

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

Sostanza	Consumi 2011	Consumi 2012	Differenza 2011-2012
Eroina (dosi/die 1.000 ab.)	2,15	2,05	-0,10
Cocaina (dosi/die 1.000 ab.)	5,56	6,69	1,13
Cannabis (dosi/die 1.000 ab.)	34,48	28,37	-6,10
Ecstasy (dosi/die 1.000 ab.)	0,06	0,05	-0,01
Amfetamine (dosi/die 1.000 ab.)	0,00	0,07	0,07
Metamfetamine (dosi/die 1.000 ab.)	0,24	0,25	0,01
Ketamina (grammi die)	2,29	2,84	0,55

Fonte: Studio AquaDrugs 2011-2012 – Dipartimento Politiche Antidroga – Istituto di Ricerche Farmacologiche Mario Negri

Il consumo più consistente di sostanze stupefacenti si osserva per la cannabis, mediamente circa 28,4 dosi giornaliere ogni 1.000 abitanti nel 2012, con una sostanzialmente contrazione rispetto al dato medio riscontrato nel 2011 (34,5). Tra le sostanze in cui si osserva una contrazione dei consumi figurano l'eroina (2,1 dosi giornaliere ogni 1.000 abitanti nel 2012 vs 2,0 nel 2011) e l'ecstasy (0,06 vs 0,05). Un aumento dei consumi sono stati rilevati per la cocaina (5,6 vs 6,7), le amfetamine (0 vs 0,07), per le metamfetamine (0,24 vs 0,25) e per la Ketamina (2,3 vs 2,8).

Concentrazioni di sostanze nelle acque reflue:

- cannabis: -6,10
- cocaina: +1,13
- eroina: -0,10
- ecstasy: -0,01
- amfetamine: +0,07
- metamfetamine: +0,01
- ketamina: +0,55

Cocaina: consumo più consistente

Cannabis: consumi in contrazione

## NUOVE DROGHE

Negli ultimi anni si è assistito all'entrata sul mercato di una serie di nuove droghe sintetiche. Queste sostanze vengono messe sul mercato da nuove organizzazioni criminali usando prevalentemente Internet o, in misura minore, "smart shop" pubblicizzandole come sali da bagno, incensi, fertilizzanti, prodotti naturali, erbe mediche, ecc. In realtà si tratta di potenti molecole chimiche di sintesi vendute sotto mentite spoglie delle quali molte volte lo stesso acquirente non conosce l'esatta composizione. Molti di questi prodotti vengono preparati artigianalmente in laboratori fatiscenti e a bassissima qualità igienica e messi in commercio attraverso una pubblicizzazione su siti web specializzati (che il Sistema Nazionale di Allerta Precoce del DPA monitorizza costantemente) con pagamento tramite carta di credito e spedizione mediante corriere postale. Il fenomeno ha diffusione mondiale, europea e nazionale anche se, per fortuna, la prevalenza d'uso di queste sostanze è ancora molto bassa in Italia.

Nuove droghe sintetiche: mercato in espansione ma sotto controllo in Italia

Queste molecole sono ancora poco conosciute e riconoscibili dai normali laboratori. Pertanto, una delle difficoltà maggiori che si incontrano è proprio quella di identificarle precocemente. Ciò complica soprattutto il lavoro dei pronti soccorso e delle unità di emergenza a cui dal 2010 sono afferiti 41 casi di intossicazione da cannabinoidi sintetici, 8 casi da catinoni sintetici e 10 da metossietamina. Nel 90% i casi sono avvenuti nel Nord Italia, in un range di età che va dai 15 ai 55 anni, con un'età media di 35 anni.

Bassa prevalenza d'uso nella popolazione italiana

Registrati 59 primi casi di intossicazione acuta, soprattutto nel Nord Italia in una popolazione prevalentemente di giovani adulti

In collaborazione con il Ministero della Salute, queste nuove droghe sintetiche sono state rese illegali provvedendo all'inserimento nelle Tabelle delle sostanze stupefacenti non solo delle singole molecole ma anche dei loro analoghi strutturali. Oltre a questo, il Sistema Nazionale di Allerta Precoce, tramite l'Istituto Superiore di Sanità, ha provveduto a fornire ai propri centri collaborativi e laboratori gli standard analitici di riferimento per poter identificarle e quindi agevolare il lavoro delle forze dell'ordine che hanno, in questo modo, la capacità di identificarle velocemente, sequestrarle e perseguire efficacemente gli spacciatori. Ad oggi, il Sistema di Allerta (attraverso i 72 centri collaborativi e i 66 laboratori dei RIS/LASS) ha

Oltre 250 nuove molecole identificate in entrata sul territorio italiano ed europeo

identificato, dal 2009, oltre 250 nuove molecole segnalandole al Ministero della Salute per la tabellazione e provvedendo a diffondere su tutto il territorio nazionale allerte tempestive con informazioni tecnico-scientifiche per poter identificare più precisamente e tempestivamente i sintomi di intossicazione acuