine, l’indagine voleva indagare il parere delle donne sulla soddisfazione complessiva del loro servizio curante. Il campione era costituito da 274 donne, con età media di 34,5 anni. Le Unità Operative partecipanti erano 8 Dipartimenti per le Dipendenze, e 2 Comunità Terapeutiche in 6 sedi. La metodologia d’indagine si basava su un questionario auto-somministrato comprendente 16 items, su scala Likert (1-7) preparato in due versioni, una per i servizi pubblici ed una per i servizi del privato sociale. Il questionario è stato messo a punto sulla base delle osservazioni emerse dai gruppi di lavoro di esperti sulle problematiche della tossicodipendenza femminile afferenti al progetto DAWN. I risultati dell’indagine hanno evidenziato un giudizio complessivamente soddisfacente da parte delle donne sui servizi che frequentano. Il rispetto della privacy, sia nella fase di accesso che durante il trattamento è l’elemento più importante sottolineato dalle pazienti, che si ricollega con la paura di essere individuate, nonché, nel caso di figli, con la paura di essere segnalate ai servizi sociali. Tale fattore influisce sia sull’accesso iniziale, sia su l’ritardo nell’accesso che sulla decisione di abbandonare il servizio. Essere accompagnate nella gravidanza da un ginecologo, possibilmente donna, è il secondo elemento più importante, così come un grande punto di forza è la presenza di un ginecologo al SerT.

Indagine sui Servizi per le Dipendenze

Nel 2015, il progetto DAWN ha promosso un'ulteriore indagine su un campione di servizi pubblici e del privato sociale, impegnati in attività di prevenzione, cura o reinserimento di persone con problemi di consumo e/o di dipendenza da sostanze i cui risultati sono esposti di seguito.

L'indagine è stata effettuata attraverso un questionario semi-strutturato composto da 19 domande, in prevalenza a risposta chiusa, che indagano le opinioni, gli atteggiamenti e i comportamenti dei servizi sull'importanza di adottare un'ottica di genere e l'adozione di quest'ultima nelle attività di prevenzione, trattamento e reinserimento sociale e lavorativo, a livello organizzativo e nell'ambito della formazione.

Il questionario è stato inviato via email dai responsabili delle dipendenze delle Regioni italiane ai responsabili dei Dipartimenti per le Dipendenze e ai soggetti del privato sociale che si occupano del tema. Le mail sono state inoltrate a un totale di 1523 contatti e sono stati fatti due recall. Le mail effettivamente consegnate al destinatario di posta elettronica sono in tutto 1290. Assumendo questo dato come universo di riferimento (destinatari raggiunti), la percentuale di risposta è stata del 25,5%. Se consideriamo il dato medio relativo a quante delle mail inviate nei tre invii sono state effettivamente aperte (in media 26,09%), possiamo stimare che il messaggio sia stato effettivamente letto da 337 destinatari, di cui ben il 97,6% ha compilato il questionario (N=329).

Controlli di qualità

Prima di approntare le analisi statistiche, il dataset è stato sottoposto a diversi controlli di qualità: di correttezza formale, per verificare se le variabili fossero state compilate secondo quanto previsto dal questionario, di completezza, per quantificare i valori mancanti, e di congruenza tra informazioni collegate tra loro per verificare la coerenza nelle risposte. Alcune delle risposte riportate nelle modalità 'altro' sono state ricondotte alle modalità predefinite in modo da costruire categorie di risposta più robuste da un punto di vista numerico, mentre altre risposte 'sporche' sono state "mandate a *missing*" cioè considerate come valori mancanti. Le domande a risposta multipla (domanda 4, 5, 6, 9, 12, 14 e 17) sono state ricodificate in numeri e ricondotte a tante variabili quante erano le modalità previste dai quesiti. Per questo set di domande, le risposte palesemente incongruenti tra loro collegate sono state "forzate" in modo da fornire una restituzione coerente. Ciò è accaduto perché il questionario è stato compilato anche da servizi che non hanno un'utenza femminile, per i quali dunque tutta una serie di domande non risultavano pertinenti. È stata quindi inserita una risposta 'filtro' per alcune domande, con modalità di risposta 'No', 'Sì' e 'No, non c'è utenza femminile'. In questo modo, quando si è verificato che, almeno in una risposta a una delle domande multiple, il rispondente abbia dichiarato l'assenza di utenza femminile, si sono ricondotte alla stessa modalità anche le successive risposte, a meno che non fosse altrimenti specificato. In questo modo si è ottenuta una congruenza tra le diverse domande, evitando di male interpretare – e sovrastimare - le generiche risposte negative.

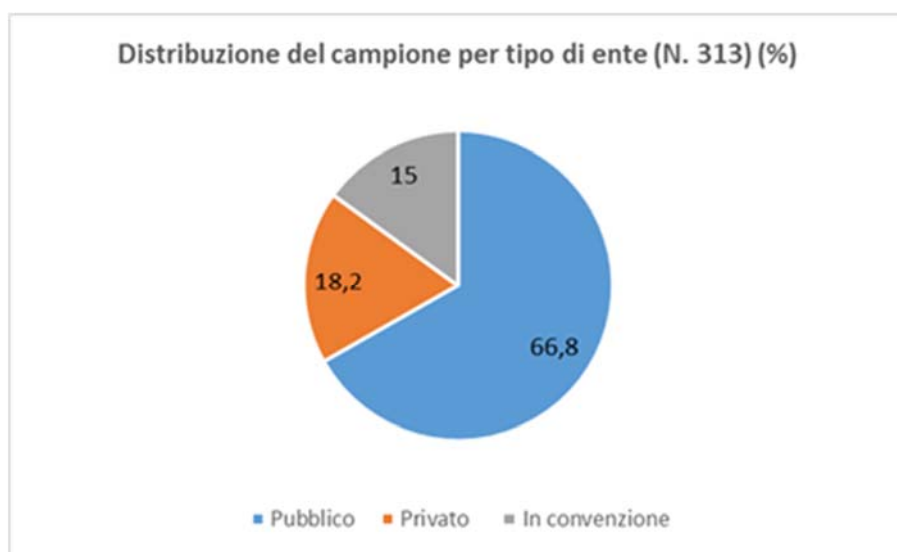
Analisi statistiche

Sono state realizzate tabelle di contingenza, con distribuzioni assolute (n.) e relative (%), incrociando il tipo di ente (pubblico, privato, in convenzione) e il tipo di servizio (servizi per le dipendenze, centri alcolologici, comunità terapeutiche e altri servizi) con le altre domande a risposta chiusa previste dal questionario. In questo modo è stato possibile verificare e render conto della variabilità dei tipi di ente e di servizio in relazione ai temi oggetto dell'analisi. Le risposte mancanti relative alle due variabili di incrocio non sono state riportate nei grafici e nelle tabelle per facilitare la lettura, mentre le 'non risposte' delle altre variabili di incrocio sono state inserite per quantificare il numero dei non rispondenti. Infine, sempre per le due variabili di incrocio selezionate, è stata fornita anche una restituzione delle diverse specificazioni della modalità 'altro', quando prevista.

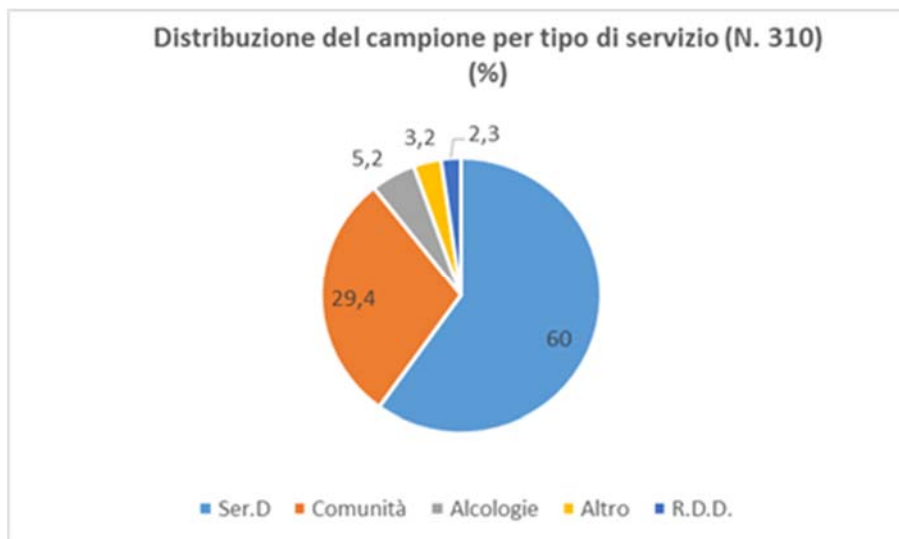
Laddove non viene specificato, le percentuali riportate si riferiscono all'intero campione.

Descrizione del campione

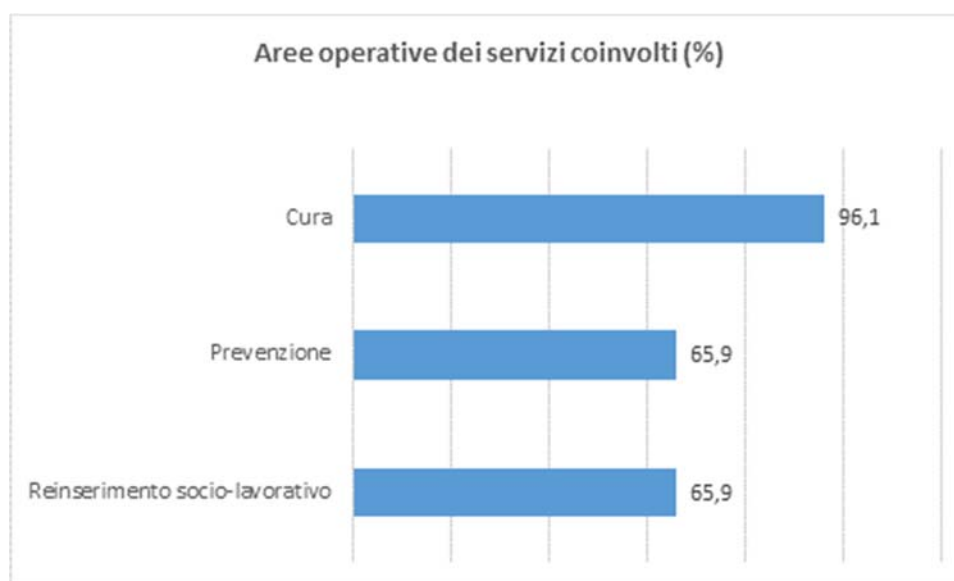
Dei 329 servizi che hanno partecipato all'indagine, 313 hanno specificato la natura del proprio ente di appartenenza (95%). Rispetto ai 313 che hanno specificato il tipo di ente di appartenenza, la stragrande maggioranza sono pubblici (66,8%), seguono i privati (18,2%) e quelli in convenzione (15%).



Sono 310 su 329 gli enti che hanno specificato il tipo di servizio di appartenenza (94%). Si tratta, nella stragrande maggioranza dei casi, di Dipartimenti per le Dipendenze, detti anche Ser. D o Ser.T, (60%), cui seguono le Comunità terapeutiche (29,4%). Il resto del campione si compone di unità di Alcologia (che fanno parte dei Ser.D ma costituiscono un'unità operativa autonoma) (5,2%) e di Servizi di riduzione del danno, servizi a bassa soglia e ambulatori (da ora in poi servizi di R.D.D.) (2,3%). E' presente poi una categoria residuale 'altro' (pari complessivamente al 3% del campione) che include 3 osservatori per le dipendenze, 1 centro diurno, 1 centro residenziale e 2 centri semiresidenziali, 1 centro terapeutico, 1 consorzio per i servizi alla persona e 1 non specificato. Vista la scarsa numerosità dei rispondenti per alcuni tipi di servizio, i confronti di questo tipo che vengono proposti nei paragrafi seguenti vanno presi con la dovuta cautela (in particolare quelli che riguardano le Alcologie e i servizi di R.D.D.).



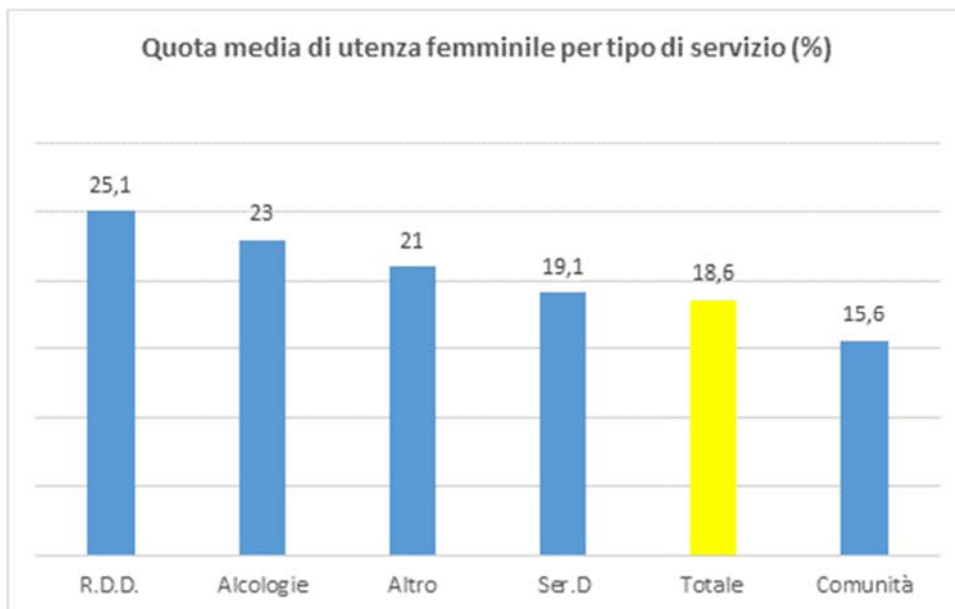
Complessivamente, la quasi totalità dei rispondenti (96,1%) offre un servizio di cura, mentre sono di meno (quasi due terzi) e si equivalgono quelli che si occupano di prevenzione e di reinserimento sociale e lavorativo (65,9%).



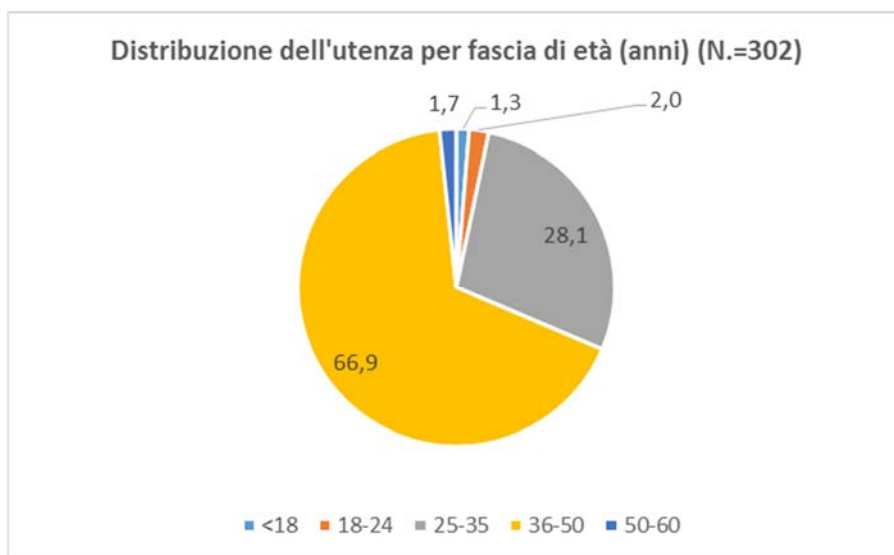
Coerentemente con la distribuzione per tipo di servizio e con i diversi mandati istituzionali, la metà dei servizi (50,8%) offre un mix di attività che comprende prevenzione, cura e reinserimento socio-lavorativo. Questo approccio più ampio è tipico dei servizi pubblici (la percentuale sale al 66% per i Servizi per le Dipendenze e al 69% per i centri di Alcologia). Seguono per numerosità i servizi che offrono solo servizi di cura (20,1%), tipicamente le Comunità terapeutiche e più generale servizi privati e in convenzione. Sono invece residuali i servizi che si occupano esclusivamente di prevenzione, di solo reinserimento lavorativo o di entrambe queste attività.

Gli enti coinvolti hanno un'utenza media pari a 528 utenti, con una grande variabilità per dimensione di ciascuna specifica realtà, che va da un minimo di 5 utenti a un massimo di 12.000. Gli enti pubblici mostrano una dimensione media più alta (712) mentre quelli in convenzione più bassa (97). Nello specifico, i servizi di riduzione del danno sono quelli che hanno in media un'utenza più numerosa (1.186) mentre le comunità meno numerosa (82).

Nel complesso, negli enti rispondenti, l'utenza maschile è decisamente prevalente, mentre le donne rappresentano in media solo il 18,6% dell'utenza totale, quota che scende al 15,6 nel caso delle Comunità terapeutiche mentre sale al 25,1% nei Servizi per la R.D.D. La quasi totalità dei servizi che fanno parte del campione ha dunque un'utenza femminile inferiore al 50%, mentre sono solo due i rispondenti che hanno una maggioranza di utenza femminile (si tratta di due comunità terapeutiche).



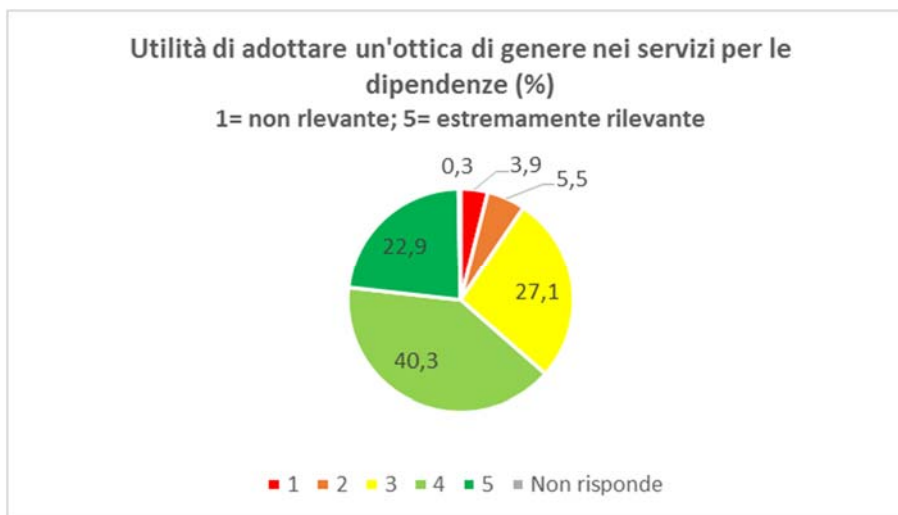
La fascia di età prevalente è nel complesso quella tra i 36 e i 50 anni (66,9%), seguita da quella 25-35 anni (28,1%). Risultano dunque residuali (inferiori al 2%) tutte le altre fasce di età: minorenni, giovani under 25 e adulti over 50. In particolare, minorenni e giovani under 25 risultano totalmente assenti nei Servizi di Alcologia e in quelli di R.D.D., mentre gli over 50 sono assenti nelle Comunità terapeutiche e nei Servizi di R.D.D.



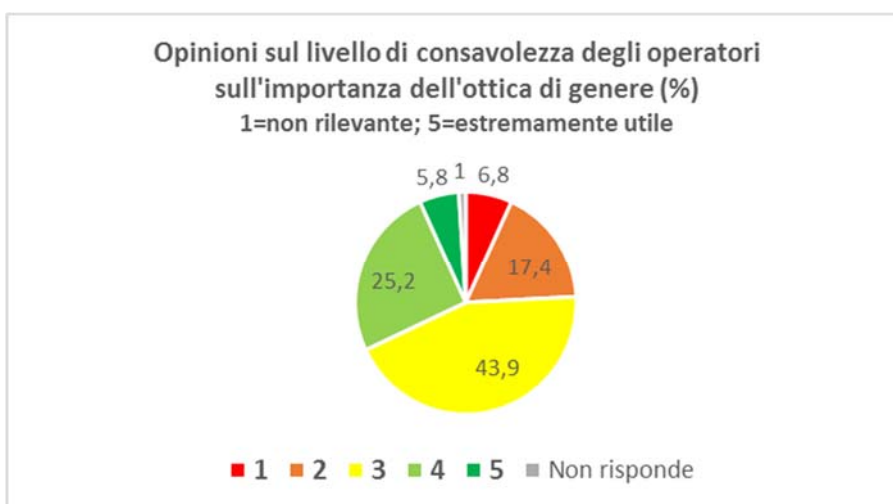
Risultati

Opinioni sull'ottica di genere

Includere l'ottica di genere nell'agenda di lavoro dei servizi per le dipendenze è ritenuto utile o estremamente utile da circa il 63% dei rispondenti, mentre una quota rilevante (27,1%) ha un'opinione incerta, e quasi il 10% lo ritiene poco o per nulla rilevante. Le risposte favorevoli all'ottica di genere sono meno frequenti (circa 53%) tra gli enti privati in generale e nelle Alcologie (43,8%). I Servizi di R.D.D. sono invece quelli che sembrano ritenere più importante l'adozione di un approccio di genere (85,8%).

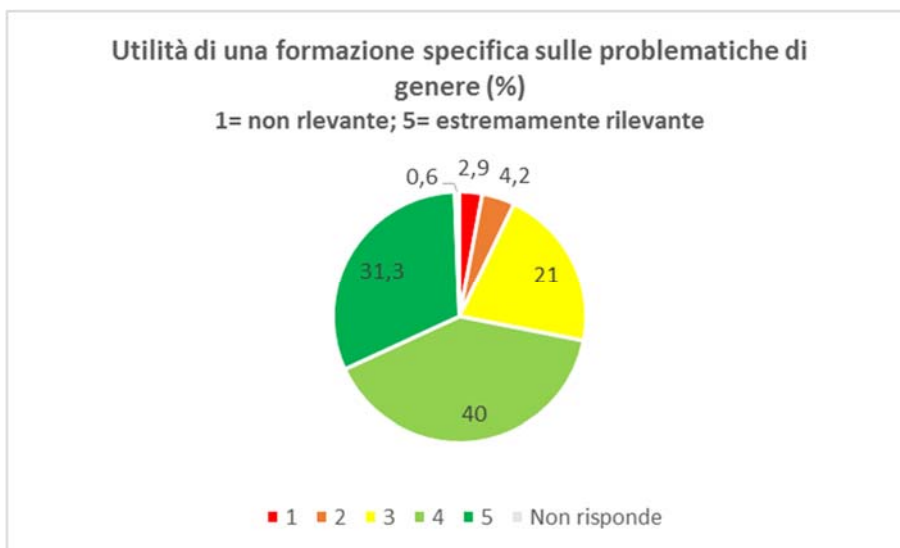


In merito al livello di consapevolezza raggiunto dagli operatori che lavorano nei servizi pubblici e privati dedicati alle dipendenze sull'importanza di includere la dimensione di genere nelle agende di lavoro, l'opinione della maggioranza si colloca su una posizione intermedia della scala proposta, mentre sono residuali le risposte negative. Il punteggio che ha ottenuto una maggioranza relativa di voti (43,9%) è 3, che nella scala proposta corrisponde alla posizione intermedia. In generale nei servizi pubblici e in convenzione si riscontrano opinioni più ottimiste sul livello di consapevolezza.



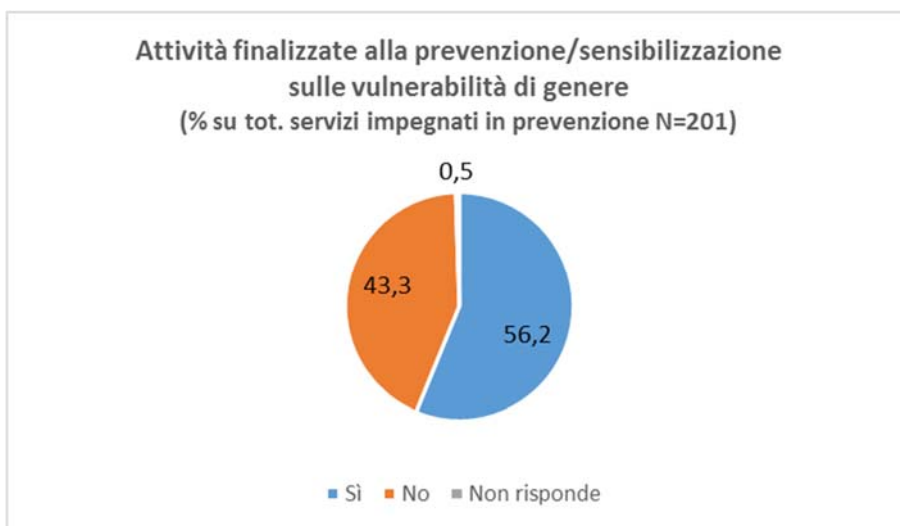
La maggioranza degli intervistati ritiene utile inserire il tema delle specificità di genere nella formazione degli operatori. Le opinioni sull'utilità di includere un curriculum volto a sviluppare competenze specifiche relative alle problematiche di genere nell'ambito delle dipendenze si collocano infatti sui due gradini più alti della scala per circa il 70% dei casi, con uno scarto tra pubblico e privato che indica una minore convinzione circa l'utilità di una formazione specifica da parte del privato (60% vs. 74%), mentre gli enti in convenzione si collocano in una posizione intermedia (70%). Un minor sostegno alla formazione sull'ottica di genere si rileva anche nei centri

di Alcologiarispetto ai Ser.D, ai Servizi di riduzione del danno e alle Comunità (risposte positive: 50% vs. 75%, 72%, 66%).



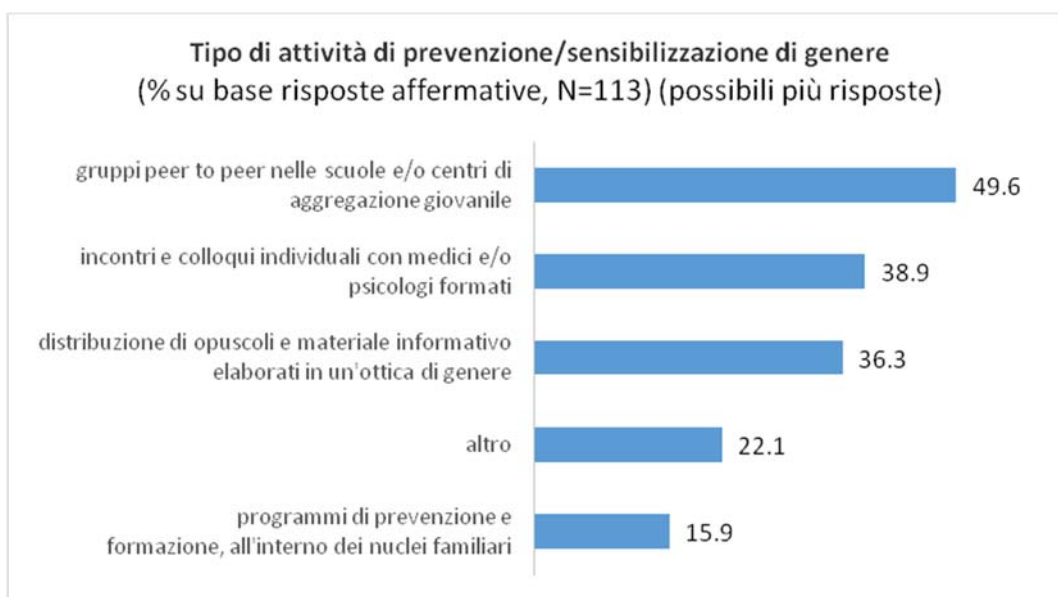
Prevenzione

Tra gli enti che si occupano di prevenzione il 56,2% dichiara di svolgere attività finalizzate alla prevenzione delle vulnerabilità di genere nell'uso di sostanze legali e illegali (o attività di sensibilizzazione su questo tema). Osservando le differenze tra tipi diversi di ente si può notare che su questo fronte i servizi pubblici - coerentemente anche con il proprio mandato istituzionale - hanno risposto con più frequenza di quelli privati in maniera affermativa (54,4% vs. 43,8%). Tra questi le Comunità terapeutiche risultano i servizi più attivi su questo fronte (68,2%) mentre le unità di Alcologia sembrano essere quelli meno attivi (38,5%).

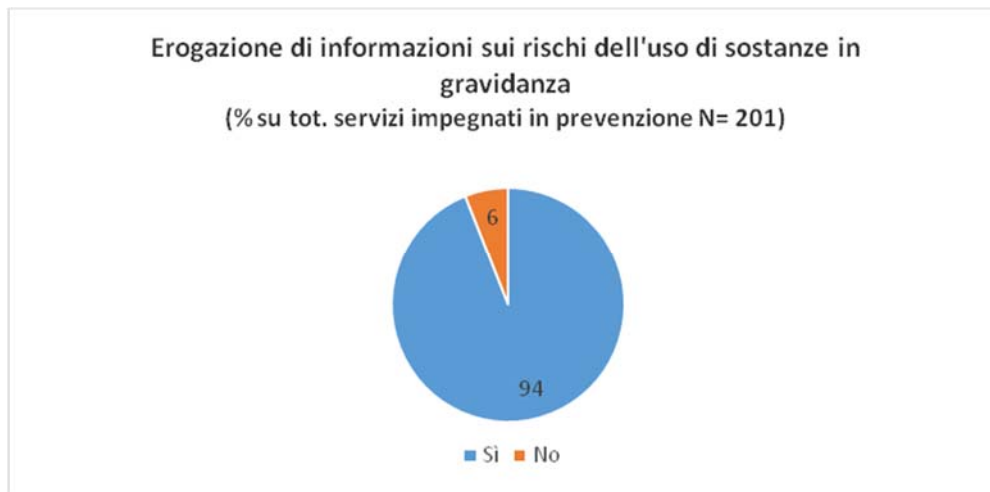


Gli enti che svolgono attività di questo tipo lo fanno prevalentemente attraverso gruppi peer to peer nelle scuole e in altri contesti per giovani (49,6% sul totale di chi ha risposto affermativamente) e per mezzo di incontri e colloqui con personale appositamente formato sulla vulnerabilità di genere (38,9% in media). Seguono la distribuzione di opuscoli e materiale informativo elaborati in un'ottica di genere (36,3%) e i programmi di prevenzione e formazione all'interno dei nuclei familiari (15,9%). Tra le altre modalità segnalate dai rispondenti (22,1%) ci sono i colloqui individuali svolti in maniera *gender-sensitive*, la formazione degli operatori, la costituzione di gruppi di incontro/laboratoriali

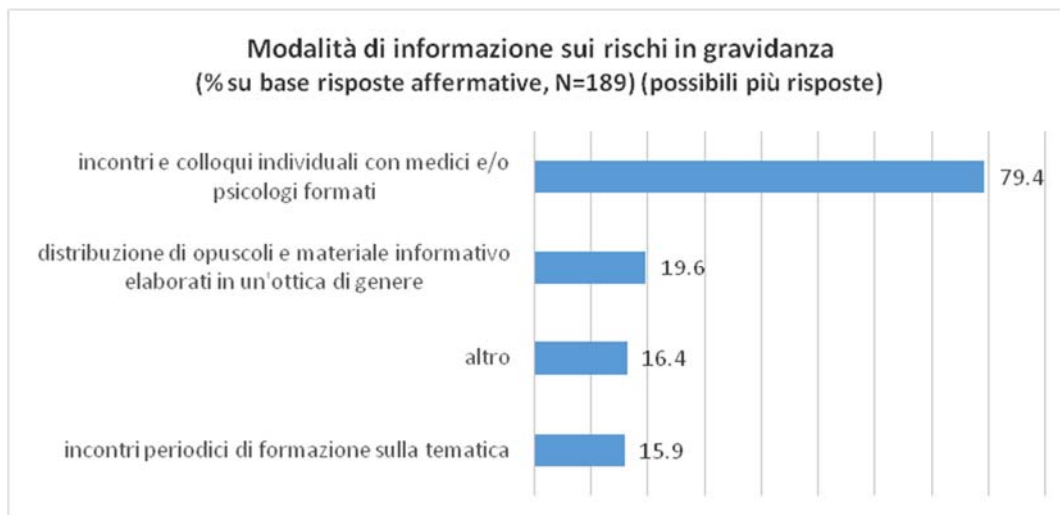
genere specifici, l'organizzazione di incontri informativi rivolti a questo target specifico (ad es. sulle malattie sessualmente trasmissibili), i progetti specifici per donne in gravidanza, svolti anche in collaborazione con reparti ospedalieri (ginecologia e pediatria).



Circa il 94% dei rispondenti dichiara che la propria struttura informa l'utenza sui rischi legati all'uso di sostanze legali e illegali durante la gravidanza, con quote ancora più ampie nei Ser.De nei Servizi di R.D.D.

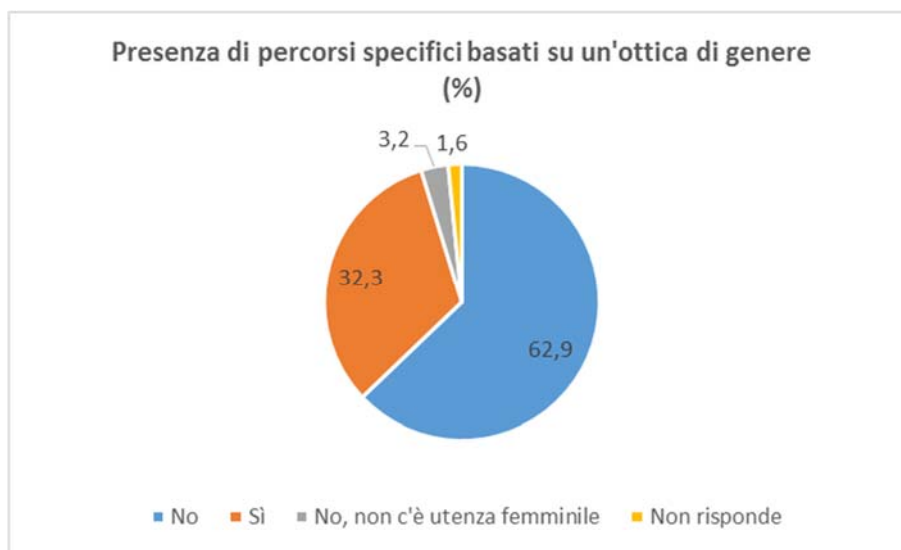


Tra le modalità più utilizzate per informare l'utenza sui rischi derivanti da un uso di sostanze in gravidanza, al primo posto ci sono gli incontri e colloqui con medici e psicologi specializzati al tema (79,4%), seguono la distribuzione di opuscoli e materiale informativo elaborati in un'ottica di genere (19,6%) e gli incontri periodici di formazione sulla tematica (15,9% in media, 52,6% nel caso delle Comunità). Vi sono poi "altre" modalità (16,4%) che includono prevalentemente i colloqui individuali (con personale non formato specificatamente) e, in misura segnatamente minore, la collaborazione con/l'invio ai Consultori familiari (anche attraverso specifici protocolli), il confronto di gruppo, la formazione specifica del personale. I Servizi di R.D.D. sono quelli che più di tutti hanno indicato questa modalità di risposta (57,1%), riferendosi in particolare ai colloqui con personale non appositamente formato.

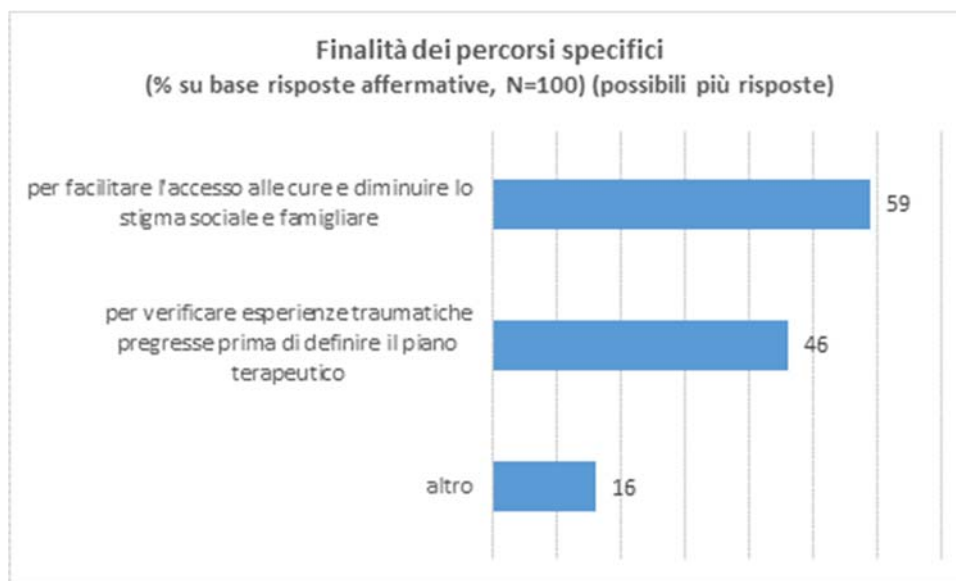


Presa in carico e trattamento

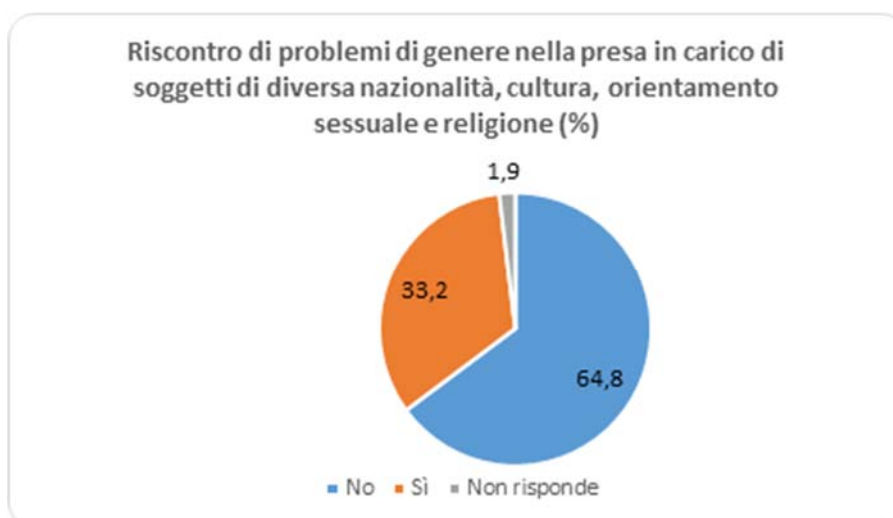
Circa i due terzi del campione (62,9%) non offre all'utenza percorsi basati su un'ottica di genere. I più organizzati in tal senso risultano i servizi in convenzione e i Servizi di riduzione del danno, dove la percentuale di risposte negative scende (rispettivamente al 36,2% e 42,9%).



Tra chi risponde in modo affermativo, la maggioranza assoluta, pari al 59%, lo fa per facilitare l'accesso alle cure e diminuire atteggiamenti stigmatizzanti, senza consistenti differenze per tipo di ente né di servizio. Tuttavia per i centri di Alcologia, le Comunità terapeutiche e gli "Altri" servizi, la motivazione che ha raccolto più risposte è il bisogno di verificare esperienze traumatiche pregresse prima di definire la terapia.

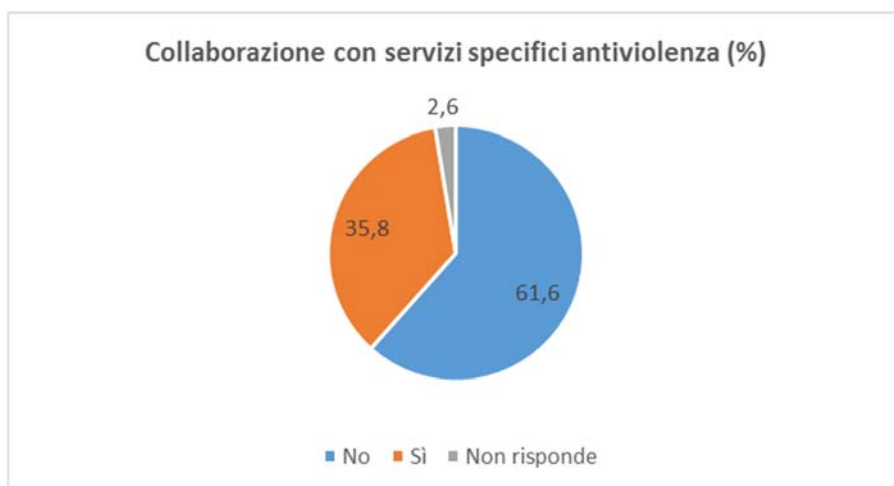


Un terzo dei rispondenti (33,2%) rileva dei problemi connessi alla dimensione di genere nella presa in carico di soggetti di diversa nazionalità, cultura, orientamento sessuale o religione. Questo tipo di problema è riscontrato soprattutto nei Servizi di riduzione del danno, tra i quali questa percentuale sale al 57,1%, e di più nelle unità di Alcologia che nei Ser.D (37,5% vs. 30,6%). Le difficoltà segnalate riguardano non solo la lingua, ma anche i pregiudizi culturali, e riguardano in particolare le persone arabe e di religione musulmana, anche se qualcuno evidenzia che esistono problemi anche con cittadini rumeni e albanesi. La difficoltà più frequentemente citata è la resistenza ad interagire con operatori del sesso opposto (le donne preferiscono essere trattate da operatrici femmine), ma qualcuno evidenzia anche il problema opposto, in particolare la sfiducia, da parte soprattutto dei maschi stranieri e rom, nei confronti dei medici e del personale femminile, a cui non viene riconosciuto il giusto grado di autorevolezza. Inoltre vi sono maggiori difficoltà di interazione con persone che hanno subito traumi e/o violenze.

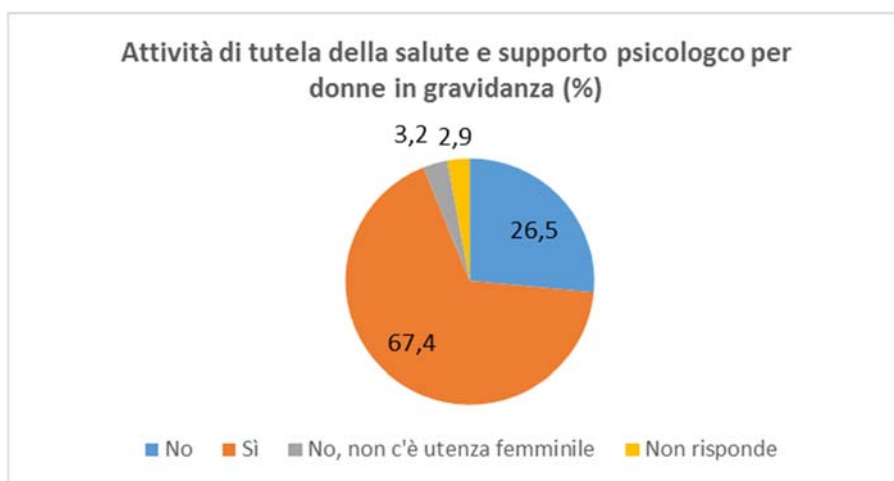


Solo il 35,8% dei rispondenti ha avviato programmi di affiancamento con servizi specifici antiviolenza per la presa in carico dei casi in cui il problema include questa dimensione, quota che sale al 41,1% per gli enti pubblici mentre è limitata al 28,1% dei casi tra gli enti privati. Rispetto a questa variabile si rileva però una forte variabilità tra servizi: si passa dal 71,4% di risposte affermative da parte dei Servizi di riduzione del danno fino al 18,7% di quelle delle Comunità, mentre

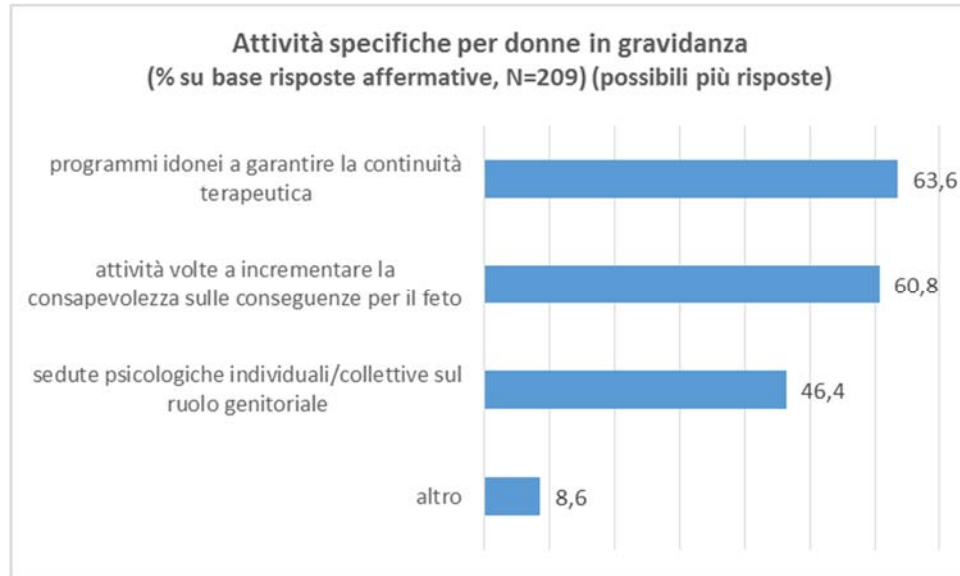
i centri di Alcologia e i Ser.D, con rispettivamente il 50% e il 40,9% di risposte affermative, si collocano in una posizione intermedia. La collaborazione con i centri specifici antiviolenza o avviene a livello di servizio oppure, secondo quanto hanno specificato parecchi rispondenti, fa parte di accordi più o meno formalizzati inter-istituzionali che possono includere: i consultori familiari, le Asl, i servizi sociali, i servizi di pronto soccorso, le questure, le forze dell'ordine. E' stata citata la presenza di reti ad hoc costituite a livello comunale, provinciale o di Asl.



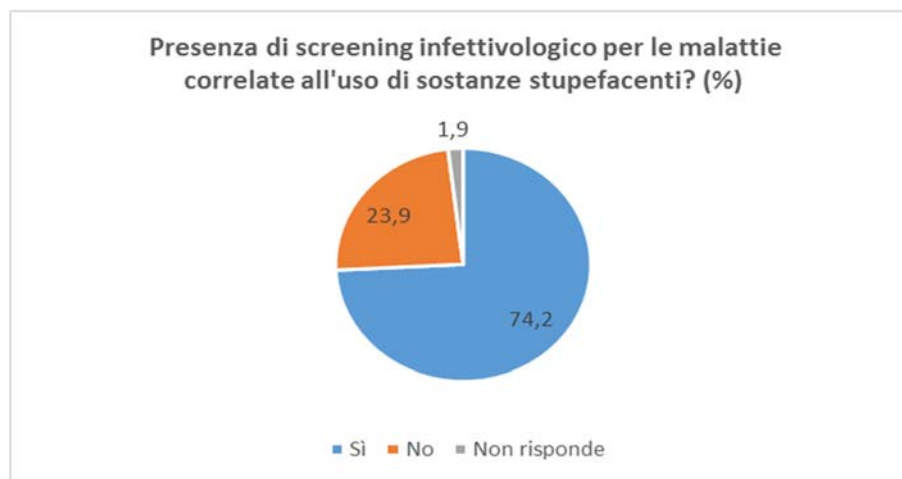
Circa due terzi dei servizi che hanno risposto all'indagine (67,4%) prevede attività di tutela della salute e di supporto psicologico rivolte alle donne in gravidanza. Ciò avviene di più nel settore pubblico (80,4%) che in quello privato, in particolare nei Ser.D (83,9%) e nelle Alcologie (75%).



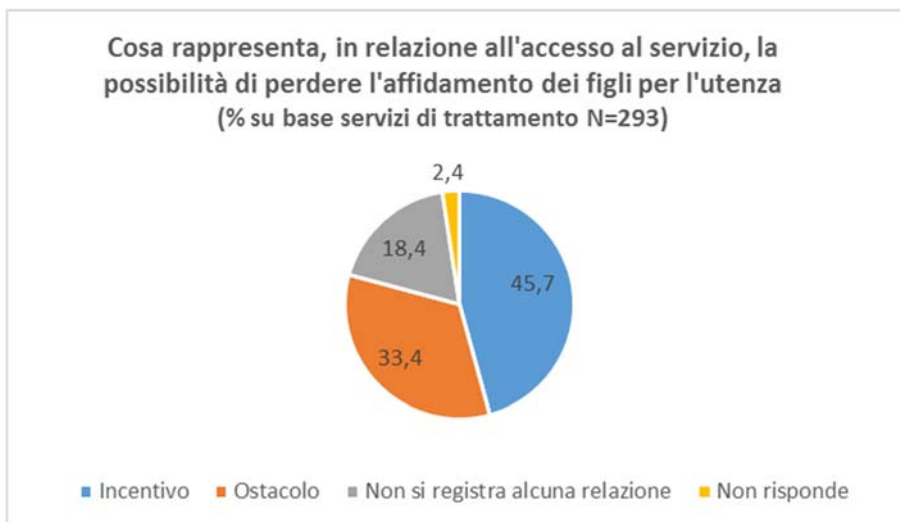
Tra chi propone questo tipo di attività, le modalità più praticate sono programmi specifici atti a garantire la continuità terapeutica nel percorso di gravidanza (63,6%) e le attività di informazione e sensibilizzazione delle donne sulle conseguenze negative per il feto dell'uso di sostanze (60,8%). Il tema è affrontato anche nell'ambito dei colloqui individuali in quasi la metà dei casi (46,4%). Vi sono anche altri tipi di intervento specificati dai rispondenti, che riguardano in generale l'attivazione di reti e collaborazioni con altri servizi specifici del territorio, tra i quali i Consultori sono quelli più frequentemente citati. In alcuni territori si sono costituite delle équipes inter-istituzionali e multi-professionali che coinvolgono operatori sociali e sanitari dell'Asl e del Comune. Altri servizi coinvolti in questi protocolli operativi allargati possono essere i reparti ospedalieri di neonatologia, ostetricia e ginecologia.



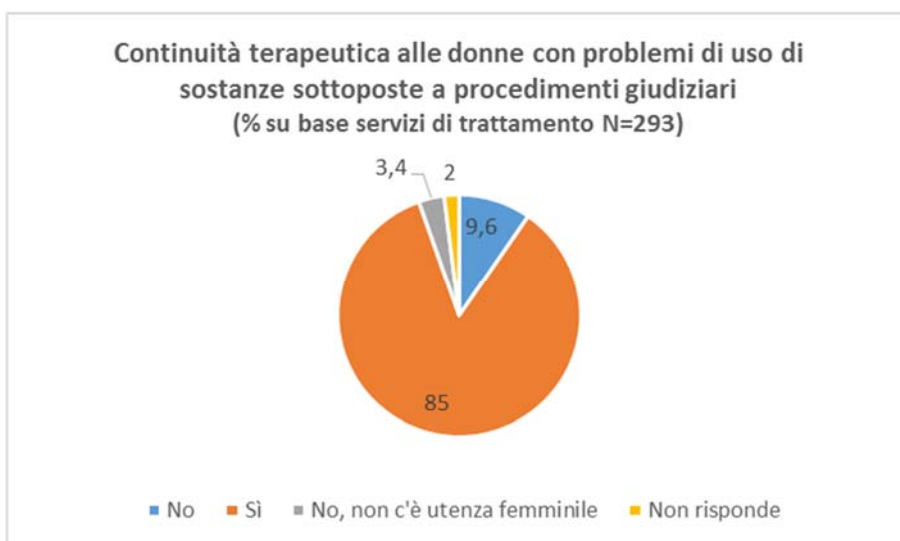
La maggioranza dei servizi rispondenti (74,2%) effettua lo screening infettivologico per rilevare l'eventuale presenza di malattie correlate all'uso di sostanze stupefacenti. Questa pratica riguarda però soprattutto i Ser.D (87,6%) e i centri Alcolologici (81,3%) e meno le Comunità (53,8%) e i Servizi di R.D.D. (28,6%).

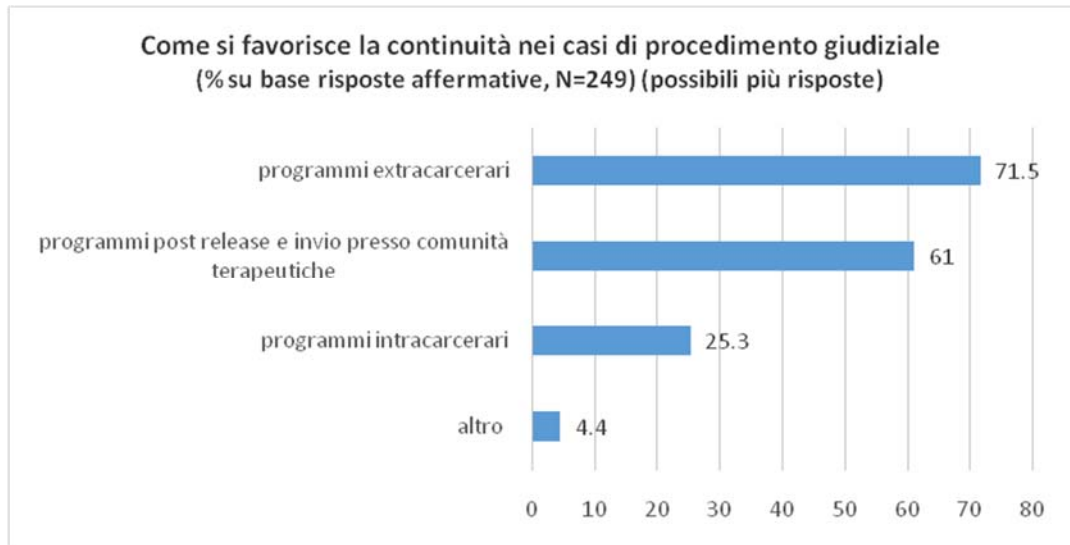


Secondo una maggioranza relativa dei rispondenti dei servizi che si occupano di trattamento (45,7%) la possibilità di perdere l'affidamento dei figli non rappresenta un ostacolo in relazione all'accesso ai servizi, ma un incentivo, in quanto l'adesione a un programma terapeutico implica un percorso di responsabilizzazione che può essere valutato positivamente ai fini dell'affidamento. Sono di questo parere soprattutto le Comunità, dove la percentuale di risposte che vanno in questa direzione sale al 58%, mentre nei Ser.D. le risposte che indicano questo fattore come ostacolo superano, seppure di poco, quelle che lo ritengono un incentivo. Nei centri di Alcologia le due modalità di risposta coprono quote equivalenti. Per circa per il 18,4% degli intervistati non esiste invece nessun nesso tra i due fenomeni, mentre nei servizi di R.D.D., l'opzione "incentivo" non è stata considerata.

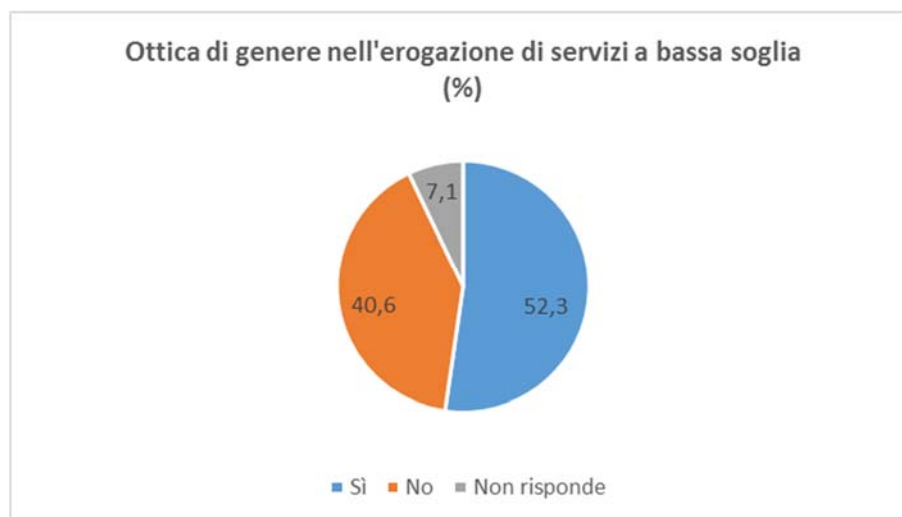


La stragrande maggioranza dei servizi che si occupano di trattamento (85%) favorisce in qualche modo la continuità terapeutica e/o di sostegno psicologico alle donne con problemi di uso di sostanze e dipendenza sottoposte a procedimenti giudiziari o a sentenze esecutive. Questo avviene nella totalità dei centri Alcologici e in misura maggiore nei Ser.D (96,7%), mentre avviene in misura minore, seppur consistente, nelle Comunità terapeutiche (58%). La continuità viene perseguita principalmente attraverso programmi extracarcerari (71,5%) e post release con invio a comunità terapeutiche (61%). I programmi in carcere sono complessivamente poco segnalati (25,3%), anche se risultano più diffusi nelle Alcologie (43,8%). Alcuni servizi hanno segnalato di includere nei propri programmi anche donne in affidamento U.E.P.E. (Ufficio Esecuzione Esterna Penale) e in arresto domiciliare.



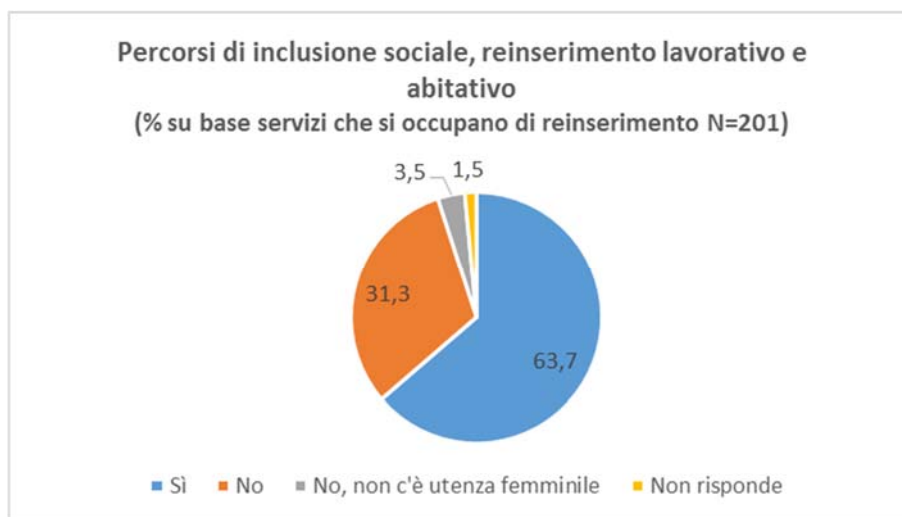


Nell'erogazione dei servizi a bassa soglia, più della metà dei rispondenti dichiara che il proprio ente tiene conto delle esigenze specifiche dell'utenza femminile (52,3%), con quote minori tra le Comunità (42,9%) e maggiori tra i Servizi di R.D.D. (che, secondo la nostra suddivisione del campione, includono anche gli specifici servizi a bassa soglia) (57,1%).



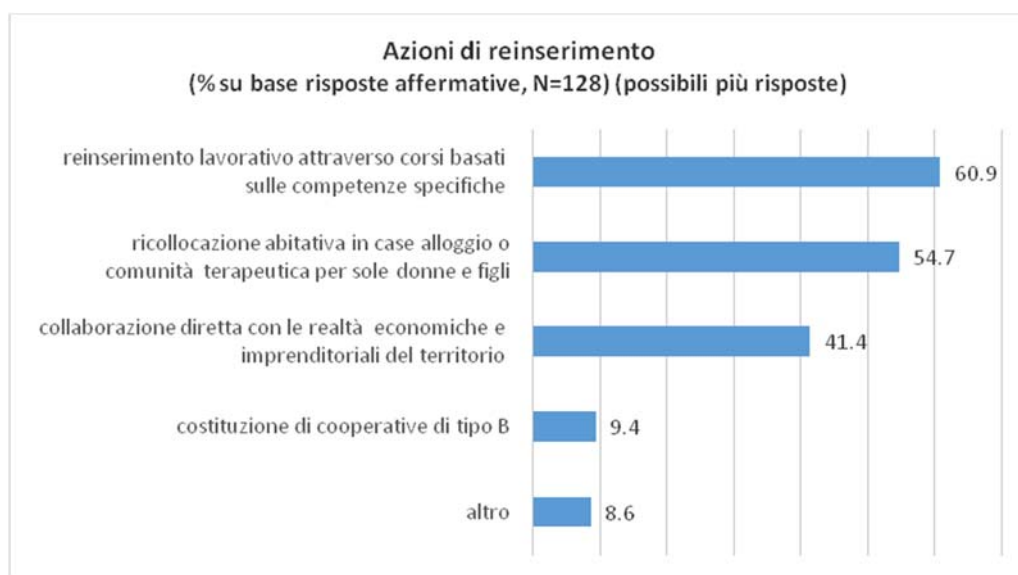
Reinserimento

Il 63,7% dei servizi che si occupano di reinserimento offre alla propria utenza opportunità di inclusione sociale e di reinserimento abitativo e/o professionale declinati in un'ottica di genere.



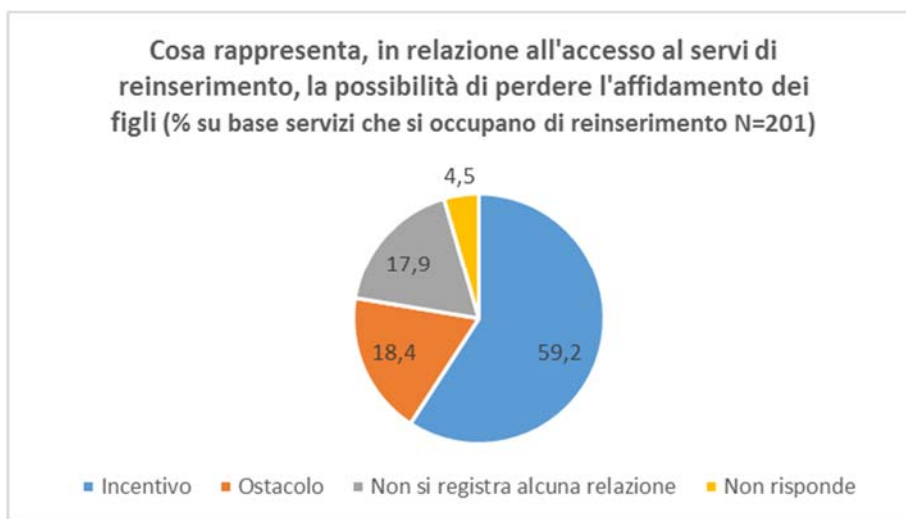
Le attività più praticate dai servizi che si occupano di reinserimento in un'ottica di genere sono i progetti di reinserimento lavorativo attraverso corsi costruiti sulla base delle specifiche competenze degli utenti (60,9%) (quota che sale 78,8% nel caso delle Comunità terapeutiche) e la ricollocazione abitativa in case alloggio o in comunità terapeutiche per sole donne e figli (54,7%) (quota che sale al 100% nel caso delle Alcologie). Sono meno frequenti i percorsi di reinserimento costruiti in collaborazione diretta con le realtà economiche e imprenditoriali del territorio (41,4%), modalità di azione attivata comunque da più della metà delle Comunità. La costituzione di cooperative sociali di tipo B, imprese che possono svolgere qualunque attività produttiva e commerciale ma devono garantire tra i propri soci-lavoratori la presenza di persone "svantaggiate" è la modalità di reinserimento meno diffusa tra i servizi che coinvolge meno del 10% dei servizi.

"Altre" attività volte a favorire il reinserimento sociale delle utenti sono le borse lavoro, i tirocini e la valutazione delle abilità. In alcuni casi i servizi che trattano l'uso di sostanze e le dipendenze non si occupano direttamente del reinserimento, ma orientano la propria utenza verso servizi del territorio specifici (servizi sociali, cooperative...). Qualcuno specifica che le attività di reinserimento sono attivate solo in presenza di fondi specifici legati a progetti in corso, e dunque non sono continuative.



Secondo più della metà dei rispondenti che si occupano di reinserimento (59,2%), la possibilità di perdere l'affidamento dei figli rappresenta per le utenti un possibile incentivo all'accesso ai

programmi di reinserimento sociale. I Ser.D si differenziano per una quota maggiore (22,5%) rispetto agli altri servizi di rispondenti che vedono la paura di perdere l'affidamento dei figli come un ostacolo per l'accesso al servizio.

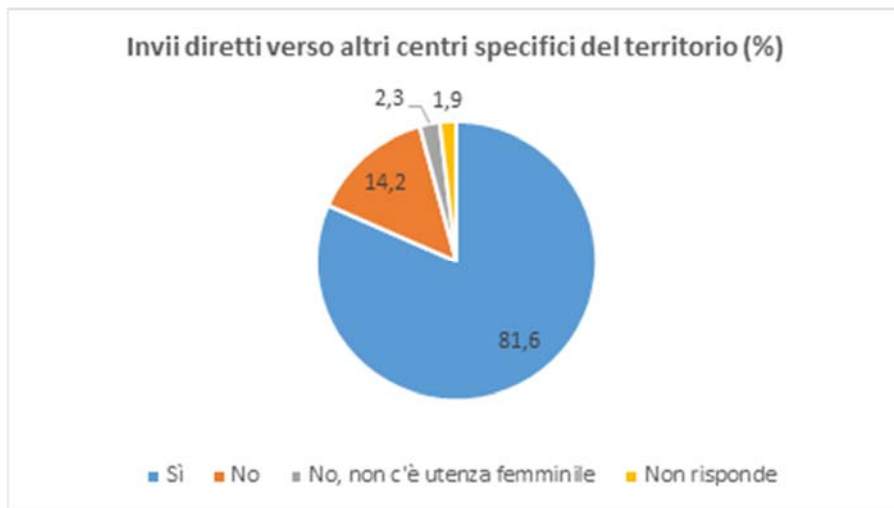


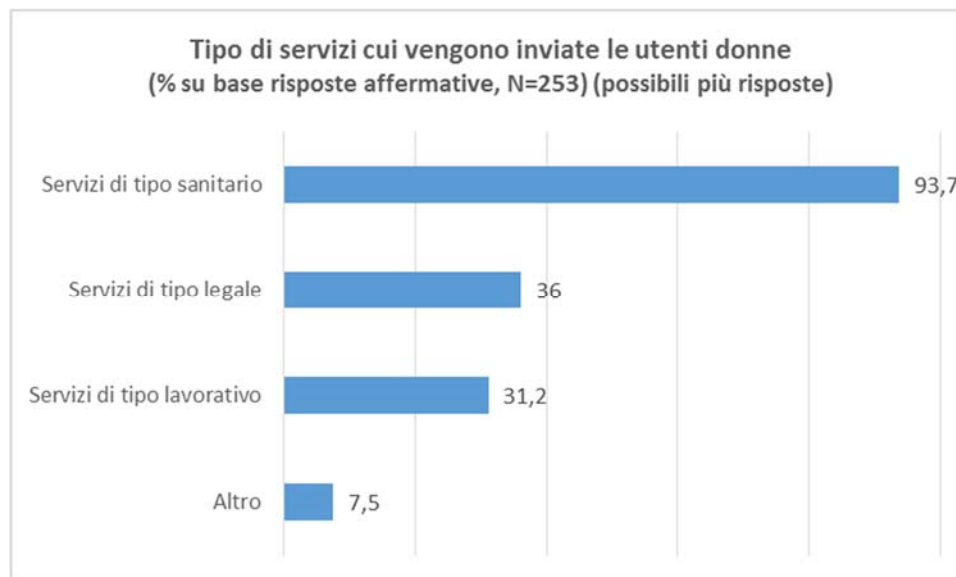
Struttura e organizzazione del servizio

Solo il 55,5% dei servizi che hanno risposto all'indagine sono organizzati complessivamente in modo da tener conto delle esigenze specifiche e peculiari dell'utenza femminile, o facendo attenzione a mettere a disposizione personale dello stesso sesso (31% del campione) o attraverso un'organizzazione del servizio maggiormente strutturata sugli specifici bisogni delle donne (ad es. liste di attesa, orari e spazi compatibili con lo stato di gravidanza e/o la presenza di figli minori) (24,5%). Tra le specifiche che sono state fornite risulta che alcuni servizi hanno spazi e orari dedicati alle donne. In altri casi invece la presa in carico è individualizzata e dunque gli appuntamenti e la terapia vengono concordati in base ai bisogni del singolo utente, al di là del genere. Molti servizi prevedono un accesso prioritario per le donne in gravidanza o quelle con figli piccoli, e, in alcuni casi, la possibilità di condurre immediatamente degli esami tossicologici. Un altro modo per facilitare l'adesione delle mamme ai percorsi terapeutici è quello di mettere a disposizione un educatore che intrattiene in attività ludiche i figli delle pazienti quando queste sono coinvolte in attività di trattamento. Infine alcuni hanno citato l'esistenza di specifiche procedure in collaborazione con altri servizi del territorio.

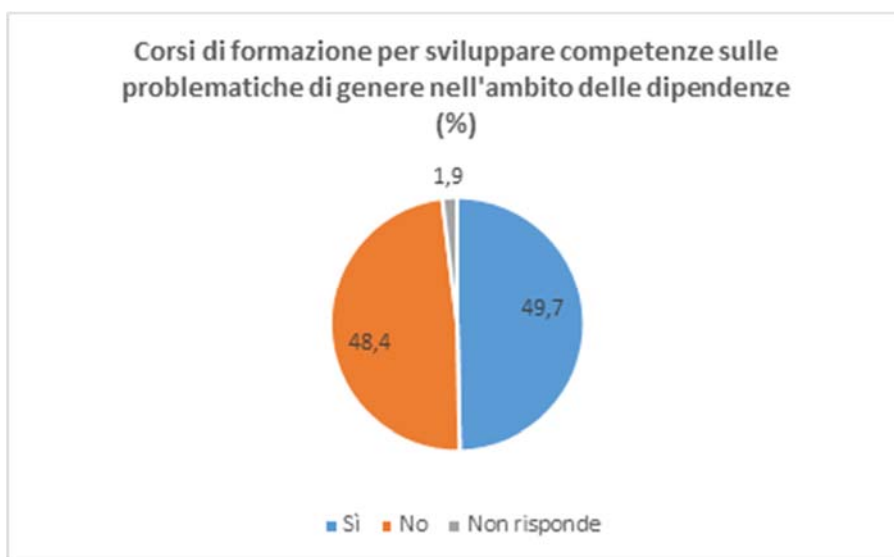


Le strutture dichiarano la loro capacità di indirizzare le utenti verso altri centri del territorio nell'81,6% dei casi, che salgono all'89,8% nel caso dei Ser.D e al 100% delle Alcologie, mostrando dunque un buon livello di collaborazione con gli altri servizi del territorio. Gli invii riguardano prevalentemente i servizi sanitari (93,7% di chi ha risposto affermativamente alla capacità di invio), in misura decisamente inferiore i servizi legali (36%) e quelli di tipo lavorativo (31,2%). Tra gli "altri" servizi indicati vi sono quelli già citati in precedenza, quali ad esempio i centri antiviolenza, i consultori familiari, i servizi sociali, le comunità terapeutiche, i servizi residenziali dedicati.





Le strutture in cui lavorano operatori che hanno frequentato corsi di formazione o aggiornamento volti a sviluppare competenze specifiche relative alle problematiche di genere nell'ambito dei servizi per le dipendenze rappresentano circa la metà del campione (49,7%).



Punti di forza dell'applicazione di un'ottica di genere

Al termine del questionario è stato chiesto ai rispondenti di lasciare un commento libero su punti di forza e criticità legate all'applicazione di un'ottica di genere nei servizi erogati. Hanno specificato i vantaggi 129 rispondenti, pari al 35,8% del campione. Le risposte sono state analizzate testualmente con l'ausilio di un software specifico per un'analisi qualitativa dei dati (Atlas.ti).

I vantaggi più citati derivanti dall'adozione di un approccio di genere (N. 72 risposte) riguardano, in generale, una **maggiore appropriatezza ed efficacia del trattamento**.

Trattamenti maggiormente individualizzati e con maggiori probabilità di successo.

Questo esito è strettamente congiunto, nelle opinioni dei rispondenti, con la capacità di identificare e comprendere i **bisogni specifici** (12) e di fornire **risposte individualizzate** sulla base di questi

ultimi. In altri termini l'appropriatezza dei percorsi di trattamento, e dunque la loro efficacia, è quasi sempre associata alla capacità di fornire risposte personalizzate. Questo, come in molti specificano, avviene indipendentemente dal genere dell'utente. Secondo alcuni (9) dunque è l'approccio di genere è superfluo se un servizio garantisce l'individualizzazione dei percorsi.

Non vedo l'utilità di tale applicazione. Nel nostro servizio si risponde alle esigenze dell'utente in modo personalizzato, di qualsiasi genere sia. Le donne ricevono gli stessi trattamenti degli uomini, a meno che non si tratti di gravidanze, nel qual caso si cerca di accelerare i tempi dei trattamenti e degli invii in strutture specifiche.

Nella maggior parte dei casi si ritiene che adottare un approccio di genere, ancor prima del trattamento, **favorisce l'accesso** delle donne ai servizi (23), in particolare delle donne che hanno subito traumi o violenza, anche grazie a una **accresciuta consapevolezza** delle donne (8) e alla **riduzione dei pregiudizi e dello stigma** (7) che pesa sulle donne consumatrici di sostanze più che sugli uomini.

Favorire l'accesso dell'utenza di sesso femminile ai Servizi facendo emergere il sommerso, migliorare la ritenzione in trattamento, superare alcuni pregiudizi ancora esistenti nell'opinione comune.

Tra i vantaggi più citati dai rispondenti vi è anche l'aumento della *compliance* al trattamento e la conseguente diminuzione dei casi di drop-out (22).

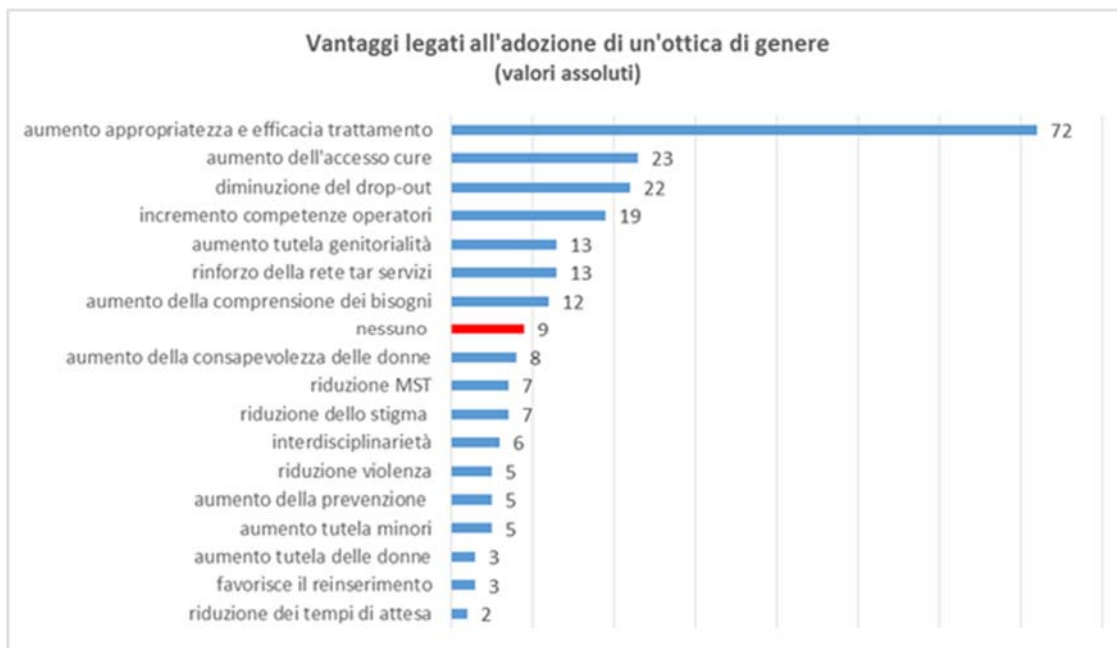
Maggiore compliance con i soggetti presi in carico e maggiori possibilità di successo educativo-terapeutico.

Spesso viene specificato dai rispondenti che i vantaggi derivanti da un approccio di genere (accesso, raccolta dei bisogni, elaborazione di risposte più efficaci...) sono validi in modo particolare per target specifici di donne: tra questi i più citati sono le donne in gravidanza e le madri con minori a carico. Tra i vantaggi non c'è dunque solo **un'augmentata tutela della genitorialità** (8), ma anche una **maggiore tutela dei minori** (5).

Tra i vantaggi non strettamente legati alla presa in carico e al trattamento sono stati citati in generale un **aumento delle competenze e della sensibilità degli operatori** (19) e un **incremento delle collaborazioni con altri enti del territorio e della capacità di fare rete** (13). Secondo molti infatti l'approccio di genere implica necessariamente un approccio olistico ai problemi e dunque la collaborazione inter-istituzionale. Il lavoro di rete, in un'ottica di genere, è anche quello che aumenta le possibilità di **re-inserimentosociale e lavorativo** (3).

Maggiore apertura alla cittadinanza, migliore integrazione con gli altri servizi del territorio, migliore accoglienza di situazioni che altrimenti rimarrebbero senza risposte...

Infine, secondo alcuni dei rispondenti, l'adozione di un'ottica di genere nei servizi per le dipendenze svolgerebbe un'**azione preventiva** (5), sia rispetto alle dipendenze, che alla **violenza** (5) e alle **malattie sessualmente trasmissibili** (5).



Criticità relative all'applicazione di un'ottica di genere

Hanno lasciato un commento libero relativo alle criticità relative all'adozione di un'ottica di genere nei servizi 151 rispondenti, pari al 44,7% del campione. Secondo la maggior parte di questi, il principale ostacolo è la **carenza di risorse economiche, di personale e di spazi** (63). Sono molti infatti coloro che ritengono che un approccio di genere sia difficilmente applicabile in contesti organizzativi che già attualmente faticano a fare i conti con risorse e personale insufficienti. Anche gli spazi sono ritenuti inadeguati, laddove in diversi servizi viene segnalata la mancanza, addirittura, di servizi igienici separati.

Le difficoltà sono molteplici perché comportano una applicazione dell'ottica di genere e una formazione trasversale nel Sistema Nazionale Sanitario, quindi andremmo ad aggiungere complessità ad un sistema complicato dove prevale una politica di tagli delle spese e di tagli al personale alquanto indiscriminata, basata né su carichi di lavoro né su competenze, soprattutto nei Servizi Territoriali, anziché su sistemi di reporting, controllo budgettario e programmazione/valutazione sia economica che socio-sanitaria.

Oltre ad essere numericamente scarso, il **personale** risulta essere anche **insufficientemente formato** (37) per un approccio di genere. La mancanza di competenze specifiche sul tema tra gli operatori e la carenza di opportunità formative ad hoc sono infatti il secondo ostacolo più frequentemente citato dai rispondenti. Alcuni sottolineano inoltre che una formazione sulle differenze di genere implica l'acquisizione di competenze che esulano da quelle generalmente comprese nel curriculum formativo degli operatori delle dipendenze. Secondo alcuni gli operatori potrebbero anche opporre delle **resistenze**(7) ad adottare questo tipo di approccio (d'altra parte altri riconoscono che la sensibilità personale supplisce in molti casi le carenze formative attuali).

Difficoltà di garantire a tutti gli operatori interagenti con l'utenza una formazione ampia che sconfini anche al di fuori delle strette competenze dei Ser.D.

Necessità di una maggiore informazione e possibili "resistenze culturali" e di approccio da parte di alcuni operatori.

Più in generale l'adozione di un'ottica di genere richiederebbe una “de-sanitarizzazione delle dipendenze”, e dunque un salto culturale che necessiterebbe il rinforzo delle competenze sociali e psicologiche nell'ambito dei servizi.

La prima criticità che intravediamo è che questo lavoro implica la considerazione della dipendenza come fenomeno non solo medico-sanitario, ma anche sociale e psicologico: l'eccessiva sanitarizzazione della dipendenza impedisce di cogliere tutti quegli aspetti della dipendenza che non sono medici ma che incidono fortemente sulle storie di vita: il genere è una categoria “sociale” ancora non contemplata dall'approccio dominante.

Piuttosto frequenti sono anche i riferimenti alla **debolezza delle reti inter-istituzionali** (22). Da un lato l'ottica di genere necessita di un buon livello di integrazione tra servizi diversi che spesso non si è ancora raggiunto. Dall'altro lato l'integrazione e la collaborazione si ottengono solo dedicando risorse, che vengono percepite come sempre più scarse e dunque insufficienti per raggiungere questo obiettivo. Qualcuno segnala anche la scarsità di servizi specifici cui orientare le utenti per completare il percorso di trattamento con attività di re-inserimento sociale e lavorativo.

Consapevolezza della maggiore fragilità delle donne nell'ambito dei consumi delle sostanze negli operatori dovrebbe essere affiancata dalla accessibilità a strutture e risorse al femminile che sono deficitarie nei nostri contesti di cura soprattutto nel cosiddetto reinserimento.

Subire la debolezza dei Servizi di secondo livello, interagire con Reti indebolite e sofferenti.

Tra le difficoltà esterne ai servizi, vi è anche la **manca di una cultura di genere a livello più ampio** (13). Secondo alcuni infatti un reale approccio di genere implica il riconoscimento delle discriminazioni che persistono a livello sociale, lavorativo e politico e del ruolo che queste giocano anche nello sviluppo delle dipendenze.

Lo scarso coinvolgimento delle donne nei processi e la poca attenzione riservata al principio di uguaglianza di genere nelle stesse politiche di sviluppo, sono una costante per la maggior parte del territorio.

Costruire una cultura (civica e istituzionale) delle dipendenze come differenze di genere.

In ultimo la difficoltà di incidere sui modelli culturali prevalenti si traduce nella difficoltà di diminuire lo **stigma**(13) che ancora ostacola l'accesso delle donne ai servizi, e che di per sé rende difficile l'adozione di un approccio di genere. Lo stigma non riguarda solo le donne che consumano sostanze, ma, come sottolineano alcuni, anche i servizi per le dipendenze.

Il tema dello stigma è molto più forte nelle donne e la paura di perdere i figli, se ne hanno, enorme.

Tra le risposte esiste tuttavia anche un punto di vista più ottimista – o semplicistico - che **non vede ostacoli**(11) particolari all'adozione di un approccio di genere. Infine non è trascurabile la presenza di un **approccio critico**(17), che non vede l'utilità di un approccio di genere in quanto rappresenterebbe un riduzionismo rispetto all'approccio personalizzato già adottato dai servizi, con il rischio di non tenere conto della diversità che esistono anche tra le donne in trattamento per uso di sostanze e di aumentare, anziché diminuire, la discriminazione di genere.

L'ottica di genere è in realtà sempre applicata nell'approccio terapeutico personalizzato. Una ulteriore enfasi sulla differenza potrebbe generare una maggior marginalizzazione delle donne.

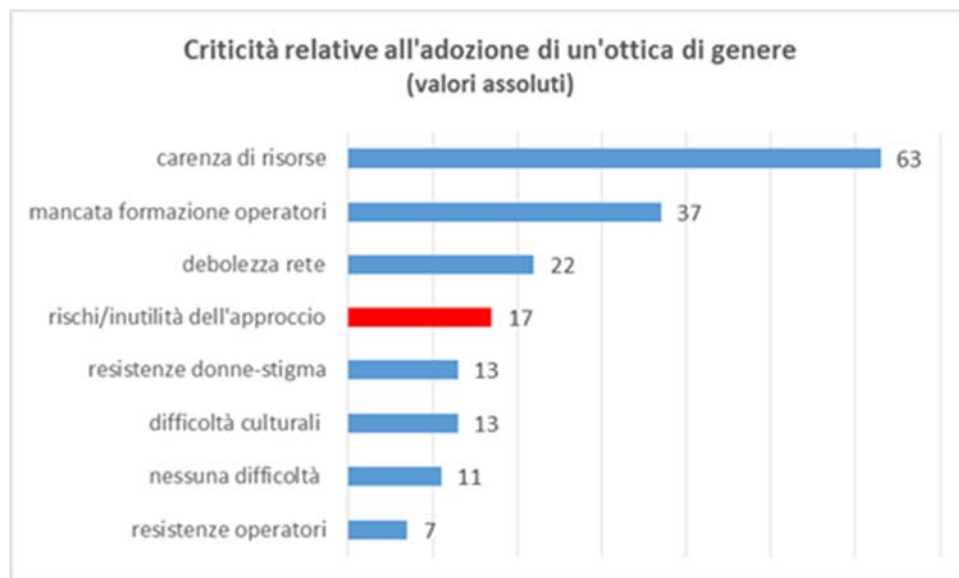
Ma non riusciamo a capire la vostra particolare attenzione a tale argomento come se servizi abituati a lavorare con una grande complessità di utenza quali i SerT possano operare nella

cura delle persone a prescindere dalle loro differenze. Sono persone con patologie da uso di sostanze /comportamenti e mai uguali tra loro.

Tra “i critici” alcuni si soffermano in modo particolare sull’opportunità di creare percorsi di trattamento misti, dove le donne, e in particolare quelle che hanno subito violenze, possono lavorare sull’interazione con l’altro sesso preparandosi più efficacemente alla fase di reinserimento sociale.

“Aver seguito programmi specifici per solo donne potrebbe rallentare processi di inclusione sociale e lavorative in contesti "di normalità" in cui la convivenza con figure maschile è necessaria. Molte delle donne con vissuti traumatici presentano quadri sintomatologici di gravi disturbi di personalità in cui la dimensione della sessualità è centrale e se non trattata rischia di restare una difficoltà contenuta e non affrontata.”

“Solo strutture di genere le trovo abbastanza limitanti perchè la persona ha bisogno di confrontarsi e relazionarsi anche con la diversità sia di problematiche che di sesso.”



Conclusioni

I risultati mostrano un quadro composito, che sembra riflettere la molteplicità delle visioni emergenti dalla letteratura (Green, 2006).

Da un lato infatti emerge un bisogno di incrementare l'ottica di genere nell'ambito dei servizi italiani dedicati alle dipendenze, dall'altro lato non tutti i professionisti sono convinti che ciò sia opportuno. A questo proposito ricordiamo che circa 27% del campione si è mostrato incerto sull'utilità di adottare un'ottica di genere, mentre circa il 10% lo ritiene poco o per nulla utile. Come si può desumere dai commenti liberi che sono stati analizzati in precedenza, la maggior parte degli scettici ritiene che un approccio personalizzato, basato sui bisogni individuali, renda inutile se non controproducente, un approccio di genere, che potrebbe finire per rappresentare un'ulteriore forma di discriminazione o potrebbe non preparare efficacemente le utenti donne al reinserimento sociale e lavorativo al termine del trattamento, in un ambiente dove le donne dovranno interagire con il sesso opposto. Posto che questa visione riguarda una minoranza di intervistati, le argomentazioni che la sostengono vanno tenute presenti nelle iniziative future per una sensibilizzazione sul tema destinate agli operatori delle dipendenze. Questa visione riflette in parte un trend, osservabile a livello generale nazionale e internazionale, che è stato definito "individualizzazione delle dipendenze" (Hellman, 2010). Questo approccio rischia di enfatizzare la sfera individuale nell'interpretare le origini del problema e nel cercare le soluzioni, riducendo dunque l'attenzione sulla natura principalmente sociale delle disuguaglianze di salute, tra cui quelle di genere (Costa et al., 2014).

Questa consapevolezza dovrebbe dunque essere rinforzata tra gli operatori dei servizi, poiché, se è vero che il loro compito è quello di aiutare i casi individuali, ciò li aiuterebbe a trasmettere alle vittime stesse delle discriminazioni una maggiore consapevolezza sulle origini non individuali delle problematiche che stanno vivendo.

Parte degli intervistati hanno dimostrato tuttavia di essere consci delle dinamiche sociali più ampie che stanno all'origine delle dipendenze femminili, e del fatto che uno degli ostacoli principali all'adozione di un'ottica di genere nell'ambito dei servizi per le dipendenze sia proprio la mancanza di una cultura di genere a livello più ampio, sia di cittadinanza sia di rete dei servizi.

Su questo aspetto la ricerca sembra evidenziare la necessità di rafforzare la formazione degli operatori, in una prospettiva, come ha suggerito uno degli intervistati, più ampia di quella sanitaria, che miri anche alla comprensione degli aspetti sociali e culturali che favoriscono l'insorgere dei problemi di dipendenza tra le donne e impattano sulla loro evoluzione. Questo sarebbe utile in particolare al fine di articolare degli interventi di prevenzione che, come raccomandato da tutti gli organismi internazionali (OMS, 2013), dovrebbero coinvolgere un ampio ventaglio di attori sociali ed economici, in primis i decisori politici. In questo senso degli operatori delle dipendenze più formati su aspetti che esulano dalle competenze specifiche legate al trattamento, li renderebbe attori più competenti e qualificati per concertare misure preventive e di contrasto al fenomeno integrate e multi-settoriali.

Infine, da una lettura complessiva dei dati, l'approccio di genere risulta applicato prevalentemente alle donne in gravidanza e alle madri. Se da un lato questo risponde a un bisogno rilevato dalla letteratura (Affronti et al., 2014), dall'altro lato cela il rischio di reiterare gli stereotipi culturali che identificano la donna con il suo ruolo di genitrice, sottovalutando i bisogni delle donne che invece non si trovano in questa condizione.

Fatta questa premessa, ci sembra di potere così riassumere, in maniera sintetica, i principali aspetti critici emersi dall'indagine.

- ❖ Presenza di opinioni scettiche o critiche sull'utilità di adottare un'ottica di genere che riguardano nel complesso più di un intervistato su tre (36,5%).
- ❖ Scarsità di iniziative finalizzate alla prevenzione delle vulnerabilità di genere nei servizi che si occupano di prevenzione (56,2%).
- ❖ Limitata adozione di percorsi di accesso o di presa in carico basati su un'ottica di genere (segnalati solo dal 32,3% dei rispondenti).
- ❖ Rilevanza dei problemi di genere connessi con soggetti di diversa nazionalità e religione, rilevati in modo particolare tra i nord africani di religione musulmana (33,2%).
- ❖ Limitata presenza di programmi congiunti tra servizi per le dipendenze e centri antiviolenza (35,8%).
- ❖ Percorsi specifici (prevenzione e trattamento) concentrati prevalentemente sulle donne in gravidanza o sugli screening.
- ❖ Permanenza di stereotipi e paure che ostacolano l'accesso ai servizi (paura di perdere l'affidamento dei figli (soprattutto nei Ser.D, dove si somma lo stigma del servizio).
- ❖ Diffuso sostegno alle donne con problemi di uso di sostanze e dipendenza sottoposte a procedimenti giudiziari o a sentenze esecutive, a fronte però di una scarsità di programmi in carcere (25,3%).
- ❖ Fondi per il reinserimento sociale prevalentemente legati a progetti e fondi non continuativi.
- ❖ Difficoltà diffusa ad adottare un'organizzazione basata su un'ottica di genere (che riguarda il 55,5% dei servizi) a fronte di carenze economiche, strutturali e di personale, oltre che di personale appositamente formato (presente in meno della metà dei servizi).
- ❖ Limitata capacità di estendere le reti di collaborazione inter-istituzionali a servizi di tipo non sanitario, che garantiscano opportunità di reinserimento sociale e lavorativo (queste ultime riguardano meno di un servizio di tre).

Ringraziamenti

Per l'indagine sul livello di inclusione dell'agenda di genere tra i servizi per le dipendenze, L'UNICRI ringrazia il dott. Davide dal Farra per il contributo alla raccolta dei dati e la prof.ssa Franca Beccaria e dott.ssa Sara Rolando (Eclectica) per il contributo all'analisi dei dati.

L'UNICRI ringrazia altresì tutte le esperte e gli esperti della rete DAWN/Dad.Net che hanno contribuito allo sviluppo concettuale del progetto e in particolare le dott.sse Marica Ferri e Linda Montanari (EMCDDA) per il contributo all'inquadramento delle problematiche di genere in ambito europeo, la prof.ssa Marilyn Clark (Università di Malta) per lo studio sull'incidenza tra le donne dell'uso non medico dei farmaci sotto prescrizione medica, la prof.ssa Minerva Melpomeni Malliori (Università di Atene) per il contributo sugli aspetti psichiatrici e psichici delle dipendenze nel genere femminile.

Riferimenti bibliografici

Affronti V., Camera L., Frossi M., Gonella R., Scaroina E. (2014). Analisi della letteratura scientifica. In AAVV., *Consumo e comportamenti di dipendenza con e senza uso di sostanze nel genere femminile: progetto per un percorso conoscitivo nella Regione Piemonte*. Rapporto di ricerca. Pp. 69-108.

Ait-Daoud N., Bashir M. (2011). Women and Substance Abuse: Health Considerations and Recommendations. *CNS Spectrums*, 16: 37-47.

Ashley O.S., Marsden M.E., Brady T.M. (2003). Abuse, Effectiveness of substance abuse treatment programming for women: a review. *American Journal of Drug and Alcohol*, 29:19-53.

Beccaria F., Rolando S., Taddeo G. (2014). *Le "voci di dentro": il Forum*. In *Consumo e comportamenti di dipendenza con e senza uso di sostanze nel genere femminile: progetto per un percorso conoscitivo nella Regione Piemonte*. Pp. 233-264.

Bogren A. (2011). Gender and alcohol: the Swedish press debate. *Journal of Gender Studies*, 20:2, 155-169

Brady K.T., Killeen T.K., Brewerton T., Lucerini S. (2000); Comorbidity of psychiatric disorders and post-traumatic stress disorder, *Journal of Clinical Psychiatry*, 61 (suppl);7(4):22-32

Bright C.L., Osborne V.A., Greif G.L. (2011). One dozen considerations when working with women in substance abuse groups. *Journal of Psychoactive Drugs*, 43(1):64-68.

Claus R.E., Orwin R.G., Kissin W., Krupski A., Campbell K., Stark K. (2007). Does gender-specific substance abuse treatment for women promote continuity of care? *Journal of Substance Abuse Treatment*, 32: 27-39.

Commission on Narcotic Drugs (2012). *Resolution 55/5. Promoting strategies and measures addressing specific needs of women in the context of comprehensive and integrated drug demand reduction programmes and strategies.*

El-Bassel N., Gilbert L., Shilling R., Wada T. (2000). Drug abuse and partner violence among women in methadone treatment. *Journal of Family Violence*. 15:209–28.

Costa G. , Bassi M, Gensini G.F., Marra M., Nicelli A. L., Zengarini N. (a cura di) (2014). *L'equità nella salute in Italia*. Milano: Franco Angeli.

Demofonti S., Fraboni R., Sabbadini L.L. (a cura di) (2015). *Come cambia la vita delle donne 2004-2014*. Monografia ISTAT. Roma: Presidenza del Consiglio dei Ministri Ministero per le Pari Opportunità.

Erickson PG, Murray GF (1989); Sex differences in cocaine use and experiences: a double standard revived? *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 15(2):135-152.

Galesi D. (2013). Il consumo femminile di psicofarmaci come de-politicizzazione delle disuguaglianze. In Cipolla C. (a cura di) (2013). *Droghe al femminile*. Franco Angeli, Milano.

Green C.A. (2006). Gender and Use of Substance Abuse Treatment Services. *Alcohol Research & Health*, 29(1):55-62

Greenfield S.F., Trucco E.M., McHugh R.K. et al. (2007). Dependence, The Women's Recovery Group Study: a stage I trial of women-focused group therapy for substance use disorders versus mixed-gender group drug counseling. *Drug and Alcohol*, 90 (1): 39–47.

Grella C.E. (2008). From generic to gender-responsive treatment: changes in social policies, treatment services, and outcomes of women in substance abuse treatment. *Journal of Psychoactive Drugs*, 5 (suppl): 327–43.

Hellman M. (2010). *Construing and Defining the out of Control. Addiction in the Media 1968-2008*. Helsinki: University Press

Hibell B., Guttormsson U, Ahlstrom S., et al. (2012). *The 2011 Espad Report Substance Use Among Students in 36 European Countries*. Stockholm: The Swedish Council for Information on Alcohol and Other Drugs (CAN).

Hicks B.M., Blonigen D.M., Kramer M.D., et al. (2007). Gender differences and developmental change in externalizing disorders from late adolescence to early adulthood: a longitudinal twin study. *Journal of Abnormal Psychology*, 116:433–47.

Hogan S.R., Unick G.J., Speigman R., Crim D., Norris J.C. (2011). Gender-Specific Barriers to Self-Sufficiency among Former Supplemental Security Income Drug Addiction and Alcoholism Beneficiaries: Implications for Welfare-To-Work Programs and Services. *Journal of Social Service Research*, 37(3): 320–37.

Kessler R.C., Crum R.M., Warner L.A., Nelson C.B., Schulenberg J., Anthony J.C. (1997). Lifetime co-occurrence of DSM-III-R alcohol abuse and dependence with other psychiatric disorders in the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry*, 54(4):313-21.

Lindsay A.R. & Velasquez S.C. (2009). Healthy Steps to Freedom: A health and body image curriculum for use in substance abuse programs for women.

<https://www.unce.unr.edu/publications/files/cy/2009/cm0902OrderForm.pdf>

McPherson M., Casswell S., Pledger M. (2004). Gender convergence in alcohol consumption and related problems: Issues and outcomes from comparisons of New Zealand's survey data. *Addiction*, 99:738-748.

Merikangas K.R., Stevens D.E. (1998). Substance abuse among women: familiar factors and comorbidity. *Drug Addiction Research and the Health of Women*. NIH Publication No. 98-4290. Rockville, MD: National Institute on Drug Abuse: 245–269.

OMS (2013). *Health 2020: a European policy framework supporting action across government and society for health and well-being*. Malta, WHO Regional Office for Europe.

Reynolds M., Mezey G., Chapman M. et al. (2005). Co-morbid posttraumatic stress disorder in a substance misusing clinical population. *Drug & Alcohol Dependence*, 77: 251-8.

Rolando S, Taddeo G., Beccaria F. (2015). New media and old stereotypes. Images and discourses about drunk women and men on YouTube. *Journal of Gender Studies*, DOI: 10.1080/09589236.2015.1041462

Rolando S., Beccaria F. (2010). Femminilizzazione dei consumi. In Beccaria F. (a cura di), *Alcol e Generazioni. Cambiamenti di stile e stili in cambiamento in Italia e in Finlandia*. Milano: Carocci. pp. 175-177.

Schmidt L.A., McCarty D. (2000). Welfare Reform and the Changing Landscape of Substance Abuse Services for Low-Income Women. *Alcoholism: clinical and experimental research*. 24(8):1298-311

Speigman R., Li Y. (2008). *Barriers to work: CalWORKs parents timed-out or sanctioned in five countries*. Sacramento, CA: The Child & Family Policy Institute of California

Tuchman E (2010). Women and addiction: the importance of gender issues in substance abuse research. *Journal of Addiction Disorders*, 29(2): 127-38

UNICRI “Promoting a gender responsive approach to addiction” Pub. N.104, 2013

Van De Mark N.R. (2007). Policy on reintegration of women with histories of substance abuse: A mixed-methods study of predictors of relapse and facilitators of recovery. *Substance Abuse Treatment, Prevention and Policy*, 2:28.

Vigna-Taglianti, F. D., Burrioni, P., Mathis, F., Versino, E., Beccaria, F., Rotelli, M., ... & Bargagli, A. M. (2016). Gender Differences in Heroin Addiction and Treatment: Results from the VEdeTTE Cohort. *Substance use & misuse*, 51(3), 295-309.

Vigna-Taglianti F., Burrioni P., Mathis F., Rotelli M., Garneri M., Beccaria F., Picciolini A., Versino E., Bargagli A.M., e il Gruppo di Studio VedeTTE (2014), “Differenze di genere: evidenze dallo studio VEdeTTE”. *Medicina delle Dipendenze*, 16: 65-78.

Wetherington C.L. & Roman A.B. (eds.) (1998). *Drug addiction research and the health of women*. Rockville, MD: US Department of Health and Human Services, National Institute of Health, National Institute on Drug Abuse.

Zermiani, M., Gomma, M., Simeoni E., Serpelloni G. “Evaluation of care services provided to female patients by Drug Addiction Departments: a national explorative survey” *Journal of Applied Medical Sciences*, vol. 2, no. 1, 2013, 11-23

1.2 Incidentalità stradale

a cura del Ministero della Salute, Direzione Centrale Prevenzione

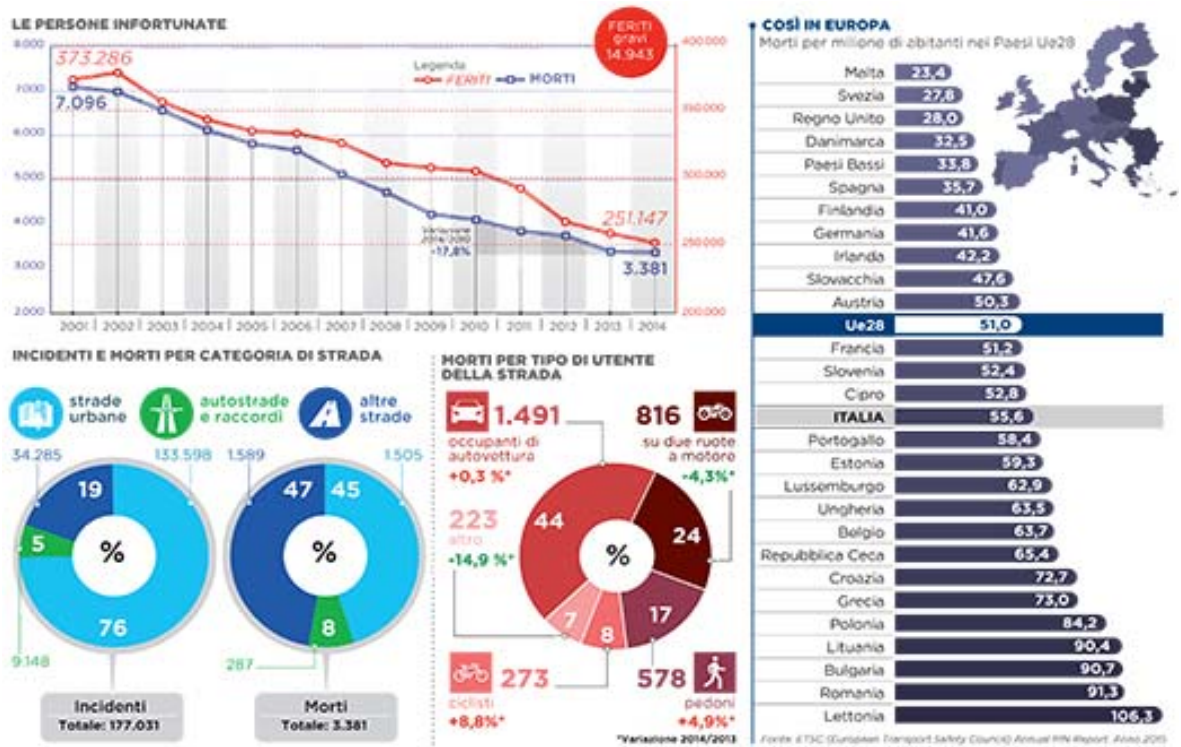
Gli incidenti stradali sono una seria emergenza sanitaria in tutti i paesi europei risultando essere la prima causa di morte per le fasce d'età comprese tra i 15 ed i 35 anni.

Tale emergenza, sanitaria, economica e sociale necessita di un approccio multisetoriale e multidisciplinare con interventi di tipo strutturale, normativo ed educativo.

I dati ufficiali sull'incidentalità stradale sono raccolti dall'ISTAT (Istituto Italiano di Statistica) e pubblicati annualmente.

L'ISTAT raccoglie le informazioni sull'incidentalità mediante una rilevazione a cadenza mensile di tutti i sinistri stradali verificatisi sull'intero territorio nazionale che hanno causato lesioni alle persone (morti o feriti). A tale indagine collabora attivamente l'ACI.

Le rilevazioni effettuate costituiscono il frutto di un'azione congiunta e complessa tra una molteplicità di ulteriori soggetti istituzionali, tra i quali il Ministero dell'interno, la Polizia stradale, i Carabinieri, la Polizia municipale, la Polizia Provinciale, gli uffici di statistica dei comuni capoluogo di provincia e gli uffici di statistica di alcune province, che hanno sottoscritto una convenzione con l'ISTAT finalizzata alla raccolta, al controllo, alla registrazione su supporto informatico e al successivo invio all'Istituto dei dati informatizzati.



Nel 2014, in Italia si sono verificati 177.031 incidenti stradali con lesioni a persone, che hanno provocato la morte di 3.381 persone (entro il 30° giorno) e il ferimento di altre 251.147. Rispetto al 2013, il numero di incidenti scende del 2,5%, quello dei feriti del 2,7% mentre per il numero dei morti la flessione è molto contenuta, -0,6%.

Sulla base dei dati di dimissione ospedaliera, i feriti gravi a seguito di incidente stradale sono stati circa 15 mila, contro i 13 mila del 2013 (+16%).

La classe di età in cui si registra il maggior numero di decessi è compresa tra 20-24 anni per entrambi i sessi. Valori molto elevati si riscontrano per gli uomini anche nelle fasce di età 25-29 e 35-39.

Per le donne i picchi maggiori si registrano anche per le fasce di età più avanzata (75-79 e 80-84) nelle quali le donne risultano coinvolte come pedoni.

L'ACI per il 2010 ha effettuato una stima dei costi per incidente stradali (valori in milioni di euro)

	2010		
		1.220.675	costo morto
		24.833	costo ferito
		71.702	costo incidente
<i>Mancata Produzione presente e futura</i>			
delle persone decedute	2.745		
- per inabilità permanente	3.042		
degli infortunati			
- per inabilità temporanea	2.120		
<i>Valutazioni delle voci di danno alla persona</i>			
danno morale ai superstiti delle persone decedute	2.244		
- per invalidità gravi	845		
danno biologico			
- per invalidità lievi	902		
<i>Costi sanitari ed assimilabili</i>			
Spese ospedaliere e di pronto soccorso per persone infortunate	609		
Spese ospedaliere e di ambulanza per persone decedute	3		
<i>Danni materiali</i>	10.067		
<i>Costi amministrativi</i>			
Spese per assicurazione R.C.A.	3.149		
Spese per rilievo incidenti stradali			
della Polizia Stradale	593		
dei Carabinieri	593		
della Polizia Municipale	581		
dei Vigili del Fuoco	82		
<i>Costi giudiziari</i>	92		
TOTALE	27.668		

Per quanto riguarda la causa degli incidenti stradali, molta attenzione si pone sull'alterato stato psicofisico del conducente. In particolare l'uso / abuso di alcol e sostanze psicoattive è un fattore di rischio particolarmente importante benché non sempre possibile da quantificare.

Uno spunto di riflessione importante su questo aspetto può essere fornito analizzando i dati delle Commissioni mediche locali patenti.

Tali Commissioni, sono normate dall'art 119 del Codice della Strada che prevede che l'accertamento dei requisiti fisici e psichici del candidato o conducente venga effettuato da commissioni mediche locali, costituite in ogni provincia presso le unità sanitarie locali del capoluogo di provincia nei riguardi di:

- mutilati e minorati fisici ,ultrasessantacinquenni con patente per trasporto di cose ,ultrasessantenni con patente per trasporto di persone , persone con invalidità , casi ritenuti dubbi dai medici certificatori ,sogetti diabetici con patente superiore , revisioni disposte dall'Ufficio Territoriale del Governo e dalla M.C.T.C.
- coloro per i quali è fatta richiesta dall'Ufficio Territoriale del Governo o dall'ufficio Provinciale della Direzione generale della M.C.T.C. : tra questi rientrano i soggetti che , avendo violato gli articoli 186 e 187 del Codice della strada, devono recarsi in Commissione medica e non più dal medico monocratico, per la revisione/ rinnovo della patente di guida.

Prendiamo in esame i dati di alcune commissioni mediche locali.

Ad esempio nel corso del 2015 la Commissione medica locale di Modena ha visitato **12033** pazienti di cui **4367** per violazione dell'art. 186 e 186 bis e **796** per violazione dell'art. 187.

Quindi **il 36%** dei pazienti della Commissione medica di Modena, sono pazienti che hanno guidato dopo avere assunto alcolici.

Inferiore è la percentuale dei pazienti che si sono messi alla guida dopo avere assunto sostanze psicoattive attestandosi attorno al **6,6%**.

È importante soffermarsi sulla percentuale di non idoneità : **4%** (art 186 e 186 bis), **6 %** (art 187).

Questo significa che, anche dopo approfondita visita e idonei approfondimenti diagnostici, il paziente non è risultato in possesso dei requisiti psicofisici idonei alla guida.

Gruppo di età	Visitati Maschi	Visitati Femmine	Non idonei M	Non Idonei F
16-24	197	40	2	0
25-34	235	38	23	1
35-44	253	37	36	4
45-54	157	26	22	2

55-64	65	17	7	2
65 e oltre	41	5	8	0
TOTALE	826	141	167	14

Alcolemia	Visitati Maschi	Visitati Femmine	Non idonei M	Non Idonei F
0-50	0	0	0	0
51-80	27	1	3	0
81-1.50	63	19	6	0
Over 1.50	134	11	9	1
TOTALE	224	31	18	1

Altre caratteristiche soggetto	Visitati Maschi	Visitati Femmine	Non Idonei M	Non idonei F
Causato incidente	93	23	9	2
Neopatentato	5	3	0	0
Patente gruppo II	68	0	5	0
Recidiva infrazione	16	2	10	0
Associato consumo stupefacenti	74	4	15	0

La tabella, fornisce il dettaglio dei soggetti che si recano a visita in commissione medica per violazione dell'art 186 e 186 bis.

Da notare come spesso l'assunzione di alcol di accompagna ad assunzione di stupefacenti.

Prendendo in esame la CML di Cuneo, sempre per l'anno 2015, sono stati visitati 7078 pazienti di cui 2124 (30%) per violazione dell'art. 186 e 463 (6.54%) per violazione dell'art.187.

La determinazione dell'assunzione alcolica viene accertata con determinazione dell'ETG su matrice cheratinica.

L'assunzione di sostanze stupefacenti viene accertata mediante la determinazione di anfetamine, metanfetamine, oppiacei, metadone, cocaina, cannabinoidi su matrice cheratinica e di ketamina e buprenorfina su campioni urinari.

Alte percentuali di non idoneità : 7.8% (art. 186) e 9.5% (art.187)

Infine, provando a vedere i dati della Commissione medica di Brindisi vediamo che , sempre per il 2015, sono stati visitati 3877 pazienti di cui 750 (19.3%) per violazione art 186 e 476 (12.2%) per violazione art 187.

Abbiamo una più bassa percentuale di accesso di pazienti ex art. 186 e 187 tuttavia le percentuali di non idoneità per queste categorie, sono sovrapponibili a quelle della CML di Modena:

27 pazienti (3.6%) non idonei tra coloro che hanno violato l'art.186 e 30 pazienti (6.30%) non idonei tra coloro che hanno violato l'art.187.

La commissione medica di Avellino ha analizzato il trend storico di accesso di pazienti in CML per violazione del dell'art. 186 e 187 del CdS.

In tabella si nota come la percentuale di tale categoria di utenti è in continua ascesa rappresentando il 42,6% di tutte le visite effettuate nel 2015 dalla commissione.

VISITE PER VIOLAZIONI ARTT. 186 E 187 CdS QUINQUIENNIO 2011-2015

	Art. 186 CdS	Art.187 CdS	Artt. 186+187 Cds
2011	660 (21.1%)	270 (8.6%)	930 (29.7%)
2012	756 (29.6%)	317 (12.4%)	1073 (42%)
2013	658 (30.1%)	274 (12.5%)	932 (42.6%)
2014	562 (28.9%)	264 (13.6%)	826 (42.5%)
2015	562 (28.7%)	272 (13.9%)	834 (42.6%)

In conclusione possiamo dire che, i dati delle Commissioni mediche locali non ci dicono quanti siano gli incidenti causati da uso di alcol e/o droghe ma ci danno un quadro importante, sicuramente sottostimato, di quanta gente si metta alla guida dopo aver assunto alcolici o stupefacente o entrambi.

1.3 Il gioco d'azzardo

Ministero della Salute, Dipartimento della Prevenzione e Istituto Superiore di Sanità (ISS), Dipartimento Farmaco Dipendenza, Tossico dipendenza e doping

Il disturbo da gioco d'azzardo - Quadro giuridico di riferimento

Il Gioco d'azzardo patologico(GAP) veniva classificato nel DSM-IV-TR (Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali della Associazione Americana di Psichiatria) tra i Disturbi del controllo degli impulsi non classificati altrove, come “un comportamento persistente, ricorrente, e mal adattativo di gioco d'azzardo, in grado di compromettere le attività personali, familiari, o lavorative. Si configurava perciò come una vera e propria patologia quando l'impulso a giocare, ripetitivo e non più controllato, diventa il sintomo primario della propria vita e può essere affiancato da azioni illegali per procurarsi crescenti quantità di denaro. Nella versione successiva del manuale diagnostico statistico delle malattie mentali (il DSM V pubblicato dall'APA nel 2013) il “gambling disorder” classificato come disturbo da gioco d'azzardo e rientra nel capitolo più ampio dei disturbi correlati all'uso di sostanze o altre forme di dipendenza, collocandolo nella sottocategoria di dipendenza “sine substantia”, non correlata cioè all'uso e abuso di determinate sostanze, legali o illegali.

Sul piano legislativo il Ministero della Salute è intervenuto incisivamente sulla materia, facendosi promotore del decreto legge 13 settembre 2012, recante disposizioni urgenti per promuovere lo sviluppo del Paese mediante un più alto livello di tutela della salute (GU n. 263 del 10-11-2012 convertito con legge 8 novembre 2012 n.189 - cosiddetto Decreto Balduzzi). L'articolo 5 del decreto legge sopra menzionato prevede l'aggiornamento dei LEA per la prevenzione, cura e riabilitazione dei soggetti affetti da “ludopatia”. L'aggiornamento dei LEA è tutt'ora in fase di approvazione, tuttavia già da diversi anni le Regioni e PPAA hanno preso in carico i pazienti affetti da disturbo da gioco d'azzardo. Nell'articolo 7, comma 3-quater, del decreto Balduzzi, viene vietata la messa a disposizione presso qualsiasi pubblico esercizio di apparecchiature che, attraverso la connessione telematica, consentano ai clienti di giocare sulle piattaforme di gioco messe a disposizione dai concessionari on-line, da soggetti autorizzati all'esercizio dei giochi a distanza, ovvero da soggetti privi di qualsivoglia titolo concessorio o autorizzatorio rilasciato dalle competenti autorità. I commi successivi, dal 4 al 9 del medesimo articolo, prevedono, tra l'altro, una serie di divieti e di disposizioni sui messaggi pubblicitari e sulla pubblicità dei giochi che presentano vincite in denaro, e formule di avvertimento sul rischio di dipendenza dalla pratica di giochi con vincite in denaro sugli apparecchi e nelle sale in cui sono installati i video terminali. Sono inoltre fissate le sanzioni amministrative per l'inosservanza delle norme.

La legge 23 dicembre 2014 n.190, recante disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge di stabilità 2015), pubblicata sulla G.U n. 190 del 29.12.2014, S.O. n.99, ha destinato, a partire dal 2015, una quota annua di 50 milioni di euro per la prevenzione, la cura e la riabilitazione delle patologie connesse alla dipendenza da gioco d'azzardo. Di tale quota, un milione di euro per ciascuno degli anni 2015, 2016 e 2017, è destinato per la sperimentazione di modalità di controllo dei soggetti a rischio di patologia, mediante l'adozione di software che consentano al giocatore di monitorare il proprio comportamento generando conseguentemente appositi messaggi di allerta. L'articolo 7, comma 10 prevede che l'Amministrazione autonoma dei monopoli di Stato e, a seguito della sua incorporazione, l'Agenzia delle dogane e dei monopoli, tenuto conto degli interessi pubblici di settore, sulla base di criteri, anche relativi alle distanze da istituti di istruzione primaria e secondaria, da strutture sanitarie e ospedaliere, da luoghi di culto, da centri socio-ricreativi e sportivi, definiti con decreto del Ministro dell'Economia e delle finanze, di concerto con il Ministro della Salute, previa intesa sancita in sede di Conferenza unificata, di cui all'articolo 8

del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, e successive modificazioni, da emanare entro centoventi giorni dalla data di entrata in vigore della legge di conversione del presente decreto, provvede a pianificare forme di progressiva ricollocazione dei punti della rete fisica di raccolta del gioco praticato mediante gli apparecchi di cui all'articolo 110, comma 6, lettera a), del testo unico di cui al regio decreto n. 773 del 1931, e successive modificazioni, che risultano territorialmente prossimi ai predetti luoghi. Il predetto decreto è, allo stato, in discussione presso la Conferenza Stato-Regioni. La medesima legge stabilisce inoltre che il Ministero della salute adotti linee di azione per garantire le prestazioni di prevenzione, cura e riabilitazione rivolte alle persone affette dalle patologie connesse al gioco d'azzardo e che venga trasferito al Ministero della Salute l'Osservatorio istituito dal Decreto Balduzzi presso l'Agenzia delle Dogane e i Monopoli di Stato, al fine di realizzare il monitoraggio della dipendenza dal gioco d'azzardo e della efficacia delle azioni di cura e di prevenzione intraprese. La composizione dell'Osservatorio è stata determinata con decreto interministeriale del Ministro della Salute e del Ministro dell'Economia e delle Finanze 24 giugno 2015 (allegato). Le funzioni dell'Osservatorio sono le seguenti:

1 – monitoraggio della dipendenza dal gioco d'azzardo;

2 – monitoraggio dell'efficacia delle azioni di cura e di prevenzione intraprese;

3 – definizione delle linee di azione per garantire le prestazioni di prevenzione, cura e riabilitazione rivolte alle persone affette dal gioco d'azzardo patologico (GAP), ai fini della predisposizione del decreto regolamentare di adozione delle linee guida;

4 – valuta le misure più efficaci per contrastare la diffusione del gioco d'azzardo e il fenomeno della dipendenza grave.

Da ultimo si segnala che la Legge di Stabilità 2015 (LEGGE 28 dicembre 2015, n. 208 - Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato - Legge di stabilità 2016 - GU n.302 del 30-12-2015 - Suppl. Ordinario n. 70), prevede tra le misure più significative:

- Disposizioni in materia di giochi (art. 1, commi 918-948). Le disposizioni aumentano innanzitutto il prelievo erariale unico (PREU) sulle newslot, riducendo contestualmente la percentuale minima destinata alle vincite (pay out). E' modificata anche la tassazione sul margine per i giochi di abilità a distanza, sulle scommesse a quota fissa e, a decorrere dal 1° gennaio 2017, sul Bingo a distanza.
- Entro il 30 aprile 2016, in sede di Conferenza unificata di cui all'articolo 8 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, sono definite le caratteristiche dei punti di vendita ove si raccoglie gioco pubblico, nonché i criteri per la loro distribuzione e concentrazione territoriale, al fine di garantire i migliori livelli di sicurezza per la tutela della salute, dell'ordine pubblico e della pubblica fede dei giocatori e di prevenire il rischio di accesso dei minori di età. Le intese raggiunte in sede di Conferenza unificata sono recepite con decreto del Ministro dell'economia e delle finanze, sentite le Commissioni parlamentari competenti. (comma 936).
- Fermo restando quanto previsto dall'articolo 7, commi da 4 a 5, del decreto-legge 13 settembre 2012, n. 158, convertito, con modificazioni, dalla legge 8 novembre 2012, n. 189, e fermo il divieto di pubblicità di cui all'articolo 4, comma 2, della legge 13 dicembre 1989, n. 401, per contrastare l'esercizio abusivo dell'attività di gioco o scommessa e per garantire ai consumatori, ai giocatori e ai minori un elevato livello di tutela, inteso a salvaguardare la

salute e a ridurre al minimo gli eventuali danni economici che possono derivare da un gioco compulsivo o eccessivo, la propaganda pubblicitaria audiovisiva di marchi o prodotti di giochi con vincite in denaro è effettuata tenendo conto dei principi previsti dalla raccomandazione 2014/478/UE della Commissione, del 14 luglio 2014. Con decreto del Ministro dell'Economia e delle finanze da adottare, di concerto con il Ministro della Salute, sentita l'Autorità per le garanzie nelle comunicazioni, entro centoventi giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, sono individuati i criteri per l'attuazione della citata raccomandazione (comma 937).

- In ogni caso, è vietata la pubblicità : a) che incoraggi il gioco eccessivo o incontrollato; b) che neghi che il gioco possa comportare dei rischi; c) che ometta di rendere esplicite le modalità e le condizioni per la fruizione di incentivi o bonus; d) che presenti o suggerisca che il gioco sia un modo per risolvere problemi finanziari o personali, ovvero che costituisca una fonte di guadagno o di sostentamento alternativa al lavoro, piuttosto che una semplice forma di intrattenimento e di divertimento; e) che induca a ritenere che l'esperienza, la competenza o l'abilità del giocatore permetta di ridurre o eliminare l'incertezza della vincita o consenta di vincere sistematicamente; f) che si rivolga o faccia riferimento, anche indiretto, ai minori e rappresenti questi ultimi, ovvero soggetti che appaiano evidentemente tali, intenti al gioco; g) che utilizzi segni, disegni, personaggi e persone, direttamente e primariamente legati ai minori, che possano generare un diretto interesse su di loro; h) che induca a ritenere che il gioco contribuisca ad accrescere la propria autostima, considerazione sociale e successo interpersonale; i) che rappresenti l'astensione dal gioco come un valore negativo; l) che induca a confondere la facilità del gioco con la facilità della vincita; m) che contenga dichiarazioni infondate sulla possibilità di vincita o sul rendimento che i giocatori possono aspettarsi di ottenere dal gioco; n) che faccia riferimento a servizi di credito al consumo immediatamente utilizzabili ai fini del gioco (comma 938).
- E' altresì vietata la pubblicità di giochi con vincite in denaro nelle trasmissioni radiofoniche e televisive generaliste, nel rispetto dei principi sanciti in sede europea, dalle ore 7 alle ore 22 di ogni giorno. Sono esclusi dal divieto di cui al presente comma i media specializzati individuati con decreto del Ministro dell'economia e delle finanze, di concerto con il Ministro dello sviluppo economico, nonché le lotterie nazionali a estrazione differita di cui all'articolo 21, comma 6, del decreto-legge 1° luglio 2009, n. 78, convertito, con modificazioni, dalla legge 3 agosto 2009, n. 102. Sono altresì escluse le forme di comunicazione indiretta derivanti dalle sponsorizzazioni nei settori della cultura, della ricerca, dello sport, nonché nei settori della sanità e dell'assistenza (comma 939)
- La violazione dei divieti di cui ai commi 938 e 939 e delle prescrizioni del decreto di cui al comma 937 è punita con la sanzione amministrativa pecuniaria di cui all'articolo 7, comma 6, del decreto-legge 13 settembre 2012, n. 158, convertito, con modificazioni, dalla legge 8 novembre 2012, n. 189. Le sanzioni sono irrogate dall'Autorità per le garanzie nelle comunicazioni, econdo i principi di cui alla legge 24 novembre 1981, n. 689, al soggetto che commissiona la pubblicità, al soggetto che la effettua, nonché al proprietario del mezzo con il quale essa è diffusa.
- Il Ministero della Salute, di concerto con il Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca, anche attraverso l'utilizzo dei propri siti web, predispone campagne di informazione

e sensibilizzazione, con particolare riferimento alle scuole di ogni ordine e grado, sui fattori di rischio connessi al gioco d'azzardo, al fine di aumentare la consapevolezza sui fenomeni di dipendenza correlati, nonché sui rischi che ne derivano per la salute, fornendo informazioni sui servizi predisposti dalle strutture pubbliche e del terzo settore per affrontare il problema della dipendenza da gioco d'azzardo. (comma 941).

- Al fine di garantire le prestazioni di prevenzione, cura e riabilitazione rivolte alle persone affette dal gioco d'azzardo patologico (GAP), come definito dall'Organizzazione mondiale della sanità, presso il Ministero della salute è istituito il Fondo per il gioco d'azzardo patologico (GAP). Il Fondo è ripartito tra le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano sulla base di criteri determinati con decreto del Ministro della salute, da emanare entro sessanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, sentita la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano. Per la dotazione del Fondo di cui al periodo precedente è autorizzata la spesa di 50 milioni di euro annui a decorrere dall'anno 2016 (comma 946).

L'Istituto Superiore di Sanità - Dipartimento del Farmaco – Reparto Farmacodipendenza Tossicodipendenza e Doping ha implementato il progetto Sistema di Sorveglianza Nazionale sul Disturbo da gioco d'azzardo, con la finalità di sperimentare un sistema di sorveglianza nazionale per assumere elementi conoscitivi, correttivi, esaustivi e proporre strumenti utili alla prevenzione e cura del disturbo da gioco d'azzardo. Il sistema vuole favorire, inoltre, il potenziamento di una rete di sostegno tra gli operatori del Servizio Sanitario Nazionale (SSN) e del privato sociale utile a diffondere le informazioni su interventi e politiche a favore dei pazienti con disturbo da gioco d'azzardo e dei loro familiari. In sintesi il progetto è stato articolato in diverse azioni che hanno visto la realizzazione di attività trasversali quali la revisione della letteratura scientifica e attività specifiche quali l'aggiornamento dei servizi del SSN e delle strutture del privato sociale per definire una mappatura delle risorse disponibili sul territorio italiano, la realizzazione, presso strutture o servizi, di focus group con giocatori d'azzardo in trattamento e l'implementazione di attività per la diffusione dei dati del progetto. Il lavoro sulla letteratura ha confermato la multidimensionalità del disturbo da gioco d'azzardo che comporta una compromissione della salute mentale e fisica, una disfunzione nelle relazioni con gli altri e con i familiari, problemi finanziari, difficoltà lavorative e problemi legali. Diversi risultati interessanti sono emersi anche rispetto all'associazione con una serie di condizioni di comorbidità psichiatriche, come per esempio i disturbi da uso di alcol e altre sostanze, disturbi dell'ansia e dell'umore e altri disturbi del controllo degli impulsi. Sulla base di quanto suggerito dalla letteratura sono stati rintracciati gli indicatori utilizzati sia nella scheda di rilevazione utilizzata per l'aggiornamento delle strutture sia nella scheda di osservazione utilizzata durante i focus group. Si è provveduto, inoltre, ad effettuare una sintesi della normativa di riferimento, europea e italiana, e a realizzare un'indagine demoscopica (3000 interviste personali) per rilevare nella popolazione italiana adulta (15 anni ed oltre) la percezione rispetto al gioco d'azzardo, la pratica di vari giochi e alcune opinioni sull'argomento. I risultati dell'indagine mostrano che la componente "casualità" è ritenuta la caratteristica peculiare del gioco d'azzardo difatti per il 36% delle persone intervistate si definisce gioco d'azzardo il "gioco in cui la vincita e la perdita di denaro o altri valori non dipendono dall'abilità del giocatore ma sono prevalentemente casuali"; il 35% circa ha risposto che l'affermazione che spiega meglio il concetto di gioco d'azzardo è "gioco in cui si può vincere o perdere denaro o altri valori". Agli intervistati è stata mostrata anche una lista di giochi e per ognuno è stato chiesto di indicare quali potessero essere definiti giochi d'azzardo. Il poker è stato in assoluto

il gioco più citato (81%), seguito dal videopoker (79%), mentre il più della metà degli intervistati non ritiene gratta e vinci (56%), lotto (54%) e win for life (51%) giochi d'azzardo.

I giocatori (intesi come coloro che hanno praticato almeno un gioco negli ultimi 12 mesi) è pari al 49,7%, con punte di 56,0% tra gli uomini, 57,6% nella fascia d'età 25-44 anni e 61,7% tra i fumatori, evidenziando una correlazione piuttosto evidente tra l'abitudine al fumo e la pratica di giochi d'azzardo. La dipendenza da gioco d'azzardo è considerata dalla popolazione italiana una dipendenza grave, che può essere curata con l'aiuto dello psicologo (31,1%) e presso associazioni/comunità specializzate (28,4%). Tra i provvedimenti per la lotta al gioco d'azzardo, quello considerato più indicato dagli italiani è l'eliminazione delle slot da bar e locali pubblici (51,8%) e a seguire il divieto di fare pubblicità (34,3%), la prevenzione nelle scuole (30,6%), l'introduzione di limiti negli importi delle giocate (28,5%), fornire maggiori informazioni sui danni del gioco (27,0%) e limitare il numero delle sale giochi (26,6%). Per concludere, le condizioni personali che possono favorire il gioco d'azzardo sono le difficoltà economiche (35,2%), il disagio sociale (31,9%) e il desiderio di sfidare la sorte (27,4%).

In primo luogo, è stata effettuata una revisione degli elenchi disponibili nel web dei servizi per le dipendenze (Ser.T e Ser.D) e delle strutture del privato sociale e creato un archivio elettronico unico. L'attività di ricostruzione si è concentrata sul "profilere search" effettuata prevalentemente online attraverso l'esplorazione delle banche dati e la conseguente predisposizione di un updated data.

Successivamente, per procedere all'aggiornamento dei servizi del SSN (Ser.T./Ser.D.), delle strutture del privato sociale e delle attività erogate per il trattamento del disturbo da gioco d'azzardo è stata costruita una scheda di rilevazione; la scheda di rilevazione è stata redatta in due versioni: una per i centri del Servizio Sanitario Nazionale e l'altra per le strutture afferenti al privato sociale ed ha consentito di ottenere informazioni rispetto alla collocazione del servizio sul territorio, avere una descrizione del servizio (attività svolte nei servizi, analisi dell'offerta, composizione dell'equipe ecc.) e del collegamento con altre strutture sul territorio e, più in generale, di indagare i bisogni formativi degli operatori, la diagnosi e/o comorbidità, il processo di valutazione (strumenti diagnostici/di screening, valutazione degli esiti, della qualità del servizio offerto). Per sviluppare la scheda sono stati considerati gli indicatori emersi dalla letteratura scientifica, gli strumenti utilizzati per indagini simili, le indicazioni di esperti e i suggerimenti di operatori del settore. La scheda, per una prova di compilazione utile a raccogliere criticità ed eventuali osservazioni, è stata inviata ad 11 servizi e strutture selezionati per partecipare ad alcune fasi del progetto.

Si evidenzia che i risultati riportati sono da considerarsi preliminari e parziali, poiché i servizi e le strutture coinvolte nell'indagine continuano ad inviare informazioni che vanno a popolare un data base in continua evoluzione. Al termine di una prima fase di aggiornamento (29 febbraio 2016), il 60% circa dei servizi del SSN (343) e il 17% circa delle strutture afferenti al privato sociale (137) hanno restituito un feedback in merito alla rilevazione. Tra i Ser.T/Ser.D che hanno fornito le informazioni sulla regione di appartenenza, 81 hanno sede nel settentrione, 44 nel centro e 59 nel meridione e comunque tutte le regioni risultano rappresentate. Per quanto riguarda la distribuzione delle strutture afferenti al privato sociale, diverse regioni non risultano invece al momento rappresentate.

Tutti i Ser.T/Ser.D che hanno risposto all'indagine hanno implementato delle attività più o meno strutturate a contrasto del disturbo da gioco d'azzardo. In particolare, il 61% dei servizi ha risposto che esistono delle attività dedicate, il 31% che è attivo un servizio specifico e l'8% che è stato avviato

un servizio secondo specifici LEA regionali. Il 92% dei Ser.T/Ser.D ha anche dichiarato che il personale è stato appositamente formato per lavorare nell'ambito del disturbo da gioco d'azzardo.

Il 76% delle strutture afferenti al privato sociale che hanno risposto all'indagine hanno implementato delle attività più o meno strutturate a contrasto del disturbo da gioco d'azzardo. Il 24% di queste strutture ha dichiarato di non aver intrapreso alcuna azione in merito a causa della mancanza di fondi, di spazi o di personale e più della metà di queste sta comunque studiando la fattibilità di future azioni. In attesa di implementare attività a contrasto del disturbo da gioco d'azzardo, gli operatori di queste strutture inviano gli utenti fondamentalmente presso i Ser.T/Ser.D.

Solitamente la diagnosi è effettuata nel servizio (98%) o nella struttura (67%), utilizzando il DSM 5 (Ser.T/Ser.D 98%; strutture afferenti al privato sociale 77%) e strumenti di screening/diagnostici (Ser.T/Ser.D 83%; strutture afferenti al privato sociale 60%). Il 94% dei Ser.T/Ser.D opera una valutazione sociale e psicodiagnostica, l'82% anche una valutazione medica (% sui rispondenti; N = 165). Il 93% delle strutture afferenti al privato sociale opera una valutazione sociale, il 79% opera una valutazione psicodiagnostica, il 29% opera una valutazione medica.

Nello specifico, gli indicatori più frequentemente usati per la valutazione sociale dai servizi del SSN sono le relazioni familiari (92%), la situazione occupazionale e dello stato patrimoniale (74%), la presenza di debiti con organizzazioni autorizzate (banche, finanziarie ecc.) (70%), la presenza di reati successivi all'inizio del gioco d'azzardo (appropriazione indebita, emissione di assegni a vuoto, ecc.) (61%).

Anche per strutture afferenti al privato sociale l'indicatore più rilevante è rappresentato dalle relazioni familiari (73%); altri indicatori frequenti sono la presenza di debiti con organizzazioni autorizzate (banche, finanziarie ecc.) (64%), la presenza di reati successivi all'inizio del gioco d'azzardo (appropriazione indebita, emissione di assegni a vuoto, ecc.) (61%), la situazione occupazionale e dello stato patrimoniale (57%) e la presenza di debiti con organizzazioni non autorizzate (52%).

Gli indicatori più frequenti per la valutazione medica dei servizi del SSN (% sui rispondenti (N = 168) sono la presenza di patologie comorbili (addiction, disturbi psichiatrici etc.) (86%), l'anamnesi completa del paziente (83%), la scelta della terapia farmacologica in collaborazione con il Centro di Salute Mentale se in presenza di comorbilità psichiatrica (61%), il colloquio con i familiari o persone significative, previo consenso del paziente (58%). Anche le strutture afferenti al privato sociale (% sui rispondenti (N = 44) hanno fornito questi indicatori come i più ricorrenti. In particolare, viene eseguita una anamnesi completa del paziente (25%), viene cercata la presenza di patologie comorbili (30%), viene effettuato un colloquio con i familiari o persone significative, previo consenso del paziente (25%). Dodici strutture hanno dichiarato di non svolgere alcuna valutazione medica.

Per quanto riguarda la valutazione psicodiagnostica, le risposte dei Ser.T/Ser.D hanno messo in evidenza che non esiste uno "standard" psicodiagnostico condiviso, infatti il 56% ha indicato l'intervista strutturata e/o semistrutturata, il 31% test e scale di valutazione "addiction" e il 15% dei servizi ha dato informazioni nella risposta "altro" citando più frequentemente il colloquio clinico (% sui rispondenti; N = 168). Le risposte delle strutture del privato sociale sono simili ad eccezione dei test di personalità tipo MMPI (39%) e altri test di personalità (18%) (% sui rispondenti (N = 44).

Il 93% degli operatori (% sui rispondenti; N = 143) utilizza il South Oaks Gambling Screenper adulti (SOGS), il 34% ha indicato anche l'opzione "altro", citando più spesso strumenti come il ClinicalOutcome for Routine Evaluation OutcomeMeasure (CORE-OM), il ClinicalGait and Balance Scale (GABS), il Symptom Checklist-90 (SCL-90). Anche le strutture afferenti al privato sociale che utilizzano strumenti diagnostici (% sui rispondenti; N = 26), prediligono più frequentemente il South Oaks Gambling Screenper adulti (SOGS; 81%), seguito dall'Addiction Severity Index – PathologicalGamblers (ASI –PG), ilGamblingSeverity Index (GSI; 31%) e il Canadian ProblemGambling Index (19%). Il 38% dei rispondenti ha indicato l'opzione "altro", citando più spesso strumenti quali loStructuredClinicalInterview for DSM-IV Axis II Disorders(SCID II) e il ClinicalGait and Balance Scale (GABS).

Il 97% circa dei Ser.T/Ser.D eroga prestazioni gratuite, il 2% eroga prestazioni a fronte del pagamento del ticket, l'1% ha risposto "altro" (es. prestazioni fuori LEA). D'altro canto 22 strutture afferenti al privato sociale erogano prestazioni gratuite e 16 prevedono una qualche forma di pagamento (ticket, quota associativa, retta mensile, ecc.).

Il tempo di attesa per accedere ai servizi e alle strutture è relativamente breve (61% circa dei Ser.T/Ser.D. De 81% circa delle strutture del privato sociale dichiara un tempo di attesa inferiore ai 7 giorni).

Nei servizi del SSN (% sui rispondenti (N = 175) non c'è una modalità condivisa di registrazione dei dati dell'utenza, piuttosto coesistono diverse opzioni tra cui la cartella clinica (87%), il sistema informatico regionale (81%), "altro"(per es. Piattaforma Mfp) (8%). Per quanto riguarda le strutture afferenti al privato sociale (% sui rispondenti (N = 42), viene più frequentemente utilizzata la scheda del paziente (74%).

Nell'ambito dell'offerta assistenziale, gli interventi più frequentemente attuati presso il SSN (% sui rispondenti (N = 171) sono il counselling individuale (91%) e lapsicoterapia individuale (87%); più della metà dei Ser.T/SerD attua terapie familiari (55%) e quasi la metà terapie di coppia (49%). Gli interventi meno rappresentati risultano la consulenza legale (13%) e la consulenza economica (17%).

Gli interventi più frequentemente attuati nelle strutture del privato sociale (% sui rispondenti (N = 43) sono la psicoterapia individuale (74%), l'intervento riabilitativo/educativo (63%), il gruppo psico-educativo (60%), il counselling generale (58%). gli interventi meno frequentemente attuati sono la consulenza economica (21%) e la consulenza legale (16%).

La maggior parte dei Ser.T/Ser.D non offre una consulenza legale (66%);solo il 2% dei servizi offre consulenza legale all'interno del servizio mentre il 23% ha collegamenti con consulenti esterni (% sui rispondenti; N = 163). Per quanto riguarda le strutture afferenti al privato sociale, il 38% ha collegamenti con consulenti esterni, il 17% prevede una consulenza legale nella struttura e il 43% non offre nessuna consulenza legale (% sui rispondenti; N = 42).

Le motivazionidi accessopiù frequenti aiSer.T/Ser.D(% sui rispondenti; N = 174) e alle strutture afferenti al privato sociale (% sui rispondenti; N = 42) sono le pressioni dei familiari (99% servizi e 93% delle strutture), i debiti (83% dei servizi e 81% delle strutture) e ilmalessere percepito (63% dei sevizi e 71% delle strutture).Alla domanda "Gli utenti arrivano al servizio per il disturbo da gioco d'azzardo principalmente su:" i Ser.T/Ser.D (% sui rispondenti; N = 174) hanno risposto 'su indicazione dei familiari (94%), 'accesso volontario'(91%), 'indicazione del medico di base'

(34%). Gli utenti arrivano alle strutture del privato sociale più spesso volontariamente (83%), su suggerimento dei familiari (60%) o per invio da parte dei Ser.T/Ser.D (52%).

Nell'équipe dei Ser.T/Ser.D sono presenti più frequentemente lo psicologo, il medico e l'assistente sociale; mentre nelle strutture afferenti al privato sociale, ad affiancare queste professionalità compaiono l'avvocato e il consulente finanziario, citatis spesso nella categoria "altro".

Quasi tutti i servizi (94,4%) effettuano una valutazione d'esito, anche se con modalità diverse, fino ai due anni successivi alla fine del trattamento (% sui rispondenti; N = 158). La maggior parte delle strutture implementano programmi di valutazione d'esito con modalità diverse fino a fine trattamento. Il 66% dei servizi e il 65% delle strutture prevede una fase di follow up (% sui rispondenti; N = 40). Gli indicatori d'esito più utilizzati dai servizi del SSN (% sui rispondenti N = 158) sono quelli scelti dal servizio stesso (49%), così come avviene nel 63% delle strutture afferenti al privato sociale (% sui rispondenti N = 40).

La valutazione multidisciplinare ha luogo sia nella maggior parte dei servizi del SSN (93%) sia nelle strutture afferenti al privato sociale (83%).

La qualità del servizio viene valutata nel 44% dei Ser.T/Ser.D; circa le modalità di valutazione, il 56% non ha dato una risposta e tra i rispondenti il 23 % ha indicato, come indicatore di qualità, sia la soddisfazione degli operatori sia quella degli utenti.

La pubblicizzazione dell'attività dei Ser.T/Ser.D (% sui rispondenti N = 174) avviene attraverso diversi canali: materiale informativo che pubblicizza la presenza sul territorio di servizi sanitari dedicati al disturbo da gioco d'azzardo come previsto dal D.L. 13 settembre 2012, n. 158 (Legge Balduzzi) (82%), comunicazione sul sito aziendale (72%), descrizione nella carta dei servizi della struttura (57%), altri mezzi (es. comunicazione inter-istituzionale) (21%). Differente è la situazione per le strutture afferenti al privato sociale d'azzardo (% sui rispondenti N = 42) che per farsi pubblicità utilizzano principalmente il sito della struttura (71%), materiali informativi distribuiti presso i Ser.T/Ser.D (52%), descrizione nella carta dei servizi (45%). La maggior parte dei Ser.T/Ser.D collabora con altri enti (74%), attua attività di prevenzione (71%) e implementa attività di formazione (65%) (% sui rispondenti N = 164). Anche la maggior parte delle strutture (% sui rispondenti N = 41) collabora con altri enti (85%) ed è coinvolta in attività di formazione (63%) e di prevenzione (59%).

Le attività relative all'azione Focus group sono iniziate con un workshop a cui hanno preso parte 11 tra le migliori realtà di intervento sulla dipendenza da gioco d'azzardo su tutto il territorio nazionale (4 al nord, 4 al centro e 3 al sud) e rappresentative dei settori pubblico e privato sociale (6 Ser.T/Ser.D e 5 strutture del privato sociale). Al workshop hanno partecipato, oltre al gruppo di lavoro dell'ISS, il referente del Ministero della Salute, tre esperti sulla tematica gioco d'azzardo individuati dall'ISS e 22 professionisti appartenenti alle strutture selezionate (due per ogni struttura) provenienti da: Campania, Emilia Romagna, Lazio, Lombardia, Marche, Piemonte, Puglia, Sicilia, Toscana, Umbria, Veneto. Durante il workshop sono state condivise finalità e metodologia del progetto, il ruolo degli operatori dei servizi e dei referenti dell'ISS, le tematiche da affrontare durante i focus group con i relativi indicatori e le modalità di svolgimento dei gruppi.

Sulla base di quanto discusso durante il workshop sono state definite le tematiche da affrontare nei focus group presso le strutture: (1) Similitudini e differenze con altri comportamenti additivi (con o

senza sostanza); (2) Familiarità dei comportamenti additivi; (3) Pubblicità del gioco; Offerta di gioco; (4) Diversi livelli di obiettivi terapeutici: gioco controllato, remissione periodica, remissione/astensione definitiva; (5) Politiche centrali ed amministrazioni locali: strategie di fronteggiamento del fenomeno; (6) Strategie di fronteggiamento del debito.

A seguito del workshop sono stati realizzati 11 focus group, presso i servizi e le strutture selezionate. Affinché tutte le tematiche fossero trattate, prima dell'incontro è stato concordato con ciascun Servizio/Struttura l'argomento da affrontare durante il focus group. Gli incontri hanno, tra l'altro, consentito di indagare i fattori di rischio associati allo sviluppo di tale patologia (contesto sociale, lavorativo, economico, etc.), rilevare i diversi livelli di gravità degli utenti, esplorare la presenza di eventuali comorbilità o altre dipendenze e studiare i diversi approcci terapeutici attivati per il trattamento del disturbo da gioco d'azzardo. I centri selezionati per la realizzazione dei focus group sono di seguito riportati (Tabella 105).

	Regione	Città	Servizio
Nord	Piemonte	Collegno	Spazio Altrove Servizio per le dipendenze
	Veneto	Castelfranco Veneto	Ambulatorio per il gioco d'azzardo Servizio per le Dipendenze
	Lombardia	Milano	Donne in gioco Associazione AND
	Emilia Romagna	Reggio Emilia	Struttura Residenziale Pluto Centro sociale Papa Giovanni XXIII
Centro	Marche	Fano	Comunità terapeutica per nuove dipendenze (CND) I.r.s. L'Aurora
	Toscana	Pistoia	Gruppo Incontro Società Cooperativa Sociale
	Umbria	Foligno	Centro per il gioco d'azzardo Servizio per le dipendenze
	Lazio	Roma	Unità Operativa Gioco d'Azzardo Patologico Servizio per le Dipendenze
Sud	Sicilia	Palermo	CE.DI.SS Servizio per le Dipendenze
	Campania	Salerno	Programma Fuorigioco Gruppo LOGOS
	Puglia	Taranto	Servizio GAP Servizio per le dipendenze

Tabella 105 Elenco dei Centri selezionati per la partecipazione al progetto sperimentale.

A ciascun focus group ha preso parte un rappresentante dell'ISS in qualità di osservatore, dunque, è stata costruita una griglia di osservazione per la verbalizzazione del focus group.

Hanno preso parte a questa fase del progetto 100 utenti in trattamento per disturbo da gioco d'azzardo (25 donne e 75 uomini, 50 nei servizi del SSN e 50 nelle strutture del privato sociale); in alcuni casi l'osservazione ha riguardato i singoli giocatori mentre in altri la presa in carico era per la coppia o per la famiglia. I gruppi osservati, alcuni già esistenti mentre altri composti ad hoc per la realizzazione del focus, sono stati del tipo gruppi di auto-mutuo aiuto, gruppi di sostegno, gruppi terapeutici, gruppi in comunità residenziali, gruppo sole donne.

I gruppi osservati presso i Servizi sono stati per lo più gruppi terapeutici o di sostegno per il singolo giocatore. Si tratta spesso di gruppi aperti (la partecipazione al gruppo non inizia e finisce per tutti gli utenti nello stesso momento), di durata variabile (gruppi permanenti o circoscritti nel tempo) e l'utente arriva al gruppo grazie alla presa in carico da parte del Servizio. Diversa è la situazione dei gruppi osservati presso le Comunità residenziali. Ovviamente in questi casi i gruppi si svolgono

esclusivamente con gli utenti della Comunità terapeutica, siano essi presi in carico nella modalità residenziale o diurna. I gruppi di auto-mutuo aiuto per giocatori sono per lo più tenuti in regime di volontariato su iniziativa delle Onlus. Si tratta di gruppi, rivolti ai giocatori ma anche alle loro famiglie, in cui spesso ex-giocatori diventano i facilitatori all'interno del gruppo e affiancano gli operatori nella conduzione del gruppo stesso. Singolare risulta l'esperienza del gruppo "Donne in gioco" in cui l'utenza è esclusivamente femminile e dunque sia le dinamiche di gruppo sia l'approccio terapeutico risultano rigorosamente dettate dal genere.

Tra le osservazioni riportate dagli utenti alcune sono emerse con frequenza maggiore rispetto ad altre, per es.: la difficoltà a condividere gli spazi con i tossicodipendenti; l'utilità di coinvolgere la famiglia nell'intervento; l'importanza di indagare circa la familiarità dei comportamenti additivi; l'importanza di individuare diversi livelli di obiettivi terapeutici (rimodulabili); l'importanza della tempestività nell'individuare il luogo di cura per arginare rovina economica; l'importanza dell'aiuto per fronteggiare il debito; la valorizzazione del ruolo dell'antiusura; la lotta al sovraindebitamento (facilità di accesso al credito).

Per indagare i fattori di rischio associati allo sviluppo della dipendenza da gioco d'azzardo, esplorare la presenza di eventuali comorbilità o altre dipendenze e rilevare i diversi livelli di gravità dei soggetti con tale dipendenza il gruppo di lavoro ha messo a punto un questionario ad hoc che è stato sottoposto a tutti gli utenti che hanno preso parte ai focus group.

Nello specifico il questionario, anonimizzato, indaga l'aspetto anagrafico e sociale del soggetto, la tipologia dei servizi assistenziali goduti, le sue abitudini al gioco (attuali e/o pregresse), il livello di gravità del disturbo da gioco d'azzardo. Dei 100 utenti osservati durante i focus 71 (14 donne e 57 uomini) hanno accettato di compilare il questionario. Tutti partecipavano ad una Terapia di gruppo e solo qualcuno affiancava una terapia individuale, farmacologica oppure di coppia/familiare; la presa in carico da parte del servizio/struttura è quasi esclusivamente per dipendenza da gioco d'azzardo con piccole rappresentanze di polidipendenza (alcol, cocaina).

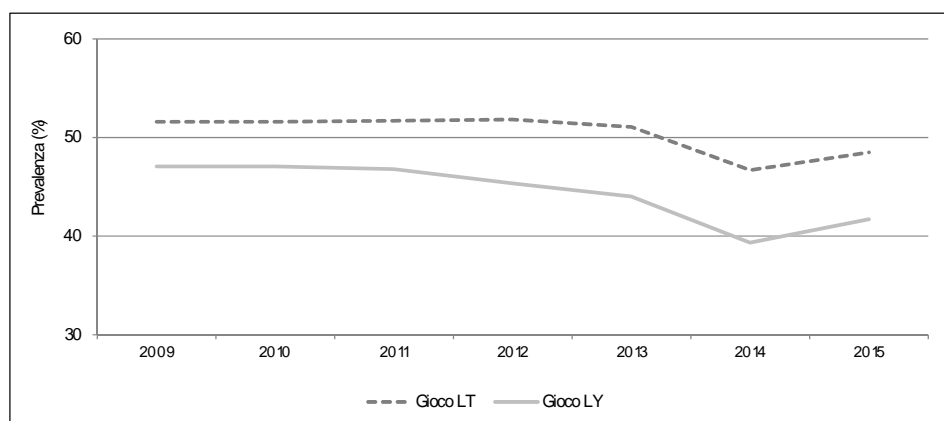
Le informazioni anagrafiche raccolte descrivono l'utente medio con un livello culturale medio (37 diplomati) e coniugato (N = 34). Molti di questi utenti hanno un'occupazione a tempo pieno (N = 42) e la maggior parte possiede una casa o vive comunque in affitto e solo 4 utenti si sono dichiarati senza fissa dimora. Sono arrivati alla struttura/servizio su suggerimento dei familiari (N = 35) o per accesso volontario (N = 19). La maggior parte di loro è in trattamento da almeno 1 anno (N = 35) e frequenta il servizio una volta alla settimana (N = 44). Oltre l'85% ha dichiarato di aver praticato e/o di praticare al momento della compilazione del questionario giochi legali con una preferenza per le slot e/o le VLT.

I risultati principali del progetto sono stati divulgati nel seminario Sistema di sorveglianza per il disturbo da gioco d'azzardo: progetto sperimentale tenutosi presso l'Istituto Superiore di Sanità di Roma.

1.4 L'indagine sul gioco d'azzardo tra gli studenti italiani

A cura di Istituto di Fisiologia clinica (IFC), Consiglio Nazionale delle Ricerche (CNR)

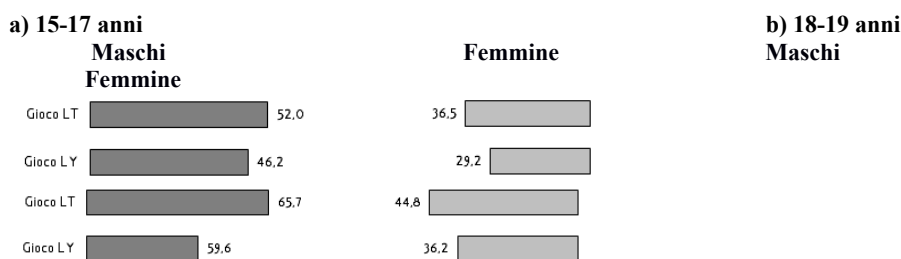
Lo studio ESPAD®Italia realizzato nel 2015 ha evidenziato che il 49% degli studenti di 15-19 anni ha giocato d'azzardo almeno una volta nella vita e il 42% lo ha fatto nell'anno. Dopo un periodo di invariabilità delle prevalenze, che si prolunga fino all'anno 2013 per il gioco nella vita (con prevalenze del 51-52%) e al 2011 per quelle riferite all'anno precedente a quello di rilevazione (47%), si osserva un decremento delle stesse fino all'anno 2014 (anno in cui la prevalenza del gioco nella vita risulta del 47% e del 39% quella riferita all'anno) per tornare ad aumentare nell'ultima rilevazione.



LT=LifeTime (almeno una volta nella vita); LY=Last Year (almeno una volta negli ultimi 12 mesi)

Figura 108 Stime di prevalenza degli studenti che hanno giocato d'azzardo nella vita e nell'ultimo anno. ESPAD®Italia anni 2009-2015

Sono gli studenti di genere maschile ad essere maggiormente attratti dalla pratica del gioco d'azzardo (52%; femmine: 32%) con prevalenze che crescono in corrispondenza dell'età: sono, infatti, soprattutto i maggiorenni a giocare scommettendo soldi e, nonostante la legge italiana lo vieti, sono il 38% i minorenni che hanno giocato d'azzardo durante l'anno (maggioirenni: 48%).



LT=LifeTime (almeno una volta nella vita); LY=Last Year (almeno una volta negli ultimi 12 mesi)

Figura 109 Prevalenza degli studenti che hanno giocato d'azzardo nell'ultimo anno. ESPAD®Italia 2015

Il 48% di chi non ha giocato d'azzardo durante l'anno riferisce di non avere contesti di gioco nelle vicinanze della propria abitazione o della scuola che frequenta, quota che risulta, invece, pari al 24% tra coloro che hanno giocato. Circa il 44% degli studenti giocatori abita e/o frequenta una scuola a meno di 5 minuti da un luogo dove è possibile giocare d'azzardo (contro il 30% circa dei non giocatori).

Se la maggior parte degli studenti che hanno giocato d’azzardo durante l’anno lo ha fatto per non più di una volta al mese (62%), quasi il 22% lo ha ripetuto da 2 a 4 volte; sono il 12%, invece, coloro che hanno giocato più assiduamente, da 2 a 5 volte alla settimana, e oltre il 4% ha giocato 6 o più volte, con differenze non sostanziali a livello di età (minorenni: 4,5%; maggiorenni: 4%) bensì di genere (6%; femmine: 1%).

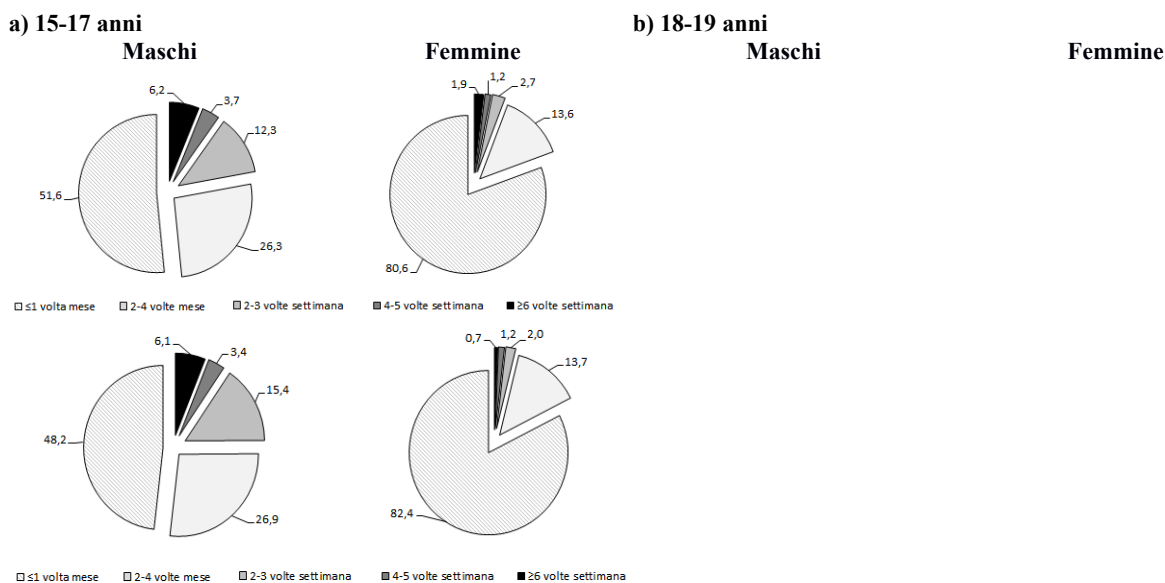


Figura 110 Distribuzione percentuale della frequenza di gioco annua tra gli studenti che hanno giocato d’azzardo nell’anno. ESPAD®Italia 2015

Nel complesso per il 69% degli studenti che hanno giocato durante l’anno la durata media di gioco è stata inferiore a 30 minuti, per il 13% da 30 a 60 minuti e per il 10% di 2 ore o più. A giocare d’azzardo per un tempo prolungato sono stati in particolar modo i maschi (12%; femmine: 6%), senza tuttavia rilevare differenze tra minorenni e maggiorenni (rispettivamente 10% e 9%).

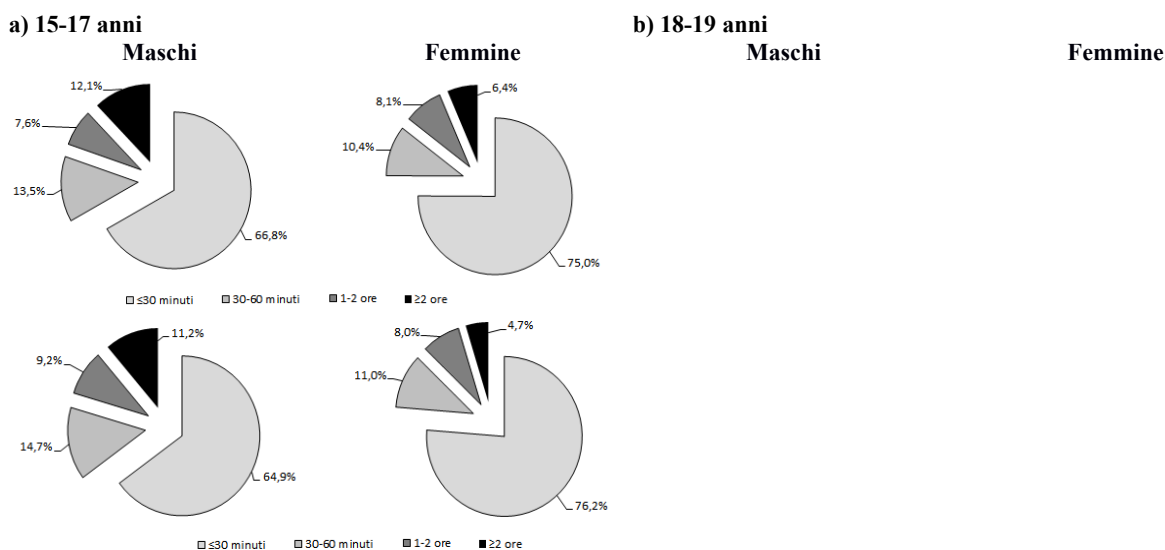


Figura 111 Distribuzione percentuale della durata media di gioco, in una giornata tipo, degli studenti che hanno giocato d’azzardo nell’anno. ESPAD®Italia 2015

Tra gli studenti giocatori il 69% ha preferito i Gratta&Vinci, il 47% ha scommesso sull'esito di eventi sportivi, il 38% ha giocato a Bingo/Tombola e il 29% a Totocalcio/Totogol; il 28% ha puntato soldi giocando a carte, il 18% a Poker Texano, il 20% a Lotto/Superenalotto, il 15% a Lotto istantaneo e il 14% alle New Slot/VLT. Tra le studentesse i giochi preferiti sono quelli non strategici, come Gratta&Vinci e Bingo/Tombola, mentre i ragazzi, oltre a quelli praticati dalle coetanee, preferiscono scommettere su eventi sia sportivi che di altro genere, così come giocare a Totocalcio/Totogol e a Poker Texano.

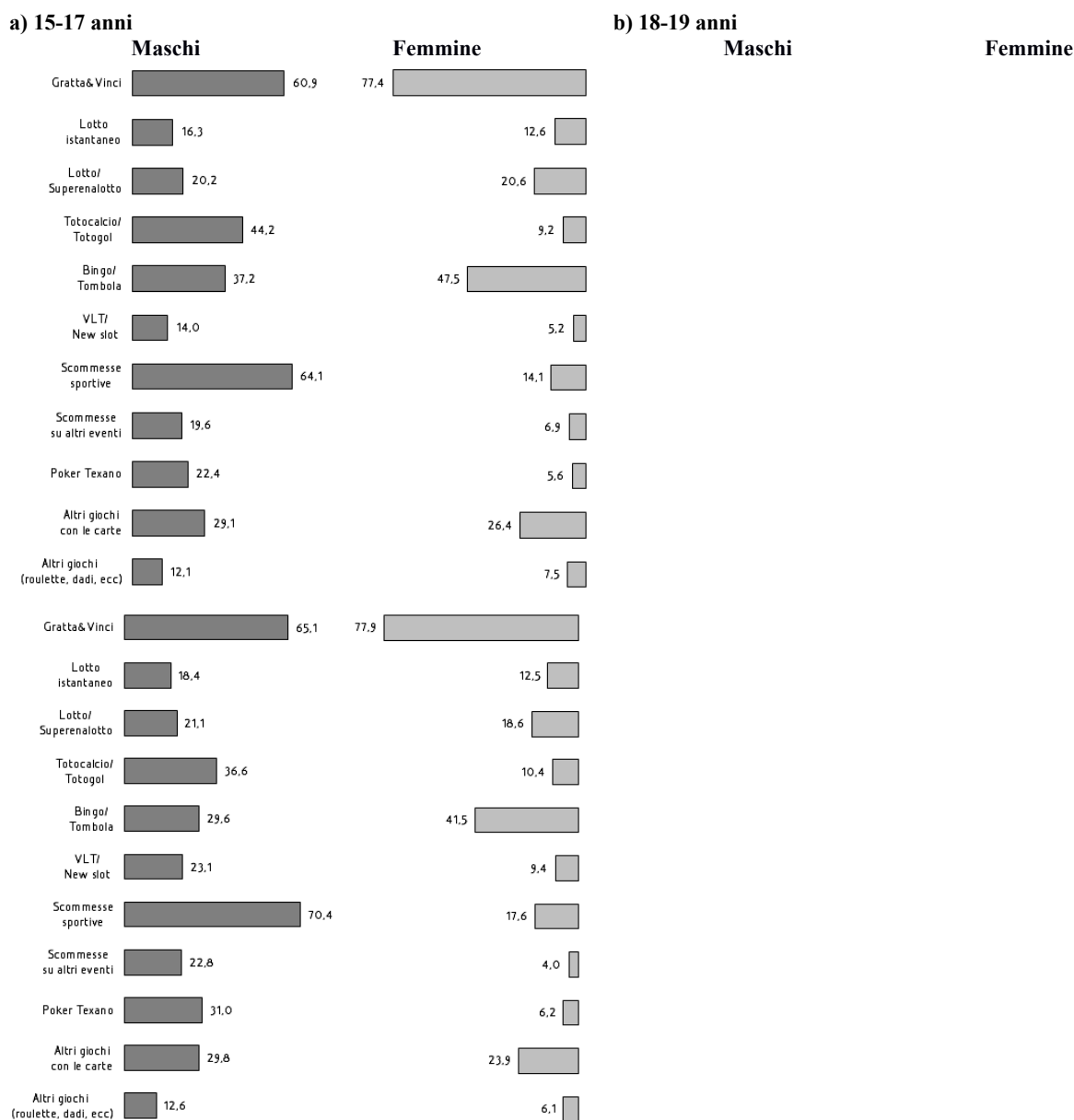


Figura 112 Distribuzione percentuale dei giochi praticati dagli studenti che hanno giocato d'azzardo nell'anno. ESPAD®Italia 2015

In generale, i contesti di gioco maggiormente frequentati dai giocatori sono, coerentemente con le tipologie di gioco praticate, bar/tabaccherie (35%) e sale scommesse (28%), ma anche a casa propria o di amici (37%) e via web (19%). Le studentesse giocatrici, sia minorenni che maggiorenni, giocano quasi esclusivamente presso abitazioni private (a casa propria o di amici) e/o presso bar/tabacchi,

mentre i ragazzi, oltre a quelli frequentati dalle coetanee, preferiscono giocare presso le sale scommesse e/o via internet.

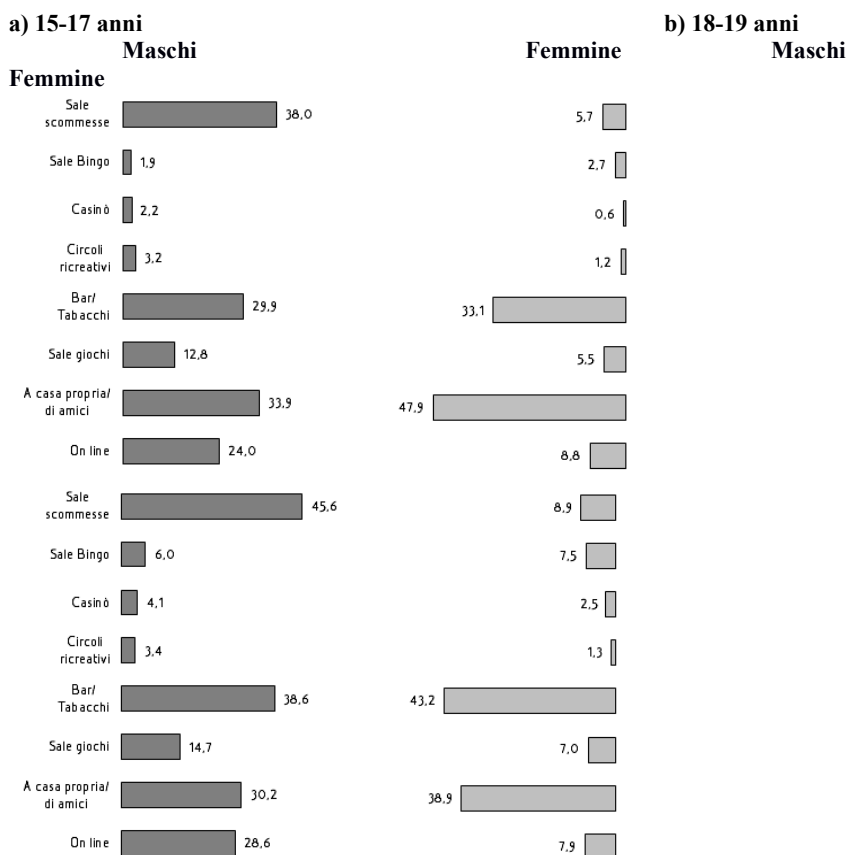


Figura 113 Distribuzione percentuale dei contesti di gioco frequentati dagli studenti che hanno giocato d'azzardo nell'anno. ESPAD@Italia 2015

La spesa sostenuta nel mese antecedente lo svolgimento dello studio è inferiore ai 10 euro per il 76% dei giocatori, mentre per l'8% è di oltre 50 euro. Se la spesa sostenuta non si differenzia tra minorenni e maggiorenni (10 euro o meno: minorenni: 78%; maggiorenni: 73%; 50 euro o più: minorenni: 9%; maggiorenni: 7%), è a livello di genere che si rilevano le differenze più consistenti: sono i maschi a riferire di aver speso 50 euro o più nell'ultimo mese (9%; femmine: 4%), mentre sono le coetanee a non averne speso più di 10 (89%; maschi: 71%).

Rispetto agli studenti che hanno giocato on line durante l'anno, per la maggior parte (64%) si tratta di giocare occasionalmente, non più di 5 volte nell'anno, soprattutto le ragazze (80%; maschi: 60%), mentre sono il 18% coloro che l'hanno fatto 20 o più volte e, in questo caso, sono soprattutto i maschi (20%; femmine: 7%). È il computer lo strumento maggiormente utilizzato per giocare d'azzardo on line (47%), sia dai maschi che dalle femmine (rispettivamente 51% e 30%), sia dai minorenni che dai maggiorenni (rispettivamente 42% e 53%), seguito da smartphone (34%), senza sostanziali differenze di genere (maschi: 36%; femmine: 27%) e di età (34% tra i minorenni e 35% tra i maggiorenni).

Tra coloro che hanno giocato on line, sono Totocalcio/Scommesse sportive ad essere maggiormente praticati (56%), seguiti da Poker Texano (33%) e Gratta&Vinci/Lotto istantaneo (23%).

Se le ragazze hanno giocato on line soprattutto ai Gratta & Vinci/Lotto istantaneo (34%; maschi: 21%), i ragazzi, oltre a Totocalcio/Scommesse sportive, hanno preferito il Poker Texano (rispettivamente 62% e 35%; femmine: 26% e 22%).

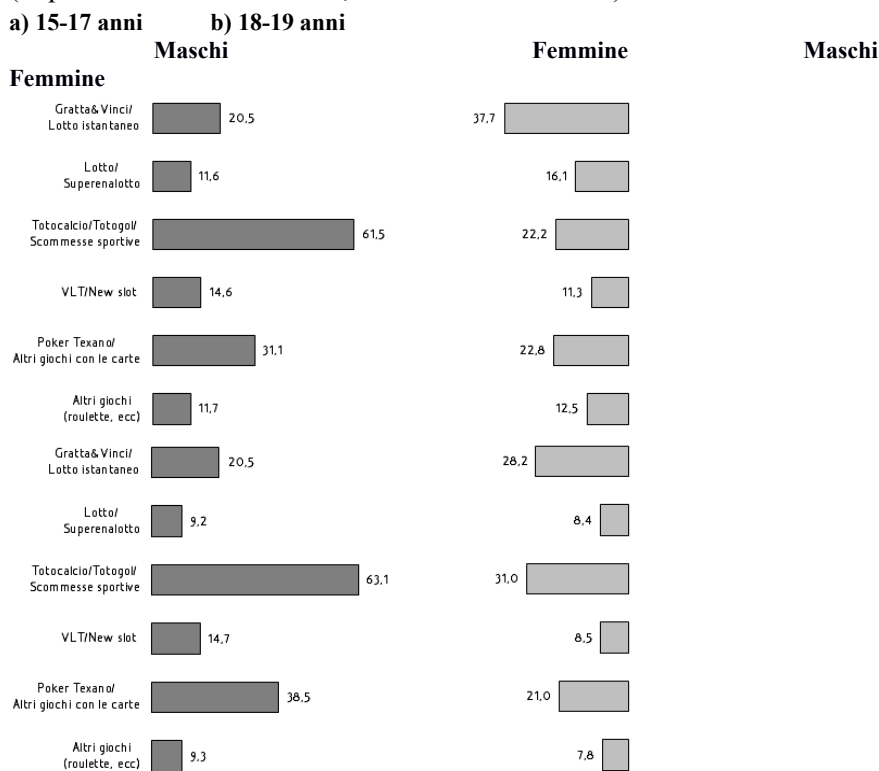


Figura 114 Distribuzione percentuale dei giochi praticati dagli studenti che hanno giocato d'azzardo on line nell'anno. ESPAD@Italia 2015

È nelle regioni meridionali (fatta eccezione per il Molise) e in Sicilia che, rispetto agli studenti che hanno giocato d'azzardo durante l'anno, si osservano le prevalenze superiori alla media nazionale (valori che oscillano tra 46% e 50%), mentre è nelle regioni settentrionali, ad eccezione della Lombardia, che si osservano i valori inferiori (compresi tra 30% e 37%).

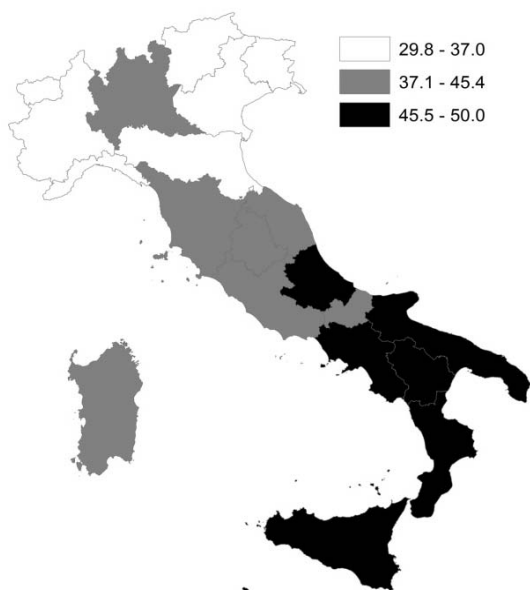


Figura 115 Stime di prevalenza degli studenti italiani che hanno giocato d'azzardo nell'ultimo anno. ESPAD®Italia 2015

I profili di gioco

Lo studio ESPAD®Italia include anche un test di screening sul gioco specificatamente rivolto agli adolescenti, il test Sogs-Ra - South Oaks Gambling Screen, Revised for Adolescents (Winters et al., 1993; Poulin, 2002), validato a livello nazionale (Colasante et al., 2014), che permette di definire il grado potenziale di problematicità sulla base del punteggio ottenuto (si veda box alla fine del capitolo). La somministrazione del test ha rilevato che l'11% degli studenti tra i giocatori d'azzardo nell'ultimo anno ha un comportamento definibile "a rischio" e l'8% circa "problematico", senza alcuna variazione rispetto alla rilevazione precedente.

Nel corso degli anni le percentuali di giocatori a rischio mostrano un progressivo decremento (dal 14-15% degli anni 2009-2011 si passa a quasi il 12% nel 2012-2013), mentre quelle riferite ai giocatori problematici, pur diminuendo fino al 2012 (la percentuale dal 9% del 2009 raggiunge il 7% nel 2012), si mantengono stabili nell'ultimo triennio.

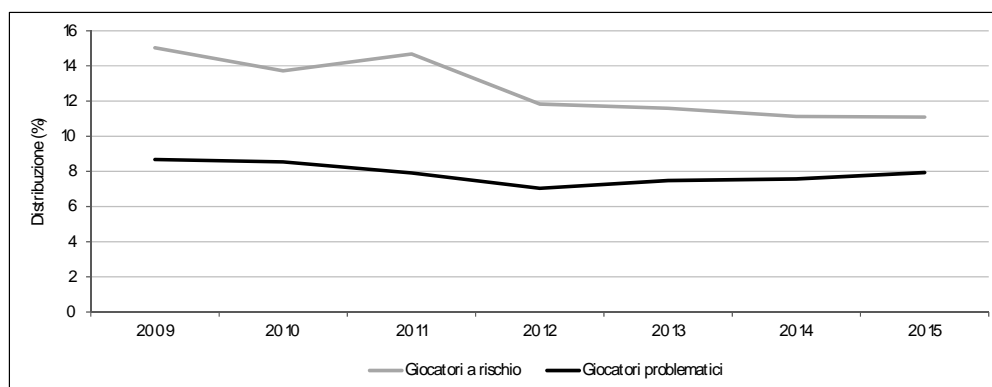
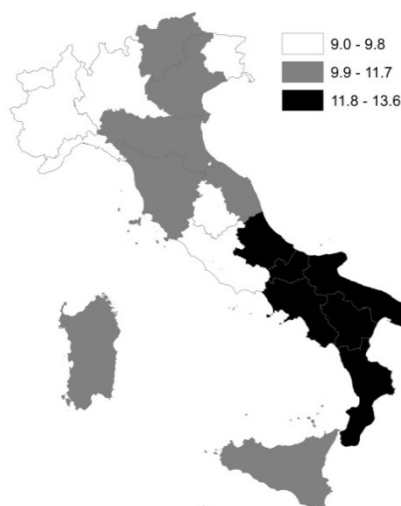


Figura 116 Distribuzione percentuale dei profili di gioco a rischio e problematico tra gli studenti che hanno giocato d'azzardo nell'anno. ESPAD®Italia anni 2009-2015

Come evidenziato per gli studenti che hanno giocato durante l'anno, le regioni con le percentuali di giocatori a rischio superiori alla media nazionale sono quelle meridionali (con valori compresi tra 12% e 14%). Rispetto ai giocatori con un profilo di gioco problematico è nelle regioni meridionali (Puglia, Calabria, Abruzzo, Molise e Campania) e in Sardegna che si registrano i valori superiori alla media nazionale (con un range di valori compresi tra 9% e 12%).

a) Gioco a rischio



b) Gioco problematico

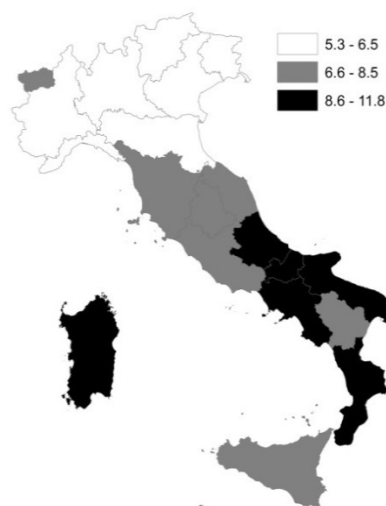


Figura 117 Distribuzione percentuale degli studenti italiani che hanno giocato d'azzardo nell'ultimo anno e che hanno un profilo di gioco definibile a rischio e problematico. ESPAD®Italia 2015

I diversi profili di gioco si distinguono innanzitutto per la frequenza di gioco, che si intensifica all'aumentare del grado di problematicità del comportamento: se il 70% degli studenti con un profilo di gioco definibile sociale ha giocato al massimo una volta al mese durante l'anno, per più di un giocatore problematico su 4 la frequenza è stata giornaliera o quasi.

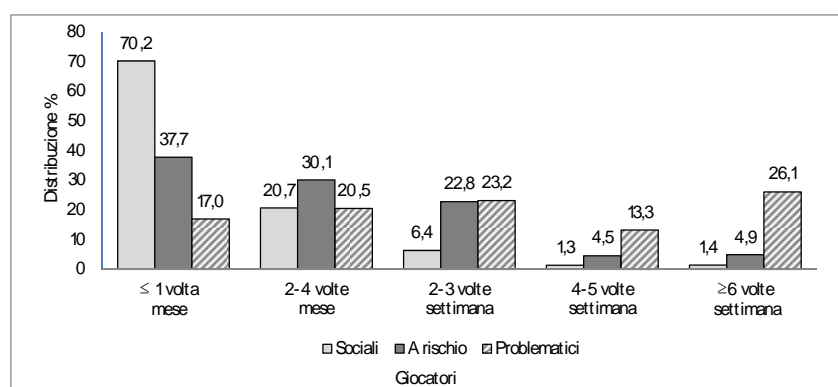


Figura 118 Distribuzione percentuale della frequenza di gioco annua tra gli studenti che hanno giocato d'azzardo nell'ultimo anno secondo il profilo di gioco. ESPAD®Italia 2015

I profili di giocatore si differenziano anche sulla base del tempo trascorso a giocare d'azzardo nell'arco di una giornata tipo: mentre il 77% dei giocatori sociali non gioca più di 30 minuti al giorno (55% tra i giocatori a rischio e 28% tra i problematici), il 36% dei giocatori problematici dedica a questa attività almeno 2 ore giornaliere (13% dei giocatori a rischio e 6% di quelli sociali).

Fatta eccezione per i Gratta&Vinci, giocati da tutti e tre i profili di giocatore, e per le scommesse sportive, preferite dai giocatori a rischio e problematici, le altre tipologie sono praticate da gran parte dei giocatori problematici, i quali giocano in larga misura sia ai giochi come Totocalcio/Totogol, carte, Poker texano e Lotto/Superenalotto sia a quelli a vincita immediata (es. Lotto Istantaneo e VLT/New Slot). Del resto il numero di giochi praticati durante l'anno aumenta in corrispondenza della problematicità di gioco: se il 72% dei giocatori sociali non ha praticato più di 3 tipi di gioco d'azzardo durante l'anno (52% tra i giocatori a rischio e 25% tra quelli problematici), sono il 52% i problematici che hanno scommesso soldi su 6 o più tipi di gioco (il 22% dei giocatori a rischio e il 7% di quelli sociali).

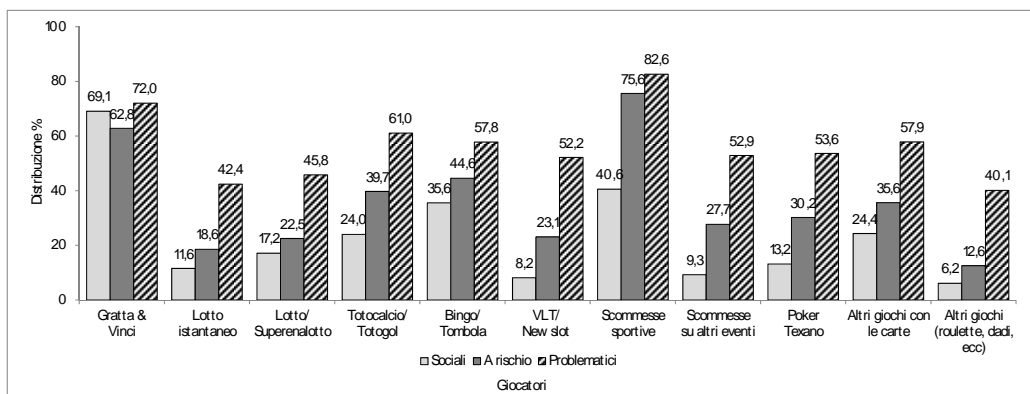


Figura 119 Distribuzione percentuale dei giochi praticati dagli studenti che hanno giocato d'azzardo nell'ultimo anno secondo il profilo di gioco. ESPAD®Italia 2015

Rispetto ai contesti di gioco, se le percentuali di coloro che giocano d'azzardo presso bar/tabacchi e/o abitazioni private (propria o di amici) risultano del tutto simili tra i diversi profili di giocatori, sono le sale scommesse ad essere preferite dai giocatori a rischio e problematici. Sale giochi e internet, invece, diventano contesti di gioco frequentati in particolar modo dai giocatori problematici

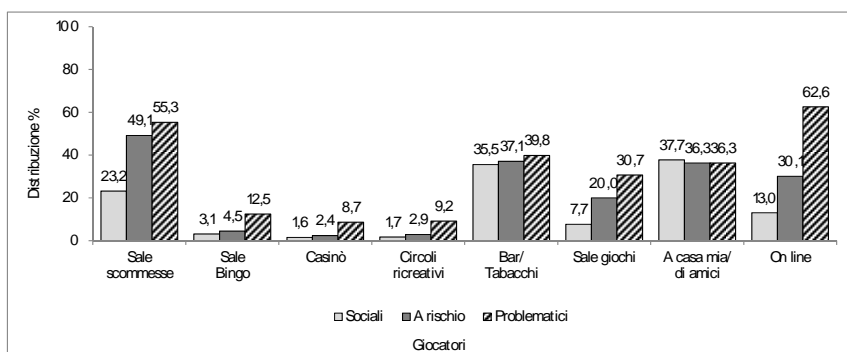


Figura 120 Distribuzione percentuale dei contesti di gioco frequentati dagli studenti che hanno giocato d'azzardo nell'ultimo anno secondo il profilo di gioco. ESPAD®Italia 2015

Un altro aspetto che contraddistingue i giocatori problematici è la spesa sostenuta per giocare d'azzardo: nel mese precedente lo svolgimento dello studio, poco meno di 1 studente con un profilo di gioco definibile problematico ogni 3 ha speso oltre 50 euro, cifra spesa da quasi il 6% dei giocatori a rischio. La spesa sostenuta dai giocatori sociali nei 30 giorni antecedenti la compilazione del questionario è prevalentemente al di sotto dei 10 euro (87%).

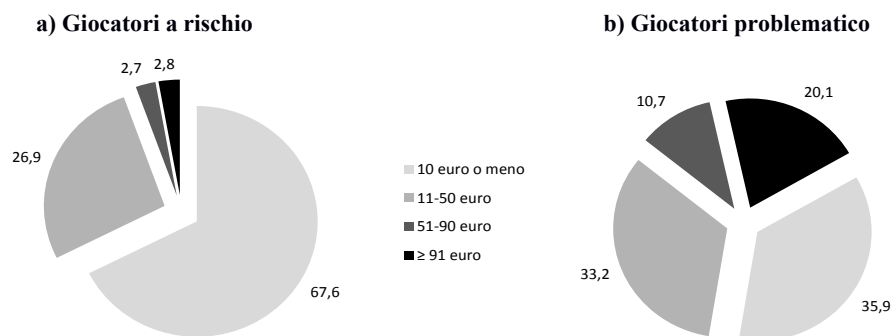


Figura 121 Spesa sostenuta nell'ultimo mese dagli studenti che hanno giocato d'azzardo durante l'anno secondo il profilo di gioco. ESPAD@Italia 2015

Gli studenti giocatori che sono definibili a rischio e problematici mostrano, rispetto ai sociali, una associazione positiva⁷², soprattutto tra i problematici, con l'aver intrapreso comportamenti a rischio quali aver fatto binge drinking (bere 5 o più unità alcoliche in un tempo ristretto) nel mese antecedente lo studio, aver usato almeno una sostanza illegale nell'anno (esclusa la cannabis) ed essere un frequent user di cannabis (20 o più volte nell'ultimo mese). I giocatori problematici risultano associati positivamente anche con l'essere un forte fumatore (fumare almeno 10 sigarette al giorno), bere alcolici tutti i giorni, aver assunto droghe sconosciute e aver fatto uso di psicofarmaci nell'anno.

L'associazione positiva è riscontrata anche rispetto ad altri tipi di comportamento a rischio come aver rubato oggetti di valore superiore a 10 euro e aver venduto oggetti rubati, aver danneggiato beni pubblici di proposito, aver avuto rapporti sessuali non protetti, aver perso 3 o più giorni di scuola senza motivazione nell'ultimo mese o, ancora, trascorrere più di 2 ore in un giorno infrasettimanale a chattare. Per tutti i comportamenti sopra elencati, i giocatori problematici mostrano un'associazione decisamente più intensa di quella rilevata per i giocatori a rischio. Associazioni positive per i soli profili problematici si rilevano con l'uscire spesso la sera e il trascorrere più di 2 ore in un giorno infrasettimanale a fare giochi di abilità on line.

Ci sono, inoltre, alcune caratteristiche relative alla famiglia, al contesto amicale e alla gestione del tempo libero che risultano associate negativamente ai profili di giocatore a rischio e problematico: avere genitori che controllano i figli durante le attività del sabato sera e nella gestione dei soldi (spendere più di 50 euro a settimana), avere un buon rapporto con i propri genitori e/o con i propri amici (Gori et al., 2014).

Rispetto alla percezione del rischio, ritenere che chi gioca d'azzardo una o più volte la settimana rischi in modo moderato o elevato di danneggiarsi è un altro aspetto negativamente associato all'essere un giocatore sia a rischio sia problematico; al contrario, avere amici che giocano d'azzardo è associato positivamente a entrambi i profili.

⁷² Al fine di individuare le caratteristiche associate ai giocatori sia a rischio sia problematici, sono stati utilizzati dei modelli statistici di regressione logistica che stimano le misure di associazione Odds Ratio-OR (o "Rapporto tra Odds") con alcune variabili presenti nel questionario. Le misure di associazione sono state aggiustate per genere ed età e riportate in tabella come ORadj (IC= intervallo di confidenza 95%). Se l'OR assume un valore superiore ad 1 è possibile affermare che la variabile in esame risulta associata in maniera positiva con il comportamento di riferimento; se l'OR risulta negativo la variabile in esame è associata negativamente al fenomeno in studio. Sono stati applicati due modelli per approfondire il profilo dei giocatori problematici e a rischio, in entrambi i casi il comportamento considerato come riferimento è il gioco non problematico. La significatività statistica è stata stabilita per un valore di $p \leq 0.05$.

Gli studenti che, invece, al test SOGS-Ra sono risultati giocatori sociali mostrano, rispetto ai non giocatori, una associazione positiva praticamente con tutti i comportamenti a rischio analizzati: dall'assumere sostanze lecite e/o illecite al rubare o vendere oggetti rubati, dal danneggiare volontariamente oggetti pubblici all'avere rapporti sessuali non protetti.

Anche i comportamenti legati alla scuola, come l'aver perso 3 o più giorni di scuola senza motivo, e al tempo libero, come l'uscire spesso la sera e il trascorrere più di 2 ore in un giorno infrasettimanale a chattare, sono associati positivamente ai profili dei giocatori sociali.

Sono associati positivamente anche l'essere soddisfatti del proprio rapporto con gli amici così come l'aver amici che giocano d'azzardo. Per questo profilo non è risultata alcuna associazione negativa.

	Giocatore		
	Sociale ORadj (IC 95%)	A rischio ORadj (IC 95%)	Problematico ORadj (IC 95%)
Comportamenti a rischio			
Aver fatto binge drinking nell'ultimo mese	1,44 (1,33-1,57)	1,75 (1,44-2,13)	2,65 (2,09-3,35)
Essere un forte fumatore quotidiano (≥ 10 sigarette/die)	1,41 (1,17-1,71)	n.s.	3,02 (2,17-4,21)
Bere alcolici tutti i giorni o quasi	1,25 (1,01-1,56)	n.s.	3,11 (2,19-4,44)
Aver usato droghe sconosciute	1,43 (1,02-1,99)	n.s.	10,38 (6,92-15,57)
Aver usato almeno una sostanza illegale nell'anno (esclusa cannabis)	n.s.	1,87 (1,28-2,74)	6,54 (4,77-8,95)
Aver assunto cannabis 20 o più volte nell'ultimo mese	1,36 (1,05-1,77)	1,98 (1,33-2,96)	3,94 (2,71-5,73)
Aver usato psicofarmaci nell'anno	1,31 (1,14-1,50)	n.s.	3,39 (2,53-4,55)
Aver rubato qualcosa del valore di >10 euro	1,94 (1,63-2,30)	2,18 (1,67-2,84)	5,66 (4,38-7,32)
Aver venduto oggetti rubati	1,40 (1,02-1,94)	2,28 (1,45-3,61)	10,7 (7,47-15,33)
Aver danneggiato beni pubblici	1,93 (1,60-2,32)	1,94 (1,45-2,60)	5,17 (3,94-6,78)
Aver avuto rapporti sessuali non protetti	1,46 (1,29-1,66)	1,63 (1,28-2,07)	4,27 (3,33-5,46)
Famiglia e amici			
Soddisfatti del rapporto con i propri genitori	n.s.	n.s.	0,57 (0,43-0,76)
Soddisfatti del rapporto con gli amici	1,15 (1,02-1,30)	n.s.	0,46 (0,35-0,61)
Non aver speso più di 50 euro a settimana senza il controllo dei genitori	n.s.	0,64 (0,45-0,91)	0,33 (0,23-0,48)
Essere controllati dai genitori nelle uscite del sabato sera	n.s.	0,53 (0,41-0,68)	0,30 (0,23-0,40)
Scuola e tempo libero			
Aver perso 3 o più giorni di scuola senza motivo	1,19 (1,03-1,37)	1,68 (1,28-2,2)	3,33 (2,54-4,36)
Uscire spesso la sera	1,64 (1,51-1,79)	n.s.	1,57 (1,20-2,05)
Trascorrere più di 2 ore in un giorno infrasettimanale a chattare	1,32 (1,21-1,44)	1,36 (1,12-1,66)	1,81 (1,43-2,29)
Trascorrere più di 2 ore in un giorno infrasettimanale a fare giochi di abilità on line	n.s.	n.s.	8,86 (6,34-12,4)
Contiguità e percezione del rischio			
Avere amici che giocano d'azzardo	2,63 (2,41-2,86)	2,21 (1,17-2,78)	2,46 (1,87-3,25)
Ritenere che chi gioca d'azzardo ≥ 1 volte/settimana ha un grado di rischio moderato/elevato di danneggiarsi	n.s.	0,73 (0,59-0,89)	0,35 (0,28-0,44)

n.s.=non significativo

Tabella 106 Caratteristiche degli studenti con profilo di giocatore sociale (vs non giocatore), a rischio e problematico (vs giocatore sociale). ESPAD@Italia 2015

South Oaks Gambling Screen: Revised for Adolescents - SOGS-RA

Il test di screening South Oaks Gambling Screen: Revised for Adolescents-SOGS-RA indaga la problematicità del gioco d'azzardo nella popolazione adolescente. La versione originale del 1993 (Winters et al.) è stata adattata alla popolazione giovanile da Poulin (2002) e quest'ultima è stata validata a livello italiano (Colasante et al., 2014). La validazione nazionale ha previsto una prima fase di traduzione e adattamento trans-culturale del test di screening mediante il metodo "translation and back translation" (Beaton et al., 2000). Questa procedura è consistita nella traduzione della scala dalla lingua originale a quella italiana (inglese vs italiano), con lo scopo di mantenere il significato originale apportando idonei adattamenti culturali e clinici. L'analisi statistica per la verifica delle caratteristiche psicometriche della scala SOGS-Ra è consistita in:

- a) validazione interna per la verifica dell'omogeneità e della consistenza dello strumento;
- b) validazione esterna per la verifica della correlazione con il *gold-standard* identificato con gli items riguardanti la frequenza di gioco. Lo studio Italiano ha confermato lo scoring del punteggio suggerito nella versione originale.

Il test di screening SOGS-RA è composto dai seguenti 12 items a risposta dicotomica (No=0; Si=1).

1. Quanto spesso sei ritornato a giocare per cercare di rivincere i soldi che avevi perso al gioco?
2. Quando stavi giocando, hai mai detto agli altri di aver vinto soldi quando non era vero?
3. Il gioco ti ha mai causato discussioni in famiglia e con gli amici, oppure problemi a scuola?
4. Hai mai giocato più soldi di quanto ti eri proposto di fare?
5. Ci sono persone che ti hanno criticato perché giochi o ti hanno detto che hai un problema con il gioco, indipendentemente dal fatto che tu pensi sia vero o meno?
6. Ti sei mai sentito in colpa per i soldi che spendi nel gioco o per le conseguenze del tuo giocare?
7. Hai mai avuto voglia di smettere di giocare, pensando però che non ce l'avresti fatta?
8. Hai mai nascosto alla famiglia o agli amici scontrini di scommesse, biglietti della lotteria, soldi vinti al gioco, o altre prove del tuo giocare?
9. Hai mai avuto litigi con la famiglia o con gli amici, parlando di soldi spesi nel gioco?
10. Hai mai preso in prestito soldi per giocare, senza restituirli?
11. Hai mai fatto assenze a scuola per andare a giocare?
12. Hai mai preso in prestito denaro oppure rubato qualcosa per avere soldi per giocare o per nascondere attività di gioco?

Il punteggio ottenuto, compreso tra 0 e 12, definisce 3 gradi di problematicità:

- lo score da 0 o 1 caratterizza un comportamento di gioco di tipo sociale, "non problematico";
- da 2 a 3 un comportamento definibile a rischio "at risk";
- uguale o superiore a 4 indica una condizione problematica rispetto al comportamento di gioco "problem gambling" (Winters et al., 1993).

Bibliografia

Beaton E, Bombardier C, Guillemin F, Ferraz B. (2000). Guidelines for the process of crosscultural adaptation of self-report measures. *Review*. 15, 25, (24), pp. 3186–3191.

Colasante E, Gori M, Bastiani L, Scalese M, Siciliano V, Molinaro S. (2014). Italian adolescent gambling behaviour: Psychometric evaluation of the South Oaks gambling screen—revised for adolescents (SOGS-RA) among a sample of Italian students. *Journal of Gambling Studies*, 30(4):789-801. doi: 10.1007/s10899-013-9385-6.

Gori M, Potente R, Pitino A, Scalese M, Bastiani L, Molinaro S. (2014) Relationship Between Gambling Severity and Attitudes in Adolescents: Findings from a Population-Based Study. *Journal of Gambling Studies*, 31(3):717-40. doi: 10.1007/s10899-014-9481-2.

Poulin C. (2002). An assessment of the validity and reliability of the SOGS-RA. *Journal of Gambling Studies*, 18(1), 67–93

Winters C, Stinchfield D, Fulkerson J. (1993). Toward the development of an adolescent gambling problem severity scale. *Journal of Gambling Studies*, 9(1), 63–84.

1.5 Dati sul tabagismo

A cura di Istituto Superiore di Sanità (ISS) -Osservatorio Fumo, Alcol e Droga-

L'Osservatorio Fumo, Alcol e Droga (OssFAD) è l'organo ufficiale dell'Istituto Superiore di Sanità (ISS) che ha come obiettivo di informare e formare in materia di tabagismo, alcolismo, tossicodipendenze e doping.

L'OssFAD realizza annualmente il Convegno Nazionale Tabagismo e Servizio Sanitario Nazionale nell'ambito del quale viene presentato il Report Nazionale sul Fumo in Italia, indagine che l'Istituto Superiore di Sanità in collaborazione con l'Istituto Mario Negri commissiona alla Doxa con lo scopo indagare l'abitudine al fumo degli italiani. L'indagine campionaria prevede interviste personali, svolte con sistema C.A.P.I. (Computer Assisted Personal Interview) da intervistatori opportunamente istruiti e controllati, su un campione nazionale rappresentativo della popolazione italiana adulta di 15 anni ed oltre. Le interviste sono state realizzate in 110 Comuni di tutte le Regioni italiane.

La sintesi del Rapporto 2016 sul fumo

Il Rapporto 2016 sull'abitudine al fumo degli italiani indica che i fumatori in Italia sono il 22,0% della popolazione, pari a 11,5 milioni di persone. I fumatori maschi rappresentano il 27,3% degli italiani, le fumatrici, il 17,2%. Gli ex fumatori sono 7,1 milioni, il 13,5% della popolazione.

Prendendo in considerazione la serie storica relativa alla prevalenza del fumo di sigarette secondo le indagini Doxa condotte tra il 1975 ed il 2016 (Figura 122) è possibile osservare come, a partire dall'entrata in vigore della legge antifumo del 16 gennaio 2003 n. 3 (G.U. n. 15 del 20/01/2003, Suppl.Ord. n. 5), la percentuale dei fumatori sia regolarmente diminuita fino ad attestarsi attorno ad un valore medio pari al 20% della popolazione: tale valore, da otto anni a questa parte, rimane pressochè invariato, al di là di piccole oscillazioni percentuali scarsamente significative. In particolare, nel 2016 si registra una lieve crescita nella prevalenza dei fumatori di entrambi i sessi rispetto all'anno precedente, con un aumento più marcato negli uomini rispetto alle donne (Figura 123).

In tutte le fasce d'età la prevalenza di fumatori supera quella delle fumatrici: in particolare, nella fascia d'età compresa tra i 25 ed i 44 anni si colloca la percentuale più elevata di fumatori di entrambi i sessi (31,9% degli uomini, 24,1% delle donne) mentre tra gli over 65 si registra la prevalenza minore (18,2% per gli uomini, 6,9% per le donne).

La distribuzione dei fumatori rispetto alle varie aree geografiche mostra che la prevalenza di fumatori di sesso maschile si registra nelle regioni del Centro Italia (30,4%), mentre la prevalenza di fumatrici nelle regioni del Nord (19,9%).

I fumatori consumano mediamente 13,1 sigarette al giorno, ed in particolare la maggioranza di essi (73,4%) dichiara di fumarne più di 10 al dì. L'81,6% dei giovani di età compresa tra i 15 ed i 24 anni fuma meno di 15 sigarette al giorno.

L'età media in cui si inizia a fumare è di 17,9 anni, con uno scarto di poco più di un anno tra maschi e femmine (17,4 anni per i maschi e 18,7 per le femmine). Il 71,1% dei fumatori ha iniziato a fumare tra i 15 e i 20 anni. Particolare preoccupazione desta il dato relativo al 13,8% dei fumatori che hanno iniziato prima dei 15 anni. Il motivo principale per il quale oltre il 60% dei fumatori ha iniziato a fumare è legato alle situazioni ludiche o ricreative in compagnia di amici e compagni di scuola. L'influenza dei "pari" è una costante nell'iniziazione al fumo di tabacco.

Tipologia di consumo – L'89,0% dei fumatori consuma prevalentemente sigarette confezionate, mentre il 18,6% di essi utilizza anche o esclusivamente, sigarette fatte a mano (tabacco trinciato). In particolare, il consumo prevalente di sigarette fatte a mano è in costante crescita, facendo registrare una variazione del +2.5% rispetto al 2015 (6,9% nel 2015, 9,4% nel 2016). Il consumo di sigarette fatte a mano è significativamente più diffuso tra i maschi, giovani (età 15-24 anni) e nelle regioni del Centro Italia. Il gradimento di questo prodotto è verosimilmente legato al prezzo inferiore rispetto al pacchetto tradizionale ma anche al ruolo che la "moda" ha nell'orientare la scelta nei giovani consumatori.

La sigaretta elettronica – La sigaretta elettronica (e-cig) da alcuni anni rappresenta un vero e proprio fenomeno socio-economico. A partire dal 2013 l'indagine Doxa fotografa quali siano le risposte dei fumatori italiani all'introduzione sul mercato di un prodotto che si pone come alternativo alla sigaretta tradizionale.

I risultati dell'ultima indagine mostrano che, per la prima volta dopo 3 anni, si registra un sensibile incremento dell'uso della sigaretta elettronica: gli utilizzatori di e-cig sono infatti passati dall'1,1% del 2015 al 3,9% del 2016 (nel 2014 erano l'1,6%), ovvero circa 2 milioni di consumatori abituali o occasionali. Gli utilizzatori di sigaretta elettronica sono soprattutto utilizzatori duali (sigaretta elettronica + sigaretta tradizionale) e rappresentano il 77,6% degli utilizzatori di e-cig: questa percentuale ha subito lievissime variazioni nel corso degli anni (erano il 73,1% nel 2015 e l'80,7% nel 2014). Tra questi, fumatori che non hanno modificato le loro abitudini tabagiche (19,3%) o che hanno aumentato (0,5%), ridotto leggermente (5,6%) o drasticamente (9,5%) il numero di sigarette tradizionali fumate. E ancora, tra gli utilizzatori duali, gli ex fumatori che hanno dichiarato di aver ricominciato a fumare le sigarette tradizionali assieme alla sigaretta elettronica (24,9%) o coloro che non fumavano e sono diventati consumatori duali di sigarette tradizionali e sigarette elettroniche (17,8%). Tra gli utilizzatori esclusivi di sigaretta elettronica (18,4% degli utilizzatori di e-cig) fumatori che hanno smesso di fumare (7,7%) e persone che si sono avvicinate per la prima volta alla sigaretta elettronica ma non erano fumatori (10,7%).

Il Telefono Verde contro il Fumo – Il telefono verde contro il fumo dell'ISS nel 2015 ha raccolto 3600 telefonate (2.274 utenti uomini e 1.326 donne) provenienti soprattutto dal Sud Italia (42,3%), ma anche dal Nord (35,3) e dal Centro (22,4%). Le telefonate hanno riguardato soprattutto utenti di età compresa tra i 46 ed i 55 anni. Si registra rispetto all'anno precedente un lieve incremento nelle telefonate degli utenti di età superiore ai 45 anni.

Smettere di fumare – L’Osservatorio Fumo, Alcol e Droga dell’ISS effettua dal 2000 il censimento dei Servizi territoriali per la cessazione dal fumo di tabacco (Centri Antifumo) dedicati alla cura del tabagismo e dei problemi fumo-correlati. In passato il monitoraggio sulle attività dei Centri Antifumo e l’aggiornamento dell’anagrafica e dell’offerta dei servizi avvenivano mediante contatto telefonico e corrispondenza via mail. A partire dal 2015, la raccolta dati avviene utilizzando un sistema di rilevamento informatizzato mediante il quale ciascun Centro può aggiornare i dati accedendo ad un’area web dedicata.

Il censimento del 2016 rileva una lievissima diminuzione nel numero dei Centri Antifumo attivi sul territorio nazionale (363 ad aprile 2016, 368 nel 2015) con quasi 14.000 utenti in trattamento nel corso del 2015. In particolare, 305 Centri antifumo afferiscono al SSN e 58 alla Lega Italiana per la Lotta contro i Tumori (LILT) e sono localizzati soprattutto nel Nord (57.3%), ma anche al Centro (19.0%) e al Sud (23,7%).

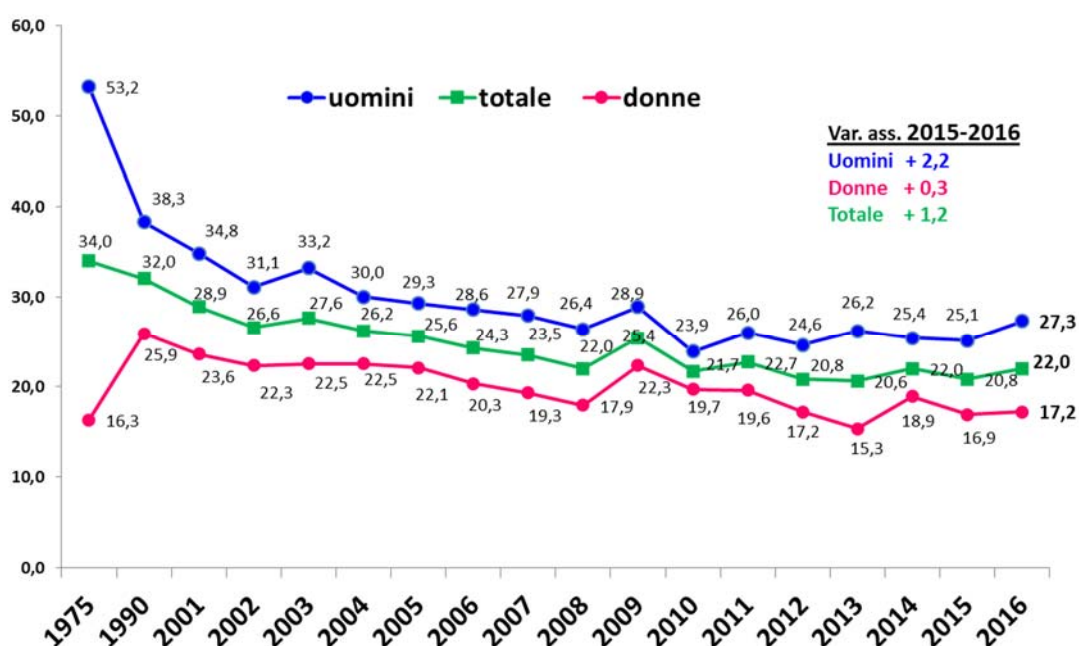


Figura 124 Prevalenza del fumo di sigaretta (valori %): anni 1975-2016

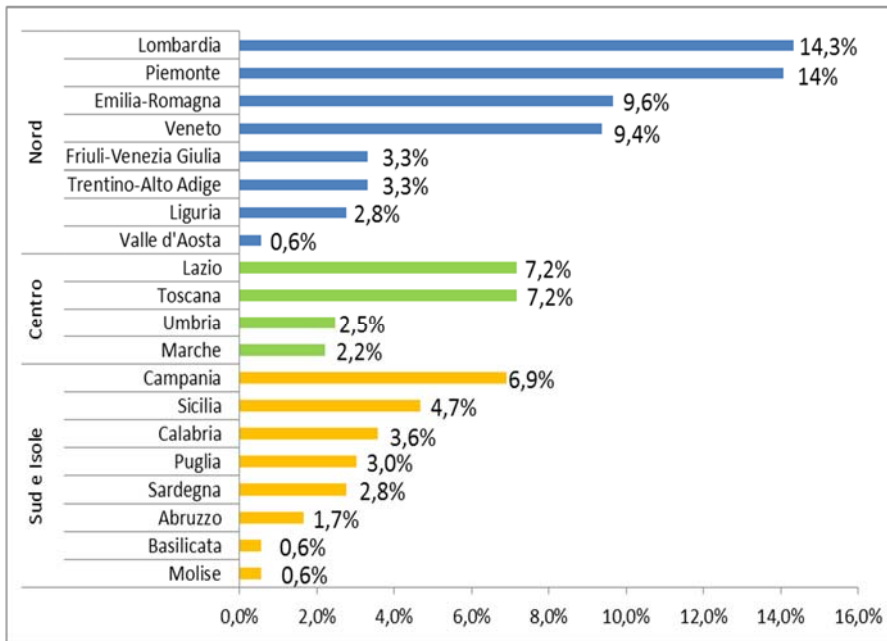


Figura 125 Distribuzione dei Centri Antifumo sul territorio nazionale (valori%)

Relazione Annuale al Parlamento 2016 sullo stato delle tossicodipendenze in Italia

DIREZIONE E COORDINAMENTO

Cons. Patrizia DE ROSE, Dirigente Generale- Coordinatore Ufficio Tecnico Scientifico e Affari Generali, Dipartimento per le Politiche Antidroga della Presidenza del Consiglio dei Ministri

STUDIO E COORDINAMENTO REDAZIONALE

Dott. Agostino MIOZZO - Dirigente Generale, in posizione di Staff, Dipartimento per le Politiche Antidroga della Presidenza del Consiglio dei Ministri

-Dott.ssa Elisabetta SIMEONI-Dirigente-Coordinatore Servizio I

GRUPPO REDAZIONALE DIPARTIMENTO POLITICHE ANTIDROGA

-Dott.ssa Giulia MARINO

-Sig.ra M. Rita SASSARA

ISTITUZIONI:

MINISTERO DEGLI AFFARI ESTERI E DELLA COOPERAZIONE INTERNAZIONALE

MINISTERO DELL' INTERNO

- Gen. D. CC Sabino CAVALIERE, Direzione Centrale per i Servizi Antidroga

-Dott.ssa Anna Maria CAPUTO, Direttore Tecnico Capo della Polizia di Stato, IV divisione Servizio Polizia Scientifica

-Dott.ssa Serena DETTI, Direzione Centrale Anticrimine della Polizia di Stato

-Sig. Valter FRAIOLI, Sostituto Direttore Tecnico della Polizia di Stato

-Dott.ssa Maria Gabriella GALEOTTI, Centro Studi Ricerca e Documentazione

-Sig. ra Rita CECCHETTI, Centro Studi Ricerca e Documentazione

-Sig. ra Marina COLASANTI, Centro Studi Ricerca e Documentazione

-Sig. ra Antonietta SALA, Centro Studi Ricerca e Documentazione

-Sig. Fabrizio SOCCIARELLI, Centro Studi Ricerca e Documentazione

MINISTERO DELLA GIUSTIZIA

-Consigliere Roberta PALMISANO , Consigliere Corte di Appello di Roma

-Dott. Roberto Calogero PISCITELLO, Direttore Generale dei Detenuti e del Trattamento, Dipartimento Amministrazione Penitenziaria (DAP)

-Dott.ssa Paola MONTESANTI, Direzione generale dei Detenuti e del Trattamento, Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria (DAP)

- Dott.ssa Flavia TAGLIAFIERRO, Sistema Informativo Automatizzato, Dipartimento Amministrazione Penitenziaria (DAP)
- Dr. Giulio STARRINI. Reparto di Medicina Protetta -Colle di Viterbo. comando presso il DAP della Regione Lazio
- Dott.ssa Sonia SPECCHIA. Direzione Generale Esecuzione Penale Esterna Dipartimento amministrazione Penitenziaria, Dipartimento Amministrazione Penitenziaria (DAP)
- Dott.ssa Laura ZUPPANTE, Osservatorio misure alternative, Dipartimento Amministrazione Penitenziaria (DAP)
- Dott.ssa Maria PERNA, Direzione Generale del Personale, Risorse e attuazione dei provvedimenti giudiziari
- Dott.ssa Giovanna SPITALIERI, Direzione Generale del Personale, Risorse e attuazione dei provvedimenti giudiziari-
- Dott.ssa Simona CASCIOTTI, Direzione Generale del Personale, Risorse e attuazione dei provvedimenti giudiziari, Generale della Giustizia Penale, Casellario Centrale
- Dott.ssa Vincenza IARIA, Dipartimento per gli Affari di Giustizia Direzione Generale della Giustizia Penale, Casellario Centrale
- Sig. Valerio De GIOVANNIS, Dipartimento per gli Affari di Giustizia

MINISTERO DELLA SALUTE

- Dott.ssa Germana APUZZO, Direzione Generale dei Dispositivi medici e del servizio Farmaceutico
- Dott.ssa Liliana la SALA, Direzione Generale della Prevenzione
- Dott. Pietro CANUZZI, Direzione generale della Prevenzione
- Dott.ssa Natalia MAGLIOCHETTI, Direzione Generale della Prevenzione
- Dott.ssa Maria Giuseppina LECCE, Direzione Generale della Prevenzione
- Dott.ssa Lidia DI MINCO, Direzione Generale della digitalizzazione, del sistema informativo sanitario e della statistica
- Dott.ssa Miriam DE CESARE, Direzione Generale della digitalizzazione, del sistema informativo sanitario e della statistica

MINISTERO DELLA DIFESA

- Col. CSA rn Claudio DE ANGELIS, Direttore Osservatorio Epidemiologico della Difesa
- Ten. Col. CC R.T.L. Raffaele VENTO, Capo Sezione Epidemiologico dell'Osservatorio Epidemiologico della Difesa
- Dott.ssa Anna ROCCHETTI, Capo Sezione Epidemiologica dell'Osservatorio Epidemiologico della Difesa
- 1° M.llo Oss San. Angelo DI PIETRO, Osservatorio Epidemiologico della Difesa
- Dr.ssa Maria Annunziata FAVASULLI, Osservatorio Epidemiologico della Difesa
- 1° M.llo S.L. Uff Claudio DI MEO, Ispettorato Generale della Sanità Militare
- Cap. psi Federica MURGIA, Sezione Psichiatria e Psicologia dell'Ispettorato Generale della Sanità Militare.

MINISTERO DELL' ISTRUZIONE E DELLA RICERCA

-Giovanna BODA, Direttore generale per lo Studente, l'Integrazione e la Partecipazione Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca.

-Paolo SCIASCIA , Direzione Generale per lo studente, l'integrazione e la partecipazione

Maria Grazia CORRADINI - Direzione Generale per lo studente, l'integrazione e la partecipazione

ISTITUTO SUPERIORE DI SANITÀ (ISS)

-Dott.ssa Anna Maria LUZI Unità Operativa” Ricerca psico-socio-comportamentale, comunicazione, formazione”, Dipartimento malattie infettive, parassitarie ed immunomediate-

-Dott.ssa Anna COLUCCI , Unità operativa Ricerca psico-socio-comportamentale

Dott. Emanuele FANALESE BELASIO, Unità operativa Ricerca psico-socio-comportamentale

-Dott.ssa Roberta PACIFICI, Reparto di farmacodipendenza, tossicodipendenza e doping

-Dott.ssa Simona PICHINI, Dipartimento del farmaco –Reparto di farmacodipendenza, tossicodipendenza e doping

- Dott. Paolo BERRETTA, Dipartimento del farmaco –Reparto di farmacodipendenza, tossicodipendenza e doping

-Dott.ssa Barbara SULIGOI, Dipartimento malattie infettive, parassitarie ed immunomediate-Centro operativo AIDS

-Dott.ssa Lucia PUGLIESE, Dipartimento malattie infettive, parassitarie ed immunomediate-Centro operativo AIDS

-Dott.ssa Mariangela RAIMONDO, Dipartimento malattie infettive, parassitarie ed immunomediate- Centro operativo AIDS

-Dott.ssa Maria Cristina SALFA ,Dipartimento malattie infettive, parassitarie ed immunomediate-Centro operativo AIDS

Dott. Stefano BOROS, Dipartimento malattie infettive, parassitarie ed immunomediate

-Dott.ssa Maria Elena TOSTI, Centro Nazionale Epidemiologia Sorveglianza e Promozione della Salute

-Dott.ssa Valeria ALFONSI, Centro Nazionale Epidemiologia Sorveglianza e Promozione della Salute

ISTITUTO NAZIONALE DI STATISTICA (ISTAT)

-Dott.ssa Roberta CRIALESI ,Servizio Sistema Integrato Salute Assistenza Previdenza e Giustizia-

Dott. Francesco GRIPPO, Servizio Sistema Integrato Salute Assistenza Previdenza e Giustizia-

-Dott.ssa Alessandra BURGIO, Servizio Sistema Integrato Salute Assistenza Previdenza e Giustizia-

-Dott.ssa Marilena PAPPAGALLO, Servizio Sistema Integrato Salute Assistenza Previdenza e Giustizia-

CONSIGLIO NAZIONALE DELLE RICERCHE (CNR)

Istituto di Fisiologia Clinica,

-Dott.ssa Sabrina MOLINARO

-Dott.ssa Emanuela COLASANTE

- Dott. Stefano SALVADORI
- Dott.ssa Roberta POTENTE
- Dott.ssa Claudia LUPPI
- Dott.ssa Elisa BENEDETTI
- Dott. Marco SCALESE
- Dott. Luca BASTIANI
- Dott. Valeria SICILIANO
- Dott. Rodolfo COTICHINI
- Dott.ssa Loredana FORTUNATO
- Dott.ssa Michela FRANCHINI
- Dott.ssa Arianna CUTILLI
- Dott.ssa Francesca DENOTH
- Dott.ssa Stefanella PARDINI
- Dott. Michele DE NES
- Dott.ssa Lucia FORTUNATO
- Dott.ssa Chiara SBRANA
- Dott.ssa Rita TACCINI
- Dott.ssa Antonella PARDINI
- Dott. Michele DE SANTIS
- Dott.ssa Tamara KNESVIC

GRUPPO TECNICO INTERREGIONALE TOSSICODIPENDENZE GTID DELLA COMMISSIONE SALUTE

- Dott. ssa Angela BRAVI (Umbria)
- Dott. Roberto DIECIDUE (Piemonte)
- Dott. Gaetano MANNA (Piemonte)
- Dott. ssa Sonia SALVINI (Liguria)
- Dott. Alessio SAPONARO (Emilia Romagna)

FONDAZIONE SALVATORE MAUGERI CENTRO ANTIVELENI DELL'IRCCS

- Dott. Carlo LOCATELLI

ASSOCIAZIONI DEI SERVIZI PUBBLICI E PRIVATI ED ESPERTI

- Prof.ssa Carla ROSSI
- ACUDIPA, Dott. Giuseppe MAMMANA
- ASSOCIAZIONE LUCA COSCIONI, Marco PERDUCA
- CENTRO DI SOLIDARIETÀ DON PICCHI, Roberto MINEO, Patrizia SARACENO
- COMUNITÀ INCONTRO ONLUS, Dott. Giampaolo NICOLASI
- COOPERATE SOC. COOP. SOCIALE ONLUS, Dott.ssa Silvana MAGNANI
- COORDINAMENTO PER LA SALUTE DELLE CARCERI (CO.N.O.S.C.I.), Dott. Sandro LIBIANCHI, Dott.ssa Ornella VAGNOZZI, Dott.ssa Tania FONTANELLA
- ASSOCIAZIONE COORDINAMENTO NAZIONALE COMUNITÀ DI ACCOGLIENZA (CNCA)

- FEDERAZIONE ITALIANA DEGLI OPERATORI DEI DIPARTIMENTI E DEI SERVIZI DELLE DIPENDENZE (FeDerSerD): Dott. Pietro Fausto D'EGIDIO, Dott. Felice NAVA, Dott. Guido FAILLACE, Dott. Alfio LUCCHINI, Dott. Maurizio FEA
- FEDERAZIONE ITALIANA COMUNITÀ TERAPEUTICHE (FICT): Dott. Luciano SQUILLACI, Paolo MERELLO
- FORUM DROGHE
- INTERCEAR, Dott. Umberto PAIOLETTI, Dott. GRILLO, Dott. SOLLINI
- LA TENDA, Dott. Marco BRUCI

COMPOSIZIONE DEL TAVOLO TECNICO INTERISTITUZIONALE

Istituzioni

Presidenza del Consiglio dei Ministri:
Dipartimento Politiche Antidroga
Dipartimento per le Politiche della Famiglia
Dipartimento delle Gioventù e del Servizio Civile Nazionale
Ministero della Salute
Ministero dell'Interno
Ministero della Difesa
Ministero degli Affari Regionali e delle Autonomie
Ministero dell'Istruzione dell'Università e della Ricerca
Ministero della Giustizia
Garante Nazionale dei Diritti Delle Persone Detenute o Private Della Libertà Personale
Istituto Nazionale di Statistica (ISTAT)
Gruppo Tecnico Dipendenze della Conferenza delle Regioni e Province Autonome della
Commissione Salute
Consiglio Nazionale delle Ricerche (CNR)
Istituto delle Nazioni Unite per la Ricerca sul Crimine e la Giustizia (UNICRI)

Associazioni dei servizi pubblici e privati

Associazione Italiana per le Cure delle Dipendenze Patologiche (ACuDIPA)
Associazione Coordinamento Nazionale Comunità di Accoglienza (CNCA)
Coordinamento enti ausiliari regionali (INTERCEAR)
Associazione Luca Coscioni
Centro Italiano di Solidarietà don Mario Picchi ONLUS (CeIS)
Comunità Incontro
Comunità di S. Egidio
Federazione Italiana Comunità Terapeutiche
Federazione Italiana degli Operatori dei Dipartimenti e dei Servizi delle Dipendenze (FeDerSerD)
Fondazione San Patrignano
Fondazione Villa Maraini Onlus

CONTRIBUTI DEL PRIVATO SOCIALE

Relazione Annuale al Parlamento 2016

sullo stato delle tossicodipendenze in Italia

ACUDIPA – Progetto Reducron	3
CEIS – Reti di Comunità Terapeutiche	12
FICT – Prevenzione, Interventi specialistici, Gap e Riduzione del Danno	19
CNCA – FICT – INTERCEAR: Contributo	24
Co.N.O.S.C.I. Onlus, Forum Droga, Associazione La Tenda, Cooperate: Le Certificazioni Medico-Legali	28
FEDERSED - Medicina generale della prevenzione: cura delle dipendenze	40
FEDERSED - Gioco Responsabile	44

ACUDIPA

Associazione Italiana per la cura delle dipendenze patologiche

Progetto Reducron. Osservazione diagnosi e disintossicazione -disassuefazione protetti e" Recovery" nelle dipendenze patologiche . Contributo alla Relazione al Parlamento 2016

a cura dell'Associazione Italiana per la cura delle dipendenze patologiche (ACUDIPA)

redatta da Giuseppe Mammana ,Patrizio Lamonaca,Giorgio di Lauro,Marcello Grasso con la collaborazione di Comunità Martinelli,Comunità S.Maurizio,Fondazione Nuovo Villaggio del fanciullo,Comunità Incontro,Comunità in Dialogo,Comunità Mondo Nuovo,Comunità Pars,Comunità Il Delfino di Taranto,Comunità Il Delfino di Cosenza ,Comunità Il Risorto,Comunità Spazioesse .

G.di Lauro V.Presidente Acudipa ,Direttore DDP Asl Napoli2 NORD,Resp .Progetto Reducron
G.Mammana Presidente Acudipa ,Direttore DDP Asl Foggia Sez Foggia Lucera
M.Grasso V.Presidente Acudipa, Gia Direttore DDP Asl Palermo Sert Bagheria
P.Lamonaca Segr.Org.Acudipa Direttore generale Fondazione Nuovo Villaggio del fanciullo .Ravenna

Key Words

La riduzione della cronicità e la cronicizzazione nelle dipendenze patologiche nell'ambito dell'approccio del recovery . Le strade per l'appropriatezza ed efficacia delle cure finalizzate al miglioramento e alla guarigione delle persone dipendenti (Recovery) Il caso dei Codd (centri di osservazione diagnosi e disintossicazione-disassuefazione

Abstract

Le dipendenze sono una patologia complessa che ha implicazioni neurobiologiche, mentali, comportamentali, sociali, economiche e culturali: la dipendenza da droghe, da alcol e da altri oggetti e comportamenti si evolve ad alta velocità e si modifica in continuazione.nelle sue manifestazioni fenomenologiche

I servizi deputati alla cura delle persone dipendenti si trovano anzitutto di fronte alla necessità di trattare e ridurre il sintomo e decodificarlo in termini di osservazione clinica e diagnosi in ambiti protetti dal contatto con gli oggetti co-autori della dipendenza. Questo appare ancora più necessario in considerazione della mutata qualità delle intossicazioni e delle dipendenze attuali e della sempre più frequente coesistenza di problemi di comorbidità psichiatrica e doppia diagnosi. Per realizzare trattamenti efficaci nel medio e lungo periodo ,soprattutto nei casi ,più gravi diventa molto importante una prima osservazione che si accompagni a disassuefazione e diagnosi

*in condizioni protette e drug free e che non separi i problemi acuti della cura e del trattamento medico dalla progettazione ed avvio della riabilitazione psicosociale (Recovery) . Da questo buon avvio possono derivare programmi terapeutici appropriati,svolti in sede protetta o semiprotetta ambulatoriale , ben impostati dal punto di vista della integrazione degli interventi e capaci di ridurre la tendenziale cronicità della patologia e la cronicizzazione che possono essere indotta da approcci clinici non appropriati ,monocentrati sul farmaco o sulla sola permanenza contenitiva in comunità .In tal senso si vanno diffondendo sempre più in tutta Italia le esperienze di Centri di osservazione, diagnosi e disintossicazione protetta variamente denominati ed organizzati nelle varie regioni (Codd,Centri crisi ecc).La loro realtà nazionale è disomogenea e limitata anche per lo scarso peso assegnato nel nostro Paese ad una spesa di assistenza clinica e riabilitativa finalizzata ad un pieno recupero dei pazienti tossicodipendenti .Questi Centri sono accomunati dalle modalità di accoglienza dei pazienti per periodi limitati fino ad un massimo di 90-120 giorni, con l'obiettivo di ben trattare il paziente nella fase più acuta di disassuefazione e di formulare una adeguata diagnosi ed osservazione sulla base della quale si avvia , progetta e programma l'intervento riabilitativo psicosociale secondo una logica di recovery (miglioramento e guarigione) .**Il tutto viene realizzato in un ambito unico(di solito in comunità residenziali o semiresidenziali)capace di garantire interventi di disintossicazione-disassuefazione ,diagnosi ed osservazione ,completi , coordinati,competenti, orientati alla persona ,in continuità tra di loro, e con le fasi successive della riabilitazione psicosociale . Il Progetto è stato condotto tra gli associati alla rete nazionale dell'Acudipa ,Società scientifica nazionale particolarmente interessata allo sviluppo di tali strutture e programmi e istituzionalmente vocata alla scelta riabilitativa .Queste strutture e questi programmi possono inquadrarsi tra le azioni dedicate alla riduzione del rischio***

IL PROGETTO REDUCRON

*Il Progetto Reducron si è proposto anzitutto di individuare le varie esperienze italiane di Centri di osservazione, diagnosi e disintossicazione-disassuefazione in sede protetta di tipo residenziale o semiresidenziale-diurna e/o notturna.individuando questi luoghi come quelli più idonei alla prima costruzione di interventi di recovery nella rete dei servizi operanti in Italia **Le finalità** di questi Centri sono quelle di superare soprattutto per i pazienti più gravi le modalità di trattamento centrate sulla sola somministrazione ambulatoriale di farmaci in favore di una presa in carico complessiva dei pazienti che avviene per un periodo limitato in un centro protetto o semiprotetto dedicato ad attività di disintossicazione-disassuefazione,osservazione,diagnosi e progettazione ed avvio di programmi riabilitativi successivi . **I compiti** di tali centri sono centrati sulla realizzazione di una efficace disintossicazione-disassuefazione ,diagnosi e progettazione riabilitativa .**Le risorse** di cui essi dispongono sono quelle di Comunità terapeutiche “integrate” con personale medico,psicologico ,educativo e sociale ed organizzate in Centri specifici oppure in moduli di Comunità terapeutica ,dedicati ad un limitato numero di pazienti e per un periodo di tempo limitato che va in prevalenza dai 30 ai 90 giorni . Spesso questi Centri integrano i loro interventi con quelli dei Sert territoriali L'Associazione italiana per la cura delle dipendenze patologiche , dopo aver*

individuato queste realtà operative ,tutte accreditate nel SSN , tra i propri associati ha confrontato :

i meccanismi di autorizzazione ed accreditamento regionali;

il tipo di pazienti accolti;

i metodi diagnostici e clinici con particolare riferimento al tipo di dipendenze trattate, ai trattamenti farmacologici, psicoterapeutici ed educativi utilizzati ed alle loro modalità di integrazione ;

le modalità di integrazione operativa con i Sert ed i Ddp;

l'esito dei periodi di trattamento anche in relazione alla prosecuzione dei trattamenti in differenti sedi riabilitative;

la formazione più utile per il personale operante in queste strutture;

Il costo complessivo della struttura o dell'intervento.

Il rapporto annuale di Reducron definisce attualità e prospettive per questa tipologia di interventi nei servizi pubblici e privati istituzionalmente deputati alla cura dei tossicodipendenti ,soprattutto in termini di capacità attuale e di potenzialità future, di riduzione dei fenomeni di cronicità e cronicizzazione nelle dipendenze patologiche e di proposizione di modelli positivi di cura orientati alla riabilitazione psicosociale ed al recovery . I risultati sinora ottenuti ci indicano una strada complessa ,ma importante da perseguire nei tentativi di ridurre cronicità e cronicizzazione nelle dipendenze patologiche .La riduzione di questi fenomeni negativi può incidere anche positivamente sulle ricadute economiche dei trattamenti in materia di dipendenze e sembra quindi opportuno affrontare il problema anche in termini di governance dei sistemi di cura delle dipendenze

METODOLOGIA

Il Progetto ha individuato una rete di centri italiani residenziali o semiresidenziali che prendono in carico pazienti con problemi di dipendenza patologica per un trattamento di disassuefazione diagnosi ed osservazione eventualmente seguito da un programma riabilitativo realizzato in sede residenziale ,semiresidenziale o ambulatoriale . I centri selezionati all'interno della rete Acudipa sono tutti autorizzati e accreditati nel SSN negli Albi Regionali degli enti Ausiliari ed in alcuni casi prevedono l'integrazione operativa coi Sert e Ddp. Attraverso conferenze nazionali, incontri , focus group più ristretti e report analitici sono stati analizzati:

i sistemi di accreditamento ed autorizzazione,

le tipologie di pazienti accolti,

le modalità di integrazione con Sert e DDp.

L'analisi di 100 casi in trattamento nell'ambito di un periodo di almeno dodici mesi anche in relazione ai programmi riabilitativi successivamente seguiti ha fornito lo spunto per alcune riflessioni sulla utilità di questi Centri e sul loro sviluppo all'interno della varia articolazione degli interventi di cura e riabilitazione ,

lo studio dei sistemi formativi più adatti al personale operante e quello sul costo degli interventi hanno completato la ricerca.

Primi Risultati del progetto

Un rapporto definitivo potrà essere prodotto al termine del Progetto che deve realizzare una sua seconda annualità .Quelli che riportiamo sono i dati sinora acquisiti ,parziali ,ma significativi soprattutto rispetto alla definizione di questa tipologia di strutture ed interventi , alle loro caratteristiche realizzative ed alle loro possibilità di sviluppo.

1 Sintesi dei dati amministrativi raccolti

- Sono state individuate varie esperienze italiane di Centri di osservazione, diagnosi e disintossicazione in sede protetta di tipo residenziale o semiresidenziale-diurna e/o notturna. Esse sono elencate nella tabella acclusa a questo report .
- Sono stati confrontati i meccanismi di **autorizzazione** ed **accreditamento** regionali
- I comportamenti amministrativi regionali in materia di CODD sono risultati assolutamente disomogenei tanto nella denominazione che nella operatività di tali centri, pur mantenendo essi il minimo comune denominatore delle funzioni operative di osservazione ,diagnosi e disintossicazione e del periodo breve di trattamento (90-120 gg) in cui sono associati il trattamento farmacologico e primi elementi di progettazione e programmazione di riabilitazione psicosociale .
- Nello studio effettuato si rileva che non esiste una formazione specifica per gli operatori ed i professionisti di questi Centri ,pur trattandosi di una funzione operativa complessa ed abbastanza dissimile da quella tradizionale sia dei Sert che delle Comunità terapeutiche .Il recovery è un approccio metodologicamente ben definito che richiede una formazione specifica degli operatori che lo utilizzano .Il cambiamento operativo in questa area dei servizi per le dipendenze potrebbe influenzare in senso positivo l'intero sistema dei servizi
- I costi complessivi dei CODD sono diversi da Regione a Regione spesso per la stessa tipologia di servizio
- I CODD sono riconosciuti ed accreditati come tali solo in alcune regioni. Ad esempio :

Piemonte – Sono denominati Centro crisi

Calabria – Sono variamente denominati e la normativa risulta molto articolata

Emilia-Romagna – Sono denominati Centro per la gestione della crisi e la rivalutazione diagnostica

- In altre regioni poi operano come Codd alcune comunità accreditate, genericamente come tali, oppure moduli di osservazione ,diagnosi e disintossicazione all'interno di comunità educative o terapeutiche .I Codd non sono accreditati come tali in un generale quadro di mancata applicazione dell'accordo quadro Stato-Regioni del 1999 che prevedeva l'esistenza di strutture con tali funzioni .
- I COSTI sono differenti a seconda che i CODD vengano strutturati come strutture a sé stanti o come moduli in comunità terapeutiche .Esemplificando :

I CODD come struttura a sé stante hanno il seguente costo medio : €11,43

I CODD come modulo in Comunità terapeutiche modificate hanno il seguente costo medio: €80,4

2 Sintesi dei dati clinici raccolti

I dati sono stati raccolti in comunità terapeutiche in 9 regioni italiane .

N° casi analizzati 111 di cui 2 donne CENTRI PARTECIPANTI AL PROGETTO		N CASI
CENTRO MARTINELLI AGRATE (MN)	LOMBARDIA	1
CERCHIO DI GESSO PRATO(FI)	TOSCANA	5
CT IL DELFINO TARANTO		6
COMUNITA IL RISORTO TARANTO	PUGLIA	9
CT IN DIALOGO TREVIGLIANO (FR)	LAZIO MOLISE	13

CT PARS CORRIDONIA (MC)	MARCHE	11
CT SAN MAURIZIO BORGHI (FC)	EMILIA- ROMAGNA	28
CT SPAZIO ESSE LOSETO (BA)	PUGLIA	11
MONDO NUOVO CIVITAVECCHIA (RM)	LAZIO ABRUZZO	23
VILLA NINA-FONDAZIONE VILLAGGIO DEL FANCIULLO RAVENNA	EMILIA- ROMAGNA	4

Sono stati analizzati 111 casi trattati dall'1-6-12 al 30-6-13 . 101 casi sono stati ammessi nel campione progettuale . I casi dei pazienti che sono stati analizzati mostrano le seguenti caratteristiche :

- L'utenza prevalente CODD viene dal Sud Italia in cerca di soluzioni esistenziali e cliniche verso il Centro ed il Nord Italia. Analogamente ad altri fenomeni di "migrazione terapeutica" anche in questo campo come in quelli di altre malattie croniche o che richiedono interventi più specialistici ,complessi e multidisciplinari i pazienti provenienti dal Sud Italia si recano in strutture del Nord Italia .In questo campo la migrazione è giustificata sia dalla necessità di allontanarsi da ambienti familiari e sociali vissuti come imm modificabili, sia dalla realtà o dal mito di possibili inclusioni socio lavorative teoricamente più possibili in Nord Italia che in Sud Italia .
- Molti pazienti provengono da precedenti esperienze di trattamento e ricadute cliniche .
- In tali Centri è presente una scarsa popolazione alla prima esperienza di detossicazione . I nuovi ingressi giovanili sono mancanti per scarso invio da parte dei Servizi territoriali come se questa strada venisse indicata solo a pazienti già cronicizzati . I pazienti difatti mostrano 'età avanzata e tendono a muoversi in questi servizi con la modalità delle porte girevoli e dei pazienti cronici .Questo indica una particolare modalità di funzionamento dei servizi ambulatoriali territoriali che dovrebbe essere attentamente analizzata e forse modificata
- Negli interventi realizzati si manifestano scarsa integrazione centrata sulla persona degli stessi interventi ,scarsa continuità terapeutica ,scarsi ponti relazionali istituzionali tra servizi territoriali e comunità terapeutiche modificate (CODD)
- Nei pazienti accolti sono presenti importanti patologie e loro esiti spesso misconosciuti anche dai servizi territoriali . Soprattutto sono rilevate patologie collaterali infettive come HBC . Si rilevano in questi centri e precedentemente nei Sert scarse azioni terapeutiche specialistiche realizzate nei confronti di queste patologie gravemente invalidanti. I CODD

si rivelano tuttavia, a differenza dei Sert e per l'utenza considerata nella ricerca, un importante luogo di scoperta e diagnosi di tali patologie con efficacia mediamente superiore ai servizi territoriali quanto meno nella diagnosi di tali problematiche

- Nei CODD, rispetto ai servizi territoriali, migliora anche la diagnosi psichiatrica e quella tossicologica spesso assente all'ingresso dei pazienti nel CODD.
- Nei CODD, rispetto ai servizi territoriali, a seguito di una migliore diagnosi effettuata in condizioni drug free, migliorano anche la terapia tossicologica e quella psichiatrica. In tali contesti protetti o semiprotetti si può fare molto di più per migliorare i trattamenti, in particolare quelli farmacologici per le dipendenze e per le patologie collaterali e psichiatriche. Col potenziamento di queste tipologie di servizi si potrebbero ridurre molti trattamenti inappropriati e dare continuità agli interventi di tipo farmacologico e di riabilitazione psicosociale in un miglior rapporto complessivo e con una migliore integrazione con i Sert.
- Più precoce e più in giovane età è l'avvio di percorsi Codd da parte dei Sert, maggiore è l'esito positivo dei trattamenti identificato con il raggiungimento del fine della diagnosi, della disintossicazione-disassuefazione e della progettazione riabilitativa. Sembra pertanto opportuno favorire, da parte dei Sert, l'invio precoce in questi centri dei pazienti disponibili al trattamento, anziché dopo lunghi periodi di trattamento a volte solo farmacologici, come avviene spesso sinora.
- Quel che possono fare i Codd non possono farlo i servizi territoriali, gli ospedali, le comunità terapeutiche da soli. Insieme Sert e Codd potrebbero migliorare notevolmente la qualità dell'assistenza fornendo interventi più appropriati e dando, completezza, competenza, continuità ed integrazione all'intero sistema di cure.

3 Considerazioni sui Codd

Il Progetto realizzato nelle Strutture residenziali per la gestione delle crisi e la rivalutazione diagnostica (CODD) ci consente di affermare alcuni criteri generali utili a rendere omogenea l'esperienza nazionale di questi Centri ed a sviluppare e collocare questa esperienza nell'ambito della impostazione di nuovi servizi per le dipendenze orientati al recovery (miglioramento e guarigione).

- Nei Codd possono essere svolti interventi di disintossicazione, osservazione, diagnosi a carattere multidisciplinare integrato, finalizzati al compenso della situazione psico-fisica ed all'avvio della riabilitazione psicosociale del paziente che vi accede. Il periodo di trattamento è limitato, ma completo perché al trattamento medico viene contemporaneamente associato quello psicosociale. Il trattamento stesso prosegue successivamente in centri ambulatoriali, semiresidenziali, diurni, ambulatoriali secondo criteri di personalizzazione degli interventi.

- In questi CODD il personale deve garantire la valutazione diagnostica multidisciplinare (psichiatra, medico, infermiere, educatore, ...) , l'assistenza medico-specialistica ed eventualmente psichiatrica per il trattamento dello stato di intossicazione, la consulenza per le patologie collaterali e la progettazione e l'avvio delle prime fasi della riabilitazione psicosociale .Il tempo di osservazione va da 30 a 90 giorni .e contemporaneamente d'intesa coi Sert e con le altre strutture riabilitative operanti su periodi di tempo medio-lunghi si progettano e programmano i successivi interventi di trattamento psicosociale .
- E' importante definire procedure omogenee corredate da protocolli tecnici per la gestione delle crisi tossicomane, sociali-relazionali , psichiatriche.
- E' importante definire procedure per l'integrazione dei Codd nella rete dei servizi ambulatoriali e riabilitativi per tossicodipendenti e dei servizi ospedalieri al fine di garantire che tali azioni siano scisse e sordinate rispetto alla prospettiva della riabilitazione psicosociale .

Gli approfondimenti necessari per uno sviluppo del Progetto e delle strategie di

Recovery

Occorre implementare le conoscenze amministrativo-normative regionali e definire e possibilmente codificare almeno in linea di massima gli interventi CODD a livello nazionale al fine di ottenere :

- una loro maggiore omogeneità;
- **una forte integrazione tra gli interventi dei Sert e delle comunità terapeutiche favorito proprio dallo sviluppo di queste strutture o moduli di transizione** .Occorrerebbe rivedere con spirito riformatore le modalità di funzionamento di tali servizi affinché ambedue le aree possano contribuire concretamente a rafforzare ed evolvere i programmi di trattamento farmacologico e riabilitazione psicosociale e ridurre cronicità e soprattutto cronicizzazione nelle dipendenze patologiche
- **la misurazione più dettagliata e più strutturata** di ciò che i Codd possono produrre in termini di riduzione della cronicità e della cronicizzazione;
- **l'adozione di strategie formative specifiche** per il personale multidisciplinare addetto a tali servizi soprattutto nei campi del **counseling , del coaching specialistico e dell'empowerment** per le dipendenze patologiche .Tali sistemi formativi ed operativi a tutt'oggi sono assolutamente carenti.
- **una valutazione dei costi** comparati a quelli di analoghi interventi realizzati in sede ospedaliera;

- **la costituzione di una specifica offerta di servizio** nella rete nazionale e **di uno specifico network** di confronto e di scambio di esperienze
- una più chiara ed omogenea cornice normativa da discutere nel **Coordinamento delle Regioni** che valorizzi in tutto il paese l'esperienza dei Codd .
- **una considerazione adeguata della tematica dei Codd e degli altri strumenti tecnici di riduzione della cronicità e cronicizzazione e di recovery (miglioramento e guarigione)** all'interno delle più complessive ed articolate scelte governative in materia di Policy delle dipendenze patologiche



Il Centro Italiano di Solidarietà don Mario Picchi (CeIS) è una libera associazione senza scopo di lucro promossa alla fine degli anni '60, e costituita legalmente nel 1971, dal sacerdote Mario Picchi con il fine di affrontare i problemi derivanti dall'emarginazione e dal disagio giovanile e familiare.

All'inizio gli sforzi del Centro sono stati soprattutto tesi a sensibilizzare l'opinione pubblica sui temi delle guerre, della fame, della povertà e del disagio giovanile. Più tardi la diffusione del consumo di droghe raggiunse livelli allarmanti e il Centro accettò la sfida e iniziò a operare in questo campo.

Nasceva così, e a poco a poco andava sviluppandosi, un progetto per una nuova cultura della vita, articolato in diversi programmi educativi e terapeutici, la cui filosofia di riferimento è stata chiamata Progetto Uomo.

"Progetto Uomo" è l'insieme di principi e di valori che guidano il lavoro del Centro don Mario Picchi e ai quali si sono ispirati tanti gruppi e associazioni in Italia e nel mondo, in particolare per liberare i giovani dalla dipendenza della droga.

Progetto Uomo conserva una notevole forza innovatrice anche a distanza di anni, dal momento che nonostante gli avanzamenti medico-farmacologici, psicoterapeutici e socio-educativi che sono stati certamente determinanti per una evoluzione dei meccanismi di contrasto delle dipendenze, ancora non si è pervenuti ad una interpretazione così "umanistica" e "umanizzante" della cura.

1. RETI DI COMUNITA' TERAPEUTICHE. UNA SFIDA LOCALE E NAZIONALE

Il CeIS è da sempre al fianco delle agenzie pubbliche nell'impegno in favore di persone con problemi di dipendenza. Questo impegno non è stato mai vissuto come un mero adeguamento al presente, ma piuttosto come costante stimolo di riflessione e apprendimento reciproco, nell'ottica di una sussidiarietà quotidianamente praticata.

Il primo contributo che vogliamo portare all'attenzione è l'emersione, negli ultimi anni, di alcuni interessanti elementi di novità che prendono spunto da un rinnovato percorso di costruzione e consolidamento di reti territoriali.

Ad esempio, l'ambito territoriale della Regione Lazio ha visto nascere l'Associazione delle Comunità Terapeutiche Accreditate (ACTA LAZIO). Si tratta di 14 organismi laziali impegnati in favore di persone con problemi di disagio, anche psichico, dipendenza comportamentale e/o da sostanze d'abuso o di grave emarginazione sociale che hanno deciso di dare vita ad un nuovo soggetto. Complessivamente, ACTA Lazio offre servizi a oltre 745 utenti con 277 operatori e con la fornitura di 804 mila pasti all'anno. Fanno parte di ACTA Lazio: *Associazione Centro Italiano di Solidarietà don Mario Picchi, Associazione Comunità Mondo Nuovo, Associazione Comunità Emmanuel Onlus, Associazione Giacomo Cusmano Onlus, Associazione Comunità Massimo Onlus, Associazione L'Approdo Onlus, Centro di Solidarietà Ce.I.S. San Crispino di Viterbo, Comunità Fratello Sole, Comunità In Dialogo Onlus, Fondazione Exodus, Il Ponte Centro di Solidarietà Onlus - Civitavecchia, Associazione di Volontariato onlus Nuovi Orizzonti, Fondazione Villa Maraini Associazione Dianova Onlus.*

ACTA Lazio raccoglie culture, modelli e approcci differenti. Li unisce l'impegno assiduo, una storia comune, una professionalità riconosciuta. Tale patrimonio è stato valorizzato in molte occasioni di scambio sia a livello regionale che nazionale. A livello regionale, ad esempio,

ACTA Lazio ha concluso utilmente un'interlocuzione con l'amministrazione regionale in materia di adeguamento delle rette (che nel Lazio erano la metà della media nazionale) arrivando a concordare un sostanziale ritocco che ha preso il via proprio quest'anno. Il patrimonio di informazioni, metodologie e strumenti per la prevenzione e la riabilitazione delle persone che fanno abuso di sostanze e che è espresso da reti come ACTA Lazio ha la potenzialità di elevare la capacità complessiva di contrasto e prevenzione a livello nazionale.

2. GLI INTERVENTI SPECIALISTICI E L'EVOLUZIONE NELLA TRADIZIONE DELLO STRUMENTO "COMUNITA' TERAPEUTICA"

Circa a metà degli anni '60 nascono le prime risposte al fenomeno della tossicodipendenza in Italia, ascrivibili a quello che in seguito può essere chiamato il "movimento" delle Comunità Terapeutiche.

Fin da subito gli approcci seguiti si caratterizzano per riadattare modelli di accoglienza e di presa in carico in cui si privilegia l'identificazione con l'ex tossicodipendente ed un approccio ispirato a modelli nord-americani.

Ad esempio il Centro Italiano di Solidarietà, a cui capo c'è don Mario Picchi, sceglie alla fine degli anni '60 di adattare il modello "Daytop" che Monsignor O'Brien aveva ideato per i tossicodipendenti in larga parte reduci della guerra del Vietnam negli Stati Uniti. Nascono modelli che divengono dei punti di riferimento a livello mondiale (Progetto Uomo, San Patrignano, Comunità Incontro, ecc.).

In seguito i modelli evolvono verso una maggiore specializzazione, di matrice nord-europea. Gli approcci si qualificano sempre di più per inserire elementi terapeutico-riabilitativi al fianco dei tradizionali strumenti educativi e pedagogici. Sotto la spinta dei processi di accreditamento, infine, le Comunità Terapeutiche subiscono una ulteriore evoluzione sia sul versante dei modelli di trattamento sia per quanto concerne una progressiva qualificazione della componente professionale.

Da allora i modelli di Comunità Terapeutiche storicamente rilevanti hanno subito forti mutazioni, benché non abbiano mai perso la loro identità iniziale. L'attuale scenario mostra un movimento tuttora in grado di innovare su molti dei nuovi fronti che si sono aperti sul campo del contrasto alle dipendenze.

Ad esempio, emergono negli ultimi anni problematiche nell'area della salute mentale e della doppia diagnosi. Alcune Comunità Terapeutiche si organizzano e si riadattano per fare in modo che il trattamento di questa complessa categoria d'utenza a forte emergenza sociale adotti un approccio intersistemico dove l'intervento di tipo terapeutico sia centrato sulla persona, sul gruppo e sulla famiglia. Quest'approccio si caratterizza anche per l'intenso lavoro interistituzionale sostenuto da uno sforzo informativo continuo tra pubblico e privato a cui le Comunità Terapeutiche ed i servizi pubblici erano in passato poco avvezze.

Interventi specialistici vengono sempre più riservati alle nuove dipendenze, tra cui spiccano il Gioco d'Azzardo Patologico, lo shopping compulsivo e le dipendenze da internet. Le Comunità si adattano per accogliere questi nuovi bisogni di accompagnamento e reinserimento che necessitano di nuovi strumenti volti a sostenere la persona in un processo di allontanamento dai propri comportamenti disfunzionali, al fine di perseguire un miglioramento globale della qualità della vita.

Nel tempo si assiste alla sperimentazione di strutture ancor più specialistiche. Un esempio, le strutture residenziali rivolte alle madri e ai bambini. In questi servizi residenziali le madri vengono aiutate a sviluppare una specifica motivazione rispetto alla responsabilità della genitorialità, fornendole stimoli e strumenti in grado di incoraggiare e sostenere da una parte la risoluzione della situazione di tossicodipendenza e la costruzione di una diversa identità, dall'altra una nuova sensibilità alle difficoltà dell'essere madre che consenta di individuare e definire le strategie di intervento in grado di meglio rispondere alle esigenze del nucleo familiare.

Il lascito dei padri fondatori (don Picchi, don Ciotti, Muccioli e altri) sembra che si possa identificare non solo in un modello di Comunità Terapeutica o in uno specifico approccio,

quanto soprattutto nella tensione ad innovare sulla base della costante lettura ed interpretazione dell'esistente.

Per questo si può e si deve con forza affermare che le Comunità Terapeutiche costituiscono, tutt'oggi, un patrimonio di conoscenze e competenze irrinunciabile nella lotta alle dipendenze.

Il CeIS, come si diceva, ha fortemente differenziato il suo intervento introducendo progressivamente innovazioni volte a contemperare le esigenze di specializzazione con l'identità e con lo stile di intervento che hanno sempre caratterizzato i propri servizi.

Di seguito, un elenco delle comunità terapeutiche che svolgono una funzione "specialistica":

- Comunità specialistica residenziale madre con bambino
- Comunità terapeutiche specialistiche Doppia diagnosi
- Specialistico Ambulatoriale GAP
- Specialistico Semiresidenziale GAP
- Specialistico Semiresidenziale Alcol
- Unità di pronto intervento H24
- Ambulatorio specialistico H24

3. SERVIZI SPECIALISTICI PER IL GIOCO D'AZZARDO PATOLOGICO (GAP)

3.1. Il GAP, un fenomeno in crescente aumento

Le persone che sviluppano questa particolare forma di dipendenza sono, di norma, persone adulte dotate di sufficiente capacità progettuale e di gestione socio-economica, inserite in una rete sociale e familiare, con problemi di dipendenza e comportamenti compulsivi, ma capaci di autocontrollo, capaci di percepire il proprio disagio e di esprimere con chiarezza obiettivi coerenti e raggiungibili.

Nella maggior parte dei casi, la compulsione al gioco ha le proprie origini già in età tardo-adolescenziale, per manifestarsi come patologia durante la vita adulta. Questa dipendenza si associa spesso ad altre dipendenze, in primo luogo quelle da alcol, tanto che alcuni studiosi considerano il gioco patologico e l'alcolismo due manifestazioni diverse di un unico disturbo. Il GAP viene solitamente inserito nella famiglia dei Disturbi Ossessivo Compulsivi (DOC) poiché la mente è pervasa dall'idea ossessiva del gioco e la compulsione a giocare calma, in modo provvisorio, l'angoscia, ma presenta anche caratteristiche proprie delle dipendenze patologiche.

Nell'incertezza del quadro, e data la trasversalità dei sintomi, gli estensori dell'ultima edizione del Manuale per la Diagnosi dei Disturbi Mentali (DSM5), in cui il GAP compare per la prima volta nel 1980, hanno deciso di classificare questo disturbo tra i disturbi "Substance-Related and Addictive Disorders".

Come elemento caratterizzante vi è anche la dimensione sommersa e spesso inconsapevole di questi comportamenti, che li rende di difficile analisi e rende complessi i tentativi di intervento preventivo.

La questione che si pone riguarda l'uso spesso improprio e fuorviante della parola "gioco".

Non essendoci una normativa particolarmente stringente, il termine gioco viene usato per descrivere attività e pratiche che nulla hanno a che fare con lo sviluppo della personalità.

Intendiamo, ovviamente, il cosiddetto "gioco d'azzardo", ma anche tutta una serie di attività che riguardano l'uso di strumenti tecnologici in maniera diversa e alternativa allo sviluppo di capacità creative e relazionali, per ricomprendere anche attività di sperimentazione e di avvicinamento all'uso di sostanze (in particolare sostanze psicotrope) in ambienti facilitanti o in solitudine.

Per quanto concerne il gioco d'azzardo, la questione risulta ancor più complessa per gli adolescenti (e per questo si impone una particolare attenzione alla prevenzione) in quanto, a differenza di altri comportamenti sociali a rischio, non si evidenzia una "questione sociale"

legata alla dipendenza da gioco, come evidenziato dal CeIS in una recente ricerca¹. Per questo gli adolescenti, si trovano ad essere disorientati in assenza di una chiara definizione dei limiti e dei confini entro cui tale comportamento è tollerato e tollerabile.

Diversa considerazione, invece, va fatta per quanto concerne i videogiochi o l'uso ludico che si fa di internet (ciò è valido sia per gli adulti che per gli adolescenti). In questo campo esiste una tale varietà di prodotti, strumenti e tecnologie che risulta difficile e fuorviante esprimere un giudizio sommario. Se il gioco è soprattutto espressione della creatività e della socialità, ebbene esistono strumenti tecnologici e applicazioni (console, social network, ecc.) che accompagnano le persone in esperienze davvero appaganti su tutti i fronti. Nello stesso ambito, tuttavia esistono particolari categorie di applicazioni tecnologiche che tendono a escludere ogni forma di creatività e socialità e che, anche in considerazione dell'assenza di narrazione, non prevedono che il giocatore esprima delle abilità cognitive e, pertanto, si avvicinano molto alla dinamica del "gioco d'azzardo".

Nella succitata ricerca del CeIS emerge che la forma più popolare di gioco tra gli studenti delle scuole superiori sono i giochi di carte, seguiti dalle lotterie cosiddette "istantanee" (gratta e vinci, ad esempio), scommesse sportive, ecc. Le ragazze tendono a giocare meno rispetto ai ragazzi, ma in proporzione, i ragazzi hanno più probabilità di avere problemi di gioco. Inoltre, i ragazzi e le ragazze non sono impegnati nello stesso tipo di attività di gioco d'azzardo: i ragazzi preferiscono le carte e le scommesse sportive, mentre le ragazze preferiscono le lotterie istantanee ed i giochi di carte.

Al di là della specificità del gioco d'azzardo e delle varie forme di dipendenza che l'uso di strumenti tecnologici può generare, è utile allargare la visione per ricomprendere non tanto i sintomi, quanto le cause dei problemi legati al gioco e alle dipendenze senza sostanza più in generale. In questa direzione molti studi indicano che alcuni fattori contribuiscono più di altri: L'interazione con un ambiente più o meno facilitante al gioco e alle dipendenze può influenzare la probabilità di sviluppare dipendenza da gioco o altre forme. Alcuni studi hanno suggerito un collegamento tra la disponibilità e l'accessibilità del gioco d'azzardo e l'aumento del gioco d'azzardo tra gli adolescenti. Inoltre, le nuove tecnologie, per esempio, il gioco d'azzardo su internet, consentono una fruizione e in assenza di supervisione.

Fattori familiari possono influenzare in modo significativo il comportamento. Ci può essere, in una famiglia, una percezione diffusa che il gioco d'azzardo sia accettabile e normale, e le esperienze iniziali con il gioco d'azzardo spesso si verificano in casa. L'atteggiamento dei fratelli, dei genitori e degli anziani verso il gioco d'azzardo può influire molto sulle future dipendenze e gli adolescenti più a rischio hanno genitori che a loro volta giocano o hanno altri comportamenti di dipendenza, o partecipano ad attività illegali.

Come si può notare questi fattori forniscono un quadro per cui lo sviluppo delle dipendenze dipende molto dal contesto. La disponibilità di luoghi dove i ragazzi/e possono avvicinarsi facilmente al gioco d'azzardo, tra l'altro, è un tema piuttosto caldo del dibattito pubblico.

3.2. La legalizzazione del gioco d'azzardo online

La storia del gioco d'azzardo legalizzato in Italia ha inizio nel 2006, quando il ministro per le Attività produttive Pierluigi Bersani (governo Prodi) liberalizza gli skill games, i cosiddetti "giochi di abilità a distanza". A luglio del 2011 il governo Berlusconi fece passare la prima legge che legalizzava i casinò online. La legge stabiliva che il compito di emettere licenze per i casinò online spettasse all'AAMS, e prevedeva strette limitazioni sui giochi che era possibile offrire. Le slot online erano ancora illegali, mentre erano autorizzati i giochi da tavolo e le lotterie. È stato solo alla fine del 2012 che il governo Monti, succeduto a quello Berlusconi, ha autorizzato anche l'offerta di slot online.

Si capì subito che il business sarebbe stato gigantesco. Secondo Mediobanca il gioco d'azzardo autorizzato, da quello online alle macchinette nei bar, rappresenta oggi la terza industria del Paese dopo Eni e Fiat, l'unica in netta crescita nonostante la crisi.

¹ dossier realizzato da Centro Italiano di Solidarietà di Don Mario Picchi su un campione di 3.000 persone, fra studenti seguiti dal progetto Pari & Impari e utenti del progetto Rien ne va plus realizzato tra il 2014 e il 2015.

Ma quali sono stati i costi sociali pagati dai nostri cittadini a casua della progressiva legalizzazione del gioco d'azzardo?

I dati a disposizione del Centro italiano di Solidarietà don Mario Picchi fotografano la realtà di Roma Capitale, con particolare riferimento al mondo giovanile²: il 18% dei giovani romani ha un rapporto già fortemente alterato con il gioco d'azzardo. La facilità d'accesso ai giochi online attraverso i supporti tecnologici accelera e ne aumenta il fenomeno. Questo dato indica il pericolo di una potenziale perdita di controllo e la tendenza al gioco compulsivo che, se protratti nel tempo e sovrapposti con altre attività che i ragazzi svolgono nella propria giornata (frequenza scolastica, studio, relazioni con i coetanei, palestra, etc.), possono configurare un vero e proprio disturbo psicologico.

La XII^o Commissione Affari Sociali della camera dei deputati, nell'indagine conoscitiva relativa agli aspetti sociali e sanitari della dipendenza dal gioco d'azzardo dell'aprile 2012, afferma che: "se in termini economici, le entrate di competenza dell'Erario sono cresciute ad un ritmo sostanzialmente dimezzato a fronte della sostenuta crescita della raccolta, gli effetti e le ricadute in termini sociali sono state devastanti. Gli effetti dei provvedimenti assunti volti ad accrescere il volume delle entrate nette da giochi facendo, ne ha promosso una più capillare diffusione territoriale che ha portato ad un sostanziale aumento di denaro speso nell'azzardo e ad un coinvolgimento sempre più massivo della popolazione italiana".

4. LA CANNABIS ED IL TRAMONTARE DEL "MITO DELLE DROGHE LEGGERE"

Secondo l'Osservatorio europeo delle droghe e delle tossicodipendenze di Lisbona, la cannabis è la droga illecita preferita dai cittadini europei, con il numero più alto di consumatori, il maggior numero di reati commessi ed il numero di sequestri effettuati. Sembra che in Europa ci siano circa 19,3 milioni di persone tra i 15 e i 64 anni che hanno consumato cannabis nell'ultimo anno, tra cui 14,6 milioni di giovani adulti. E' piuttosto preoccupante anche il dato secondo cui quasi 79 milioni di persone afferma di averla provata almeno una volta nella vita.

In Italia la cannabis è stata, nel 2014 (ultimi dati disponibili pubblicati dal Dipartimento Politiche Antidroga della Presidenza del Consiglio dei Ministri), la droga illegale più utilizzata, con il 9,2% dei cittadini fra 15 e 64 anni, ovvero più di tre milioni e mezzo di soggetti che la consuma regolarmente. La cannabis è maggiormente diffusa tra i 15-34enni. Di questi giovani, inoltre, il 26% degli studenti, oltre 600 mila, l'ha assunta nel 2014, secondo una tendenza che parte dal 22% degli anni 2009-2012 e passa per il 25% del 2013.

Il dibattito, in Italia come in Europa e nel resto del mondo, si concentra sulla opportunità o meno di legalizzare il consumo della cannabis. Recentemente alcuni Stati hanno optato per la legalizzazione (Uruguay, Colorado, Washington), seguendo il trend avviato da alcuni Paesi europei (i Paesi Bassi in testa). A favore della legalizzazione, il mito della "droga leggera" e il contrasto al narcotraffico non efficacemente contrastabili con il proibizionismo; contrari alla legalizzazione coloro che ritengono la cannabis tutt'altro che una droga innocua e le evidenze di come altre recenti scelte di legalizzazione, almeno in Italia, si siano rivelate un clamoroso flop (la legalizzazione del gioco d'azzardo, ad esempio).

Esistono, pertanto sostanziali o ragionevoli evidenze che l'uso di marijuana espone le persone a rischi elevatissimi sulla salute mentale e fisica. Un rischio sia di breve-medio periodo legato all'assunzione diretta della sostanza, sia di medio-lungo periodo legato allo sviluppo, ad esempio, di patologie correlate.

Esponde, inoltre, a rischio anche soggetti che non l'assumono intenzionalmente e, cioè, i bambini nella fase di gravidanza e allattamento e chi, ad esempio, potrebbe essere vittima di incidentalità stradale.

² dossier realizzato da Centro Italiano di Solidarietà di Don Mario Picchi su un campione di 3.000 persone, fra studenti seguiti dal progetto Pari & Impari e utenti del progetto Rien ne va plus realizzato tra il 2014 e il 2015.

Per quanto riguarda i giovani, poi, gli effetti sono davvero devastanti. Esiste una correlazione diretta tra uso di cannabis e sviluppo di patologie psichiatriche. Si facilita enormemente, inoltre, l'ingresso in dinamiche di dipendenza. Le evidenze dimostrano anche la correlazione diretta tra uso di cannabis e performance scolastiche, abilità sociali e cognitive, conseguimento di titoli scolastici.

Queste valutazioni, del resto, sono del tutto coerenti con le valutazioni espresse dall'Organizzazione mondiale della sanità e, in Italia, dell'Istituto superiore di sanità. Tali Istituti si sono più volte espressi in merito alla particolare capacità della cannabis di danneggiare anche in modo duraturo le funzioni cognitive, soprattutto quando consumata da adolescenti

Il mito delle "droghe leggere" sembra irrimediabilmente oscurato. Non si tratta, pertanto, di discutere ulteriormente in merito alla presenza o assenza di indicatori di rischio correlati all'uso di cannabis, quanto, piuttosto, esaminare la questione sotto il punto di vista della sostenibilità sociale, cioè, se sia più compatibile con criteri di efficienza ed efficacia della spesa pubblica adottare politiche che investono nella prevenzione e nel contrasto all'uso della cannabis piuttosto che legalizzare tali comportamenti e poi pagare un costo elevatissimo in termini di salute e sicurezza della collettività. Ovviamente noi riteniamo che la prima opzione sia quella preferibile.

Attualmente sono a disposizione della comunità di operatori sociali e di attori istituzionali che si interrogano su questi fenomeni, numerosi strumenti di tipo informativo, di tipo valutativo, di tipo epidemiologico, per fondare delle specifiche "teorie" sull'effettiva correlazione tra uso di sostanze e rischio per la salute. Mettere in circolo queste informazioni ed elevare il livello di conoscenza collettiva su queste tematiche metterebbe anche al riparo dal rischio di inopportune "invasioni di campo" da parte di interessi particolari, interessi, cioè, che non sono esclusivamente rivolti alla promozione della salute pubblica e alla promozione della cultura della sobrietà.

5. LA PREVENZIONE: METTERE AL CENTRO I GIOVANI

I luoghi di incontro e socializzazione che più caratterizzano la vita dei giovani sono ancora i luoghi informali, con una "persistenza" del muretto, della piazza, della strada ecc., seguono i nuovi luoghi della socialità virtuale e, quindi, le sale da gioco, che tornano ad essere protagoniste della socialità giovanile sul territorio.

Per riuscire ad incontrare questi giovani ed intervenire prima del loro ingresso in percorsi devianti o di esclusione sociale, bisogna ricreare un ambiente simile a quello da loro frequentato, simile a quello in cui si sentono liberi e senza costrizioni. Lavorare con un gruppo di giovani significa anche riuscire ad aprire efficaci canali di comunicazione, adottando pratiche di intervento, linguaggi, obiettivi modulati sulle caratteristiche dei minori stessi. Proprio attraverso il lavoro con le scuole ci accorgiamo dei cambiamenti in atto nel mondo delle sostanze, con il progressivo emergere di nuovi fenomeni e la recrudescenza di comportamenti che pensavamo superati.

Abbiamo recentemente intervistato 3.000 alunni tra i 12 e i 18 anni delle scuole dove operiamo ed è emerso che il 18% dei giovani romani ha un rapporto già fortemente alterato con il gioco d'azzardo che rappresenta il fenomeno emergente sul fronte delle dipendenze, mentre l'85% dei ragazzi fa uso di alcol nei weekend ed il 45% di superalcolici. Sul fronte, invece, delle sostanze il 75% dei nostri giovani dichiara di aver avuto contatto con cannabis o altre droghe.

La prevenzione è un'azione con alto grado di complessità e si attua rafforzando le reti di protezione sociale, attivando sul territorio interventi di promozione volti a contrastare comportamenti a rischio dei giovani e volti al rafforzamento della funzione educativa e genitoriale, attraverso il rinforzo dei fattori di protezione, lo sviluppo delle competenze pro-sociali (*Life Skills*) e il miglioramento del benessere relazionale.

Si privilegiano interventi volti ad aumentare la conoscenza del mondo dei comportamenti a rischio (compreso quello dell'assunzione di stupefacenti, ma non solo). Soprattutto in ambito

scolastico e della comunità locale, riteniamo che le azioni di prevenzione si debbano attuare lungo le seguenti direttrici strategiche:

- Promuovere azioni di sensibilizzazione tra gli adolescenti, le famiglie e i docenti sui rischi connessi all'assunzione di sostanze stupefacenti, all'abuso di alcol e a fenomeni collegati, come, ad esempio, il bullismo, la violenza, la dispersione scolastica;
- Far passare il messaggio di cittadinanza attiva, attraverso azioni di coinvolgimento attivo e di protagonismo giovanile (i ragazzi vengono invitati a pianificare e attuare specifiche azioni);
- Aiutare i ragazzi a implementare comportamenti corretti e stili di vita positivi;
- Reclutare giovani *opinion leader* tra gli studenti delle scuole per coinvolgerli in percorsi di prevenzione dei comportamenti devianti;
- Aiutare gli insegnanti a sviluppare modalità nuove e coinvolgenti per lo sviluppo della motivazione scolastica e per la lettura ed interpretazione dei sintomi del disagio;
- Promuovere reti locali intersistemiche (associazioni del settore, parrocchie, palestre, impianti sportivi), che mettano in comune strategie, risorse e metodologie di lavoro.
- Migliorare la fruizione del tempo libero e dell'ambiente urbano.
- Consolidare i Centri di ascolto nelle scuole (sportelli di *counselling*);



La Federazione Italiana delle Comunità Terapeutiche (FICT) è un'organizzazione senza fini di lucro che opera da oltre trentacinque anni nell'ambito della prevenzione, cura e riabilitazione dalle dipendenze da sostanza e comportamentali. E' riconosciuta come Ente Morale con decreto del Ministero dell'Interno del 26 novembre 1999.

Nel 2000 ha ottenuto dalle Nazioni Unite lo status di Organizzazione Non Governativa (ONG) associata al Dipartimento della Pubblica Informazione. Collabora con la Federazione Mondiale delle Comunità Terapeutiche WFTC.

E' presente in 16 Regioni d'Italia con una rete di 39 Associazioni ed Enti di Solidarietà sociale

Sono attivi oltre 600 servizi che realizzano una molteplicità di azioni non solo nel settore delle dipendenze, attraverso l'apporto multi professionale di oltre 5.000 operatori.

La FICT è impegnata nella lotta alle dipendenze ed agli stili di vita ad esse sottese, per cui opera in una serie di ambiti correlati all'intervento sulla persona.

Riteniamo di definire di seguito gli elementi di rilievo suggeriti dalla nostra esperienza di servizio:

1.PREVENZIONE

Con riferimento alla attività di prevenzione, in genere oggi ci si riferisce ad uno scenario medico, parlando dei rischi dell'uso: si è rinunciato a parlare di prevenzione come educazione alla vita, educazione alla salute, al benessere, alla relazione, allo stile di vita che guarda alla persona come portatrice di risorse relazionali ed al suo benessere psicofisico.

Manca una progettualità ed un pensiero politico, una prospettiva che legga i bisogni di oggi e costruisca un'attenzione ai giovani basata sulle tematiche educative e sulla strutturazione di ambiti di relazione significativi.

Riteniamo che la prevenzione debba necessariamente porre al centro gli aspetti educativi e l'attenzione nei confronti del disagio complesso.

Rileviamo come lo Stato investa sempre meno nella prevenzione: i soldi spesi a tale scopo variano dallo 0,6% al 4% del fondo regionale, come rilevato recentemente dal Direttore dell'Osservatorio Nazionale.

In realtà manca la consapevolezza che gli investimenti in tale ambito non costituiscono un costo, ma rappresentano un investimento sul futuro della nostra società. Un investimento che significa non arrendersi di fronte al dilagare dell'uso di sostanze.

Una società che voglia definirsi "civile" deve intervenire per ridurre il numero delle persone da curare. Qualsiasi provvedimento normativo si intenda prendere in esame sull'argomento non può essere privo, al suo interno, di specifiche disposizioni circa la prevenzione dell'uso in particolare tra le fasce giovanili, conformandosi in linea di principio ad una chiara presa di posizione sugli effetti comunque dannosi dell'uso delle sostanze sia in termini di salute e benessere fisico, sia in termini di relazioni sociali.

E' importante oggi superare le diverse visioni del fenomeno e di interpretazione dell'intervento, per ricercare progettazioni comuni e verificabili atti a superare le divergenze sia nell'ambito dei servizi pubblici che nell'ambito del privato sociale accreditato/convenzionato. E' necessario definire spazi di progettazione comune ed integrati per superare la diversificazione e l'incongruenza di interventi spesso sovrapposti e contrapposti puntando alla coordinazione ed alla condivisione dell'approccio.

L'intervento nelle scuole è un'attività che interessa l'intero sistema scolastico e si basa su una cultura educativa e preventiva sperimentale. Bisogna realizzare progetti all'interno delle scuole in cui si proponga una metodologia condivisa e coerente con il sistema educativo proprio della scuola puntando alla relazione con i ragazzi, insegnanti e genitori. Non ci proponiamo come esperti che intervengono in aula a risolvere i problemi, ma come facilitatori di relazioni che permettano ai soggetti di cui sopra di assumere la propria responsabilità nell'affrontare le difficoltà relazionali che si presentano nell'ambito scolastico.

In tal senso l'approccio esperienziale riteniamo possa essere considerato estremamente utile, in particolare in età adolescenziale e giovanile, offrendo ai ragazzi la possibilità di vivere concretamente esperienze di vita, di servizio e di volontariato capaci di mostrare stili di vita positivi ed alternativi a quelli negativi purtroppo dilaganti.

La famiglia in questa società fragile è sola e disorientata, per cui ha bisogno di ritrovare forza fiducia e punti di riferimento. Bisogna lavorare in modo che le famiglie di oggi tornino a fare comunità, a prendersi cura delle proprie e altrui fragilità riaffermando il valore della *famiglia*, quale prima agenzia educativa.

Questa è la *community care*, la comunità che si prende cura sviluppando un approccio preventivo tendente a rendere le persone, soggetti attivi con la loro storia, i loro vissuti, i loro saperi.

2.INTERVENTI SPECIALISTICI

Lo scenario della dipendenza è completamente cambiato così come l'uso delle sostanze e i danni che le sostanze stesse provocano. La droga è diventata un bene di consumo, le dipendenze hanno assunto forme nuove che ci pongono di fronte a problematiche diverse e a bisogni che non sono più incasellati in categorie precise e definibili. Il più grande cambiamento avvenuto nel corso degli ultimi 30 anni in tema di droghe, non si riferisce solo al tipo di sostanze, o al tipo di trattamento per la dipendenza o, ancora, alle modalità di assunzione delle sostanze, quanto al passaggio dal concetto di droga come pericolo e male assoluto, al concetto di droga come un prodotto di possibile consumo, compatibile con una normale costruzione di vita ed, in alcuni casi, addirittura benefico.

Nonostante tale rilevante evoluzione, dobbiamo constatare come la normativa nazionale italiana non ha subito modificazioni dal DPR 309 del 1990 che, prevedendo solo due tipologie di interventi, appare assolutamente inadeguato al cambiamento degli ultimi anni.

I Centri della Federazione ripropongono il tema forte del "fare ed essere comunità", non tanto e non solo come ambito terapeutico, quanto come elemento culturale fondato sulla persona posta al centro dell'intervento. Il valore clinico rimane un elemento fondamentale che non deve però prescindere dall'aspetto educativo basato sulla relazione.

Oggi i servizi per le dipendenze inviano in comunità persone sempre più compromesse e con minori risorse personali, per cui si rende necessario costruire percorsi personalizzati e differenziati in virtù di un complesso lavoro di rete all'interno del quale agiscono professionalità diverse. Le Comunità hanno quindi modificato l'approccio iniziale, trasformandosi sempre più in sistemi aperti per accogliere, sostenere, confortare, accettando la sfida di intervenire su individui per i quali la società aveva perso la speranza.

In alcune regioni i servizi per le dipendenze sono ormai accorpati ai dipartimenti di psichiatria. Tale decisione rappresenta un forte rischio per l'approccio "misto" comunitario, che tende a coniugare l'aspetto clinico con quello educativo e di rete. Un approccio teso proprio ad evitare una eccessiva medicalizzazione dell'intervento e cronicizzazione delle problematiche. Per raggiungere tale obiettivo, riducendo il rischio delle derive prestazionali e sanitarizzate, riteniamo che debba esistere un Dipartimento Nazionale forte ed attivo su tutto il territorio che garantisca l'identità dell'approccio descritto e l'omogeneità nazionale.

Al fine di rispondere ai molteplici e mutevoli bisogni nascenti sui territori, gli enti accreditati/convenzionati hanno sperimentato e strutturato risposte senza limitarsi ad interventi residenziali ma anche semiresidenziali e ambulatoriali.

Oggi il sistema riabilitativo gestito in collaborazione tra il pubblico ed il privato accreditato può giovare di servizi specialistici quali:

- Comunità Terapeutiche specialistiche Doppia Diagnosi
- Pronta Accoglienza oppure COD (Centro di Osservazione e Diagnosi)
- Comunità madre con bambino
- Comunità per minori con problemi di dipendenza
- Interventi per alcolisti
- Interventi per giocatori d'azzardo patologico
- Interventi per poliassuntori
- Interventi per persone che abusano di cocaina
- Interventi in carcere
- Interventi su dipendenza da Social
- Interventi sui disturbi alimentari
- SMI (SERVIZIO MULTIDISCIPLINARE INTEGRATO) che esiste nella sola Lombardia e che pone all'attenzione anche il problema di rapporto in pari dignità Pubblico-Privato Accreditato

La moltiplicazione dei servizi ha determinato la necessità di identificare con chiarezza le persone che entrano in comunità attraverso diagnosi chiare ottenute utilizzando strumenti specifici e confrontabili; occorre definire chiaramente gli obiettivi attraverso una verifica *in itinere* sull'adeguatezza dell'intervento effettuata congiuntamente con il servizio inviante. I Servizi operano in termini di obiettivi, di definizione e verifica del piano individuale terapeutico educativo, ma anche in termini progettuali di evoluzione della cultura dell'intervento.

L'attenzione alla valutazione quindi è, per le comunità, un percorso fondamentale teso a rendere la comunità stessa capace di rispondere alle nuove sfide in un ambito che è in continuo mutamento, tenendo sotto controllo i processi di cambiamento quale patrimonio dell'organizzazione, in modo da uscire da personalismi e ideologie.

Occorre riflettere sul tema del significato degli esiti dei progetti e accettare che per ognuno ci sono dei traguardi possibili ma che tali traguardi non sono uguali per tutti; ridefinire, anche in termini di successo terapeutico o riuscita del trattamento, lo standard di valutazione utilizzato attraverso strumenti confrontabili anche nel tempo, e quindi guardare, in una prospettiva realistica, l'evoluzione dei percorsi.

E' auspicabile e necessario quindi un sistema di valutazione degli esiti attraverso indicatori chiari condivisi e confrontabili indipendentemente dal modello di comunità.

In tale ottica lo stesso sistema degli accreditamenti deve essere periodicamente verificato ed aggiornato per evitare che renda rigidi gli interventi che, invece, necessitano di seguire l'evoluzione del bisogno che cambia.

3. GAP

Il gioco d'azzardo patologico è evidentemente la "nuova" piaga della dipendenze.

La "legalizzazione" del Gioco, sorta per far emergere, e di conseguenza eliminare, il sommerso e la relativa criminalità da cui era gestito, ha, purtroppo, evidenziato un aumento esponenziale dei giocatori, (siamo il primo paese in Europa). Le multinazionali del gioco ogni anno incassano circa 90 miliardi di euro a fronte di una tassazione del 10%, decisamente bassa e peraltro incompatibile con i canoni etici e fiscali, che porta allo stato circa 9 miliardi di euro

A fronte di tali considerazioni occorre un intervento statale preciso e definito che vada nelle seguenti direzioni:

- Definitivo inserimento del gioco d'azzardo patologico nei LEA.
- Definizione dei criteri di implementazione degli accreditamenti per tali specifici servizi per gli Enti che già operano nel campo delle dipendenze con sistemi accreditati e, dove non esiste Accredimento, Convenzionati o Ausiliari.
- Definizione di un modello di intervento e di un adeguato sistema di monitoraggio e verifica.
- Istituzione di un fondo dedicato che non incida sul FSN in quanto significherebbe togliere risorse, già esigue, agli altri interventi.
- Ricordare che il numero di giocatori patologici è molto alto ed in continuo aumento (si stimano circa 800 mila persone con disturbi gravi da GAP)

4. RIDUZIONE DEL DANNO

Un intervento fondato sulla "riduzione del danno" perché abbia reale valore deve superare l'attuale modestia di obiettivi tendendo in prospettiva a considerare la persona sempre e comunque recuperabile, e non rappresenti un semplice slogan.

Per "riduzione del danno" intendiamo quindi un intervento di accompagnamento e sostegno nella "cronicità" affinché l'intervento non venga vissuto come un abbandono della persona.

Intesa in tal senso, la riduzione del danno rappresenta uno strumento teso a migliorare la qualità della vita coniugando l'aspetto medico-scientifico con quello valoriale, personale e relazionale.

Si tratta di integrare paradigmi scientifici con paradigmi educativi offrendo comunque alla persona l'opportunità di fare una scelta di cambiamento attraverso una proposta educativa.

La riduzione del danno ad oggi, a nostro avviso, è letta esclusivamente attraverso criteri di tipo medico, noi proponiamo una lettura che ponga al centro la dinamica educativa, in un continuum di azioni che vanno dalla riduzione del rischio e la protezione della vita dal punto di vista medico alla promozione del cambiamento sotto il punto di vista educativo.

La riduzione del danno deve essere concepita in un contesto più ampio: occorre considerare il momento storico della persona per offrirgli l'opportunità di fare una scelta di cambiamento; è fondamentale sollecitare la persona in carico perché rifletta sull'opportunità di poter proseguire il suo percorso, anche verso un cambiamento più profondo

La riduzione del danno fine a se stessa non produce cambiamento, perché l'intervento medico senza l'educazione alla responsabilità non permette alla persona di vedere le proprie potenzialità e risorse perpetuando il rischio.

E' importante definire dei criteri di verifica degli interventi che riguardano le persone e la loro evoluzione personale.

Se come riteniamo utile, si ipotizza di inserirla nei LEA, bisogna definire criteri di accreditamento e, anche per questo intervento, un fondo aggiuntivo per non sottrarre ulteriori risorse agli altri interventi già attivi.

Riferimenti Bibliografici.

Per il gioco d'azzardo allego la bibliografia del Libro blu dei Monopoli di Stato.

Per la Prevenzione nella riunione del 27 Giugno 2016 dell'Osservatorio Nazionale GAP il direttore Dr. Guerra ha comunicato i dati sulla prevenzione come Osservatorio Nazionale.

Paolo Merello
(Delegato Consiglio FICT)

27 settembre 2016

Le trasformazioni che hanno coinvolto il sistema di cura delle dipendenze con il passaggio delle competenze in materia sanitaria alle Regioni e la disomogeneità degli interventi che ne è conseguita, rende di fondamentale importanza dare seguito a quanto previsto dal dpr 309/90 che stabilisce la convocazione ogni tre anni della Conferenza nazionale. Come è noto l'intenzione del legislatore era di garantire un regolare confronto tra i vari attori interessati al tema delle dipendenze per monitorare l'evoluzione del fenomeno, i cambiamenti degli interventi terapeutici ed adeguare gli strumenti normativi alle nuove esigenze.

In tal senso, passati ormai sette anni dall'ultima Conferenza di Trieste, si sente come assolutamente necessario un riordino generale della normativa, ormai vetusta e non in linea con l'evoluzione che il fenomeno ha vissuto negli ultimi 25 anni. Un riordino che evidentemente non può avvenire per compartimenti stagni, ma che deve affrontare per intero la tematica attivando strumenti adeguati ai tempi ed ai bisogni.

Pertanto proprio il principale obiettivo dell'ultima conferenza nazionale di Trieste era quello di rendere maggiormente omogeneo il sistema dei servizi sul territorio nazionale. Sul punto vi era un impegno esplicito di tutti gli attori, ivi comprese le Regioni ed il Dipartimento Nazionale, seppure nella ferma convinzione della competenza regionale nell'organizzazione dei servizi sanitari e della necessità di salvaguardare le specificità territoriali in ragione dei bisogni concreti.

Dopo sette anni da quell'impegno la situazione continua ad essere caratterizzata da enormi differenze tra le diverse Regioni.

Ai fenomeni legati all'uso ed abuso di sostanze psicotrope ed alcoliche, che sono in continuo mutamento, ai consumi di nuove sostanze nel mondo giovanile non ultimo il ritorno dell'eroina, si aggiungono le varie dipendenze senza sostanza, quelle comunemente note come "comportamentali". Ma mentre in alcune regioni il Sistema dei Servizi è stato in grado di organizzarsi per rispondere a questi cambiamenti, intraprendendo percorsi scientificamente validati di revisione delle metodologie, degli strumenti, degli stessi tempi di trattamento ed in molti casi attivando, pur in assenza di riferimenti normativi, nuovi percorsi per rispondere alle dipendenze "senza sostanze", in altre il sistema è rimasto ancorato agli schemi ed alle tipologie di servizi degli anni '90, determinando risposte assolutamente insufficienti.

Le dipendenze, sia quelle da sostanza che quelle comportamentali, sono in continua evoluzione e rimangono un'emergenza sanitaria e sociale di enorme rilevanza. A fronte di ciò, però, come detto si evidenzia una forte

disomogeneità nelle risposte che le varie Regioni e Aziende Sanitarie riescono a dare: in alcune Regioni sono previste fino a 14 tipologie di servizi, mentre in altre, sono attive solo le due tipologie “classiche” dell’atto di intesa del 1999 terapeutiche riabilitative e pedagogiche riabilitative.

Questa disparità nei servizi offerti nega il diritto costituzionale alla cura dei cittadini.

Inoltre riteniamo che non si possano programmare solo interventi residenziali o semiresidenziali ma si debba adeguare l’offerta di cura alla continua evoluzione della domanda, anche con altri e nuovi interventi come ad esempio ambulatoriali, domiciliari.

Altro problema particolarmente grave è la difformità delle tariffe per la stessa tipologia di servizio

Questa contraddizione può essere superata, attraverso l’individuazione di criteri di accreditamento dei servizi per le dipendenze che siano validi su tutto il territorio Nazionale e conseguentemente la definizione di criteri omogenei per il calcolo delle tariffe.

Un ulteriore nodo problematico è il tema del reinserimento socio lavorativo, azione che necessita di una forte integrazione con i Comuni che di fatto non attuano politiche di reinserimento per soggetti con problematiche di dipendenze. Sarebbe necessario in tal senso una regia comune tra il Dipartimento Nazionale e gli organismi di rappresentanza dei Comuni (ANCI) su questo nodo importante.

Per quanto riguarda il carcere, ricordiamo che la percentuale di persone con problemi di dipendenza supera il 30% della popolazione carceraria. Ma le comunità non possono essere piccoli carceri, o la risposta al sovraffollamento.

L’illecito penale è un momento che porta la persona a contatto con un sistema caratterizzato da regole precise che non possono essere sottovalutate né disconosciute.

La risalita avviene solo se questa consapevolezza si radica nell’individuo, al quale sono offerti strumenti e non *escamotage* per trasformare i propri errori in risorse per un nuovo stile di vita. Questo strumento certamente non può essere il carcere con il suo mondo di regole non scritte che favoriscono l’irrigidimento e la cultura dell’illegalità. Al contrario, si tratta di individuare in grado di sviluppare la consapevolezza dell’individuo nel cercare attraverso modalità legali la convivenza con gli altri.

Il carcere produce la cultura dell’omertà e sviluppa codici comportamentali che sono difficili da eliminare e che l’individuo si porta dentro per sempre incidendo in modo negativo sul contesto sociale in cui tenta di “sopravvivere”.

Il momento sanzionatorio, attraverso strumenti alternativi, può quindi diventare un passaggio educativo importante perché si avvale di risorse sociali con forti competenze che incidono sul comportamento dell’individuo, non solo portandolo ad affrancarsi dalla dipendenza, ma anche ad allontanarsi da circuiti criminali in cui è stato coinvolto o in cui rischia di cadere.

La messa alla prova ha sicuramente una funzione preventiva perché diretta precipuamente a soggetti alle prime esperienze illegali, nello stesso tempo il ricorso a misure cautelari, sia pure custodiali ma meno esclusive, consentono una sperimentazione nel proprio recupero.

Ancora poco applicata, all'interno di questa opportunità è la "mediazione" con la parte offesa del reato. Anche i soggetti che si sottopongono ad un percorso di recupero necessitano di consapevolizzare i danni che hanno arrecato con il proprio comportamento, spesso sottovalutati dal lavoro che fanno su loro stessi.

Va quindi ripensato tutto il sistema, utilizzando le nuove misure di messa alla prova possibilmente attraverso finanziamenti specifici.

I servizi offerti dagli enti accreditati sono destinati all'utente e alla rete sociale in cui la persona è inserita. Questo significa che l'intervento nella sua globalità si differenzia in quattro macro aree come indicato anche dagli indirizzi europei: Riduzione del danno e riduzione dei rischi, Prevenzione, Cura/Riabilitazione e Reinserimento Socio Lavorativo, aspetti che sono sanitari ma anche culturali e sociali.

Il passaggio da Enti Ausiliari ad Enti Accreditati ha fatto in modo che fosse data una maggiore definizione delle prestazioni rese, garantendo qualità e dignità all'intervento, ma non possiamo correre il rischio di veder ridotto il ruolo degli Enti Accreditati a meri fornitori di prestazioni.

La deriva "prestazionale" che purtroppo sta ormai prendendo piede in modo deciso in tutto il contesto sanitario nazionale, non consente infatti di fornire risposte adeguate per problemi ad altissimo indice di complessità, come le dipendenze patologiche, che presentano caratteristiche affrontabili solo attraverso interventi di sistema con approccio multidisciplinare e multidimensionale.

Da sempre il fondo nazionale per la lotta alla droga di cui all'art. 127 del dpr 309/90 ha contribuito a sperimentare nuovi approcci riabilitativi, a supportare i percorsi di inclusione sociale a progettare interventi territoriali di prevenzione. Come è ampiamente noto a seguito della istituzione del Fondo Unico per le politiche sociali di cui alla L.328/00, questi fondi sono stati accorpati a quelli destinati alle politiche sociali facendo venir meno le risorse per gli aspetti peculiari delle dipendenze sopra richiamati. Diventa pertanto essenziale il rifinanziamento del fondo finalizzato agli interventi già previsti nel suddetto art. 127 con una conseguente ed adeguata programmazione dell'uso di tali risorse che veda il coinvolgimento degli attori del sistema, ed in particolare dei servizi pubblici e del privato accreditato, che negli anni hanno sviluppato competenze e capacità che vanno valorizzate ed implementate.

In sintesi è opportuno ribadire le proposte che ormai da diversi anni le principali reti di rappresentanza del settore delle dipendenze hanno formulato, ma che ad oggi sono ancora rimaste inascoltate:

- Istituzione di un tavolo di confronto e concertazione tra Dipartimento Nazionale Antidroga, Tavolo delle Regioni, e realtà maggiormente rappresentative delle organizzazioni che si occupano di dipendenze in Italia (INTERCEAR, FICT e CNCA) per garantire un confronto ed un

approfondimento strutturato e teso a rendere maggiormente omogeneo il sistema dei Servizi pur tenendo conto delle necessarie differenze territoriali e Regionali;

- Definizione di criteri omogenei per il calcolo delle tariffe per ogni tipologia di servizio
- Destinare l'1.5 % del bilancio sanitario di ogni Regione Italiana al Sistema dei Servizi delle dipendenze.
- Ripristinare il fondo della legge 309\90 garantendo una programmazione partecipata per l'utilizzo delle risorse
- Definire un sistema di monitoraggio da parte del Dipartimento Nazionale Antidroga sulle spese destinate dalle regioni alle dipendenze
- Definire un monitoraggio Regionale sulle spese destinate dalle Aziende Sanitarie alle dipendenze
- Definizione di percorsi condivisi tra Stato, regioni, ed Enti nazionali di rappresentanza per la definizione dei criteri di indirizzo e applicazione dei nuovi LEA previsti nelle dipendenze (sui temi del gioco d'azzardo e sulla riduzione del danno) come previsto dal fondo sanitario del 2016.

per CNCA	Riccardo De Facci
per FICT	Luciano Squillaci
per INTERCEAR	Umberto Paoletti

"Argomenti di etica del rapporto fiduciario fra curante e persone in condizioni di limitazioni della libertà personale. Le certificazioni medico-legali".

Autori:

- Sandro Libianchi, Presidente Coordinamento Nazionale Operatori per la Salute nelle Carceri Italiane - Co.N.O.S.C.I. onlus (per l'introduzione e la parte A)
- Grazia Zuffa, Forum Droghe, componente del Comitato Nazionale di Bioetica (per la parte B)
- Ornella Vagnozzi, Coordinamento Nazionale Operatori per la Salute nelle Carceri Italiane - Co.N.O.S.C.I. onlus (per la parte E)
- Marco Bruci, con l'aiuto del gruppo degli utenti della comunità, che però vogliono rimanere nell'anonimato. Comunità Terapeutica Semiresidenziale per Tossicodipendenti "La Tenda" sede: Via Del Frantoio 58, Roma (per la parte F)
- Silvana Magnani Responsabile Attività Terapeutiche, Cooperate Soc. Coop. Sociale Onlus - Ente Gestore Progetto Terapeutico 'Fratello Sole'. S. Severa/S. Marinella - RM (per la parte F)

Introduzione

Il rapporto fiduciario tra curante e paziente detenuto o in limitazioni della libertà personale è iscrivibile nel quadro di una relazione inusuale rispetto alla popolazione generale e connotata da alcuni aspetti di peculiare difficoltà, soprattutto legati alle varie certificazioni che possono rappresentare motivo di scarcerazione o di altri procedimenti.

Numerose sono le occasioni in cui al curante (principalmente medico) è richiesto di esprimere pareri e produrre certificazioni sulle condizioni di salute di una persona che ha richiesto misure alternative alla carcerazione per motivi di salute (incompatibilità, differimento, rinvio esecuzione penale-artt. 146 e 147 C.P., affidamento per tossicodipendenti/consumatori, ecc.). La problematica è ben nota in ambito penitenziario e a tale proposito basti pensare all'importanza del dato anamnestico molto spesso non certificato o rilevabile o ancora alla descrizione di una sintomatologia dolorosa, non obiettivabile.

Diverse sono le competenze specifiche in questo tipo di percorsi e altrettante sono le professionalità coinvolte, che raramente riescono a lavorare sinergicamente verso un esito certificatorio condiviso o almeno congiunto. Di qui la difficoltà di una risposta istituzionale che, tenendo conto di questi aspetti, riesca a produrre pareri di certezza, diagnosi circostanziate o programmi terapeutici anche con valutazione di esito e follow up. I principali attori che giocano un ruolo in questo delicato rapporto sono rappresentati dal medico, dallo psicologo, dall'autorità giudiziaria procedente, dal garante dei diritti delle persone detenute e dal difensore, dalla comunità terapeutica e, naturalmente, dai pazienti.

A. Il medico e la deontologia professionale.

Ogni certificazione riguardante aspetti dello stato di salute della persona, inevitabilmente, vede quale sua parte centrale le competenze mediche, sebbene sarebbe erroneo considerare queste le uniche necessarie e sufficienti. La visione olistica dell'intervento sanitario sulla persona deve prescindere da una valutazione congiunta di tutti gli aspetti a essa connessi superando i protagonismi specialistici e le frequenti controversie interprofessionali che non raramente trasformano la discussione in vere e proprie arene conflittuali. Talora il conflitto coinvolge anche le autorità penitenziarie per la natura stessa di queste istituzioni intrinsecamente coercitive che, per motivi di sicurezza, devono esercitare un controllo pressoché totale sulla vita dei loro residenti e le attività all'interno delle carceri.

Il rapporto che si istaura in carcere tra una professionalità sanitaria e una persona detenuta risente di talune specificità sconosciute in altri contesti che non risentono della limitazione delle libertà personali e sono tali da configurare uno specifico assetto relazionale. Le peculiarità dello stato di detenzione sono diverse e devono essere aggiunte alle usuali esigenze cliniche delle procedure mediche. In particolare viene sempre più spesso sottolineata l'esigenza di superare le difficoltà legate all'istaurare un *rapporto fiduciario* con il medico che storicamente è sempre stato percepito come un 'prolungamento' del potere di controllo della direzione del carcere, almeno fino all'emanazione del DPCM 1/4/2008 che ne ha trasferito i rapporti gerarchici nell'ambito del SSN. Purtroppo però, ancora oggi permane la competenza del medico in seno i consigli di disciplina dell'istituto (art. 39, Legge 26 luglio 1975 n. 354), anche se è di tutela nei riguardi della possibilità del detenuto di poter sopportare la pena irrogata. Anche l'art. 41 (Impiego della forza fisica e uso dei mezzi di coercizione) prevede la partecipazione del sanitario nelle situazioni in cui si rende necessario "...per vincere la resistenza, anche passiva, all'esecuzione degli ordini impartiti.". Spesso si pone anche il problema del *diritto a non essere curato* che avviene sia nel corso degli scioperi della fame o della terapia, in cui il medico è diviso tra il garantire comunque la sopravvivenza o l'incolumità del detenuto affidato allo Stato ed il dover/poter compiere manovre di alimentazione forzata.

Le difficoltà trattamentali e disciplinari nei confronti del comportamento di alcuni detenuti sono talora la base di *richieste improprie di somministrazione di farmaci psicotropi* da parte del sistema carcerario ma che non rientrano nei normali canoni prescrittivi e sono finalizzati al tentativo di contenere atteggiamenti inadeguati.

Motivazioni di sicurezza sono invocate nella mancata *comunicazione dei tempi e dei luoghi di cura* e della loro gestione senza la condivisione da parte dell'interessato. A tale proposito sono state segnalate evasioni da strutture sanitarie esterne al carcere dopo che il detenuto era venuto a conoscenza del luogo e del giorno di visita.

Un altro diritto fondamentale che è negato alla persona con limitazioni della libertà personale o detenuta o internata in Ospedali Psichiatrici Giudiziari o nelle Residenze per l'esecuzione delle misure di sicurezza (R.E.M.S.) è rappresentato dalla scarsa o nulla possibilità di *scelta del curante*, benché permanga quella di chiedere un consulto ad un medico personale esterno alla strutture con spese a proprio carico. Appare evidente quanto limitato sia l'accesso a questa opzione, sia per i costi, sia per la frequente mancata condivisione terapeutica (o diagnostica) da parte dei medici operanti in istituto nei riguardi delle prescrizioni di un medico esterno al sistema sanitario locale. La mancata possibilità di scelta del curante favorisce strategie di manipolazione del sintomo e dei dati anamnestici, finalizzate in maniera strumentale all'ottenimento di vantaggi.

Un altro tema molto controverso in carcere è il capitolo del rispetto delle *regole di riservatezza* e sulla *gestione dei dati sanitari* che anche in questo caso risentono dell'applicazione di regolamentazioni specifiche e di contesto. Infatti in carcere l'accesso ai dati sensibili sarebbe riservato ai soli sanitari, sia pur con le limitazione imposte dalla legge sulla privacy. Purtroppo ancora risultano irrisolti alcuni aspetti che possono pregiudicare questo rispetto, come il fatto che il 'diario clinico' è ancora considerato un elemento del fascicolo personale del detenuto e pertanto da conservare o gestire congiuntamente alla Polizia penitenziaria, od anche per il solo fatto che tutti coloro che operano in carcere sono tenuti alla riservatezza, realizza la condizione che tutti, quindi, possono essere a conoscenza dei dati sensibili sanitari. Per ciò che attiene al *segreto professionale* il medico in carcere è chiamato a gestire le situazioni precritiche che possono creare un danno al detenuto stesso od ad altri, come ad esempio nell'ideazione di agiti autolesionistici o eterodiretti. In tali casi va chiarito con il paziente e con estrema franchezza, che il proprio compito è la tutela della salute e dell'integrità dell'intera comunità, oltre che del singolo.

In ogni caso, le certificazioni mediche richieste ai curanti delle persone con limitazioni delle libertà personali sono molteplici ed a diversa valenza. Oltre agli artt. sopra citati (146, 147 e 148 C.P.) numerosi sono anche altri che prevedono specifiche misure soprattutto nell'ambito della patologia psichiatrica (206, 212, 215 C.P.; art. 70, 73, 275, 276, 286, 299 C.P.P.) ed altri ancora. In

particolare l'art. 146 prevede espressamente che gli accertamenti redatti siano "...secondo le certificazioni del servizio sanitario penitenziario...". Pertanto appare chiaro che può accadere che un medico sia coinvolto nei percorsi penitenziari della persona detenuta e contemporaneamente esserne il curante, attraverso relazioni dello stato di salute attuale, dove viene regolarmente richiesto un giudizio sulla compatibilità del soggetto con il regime carcerario. Appare intuibile quindi, quante possono essere le pressioni negative o positive che possono essere esercitate sul curante nella sua quotidianità professionale e quanto difficile possa essere il mantenere un giusto equilibrio tra queste diverse istanze.

Le valutazioni medico-legali a cui il medico è tenuto devono fornire all'autorità giudiziaria procedente tutti gli elementi necessari in termini di diagnosi, prognosi, terapia attuale e successiva e se tutto ciò sia realizzabile in ambiente carcerario o meno, bilanciando istanze di salute ed istanze di sicurezza sociale.

Ma esistono anche altre situazioni critiche che è necessario menzionare, come il sospetto dell'assunzione di sostanze stupefacenti in carcere su segnalazione della Polizia Penitenziaria ed il suo accertamento clinico e laboratoristico. Un' accettazione incondizionata di tutte queste segnalazioni modificherebbe la funzione stessa del medico in quella di un consulente tecnico, ma senza mandato del magistrato per poi far decadere ogni rapporto fiduciario con il paziente.

La massima attenzione dovrà anche essere posta su alcuni gruppi particolarmente vulnerabili, quali i minorenni, gli stranieri specie se con problemi linguistici e le donne. Una apparente contraddizione nell'ambito di tutte queste situazioni di scarsa tutela della privacy ci viene dal DPR 309/90 (Testo unico sugli stupefacenti) che all'art. 120 comma 7 recita: "...gli operatori del servizio pubblico per le dipendenze...non possono essere obbligati a deporre per quanto hanno conosciuto in ragione della propria professione né davanti all'autorità giudiziaria né davanti ad altra autorità."

Un utile riferimento potrebbe essere rappresentato dai codici di deontologia professionale del medico, dell'assistente sociale, dell'infermiere e dello psicologo, ma purtroppo sebbene vi siano riferimenti riguardo gli aspetti citati, nessuno o quasi è direttamente riferito alle condizioni di detenzione o riduzione delle libertà personali. Nella prospettiva di riduzione del contenzioso e della massima tutela del rapporto medico-paziente, viene sostenuta l'ipotesi di un codice etico-deontologico delle professioni sanitarie operanti in tali contesti e l'ottimizzazione dei percorsi diagnostico-terapeutici attraverso procedure standardizzate e condivise.

B. Il dibattito bioetico.

Nel settembre 2013, il Comitato Nazionale per la Bioetica ha votato all'unanimità un parere intitolato la "Salute dentro le mura", concernente le problematiche etiche delle persone in stato di restrizione della libertà. Il parere affronta la questione della parità /parità di opportunità di trattamento fra persone libere e detenute, affrontando anche aspetti etici specifici dell'attività professionale di assistenza sanitaria in carcere. In generale, il CNB segnala come alcuni diritti riconosciuti ai liberi siano spesso negati ai detenuti: ad esempio il diritto alla scelta del medico di base. Osserva infatti il CNB che questa facoltà, "*comunemente esercitata dal cittadino libero, spesso non esiste per i detenuti poiché questi sono obbligati a rivolgersi al medico di reparto; oppure la visita da parte del proprio medico viene intesa come una concessione una tantum*". Si osservi che il criterio della libertà di scelta del paziente è in stretto rapporto con la salvaguardia del rapporto fiduciario e confidenziale paziente-medico: come tale, il problema va molto oltre il livello della medicina di base e investe più in generale la relazione fra il paziente e la paziente e il personale che svolge prestazioni sanitarie a qualsiasi livello. Se la qualità fiduciaria nella relazione di cura è importante per tutti e tutte le pazienti, è ancora più cruciale per le persone private della libertà: non solo per la loro particolare vulnerabilità, ma anche perché le condizioni di salute dei

detenuti entrano spesso in gioco nella determinazione di misure giudiziarie e carcerarie, in certi casi a favore, in altri a svantaggio delle persone detenute. E' il caso delle persone tossicodipendenti in carcere: l'accertamento sanitario dello stato di dipendenza configura infatti la possibilità di accesso a misure alternative speciali.

Gli interrogativi etici che la tossicodipendenza in carcere solleva sono molteplici:

1) in primo luogo, potremmo chiederci se e come sia rispettato il diritto della persona alla scelta del terapeuta nel campo della dipendenza durante il periodo di restrizione della libertà. E se e quanto sia considerata importante la qualità fiduciaria e confidenziale della relazione di cura per questo particolare gruppo di persone. Si pensi ad esempio a come sono spesso stabiliti i programmi per le persone dipendenti, seguendo procedure di coinvolgimento dei vari servizi che hanno avuto in precedenza in carico la persona. Sono procedure del tutto legittime, ma spesso non è chiaro il prerequisito di base: quanto è tenuto in considerazione il diritto di scelta sul personale e di interlocuzione/negoziazione della persona detenuta sul programma predisposto dal servizio?

2) Ancora più complesso il caso in cui l'accertamento delle condizioni di dipendenza abbia ripercussioni sull'accesso o meno a misure alternative. Come si salvaguardia il rapporto paziente-medico quando quest'ultimo è chiamato ad assumere un ruolo diverso da quello terapeutico, cioè di giudizio sulle condizioni del paziente? Il dilemma etico sta infatti nel potenziale conflitto fra il ruolo di "giudice" e il carattere fiduciario della relazione terapeutica.

Lo stesso parere del Comitato Nazionale di Bioetica, sulla scia delle indicazioni internazionali della OMS, offre importanti spunti di riflessione. Si lamenta infatti *"che i medici siano spesso chiamati a svolgere due ruoli assai diversi: quello proprio del terapeuta, e quello di esperto cui si chiede di giudicare le condizioni di salute del detenuto, in relazione a provvedimenti che deve prendere l'autorità giudiziaria o carceraria (vedi differimento pena per incompatibilità col carcere o rilascio anticipato per condizioni di salute)"*¹. E' evidente che l'accertamento dello stato di dipendenza finalizzato all'accesso alle misure alternative rientra nella casistica suddetta. Prosegue il documento: *"Sarebbe invece opportuno che questo giudizio fosse lasciato a un medico diverso, per evitare di ledere il rapporto medico paziente"*.

Chiara è anche l'indicazione circa i doveri del medico chiamato a giudicare le condizioni del detenuto in rapporto a sanzioni disciplinari: *sempre in nome del principio etico secondo cui il medico è chiamato a perseguire il benessere del paziente, il CNB raccomanda ai medici di non prestarsi in nessun caso a certificare che un detenuto sia in grado di sostenere l'isolamento o qualsiasi altra forma di punizione.*

Tra la logica sanitaria e la logica giudiziaria: la classificazione dei detenuti in "assuntori" e "dipendenti"

Per il personale sanitario, per i medici in particolare, il conflitto fra i due ruoli, di terapeuta da un lato e di esperto chiamato a giudicare le condizioni di salute in relazione a provvedimenti giudiziari dall'altro, si è acuito da quando, nel 2011, il Dipartimento Nazionale Antidroga (a seguito del passaggio della sanità penitenziaria al Servizio Sanitario Nazionale nel 2008) ha promosso una nuova classificazione dei detenuti assuntori di sostanze stupefacenti, dando indicazioni in questo senso alle Regioni e, tramite loro, ai Ser.T.

Le linee d'indirizzo predisposte dal Dipartimento Antidroga prevedono l'utilizzazione di un preciso strumento diagnostico (ICD IX) per "uniformare" le procedure in nome della "scientificità" delle stesse. Sulla base di queste indicazioni, il personale sanitario è tenuto a classificare i detenuti in due categorie: assuntori di sostanze psicotrope e dipendenti. Tramite la rilevazione dei Ser.T. e delle Regioni, queste categorie costituiscono la griglia anche per il computo dei detenuti tossicodipendenti presenti in carcere, destinata alla Relazione Nazionale annuale sulle droghe.

¹ WHO Regional Office for Europe (2007), *Health in prisons*, pp.33 sgg.

Come già denunciato dai 'Libri Bianchi' sulla normativa antidroga nelle varie edizioni dal 2011 in poi, tale standardizzazione si presta a numerose critiche². In breve: essa risulta ingiustamente invasiva dell'autonomia professionale degli operatori, che peraltro sono titolari della certificazione della dipendenza, di cui rispondono anche penalmente. Ed è evidente che non può valere solo la diagnosi qui e ora, ma anche la storia della persona: oltre tutto, trattandosi di strumenti di valutazione di "comportamenti" in relazione all'uso delle sostanze, la loro validità in situazioni "anomale" di costrizione come quelle del carcere non è paragonabile alle situazioni di "normalità" di vita.

Dal nostro punto di vista, come accennato, la questione cruciale riguarda la finalità delle linee guida, che non appaiono destinate a migliorare la diagnosi per finalità terapeutiche, quanto a "classificare" i detenuti, facendo una prima cernita fra soggetti abilitati ad accedere a misure alternative terapeutiche e soggetti non abilitati.

Non può sfuggire che tutto ciò pone l'operatore delle dipendenze in carcere in una doppia situazione di conflitto: di ruolo da un lato (di terapeuta e di "esperto" chiamato a "giudicare" le condizioni di salute, come già detto); ma anche di funzione, poiché in tal modo l'operatore abbandona la funzione (sua propria) di cura per assumere direttamente quella di controllo.

Se si trattasse di affinare gli strumenti diagnostico-terapeutici, non ci sarebbe bisogno di standardizzare le procedure: anzi, meglio sarebbe mettere in campo una pluralità di strumenti, assecondando l'autonomia professionale degli operatori e la loro capacità di "individualizzazione" dei percorsi terapeutici. Dunque, è evidente che la cosiddetta uniformazione diagnostica ha il solo scopo di stabilire una categorizzazione al fine di incidere sull'accesso alle misure alternative.

Va infine ribadito che la distinzione fra "consumatori" e "dipendenti" assume carattere completamente diverso a seconda che la si esamini in ambito esclusivamente clinico, oppure nel contesto penale giudiziario. Nell'intenzione del legislatore che negli anni novanta promosse le misure terapeutiche speciali per tossicodipendenti, queste avevano lo scopo precipuo di "alleggerire" l'impatto punitivo, estremamente elevato, della normativa di proibizione (si ricordi che dopo l'intervento della Corte Costituzionale che ha abrogato le norme principali della revisione del 2006, siamo appunto tornati alla legge del 1990). Risulta perciò ingiusto e paradossale che da un lato si sia inasprita la repressione in nome del pericolo-droga; dall'altro, si vogliano trovare strumenti per negare ai semplici "consumatori" l'accesso alle alternative terapeutiche, con la motivazione che "non hanno bisogno di terapia". Finché il modello terapeutico-correzionale della legge antidroga del '90 resterà in vigore (e le alternative terapeutiche rimarranno la sola possibilità per far uscire i consumatori di sostanze illegali dal carcere), appare iniquo avvalersi, oltretutto impropriamente, del "pilastro terapeutico" per rinforzare il pilastro correzionale.

E' ora che queste problematiche etiche siano affrontate e discusse apertamente, coinvolgendo non solo gli operatori ma tutti gli stakeholders nel campo delle droghe.

² I Libri Bianchi sulla normativa antidroga, promossi dalle associazioni Forum Droghe, Società della Ragione, Antigone, CNCA con l'adesione di altre ONG, sono giunti alla Sesta Edizione nel 2015. Essi sono uno strumento di monitoraggio e valutazione della normativa antidroga, basato sui dati ufficiali delle varie amministrazioni dello Stato.

<http://www.societadellaragione.it/sezione/ricerche-e-studi/libro-bianco-sulla-legge-fini-giovanardi/>

C. L'integrazione socio-sanitarie e le reti locali.

Il tema della formalizzazione certificatoria da parte dei professionisti delle ASL (Ser.T.) risulta ancora abbastanza 'orfano' in quanto solo pochissime Regioni hanno dettato regole in tal senso, anche nella prospettiva di standardizzare la documentazione prodotta ed eventualmente condivisa con l'amministrazione della giustizia. La Regione Lazio, con delibera della giunta regionale del 7 aprile 2008 n. 230. (*"Approvazione Manuale operativo per i professionisti dei Ser.T. addetti all'assistenza sanitaria ai detenuti tossicodipendenti"*) prevede modalità operative e/o procedure finalizzate all'azione certificatoria, soprattutto per ciò che attiene alla certificazione di tossicodipendenza, valide per tutti i professionisti che operano all'interno dei servizi delle dipendenze e che si occupano di detenuti,

Dal punto di vista dell'Assistente Sociale nel citato manuale vengono stabilite azioni e linee di indirizzo che definiscono i percorsi professionali per una valutazione sociale e a quali principi ispiratori fa riferimento. Nell'esercizio delle proprie funzioni l'Assistente Sociale Professionista fa riferimento al codice deontologico approvato dal Consiglio nazionale dell'ordine il 1 settembre 2009. Il Titolo II che detta i principi generali della professione, descrive "la professione si fonda sul valore della persona, sulla dignità e sulla unicità di tutte le persone, sul rispetto dei loro diritti, libertà, uguaglianza, socialità, solidarietà; l'esercizio della professione si basa su fondamenti etici e scientifici, sull'autonomia tecnico-professionale, sull'indipendenza di giudizio e sulla scienza e coscienza dell'Assistente Sociale...". Al titolo III si affronta la Responsabilità dell'Assistente Sociale deve impegnare la propria competenza professionale per promuovere l'auto-determinazione degli utenti e dei clienti quali soggetti attivi del progetto di aiuto, favorendo il rapporto fiduciario, in un costante processo di valutazione. Al capo I "nella relazione di aiuto l'Assistente Sociale ha il dovere di dare, tenendo conto delle caratteristiche culturali e delle capacità di discernimento degli interessati, la più ampia informazione sui loro diritti, sui vantaggi, svantaggi, impegni, risorse, programmi e strumenti di intervento professionale, per il quale deve ricevere esplicito consenso, salvo disposizioni legislative e amministrative. L'Assistente Sociale, nel rispetto della normativa vigente e nell'ambito della propria attività professionale, deve agevolare gli utenti ed i clienti, o i loro legali rappresentanti, nell'accesso alla documentazione che li riguarda, avendo cura che vengano protette le informazioni di terzi." Al capo III si affronta la Riservatezza e il segreto professionale che costituisce il diritto primario dell'utente e del cliente e dovere dell'Assistente Sociale, nei limiti della normativa vigente. Aspetto importante e fondamentale che entra nell'oggetto del tema etico è la natura fiduciaria della relazione con utenti obbligando l'assistente sociale a trattare con riservatezza le informazioni e i dati riguardanti gli stessi, per il cui uso o trasmissione, nel loro esclusivo interesse, deve ricevere esplicito interesse e autorizzazione. L'assistente sociale deve adoperarsi nei diversi livelli e nelle diverse forme dell'esercizio professionale per far conoscere e sostenere i valori e i contenuti scientifici e metodologici della professione, nonché i suoi riferimenti etici e deontologici. Inoltre in tale ottica concorre al superamento di una politica delle prestazioni (assistenzialismo) a favore di un protagonismo dell'utenza che sia partecipe e consapevole (restituzione sociale e diritti/doveri di cittadinanza. A tale proposito l'offerta di garanzia di informazioni sui percorsi terapeutici possibili e quelli che sono i diritti previsti dalle normative vigenti sono elementi fondamentali che caratterizzano l'intervento sociale mettendo l'utente /cittadino al Centro dell'agire professionale. Quindi il riferimento dell'azione professionale sono, la persona il territorio e le risorse, le reti le sue interconnessioni per una costruzione di una "Comunità Competente".

Detto ciò corre l'obbligo soffermarsi sul concetto di 'metodo' laddove questo indichi il procedimento logico ordinato e sequenziale che va a caratterizzare il metodo scientifico del servizio sociale un procedimento d'indagine ordinato, ripetibile ed autocorreggibile, che garantisce il conseguimento di risultati validi, attraverso:

una conoscenza ed analisi della situazione;

- la formulazione degli obiettivi e delle ipotesi operative;

- la realizzazione dello intervento;
- la valutazione e verifica sia in termini di risultati raggiunti, sia del percorso compiuto.

Il Servizio Sociale professionale, opera pertanto secondo un metodo scientifico dato dal fatto che il “fare” è “pensato” sulla base di teorie di riferimento. Quindi conoscere, progettare/agire, valutare operando in una logica di avanzamenti e ritorno, di verifica e valutazione, per progettare o riprogrammare nuovi processi.

Pertanto cosa orienta l'assistente sociale nella “valutazione”? L'applicazione di una Metodologia e l'avvalersi di un'Etica intesa come un insieme di valori, Norme ed Ideali riconosciute come valide in un dato momento storico, in determinato contesto sociale.

Appare quindi sempre più importante far convergere un percorso di cura e/o programma socio-riabilitativo per le persone in limitazione della propria libertà con un percorso giudiziario mettendo ogni operatore di fronte al dilemma “fare la cosa giusta” e l'Assistente Sociale rimane l'interlocutore istituzionale, ossia colui/colei che filtra e facilita il contatto tra cittadino e l'istituzione stessa, configurandosi come “Previsore Sociale” dell'integrazione socio-sanitaria nella rete dei servizi.

D. Il punto di vista di una comunità terapeutica.

Trattare il tema del rapporto fiduciario in carcere e nelle situazioni di limitazione delle libertà personali, ivi inclusa la comunità terapeutica, è un argomento delicato e difficile e ciò diventa evidente appena nel gruppo, non previsto nella solita scansione della vita comunitaria, viene introdotto il tema. Subito gli sguardi cambiano e dalla tranquillità e curiosità si passa ad un nervosismo diffuso. E' difficile parlarne sia per i nuovi arrivati sia per quelli che sono in programma da più tempo, in tutti gli utenti scatta, anche se con forza diversa, un senso di diffidenza.

E' una diffidenza comprensibile, nasce dalla differenza di ruoli, di potere e di posta in gioco. L'utente sa di aver bisogno del curante per affrontare e trovare soluzioni ai propri problemi di salute (psichica, fisica..), al tempo stesso sa che il potere decisionale sulla propria libertà è un po' nelle proprie mani, ma soprattutto è in quelle del curante....quanto si può affidare la propria libertà a qualcun'altro?

Nella discussione emergono dei temi comuni, uno dei più chiari è il senso di impotenza. Un'impotenza dettata non solo dal trovarsi in una struttura costringente che limita più o meno intensamente la libertà personale, ma anche dal dover rispettare e soddisfare delle richieste implicite ed esplicite fatte dalla figura professionale curante. E' l'impotenza di non poter essere quello che realmente si è, di non poter essere fino in fondo fedeli a se stessi nemmeno con la persona che per ruolo dovrebbe essere lì proprio per aiutarli in un percorso di autenticità, di cura e di crescita.

Il sentire che la propria libertà o che il proprio miglioramento della condizione di vita dipende dalla valutazione di un'altra persona (medico, psicologo, assistente sociale..) toglie potere personale ed a volte un modo, per ritrovare un po' di potere, è quello di entrare nella sfida di aggirare e manipolare, mostrandosi diversi da quello che si è pur di poter raggiungere i propri obiettivi.

Naturalmente questo diventa ancora più forte, frustrante e significativo quando la persona ha un reale bisogno e fa un'autentica richiesta di aiuto.

Il doppio ruolo (di “cura e valutazione”) rivestito dal curante limita molto la possibilità di condividere alcuni problemi in quanto vengono ritenuti potenzialmente rischiosi (ad esempio comunicare una ricaduta può comportare l'interruzione del programma comunitario e quindi il rientro in carcere..); creare un'autentica alleanza sembra essere molto difficile, l'utente necessita tempo per conoscere, testare e affidarsi alla persona. Spesso si chiede se veramente possa condividere anche quegli aspetti che sente poco accettabili o devianti dalla “normalità”.

L'alleanza sembra più possibile in quelle strutture meno costrittive e con regole meno rigide, dove la limitazione della libertà personale è meno significativa. Quindi sembra che più aumenta la restrizione e la rigidità delle regole della struttura (carcere, comunità..) e più aumenta la difficoltà di affidarsi, di stare in un reale rapporto di cura e di cambiamento.

Viene riportato anche il sentire di subire un sorta di abuso, in quanto non c'è la reale possibilità di scegliere il proprio curante o di entrarci in conflitto o di dissentire e criticare, ma bisogna comunque accettarlo e aderire alle sue aspettative.

Questo, anche se c'è riluttanza nell'ammetterlo, crea un senso di umiliazione e una perdita di autostima. Per alcuni un modo di reagire è rappresentato dallo stringere una comunanza con le altre persone detenute od in trattamento comunitario, andando ad opporsi alle figure istituzionali, creando così "un noi ed un voi" che va a minare e a volte ad impedire la possibilità di creare un rapporto di fiducia.

L'unico aspetto positivo riportato è che questa differenza di potere costringe, per paura delle conseguenze, la persona in trattamento a moderare e regolare alcuni propri comportamenti e la porta a trovare, sperimentare e far proprie nuove modalità spesso più adattative, meno distruttive e più efficaci. Anche se tale apprendimento sarebbe più efficace e rispettoso se avvenisse tramite un processo di condivisione, elaborazione ed introiezione e non solo per paura di una successiva punizione.

Anche se il problema delle Certificazione di tossicodipendenza non riguarda nello specifico la Comunità terapeutica in quanto servizio di secondo livello cui sono inviate persone che ne sono già in possesso, problemi etici e trattamentali sono spesso presenti nella gestione di soggetti detenuti in pena alternativa.

Problematiche emergenti nelle comunità Terapeutiche riguardano principalmente il problema della volontarietà della cura.

La comunità terapeutica è andata assumendo, nel tempo, una posizione sempre più di primo piano anche nel sistema sanzionatorio penale. Se in principio la sua incidenza era del tutto marginale, essendo chiamata in causa solo per consentire all'imputato tossicodipendente l'espiazione della misura cautelare degli arresti domiciliari ai sensi della L. n. 532/1982 (poi integrata dalla l. n. 398/84), a partire dal 1985 è invece sensibilmente aumentata grazie all'introduzione della misura alternativa alla detenzione dell'affidamento in prova in casi particolari.

Le comunità terapeutiche sono state così proposte in maniera sempre più esplicita dal legislatore come alternativa ideale alla detenzione per i tossicodipendenti incorsi in condanne penali, a conferma del fatto che anche nel nostro ordinamento giuridico ha trovato accoglimento la logica del "trattamento in vece di pena"), già diffusa da tempo in altri paesi europei ed anglosassoni.

Nel condividere a pieno l'idea che la tossicodipendenza rappresenti prevalentemente la sintomatologia di una condizione di disagio mentale che necessita un trattamento, rimangono vivi alcuni dati di fatto su cui discutere.

Processo di individuazione e di valutazione delle reali motivazioni di richiesta di accesso alla Comunità Terapeutica. Soggetti con scarsa motivazione o con richieste di tipo più manipolativo percepiscono il trattamento riabilitativo in modo estremamente riduttivo, guardando solo all'aspetto della comunità come alternativa al carcere. Inoltre, il lavoro degli operatori sanitari è reso ancor più complesso dal fatto che il residente/condannato vive il proprio percorso terapeutico in un'ottica coercitiva apprendendogli questo come una mera 'proiezione' della pena detentiva da scontare.

Soggetti con scarsa motivazione o con richieste di tipo più manipolativo finiscono con il preferire il rientro in carcere o con l'essere allontanati dalla comunità per il mancato rispetto del programma terapeutico o delle regole comunitarie. In tale circostanza, tuttavia, non è possibile, trattandosi di residenti/condannati e non di residenti/volontari, concedere l'allontanamento o disporre l'espulsione senza il previo intervento dei servizi sociali e di un provvedimento dell'autorità giudiziaria competente. Potrebbe, quindi, restare in comunità per un certo lasso di tempo un soggetto assolutamente demotivato, non intenzionato a proseguire le attività terapeutiche, con conseguenti

problematiche di sicurezza per l'intera struttura e disturbo per i programmi terapeutici degli altri ospiti.

L'incompatibilità con il carcere. La dichiarata e certificata incompatibilità con il carcere in soggetti con scarsa o assente motivazione al trattamento, comporta per le CT una situazione critica perché esita nella difficoltà da parte dell'autorità giudiziaria di ricollocare il detenuto in carcere o in altra struttura. La complessità di attori coinvolti nel processo decisionale (il magistrato che deve prendere la decisione, il Ser.T. che eventualmente deve trovare un'altra collocazione, la disponibilità di un altro centro terapeutico) ha comportato nella nostra esperienza che i tempi di permanenza di una persona che, contemporaneamente, ha fatto richiesta di essere tolto dalla Comunità e ha ricevuto parere negativo da parte dell'Autorità Giudiziaria, è arrivata fino a tre mesi con conseguenze gravi all'interno dell'istituzione.

Valutazione psichiatrica e scelta della Comunità Terapeutica. La carenza di un'adeguata valutazione psichiatrica precedente all'inserimento del paziente in pena alternativa alla detenzione, ha comportato a volte la scelta di una Comunità non idonea al trattamento di situazioni di comorbilità. Di nuovo in questo caso i lunghi tempi di attesa nel prendere decisioni, riferite al successivo destino del paziente in misura alternativa, ha comportato disagio per la Comunità e per il paziente stesso.

Ruolo della Comunità Terapeutica. Nel dare la disponibilità ad accogliere pazienti in misura alternativa la CT presenta un programma terapeutico che l'autorità giudiziaria valuta nella sua idoneità. I programmi terapeutici prevedono oltre attività Psicoterapeutiche o Educative, attività di riabilitazione culturali e sociale da svolgersi a volte anche esternamente (ma sempre con la sorveglianza degli operatori della Comunità Terapeutica). Maggiore attenzione dovrebbe essere data a questo aspetto. Il programma comunitario ha un suo valore nell'aggregazione di tutti gli spazi come aree di sperimentazione e crescita. L'Autorità competente spesso vieta alcune attività, in particolare quelle che si svolgono esternamente alle mura della Comunità. Se prima esisteva in tal senso una differenza nella libertà di gestione fra chi era in arresti domiciliari e chi in affidamento, allo stato attuale non c'è alcuna differenza.

Bibliografia Essenziale

1. J. Pont, (2006) "Medical ethics in prisons: Rules, standards and challenges", *International Journal of Prisoner Health*, Vol. 2 Iss: 4, pp.259 – 267.
2. J. Pont, H. Stöver, H. Wolff, "Dual Loyalty in Prison Health Care", *Health Policy and Ethics*, pp. 475-480.
3. Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e degli odontoiatri: "Codice di Deontologia Medica". 18 Maggio 2014.
4. Codice deontologico dell'Assistente Sociale; 17 luglio 2009.
5. Costituzione della Repubblica Italiana.
6. Risoluzione 37/194 dall'Assemblea Generale delle Nazioni Unite il 18 dicembre 1982.
7. J. L. Metzner, J. Fellner, "Solitary Confinement and Mental Illness in U.S. Prisons: A Challenge for Medical Ethics", *J. Am. Acad. Psychiatry Law* 38:104–8, 2010.
8. T. Karni, "Striking Inmates and Detainees and Medical Ethics", *IMAJ*. Vol. 17, march 2015, pp. 179-181.
9. M. R. Battaglin, S. Tolio "L'autodeterminazione del paziente in stato di detenzione carceraria: profili etici del rifiuto delle cure", *Rassegna penitenziaria e criminologica* – n. 1-2015, pp. 59-92.
10. L. E. Rich., M. A. Ashby, "Crime and Punishment, Rehabilitation or Revenge: Bioethics for Prisoners?", *Bioethical Inquiry* (2014) 11:269–274.
11. Comitato Nazionale di Bioetica, Presidenza del Consiglio di Ministri "La salute dentro le mura" 27 settembre 2013.
12. European Committee on Crime Problems (CDPC), "Code of ethics for prison staff", Strasbourg, 29 March 2011.
13. Académie Suisse des Sciences Médicales (ASSM), "L'exercice de la médecine auprès de personnes détenues Directives médico-éthiques de l'ASSM", 28 novembre 2002.
14. B. Hoerni, "Aspects deontologiques de la médecine en milieu pénitentiaire", Rapport adopté lors de la session du Conseil national de l'Ordre des médecins suisses, juillet 2001.
15. "Principles of Medical Ethics Relevant to the Role of Health Personnel, Particularly Physicians, in the Protection of Prisoners and Detainees Against Torture and Other Cruel, Inhuman or Degrading Treatment or Punishment", G.A. Res. 37/194, Annex, Principle 1, U.N. Doc A/37/51/Annex (18th Dec. 1982).

16. R Smith “Prison doctors: ethics, invisibility, and quality. An older but lucid discussion of the longstanding ethical conflicts encountered by physicians who care for imprisoned persons”. *Br Med J (Clin Res Ed)*. 1984 March 10; 288(6419): 781–783.

18. United Nations. *First Congress on the Prevention of Crime and the Treatment of Offenders. Standard Minimum Rules for the Treatment of Prisoners*. 1955.

19. National Commission on Correctional Health Care, “The foundational global standards for the treatment of imprisoned persons. Charging inmates a fee for health care services”. 1996; reaffirmed 2005.

20. Farber NJ, Aboff BM, Weiner J, Davis EB, Boyer EG, and Ubel PA. “Physicians' Willingness to Participate in the Process of Lethal Injection for Capital Punishment”. *Annals of Internal Medicine* v135, pp 884-888, 20 Nov 2001.

21. Thorburn, Kim. May. “Croaker's dilemma--should prison physicians serve prisons or prisoners?”, PMID:7257360. 134(5):457-61.

22. S. Libianchi, A. Arnaudo, “La riforma della Medicina Penitenziaria, Publiedit Ed. 2014.

23. Commissione nazionale svizzera di etica per la medicina, CNE, Sull’obbligo di comunicare informazioni coperte dal segreto medico in carcere. Parere n. 23/2014, Berna, maggio 2014.

24. R. Brunet, “Introduzione al Codice Europeo di Etica per la Polizia”, Forum Italiano per la Sicurezza Urbana, 2005.

25. R. Parker, C. J. Paine, “Informed Consent and the Refusal of Medical Treatment in the Correctional Setting”, *Journal of Medicine & Ethics*, 27 (1999): 240-51.

26. P. L. Sissons, “The place of medicine in the American prison: Ethical issues in the treatment of offenders”, *Journal of medical ethics*, 1976, 2, 173-179

27. Australian Medical Association “Position Statement, Medical Ethics in Custodial Settings”, Amended 2015.

28. P. Coyle, “European Code of Ethics for Prison Staff”, International Centre for Prison studies, University of Essex, 2011.

29. S. Enggist, L. Møller, G. Galea, C. Udesen (WHO), “Prisons and Health”, 2014.

30. L. Lehtmets, J. Pont, “Prison health care and medical ethics”, Directorate General Human Rights and Rule of Law Council of Europe, 2014.

31. Comitato Nazionale per la Bioetica, “ Il suicidio in carcere. Orientamenti bioetici, 25 giugno 2010.

32. Comitato etico della Fondazione Veronesi, Decalogo dei Diritti del Malato [in Carcere], 2013.

33. A. Bartolomei, A. L. Passera, “L’Assistente Sociale Manuale di Servizio Sociale professionali”, Edizioni CieRre, 2005.
34. M. Cortigiani, “L’Assistente Sociale e i suoi campi di intervento”, Ed. Phoenix, 2002.

Focus

Ruolo dei Medici di Medicina Generale nella prevenzione e nella cura delle dipendenze con particolare riguardo per la dipendenza da eroina, tabacco, alcol e Gioco d'Azzardo Patologico (GAP)

A cura di FeDerSerD e di SIMG

La Legge 309/90 così come rivista dalla Legge 45/06 e dalla Legge 79/14 individua nei servizi per le dipendenze (SERD) i servizi specialistici di riferimento ai quali compete, in via esclusiva, la formulazione della diagnosi di dipendenza e la predisposizione del Piano Terapeutico con una validità massima di tre mesi, rinnovabile e modificabile in qualsiasi momento.

Le stesse Leggi definiscono il possibile ruolo, sia nella prevenzione che nella cura dei pazienti dipendenti, del medico di medicina generale (MMG).

Nello specifico si ricordano i seguenti articoli:

Testo aggiornato del DPR 309/90 (pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale Suppl. Ordinario del 15-3-2006)

Articolo 43. Obblighi dei medici chirurghi e dei medici veterinari

5. La prescrizione dei medicinali compresi nella tabella II, sezione A, di cui all'articolo 14, qualora utilizzati per il trattamento di disassuefazione dagli stati di tossicodipendenza da oppiacei o di alcooldipendenza, e' effettuata utilizzando il ricettario di cui al comma 1 nel rispetto del piano terapeutico predisposto da una struttura sanitaria pubblica o da una struttura privata autorizzata ai sensi dell'articolo 116 e specificamente per l'attivita' di diagnosi di cui al comma 2, lettera d), del medesimo articolo. La persona alla quale sono consegnati in affidamento i medicinali di cui al presente comma e' tenuta ad esibire a richiesta la prescrizione medica o il piano terapeutico in suo possesso.

LEGGE 16 maggio 2014 , n. 79 .

Conversione in legge, con modificazioni, del decreto legge 20 marzo 2014, n. 36, recante disposizioni urgenti in materia di disciplina degli stupefacenti e sostanze psicotrope, prevenzione, cura e riabilitazione dei relativi stati di tossicodipendenza, di cui al decreto del Presidente della Repubblica 9 ottobre 1990, n. 309, nonché di impiego di medicinali meno onerosi da parte del Servizio sanitario nazionale.

Art.1 comma 13

dopo il comma 5 dell'art.43 della Legge 309/90 è inserito il seguente:

«5 -bis . La prescrizione di medicinali compresi nella tabella dei medicinali, sezione A, per il trattamento degli stati di tossicodipendenza da oppiacei deve essere effettuata all'interno del piano terapeutico individualizzato, secondo modalità stabilite con decreto del Ministero della salute»;

L'impegno dei MMG nelle attività di cura e di prevenzione delle dipendenze, in collaborazione con i SERD rappresenterebbe un indubbio miglioramento qualitativo delle attività del Sistema di Intervento in Italia.

Infatti con interventi mirati, anche di audit, il MMG è in condizione di svolgere un ruolo di primissimo piano nella prevenzione indicata facendo emergere da uno a due anni prima le

patologie da dipendenza, sia da droghe illegali, che da gioco d'azzardo e da alcol e da tabacco, permettendo così un intervento precoce delle attività di cura.

Nella cura delle dipendenze la collaborazione dei MMG con i servizi specialistici di riferimento, i SERD, è in grado di produrre significativi risultati come dimostrato dalle esperienze di alcune realtà significative in Italia, segnatamente a Pescara¹⁻² e a Trieste.

Nello specifico questa collaborazione è in grado di determinare una maggiore compliance alle cure, un coinvolgimento specifico del nucleo familiare, la riduzione dello stigma sociale che grava sulle patologie di dipendenza.

Infatti le dipendenze da sostanze ed il GAP riconoscono cause multifattoriali con elementi biologici, psicologici e socioculturali e devono pertanto prevedere interventi multiassiali ed a largo respiro che coinvolgano più settori, dal sanitario al sociale, tanto più che i rilievi epidemiologici stanno facendo emergere un consumo crescente per alcune fasce particolari, quali le donne, gli adolescenti, gli anziani, segmenti di popolazione particolarmente fragili.

Il GAP è stato inoltre inserito nei LEA dalla legge Balduzzi (l.189/12). In questo contesto, un ruolo fondamentale nella implementazione di politiche di prevenzione universale e selettiva, nonché di screening e diagnosi precoce, è ricoperto dal Medico di Medicina Generale (MMG). In particolare, tale figura professionale costituisce un punto di osservazione privilegiato e prossimo all'assistito, che gli consentirebbe di percepire, rilevare e consigliare il soggetto, evitandone l'isolamento. Si segnala in questo senso uno studio neozelandese, che ha messo in evidenza la fiducia dei pazienti affetti da GAP nei confronti della possibilità di intervento da parte del proprio medico di famiglia (Sullivan, 2007)³.

Il MMG garantisce continuità e contiguità con l'assistito ed il suo sistema di relazioni familiari e sociali. Questo può consentire di lavorare sul piano motivazionale sul lungo periodo. Mettere in pratica la promozione salute è "un insieme di scelte personali, autonome, consapevoli, orientate al mantenimento del benessere fisico e psichico".

L'educazione e l'alleanza terapeutica con il medico della persona e della famiglia è fondamentale per queste scelte.

Il medico generale è favorito dal setting specifico di lavoro che non seleziona a priori i bisogni di chi affluisce all'ambulatorio.

1

Nadia Della Torre. Ser.T e medici di medicina generale nella cura dei pazienti eroinomani Franco Angeli editore, published in: 2009

2

Pietro F. D'Egidio. Affidamento e medici di medicina generale. Pagg. 113-122.
is part of a publication: Manuale critico sull'affidamento dei farmaci oppiacei. A cura di M. Fea Franco Angeli editore, published in: 2009

3

Don't Let an Opportunity Go by: Validation of the EIGHT Gambling Screen

Sean Sullivan

published in: 2007

type: article in serial publication

publisher: Springer

is part of a publication: *International Journal of Mental Health and Addiction*

keywords: brief screen, eight screen, problem gambling, screen validation

Infatti la modalità di prevenzione più consona alla medicina generale è quella opportunistica, con azioni di educazione motivante e di counselling breve specifico, mirato ai bisogni individuali dei pazienti.

L'Organizzazione Mondiale della Sanità sintetizza queste caratteristiche peculiari e distintive che inquadrano la Medicina di Famiglia come branca specifica. Esse possono essere riassunte sinteticamente in:

1. Posizione di prima interfaccia tra percezione dei problemi e definizioni di malattia.
2. Interesse non settoriale ma globale ai problemi del paziente.
3. Disposizione ad una tipologia completa di intervento: promozionale, educativo, preventivo, terapeutico e riabilitativo.
4. Particolare coinvolgimento nella prevenzione individuale alla salute.

6. Interesse primario alla persona, prima che alla malattia.
7. Approccio "olistico": biologico, psicologico e sociale ai problemi.
8. Rapporto medico paziente basato su scelta personale e fiduciaria, rinnovate continuamente.
9. Lunga continuità assistenziale.
10. Inserimento nel contesto reale privato e sociale dell'assistito.
11. Riferimento personale spesso congiunto del cittadino e del gruppo familiare per l'assistenza ambulatoriale e domiciliare.

Il risultato finale d'ogni processo di cura è influenzato sia dalla **qualità intrinseca**: mezzi anamnestici, strumentali, laboratoristici, flow-chart di processo adeguate e pertinenti che dalla **qualità estrinseca** con cui essi vengono proposti: stile, empatia, partecipazione, convinzione, fiducia, chiarezza di obiettivi e risultati attesi dal medico e dal paziente.

Ci sono sempre due visioni speculari: la visione del paziente e quella del medico.

La relazione medico paziente è innanzitutto incontro tra due persone in un groviglio di emozioni e significati.

Diventando strumento fondamentale della medicina generale il counselling breve può avere grande ricaduta sulla salute della popolazione.

Ma il Medico Generale deve avere risorse, strumenti, mezzi e luoghi formativi adeguati ad approfondire il metodo teorico e pratico:

- Ascoltare.
- Far domande centrate al paziente prima che alla malattia.
- Curare la comunicazione non verbale.
- Curare la comunicazione verbale.
- Far comprendere al paziente di voler capire e aver percepito il problema.
- Chiedere conferme in itinere della bontà di visione dei problemi percepiti.
- Evitare giudizi moralistici.
- Mostrare comprensione.
- Avere consapevolezza ed equilibrio di visione.

Per quanto attiene al tema delle problematiche alcol-correlate, il MMG è in una posizione privilegiata tra gli operatori sanitari per poter sospettare ed identificare precocemente sia i soggetti a rischio che i pazienti dediti all'alcol attraverso la registrazione di dati anamnestici che di valutazioni clinico-laboratoristiche. Il MMG avrà di conseguenza compiti fondamentali nella gestione del paziente con malattia alcol-correlata, fungendo da unità di raccordo per gli interventi dei vari specialisti, ma anche attraverso lo svolgimento di attività di tipo educativo, di sorveglianza, di allerta dell'ambiente familiare, sociale e lavorativo.

Con tali premesse, non solo è auspicabile una integrazione funzionale della Medicina Generale nella rete dei Servizi di sanità pubblica che si occupano di queste problematiche, pur mantenendo

una propria peculiarità ed autonomia professionale di intervento. E' soprattutto opportuno (e maturo) il tempo che questo venga programmato, di cocerto con le Istituzioni sanitarie. In questo senso, il portato legislativo della già citata legge Balduzzi, unitamente al recente Atto di indirizzo delle Regioni, configurano un sistema di cure primarie che, se dotato delle opportune risorse e sinergie, si ponga necessariamente in rete e lavori in "team", sia monoprofessionali (AFT) che pluriprofessionali (UCCP). Riteniamo che sia questo il punto di aggancio con possibilità di intervento su problematiche come quelle sulle dipendenze, che coinvolgono trasversalmente ambiti come prevenzione, diagnosi precoce, counselling, terapia e riabilitazione e che consenta a MMG con particolari interessi professionali e adeguatamente formati un intervento professionale all'interno del "team" di cure primarie.

Opportuni ed evoluti strumenti informatici di supporto alla professione, già ampiamente in uso presso molti MMG, potrebbero essere configurati ed implementati con l'obiettivo di un miglioramento professionale, soprattutto nella fase di individuazione dei fattori di rischio e di diagnosi precoce della dipendenza (pensiamo ad esempio ad una diffusione dei test di screening del consumo a rischio o dannoso di alcol ed ai fattori di rischio per problematiche alcol- correlate).

Un intervento informativo e quindi educativo può essere condotto in maniera più efficace e su larga scala, con assunzione quindi di alta valenza sociale, se accanto alle Istituzioni ed alle Associazioni di volontariato vede la presenza dei MMG, diffusi capillarmente sul territorio, a conoscenza delle problematiche e delle dinamiche familiari, in grado di effettuare momenti di counselling volti alla promozione della salute.

Gioca Responsabile help line e sito web: quattro anni di attività

La necessità di offrire opportunità di assistenza, orientamento e cura, a giocatori problematici e loro familiari, quando ancora erano pochi i servizi in Italia per il Gap, ha indotto **FeDerSerD** nel novembre 2009 ad attivare e gestire la prima help line e sito web italiano, per l'assistenza e la cura dei giocatori problematici. Il servizio denominato **GIOCA RESPONSABILE**, è operativo grazie al sostegno finanziario di GTECH / Lottomatica e dal 2013 anche di Sisal. È gestito da professionisti psicologi psicoterapeuti, con la consulenza di avvocati per i problemi legali, che danno assistenza e counseling sia a giocatori che ai familiari coinvolti nei problemi causati dagli eccessi di gioco. In tal modo possiamo assicurare l'anonimato e la confidenzialità, in modo gratuito e accessibile 13 ore al giorno tutti i giorni tranne i festivi. Il counseling viene condotto usando una intervista semistrutturata basata sul protocollo diagnostico sviluppato da Ladouceur et al.(2001) che consente insieme agli altri elementi raccolti nel corso della conversazione, di formulare un giudizio di gravità per l'eventuale invio ad un servizio di cura. Da agosto 2013 è attiva sullo stesso sito www.giocaresponsabile.it anche la piattaforma on line (telefono e web) per il trattamento cognitivo comportamentale dei giocatori problematici.

Molti studi hanno indicato che l'elevata disponibilità e accessibilità di opportunità di gioco, sono fortemente correlate con l'incremento della prevalenza nella partecipazione al gioco d'azzardo e ai disturbi e patologie connesse. (Productivity Commission 2010; Gainsbury and Blaszczynski 2011). I costi individuali, sociali ed economici correlati al gioco d'azzardo sono così elevati che il gambling e i disturbi correlati, sono ormai considerati un problema di salute pubblica (Gambling and the public health, 2009; Afifi et al. 2010; Monaghan and Blaszczynski 2010; Hodgins et al 2012), che richiede necessariamente lo sviluppo e l'implementazione di nuove alternative e approcci di trattamento, capaci di attrarre un numero maggiore di giocatori problematici.

Solo una piccola quota di individui con disturbi da gioco d'azzardo (<10%) in realtà, chiede un trattamento formale, fondato su basi cliniche. (Suurvali et al. 2010; Hodgins et al. 2012). Le difficoltà di accesso ai trattamenti includono alcuni fattori interni quali vergogna, paura dello stigma, imbarazzo e orgoglio, difficoltà ad ammettere l'esistenza di un problema, desiderio di risolverlo da soli (Suurvali et al. 2012). Inoltre ci sono difficoltà esterne nel cercare aiuto che includono la scarsa conoscenza dei servizi, l'ignoranza sulla disponibilità di cure, le distanze dai luoghi di trattamento, gli impegni familiari e lavorativi (Gainsbury et al 2013).

Help line e counselling on line (telefono, chat, mail) dovrebbero essere una valida alternativa per l'accesso ai trattamenti per giocatori che rifiutano le opzioni più formali e tradizionali. Questi interventi, meno costosi di quelli tradizionali (Gainsbury and Blaszczynski 2011), permettono una maggiore copertura territoriale, aumentano l'accessibilità ai trattamenti professionali e possono attrarre nuovi soggetti che necessitano di aiuto (Potenza et al. 2006; Rodda et al. 2013a). Alcuni studi hanno mostrato che la motivazione all'utilizzo dei trattamenti on line, riguardano la privacy e l'anonimato, l'ambiente emotivamente tranquillo, la gestione del tempo e dell'impegno personale, la confidenzialità e la flessibilità (Monaghan and Blaszczynski 2009; Gainsbury and Blaszczynski 2011; Rodda et al. 2013b).

Chi ha contattato la help line

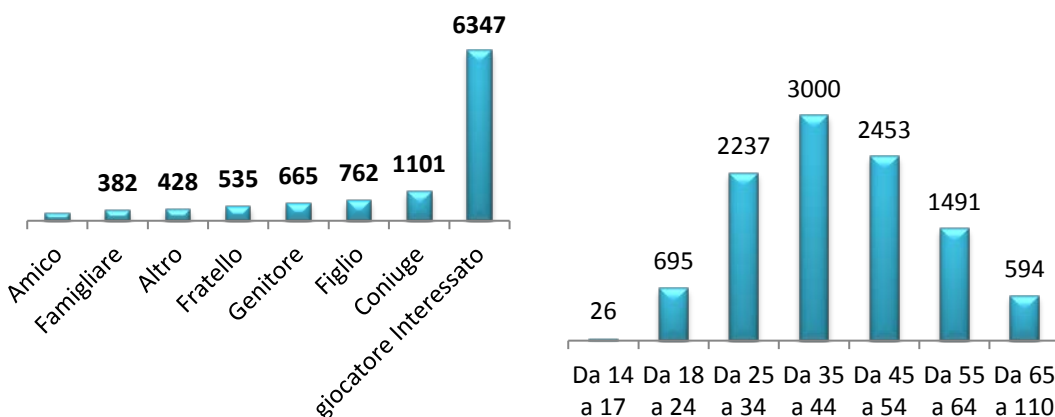
I contatti telefonici al numero verde **800 921 121** sono stati 27.726 gli scambi chat 6.963 le mail 824. Le visite sul sito www.giocaresponsabile sono state 125.473 da parte di 101.196 utenti. Da tutti questi contatti sono emerse **10.506** situazioni problematiche per le quali è stata data consulenza e orientamento. Una parte di questa utenza è stata indirizzata ai SerT servizi territoriali di competenza, laddove hanno attività di presa in carico anche per patologia da gambling, nella misura di 3.776 casi. Solo per una parte di essi (517) abbiamo avuto il riscontro della effettiva presa in carico dal servizio. Gli altri circa settemila casi sono stati gestiti dai professionisti della help line per varie problematiche, psicologiche, relazionali, familiari, legali, lavorative.

Le variabili selezionate per la analisi della popolazione che afferisce alla help line riguardano :

- 1) Le caratteristiche demografiche: genere, età, area geografica di residenza, stato di occupazione;
- 2) Conoscenza del servizio: servizi sanitari pubblici, media, ambienti di gioco, altri luoghi;
- 3) forme di gioco d'azzardo, come definito in altri studi (Potenza et al 2000; Odlaug et al 2011)..:
 - Giochi strategici: poker, blackjack, corse di cavalli, sport e altre scommesse;
 - Giochi non-strategici: lotteria, videolottery e slot machine, bingo, lotterie istantanee, roulette;
 - Entrambi;
- 4) il comportamento di gioco:
 - Frequenza: regolare (fino a 6 volte a settimana); moderata (1-2 volte a settimana); occasionale (meno di 1 volta a settimana)
 - Soldi spesi settimana: fino a 1.000 euro; da 1.001 a 10.000 Euro; più di 10.000 €
 - Soldi persi life time: fino a 1.000 euro; da 1.001 a 10.000 Euro; più di 10.000 €
 - Debiti (sì / no).

Per i soggetti che hanno attivato l'accesso al piano di cura, viene definito anche il profilo motivazionale e di gravità, oltre alla stadiazione per fasi di trattamento con i primi esiti. Il periodo temporale considerato per lo studio va dal 1 novembre 2009 al 30 aprile 2014 per la help line, e da 1 agosto 2013 a 30 aprile 2014 per i soggetti in cura. Le fonti dati sono Google Analytics per il web e il data base del servizio nel quale vengono archiviate in forma anonima le informazioni relative ai soggetti che chiamano il servizio.

Il counseling ha riguardato giocatori e familiari, di età media 43, 4.710 femmine e 5.796 maschi così distribuiti.



Il rapporto di genere tra i giocatori è 75% maschi e 25% femmine, mentre quello tra gli altri significativi è di tre a uno a favore delle femmine, rappresentate soprattutto da mogli e figlie. Per quanto riguarda i giocatori il rapporto riflette esattamente le proporzioni di giocatori problematici maschi e femmine nella popolazione generale italiana. (Barbaranelli 2012). Per gli altri significativi

i riferimenti di help line di altri paesi danno un rapporto di 2 a 1 per le femmine (Gainsbury et al. 2011, Gambling Ontario 2012, Nevada 2012, Gamcare 2013). Il canale di contatto privilegiato dalla maggioranza, è telefonico, (tab. 1) soprattutto dai familiari e dai soggetti di età media e medio alta. Tra i giocatori è usata la modalità di contatto web soprattutto da coloro che prediligono i giochi strategici (Odlaug et al. 2011) (poker, scommesse sportive, alcuni giochi di carte) che sono praticati on line e sono più frequenti fra i giovani e i giovani adulti (Potenza et al. 2006; Odlaug et al 2011). I giovani, comparati ai giocatori non strategici (slot e vlt, bingo, lotterie istantanee) hanno maggiore consuetudine con l'uso di Internet e anche con la capacità di chiedere aiuto (Monaghan e Blaszczynski 2009). Sebbene i giocatori non strategici siano più numerosi di quelli strategici, la frequenza di gioco è maggiore per questi ultimi. (tab. 2). Tra i soggetti adulti e adulti anziani si trovano le maggiori perdite in denaro e presenza di debiti (tab. 1), dato che concorda con i rilievi di altri autori (Potenza et al. 2006; Granero et al. 2013). Le conseguenze finanziarie delle perdite al gioco sono una delle principali cause di conflitto e di problemi familiari e le richieste di consulenza legale per risolvere i debiti e proteggere i patrimoni rappresentano il 20% del totale delle domande di aiuto. Tra le differenze di genere si segnala che le donne giocatrici mediamente sono più anziane degli uomini giocatori (47,3 vs 40,2 anni) ed è più probabile che abbiano problemi con le forme di gioco non strategico. Come riportato nello studio di Potenza e coll. (2001) le diversità di pattern di gioco tra i generi, sembrerebbero indicare che le donne considerano il gioco d'azzardo una forma di fuga e di evasione, mentre i maschi sono più propensi a considerarlo una forma di sfida e di prova di abilità. Di converso la elevata prevalenza femminile tra i familiari, tipicamente italiana rispetto ad altri paesi di lingua anglosassone, sembra indicare una maggiore sensibilità verso la protezione della famiglia e l'attenzione ai suoi membri, al di là del fatto che i giocatori maschi siano più numerosi. Da segnalare anche l'elevato numero di soggetti adulti anziani (>65) non dissimile come numerosità dal cluster dei soggetti giovani (18.24 anni) che si riscontra anche in altri autori (Desai et al. 2007)

distribuzione territoriale dei soggetti che hanno contattato la help line

Area geografica	Giocatori	Altri significativi
Nord	52.2%	50.2%
	17.8%	16.5%
Sud/Isole	30.0%	33.3%

Le provincie più rappresentate sono Milano (908), Roma (858), Napoli (552) i cui capoluoghi sono città metropolitane. Le regioni più numerose sono Lombardia (2.227), Lazio (1.117), Campania (990). Seguono Sicilia, Veneto, Piemonte e via via le altre. Hanno contattato anche un buon numero di cittadini stranieri 368 casi (4%), seppure in percentuale inferiore al totale degli stranieri residenti in Italia (7,4%) Istat 2013.

Un importante cambiamento di contesto normativo ha determinato una variazione significativa nel tipo e nel numero di persone che hanno contattato l'helpline . A partire dal gennaio 2013 la Legge n.189/2012 del 08/11/2012 (cosiddetto decreto Balduzzi) ha reso obbligatorio per tutti i luoghi di gioco, esporre avvisi di rischio e l'indicazione dei servizi di assistenza. Fino a quel momento la fonte informativa sul servizio più rilevante sono stati gli ambulatori di medicina generale, ai cui titolari è stata inviata in due riprese una brochure informativa sul servizio. Successivamente a questo evento, gli ambienti di gioco ed il web sono diventati la principale fonte di informazioni sulla helpline Gioca Responsabile, ed insieme costituiscono oggi 80% delle fonti informative per le persone che ci contattano. La prima conseguenza è stata che il numero di persone problematiche che hanno contattato il servizio nel primo semestre del 2013 è cresciuta fino a 2.160 rispetto a una media di 1.800 casi/anno totali negli anni precedenti . La seconda conseguenza è stato l'aumento del numero di giocatori rispetto ad altri significativi , più del 70 %

dei soggetti totali che ha chiamato , di cui il 78 % di sesso maschile . Queste osservazioni mettono in evidenza il forte legame delle help line con variabili quali: cosa, come e dove l'informazione si diffonde (Monaghan e Blaszczynski 2010), qual è la percezione sociale del problema (Griffiths et al 2005; Bellringer 2008; Pulford 2009), che tipo di politiche sono attuate verso il gioco d'azzardo, quanto è presente e diffusa la rete di cura e di welfare, quale grado di familiarità hanno i cittadini con il web, piuttosto che il telefono (Phillips e Blaszczynski 2010). Modifiche in uno o più di queste variabili possono influenzare in modo significativo le caratteristiche della popolazione che chiama una help line. Come già riconosciuto da molti autori (Toneatto 2005, Phillips e Blaszczynski 2010; Gainsbury e Blaszczynski 2011), è importante fornire opportunità di trattamento differenziate (Andersson e Carlbring 2003), non solo come metodi e tipi di cure e di consulenza (Cunningham et al. 2009), ma anche come settings (Carlbring e Smit 2008), tempi e modi di accesso. Può anche essere utile fornire canali di informazione con diversa finalità, non solo in funzione del tipo e modalità di gioco ma anche rispetto all'età (Monaghan e Wood 2010). La helpline raccoglie una domanda di assistenza, che è il risultato di un processo cognitivo complesso da parte della gente che ha o pensa di avere un problema di salute (Schwartzberg et al. 2005, Rudd et al. 2007). In primo luogo, riconoscere l'esistenza del problema, avere fiducia che può essere trattato, sapere dove si può trattare. Le persone che contattano l'helpline sono quindi una popolazione selezionata di individui che hanno un problema e che probabilmente pensano di essere in grado di affrontare.

I soggetti in trattamento

A partire da questi dati di letteratura e dalle osservazioni sulle domande di assistenza che ci venivano poste, si è deciso di attivare l'opportunità di trattamenti psicoterapici on line. Da agosto 2013 è possibile, registrandosi con modalità che assicurano l'anonimato e la assoluta riservatezza, accedere ad un percorso di cura secondo il modello della psicoterapia cognitivo comportamentale (Beck 2002), della durata prevista di sei mesi. Da agosto 2013 ad aprile 2014 si sono registrate 446 persone (372 maschi) e (74 femmine). L'età media dei 446 soggetti registrati è 38 anni per i maschi e 44 per le femmine, popolazione molto più giovane di quella che affrisce in generale alla help line. Dei soggetti registrati 269 non hanno fissato il primo appuntamento telefonico con il terapeuta e quindi non hanno avviato il trattamento. Di questi soggetti disponiamo della valutazione di livello di gravità e del profilo motivazionale, che sono la condizione necessaria per completare la registrazione. Rispetto a coloro che hanno avviato il trattamento non c'è differenza significativa nei valori di gravità, misurata con il Canadian Problem Gambling Index - CPGI (Ferris J., Wynne H., 2001) il 70% dei soggetti ha un punteggio CPGI superiore a 14 e il 25% tra 8 e 14. 177 soggetti hanno preso il primo appuntamento con il terapeuta ma non tutti hanno rispettato l'impegno, e solo 117 sono entrati realmente in trattamento nel periodo considerato e di questi 72 hanno interrotto la cura, la maggior parte nella prima fase dell'analisi funzionale e dei primi obiettivi, 6 hanno completato il ciclo di trattamento e 39 sono attualmente in cura.

Metodologia

Per la valutazione del trattamento abbiamo considerato 59 soggetti che hanno fatto più di un colloquio ma meno di quattro, 13 soggetti che hanno abbandonato il trattamento dopo almeno quattro colloqui, 6 soggetti che hanno concluso il programma, 39 soggetti ancora in trattamento. I profili socio anagrafici e di gioco che seguono si riferiscono alla totalità dei soggetti 117, che dopo essersi registrati hanno fatto almeno un colloquio con il terapeuta.

Descrizione caratteristiche socio anagrafiche

Profilo di gioco

Nella maggior parte dei casi giocano da cinque o più anni e dicono che è diventato un problema nel 60% da cinque o più anni, nel 40% da meno di due anni o addirittura pochi mesi; quasi la metà dichiara di giocare tutti i giorni, altri da due a sei volte a settimana; 2/3 giocano alle slot machine 1/3 si divide tra lotterie, scommesse e giochi di carte, in maggioranza nelle sale giochi e bar e il 20% gioca on line, pochi dicono di aver contratto debiti di gioco.

Si tratta quindi di una popolazione con un profilo socio anagrafico molto diverso dai soggetti che afferiscono alla help line generale: più giovani, diplomati o laureati, lavorano stabilmente, hanno famiglia, tuttavia mostrano comportamenti di gioco abbastanza simili agli altri giocatori. La ragione che può spiegare le differenze è che sono le persone più giovani e con un grado di istruzione maggiore ad avere dimestichezza con il web (Monaghan e Wood 2010), e maggiore capacità di orientarsi nelle ricerche di aiuto. Le stesse ragioni possono egualmente dare conto del fatto che un elevato numero di persone abbia esplorato il sito, proceduto a compilare tutti i campi necessari alla registrazione e poi non abbia dato seguito prendendo l'appuntamento con lo psicoterapeuta; infatti la relativa facilità di accesso alla cura aumenta la probabilità che la decisione sia frutto di impulso o di curiosità, piuttosto che di effettiva e motivata riflessione. Diversa è la valutazione per quei soggetti che hanno preso il primo impegno ma poi non lo hanno realizzato, perché il processo che conduce alla formulazione di una domanda di aiuto è complesso (Ajzen 1991; Lazarus 1984) e mette in gioco numerosi fattori emotivi e cognitivi segnati da forte instabilità temporale (Festinger 1957) che rende incerte e fluttuanti le decisioni, perciò non meraviglia che ci sia un elevato numero di soggetti che pur avendo apparentemente deciso di farsi curare, non abbiano poi messo in pratica la decisione. Per le stesse ragioni consideriamo veri drop out, solo quei soggetti che hanno avuto almeno quattro colloqui di terapia, condizione necessaria per poter ritenere una persona contrattualmente impegnata a prendere cura di sé con il sostegno formale di un terapeuta. Pur trattandosi di un trattamento da remoto, la relazione terapeutica anche in un setting così insolito sia per le persone che per i terapeuti, gioca un ruolo fondamentale per l'ingaggio e la continuità del trattamento, ed è un aspetto sul quale è necessario sviluppare studi e ricerche, fino ad ora molto scarse, anche per l'esiguità delle esperienze. Stanno emergendo indicatori interessanti per definire profili di aderenza alla terapia da remoto, come la frequenza dei contatti sul web e gli scambi di messaggi con il terapeuta al di fuori del tempo di colloquio, il rispetto degli orari di appuntamento che non consentono deroghe, l'accuratezza e l'attenzione nelle risposte ai protocolli della terapia. I sei soggetti che hanno concluso hanno dichiarato la loro soddisfazione compilando il questionario di fine trattamento, con l'impegno a rientrare nella loro area riservata a distanza di tre mesi per il primo follow up.

La capacità di attrazione, la ritenzione in trattamento e il giudizio soggettivo dei soggetti che hanno concluso, i dati sono più che confortanti. La domanda di cura si è espressa in modo pressoché costante per tutto il periodo con una media di 50 registrazioni mensili con una lieve flessione nei mesi di novembre e dicembre, la ritenzione in trattamento è 40% a 8 mesi dall'inizio del programma, il giudizio dei conclusi è ampiamente positivo. Sono in corso ulteriori analisi e approfondimenti per definire gli indicatori specifici della terapia da remoto in termini di compliance, misure di efficacia, predittori di esito, che possono indirizzare meglio la specificità del trattamento in rapporto al tipo di domanda. Inoltre si apre un importante ambito di studi sulle caratteristiche della relazione terapeutica da remoto, che sino a ora ha avuto poche esperienze sistematiche e standardizzate su cui riflettere e fare studi di efficacia. Saranno questi gli sviluppi di ricerca nell'ambito del servizio Gioca Responsabile.

BIBLIOGRAFIA

- Ajzen I. (1991), The theory of planned behavior. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 50, pp. 179-211.
- Afifi, T. O., Cox, B. J., Martens, P. J., Sareen, J., & Enns, M. W. (2010). Demographic and social variables associated with problem gambling among men and women in Canada. *Psychiatry Research*, 178(2), 395-400.
- Andersson, G., & Carlbring, P. (2003). Internet and cognitive behaviour therapy: New opportunities for treatment and assessment. *Cognitive Behaviour Therapy*, 32(3), 97-99.
- Barbaranelli, C., Updating Problem Gambling Prevalence in Italy 9th European Conference on Gambling Studies and Policy Issues Loutraki, September 18-21 September 2012
- Beck A.T., Wright F.D., Newman C.F. and Liese B.S. (1993). *Cognitive therapy of substance abuse*. New York: Guilford Press.
- Beck J. (2002). *Terapia cognitiva. Fondamenti e prospettive*. Milano: Mediserve.
- Bellringer, M., Pulford, J., Abbott, M., De Souza, R., & Clarke, D. (2008). Problem gambling—barriers to help seeking behaviours. Auckland, New Zealand: Gambling and Addictions Research Centre, Auckland University of Technology.
- Carlbring, P., & Smit, F. (2008). Randomised trial of internet-delivered self-help with telephone support for pathological gamblers. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 76(6), 1090-1094.
- Colasante E., Gori M., Bastiani L., Siciliano V., Giordani P., Grassi M. e Molinaro S. (2012). An Assessment of the Psychometric Properties of Italian Version of CPGI. *Journal of Gambling Studies*, 28.
- Cunningham, J.A., Hodgins, D.C., Toneatto, T., Rai, A., & Cordingley, J. (2009). Pilot study of personalized feedback intervention for problem gamblers. *Behavior Therapy*, 40, 219-224.
- Desai, R.A., Desai, M.M., & Potenza M. N. (2007). Gambling, Health, and Age: Data from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Psychology of Addictive Behaviors*, 21(4), 431-440.
- Desai, R. A., & Potenza, M. N. (2008). Gender differences in the associations between past-year gambling problems and psychiatric disorders. *Social Psychiatry & Psychiatric Epidemiology*, 43(3), 173-183.
- Ferris, J., & Wynne, H. (2001b). *The Canadian problem gambling index: Final report*. Ottawa, ON: Canadian Centre on Substance Abuse.
- Festinger L. (1957), *A theory of cognitive dissonance*, Row and Peterson, Evanston (trad. it. *La teoria della dissonanza cognitiva*, Angeli, Milano, 1973).
- Gainsbury, S., & Blaszczynski, A. (2011). Online self-guided interventions for the treatment of problem gambling. *International Gambling Studies*, 11(3), 289-308.
www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/14459795.2011.617764
- Gainsbury, S., Hing, N., & Suhonen, N. (2013). Professional Help-Seeking for Gambling Problems: Awareness, Barriers and Motivators for Treatment. *Journal of Gambling Studies*, doi: 10.1007/s10899-013-9373-x
- Gambling Help On Line <http://www.gamblinghelponline.org.au/>
- GamCare(2013).Moving in the right direction. Statistics 2011/12.
http://www.gamcare.org.uk/data/files/Statistics_2011-12_web_use_this.pdf. Accessed 8 Jul 2013.
- Granero, R., Penelo, E., Stinchfield, R., Fernandez-Aranda, F., Savvidou, L. G., Fröberg, F., et al. (2013). Is Pathological Gambling Moderated by Age? *Journal of Gambling Studies*, doi: 10.1007/s10899-013-9369-6.
- Griffiths, M. (2009). Problem gambling in Europe: An overview. Report prepared for Apex Communications.<http://www.nsgamingfoundation.org/uploads/Problem%20Gambling%20in%20Europe.pdf>. Accessed 5 April 2013.
- Hodgins DC, Toneatto T, Cunningham JA Suurvali H (2012) Motivators for seeking gambling-related treatment among ontario problem gamblers., *J Gambl Stud.* 2012 Jun; 28(2):273-96.
- Istat - Annuario statistico italiano 2013 - www.istat.it/it/archivio/107568
- Ladouceur R., Sylvain C., Boutin C., Doucet C. (2003), *Il gioco d'azzardo eccessivo. Vincere il gambling*, edizione italiana a cura di Carlevaro T. e Capitanucci D., Centro Scientifico Editore, Torino.
- Lazarus R.S., Folkman S. (1984), *Stress, appraisal and coping*, McGraw-Hill, New York.
- www.problemgambling.ca/en/documents/internettreatmentforproblemgamblingcamh2009_final.pdf
- Monaghan, S., & Blaszczynski, A. (2010). Impact of mode of display and message content of responsible gambling signs for electronic gaming machines on regular gamblers. *Journal of Gambling Studies*, 26(1).
- Monaghan, S., & Wood, R. T. A. (2010). Internet-based interventions for youth dealing with gambling problems. *International Journal of Adolescent Health and Medicine*, 22(1), 113-128.
- National Council On problem Gambling <http://www.ncpgambling.org/> · National Responsible Gambling Programme <http://www.responsiblegambling.co.za/>
- Nevada Council On Problem Gambling <http://www.nevadacouncil.org/>

- Odlaug, B. L., Marsh, P. J., Kim, S. W., Grant, J. E. (2011). Strategic vs nonstrategic gambling: Characteristics of pathological gamblers based on gambling preference. *Annals of Clinical Psychiatry*, 23(2), 105-112.
- Ontario Problem Gambling Help Line <http://www.opgh.on.ca/Home/Links>
- Phillips, J. G., & Blaszczynski, A. (2010). Gambling and the impact of new and emerging technologies and associated products. Report prepared for the Ministerial Council on Gambling by Gambling Research Australia. <http://www.gamblingresearch.org.au/resources/046f78bd-0404-4641-bec6ed254575aab8/gra+emerging+technologies+final+report.pdf>.
- Potenza, M. N., Steinberg, M. A., McLaughlin, S. D., Wu, M. S, Rounsaville, B., & O'Malley, S. (2001). Gender-related differences in the characteristics of problem gamblers using a gambling helpline. *American Journal of Psychiatry*, 158, 1500–1505.
- Potenza, M. N., Steinberg, M. A., Wu, R., Rounsaville, B. J., & O'Malley, S.S. (2006). Characteristics of Older Adult Problem Gamblers Calling a Gambling Helpline. *Journal of Gambling Studies*, 22(2), 241–254.
- Productivity Commission. (2010). Gambling. Report no. 50, Canberra.
Available: <http://www.pc.gov.au/projects/inquiry/gambling-2009/report>
- Pulford, J., Bellringer, M., Abbott, M., Clarke, D., Hodgins, D., & Williams, J. (2009) Reasons for seeking help for a gambling problem: the experiences of gamblers who have sought specialist assistance and the perceptions of those who have not. *Journal of Gambling Studies*, 25(1), 19-32. Epub 2008 Dec 3.
- Rodda, S., & Lubman, D. I. (2013a). Characteristics of Gamblers Using a National Online Counselling Service for Problem Gambling. *Journal of Gambling Studies*. doi:10.1007/s10899-012-9352-7
- Rodda, S., Lubman, D. I., Dowling, N. A., Bough, A., & Jackson, A. C. (2013b). Web-Based Counseling for Problem Gambling: Exploring Motivations and Recommendations. *Journal of Medical Internet Research*, 15(5):e99.
- Rudd, R., Health literacy: an update of medical and public health literature in Review of adult learning and literacy edit. Coming, Garner, Smith. Lawrence Erlbaum Associated Publisher. London 2007.
- Suurvali, H., Hodgins, D.C. & Cunningham, J.A. (2010). Motivators for resolving or seeking help for gambling problems: a review of the empirical literature. *Journal of Gambling Studies*, 26(1), 1-33.
- Suurvali, H., Hodgins, D. C., Toneatto, T., & Cunningham, J. A. (2012). Hesitation to seek gambling-related treatment among Ontario problem gamblers. *Journal of Addiction Medicine*, 6(1): 39-49.
- Swartzberg, J.E., VanGeest, J.B., & Wang, C.C. (2005) Understanding Health Literacy: Implications for Medicine and Public Health. Chicago: American Medical Association.
- Toneatto, T. (2005). A perspective on problem gambling treatment: issues and challenges. *Journal of Gambling Studies*, 21(1), 73–80.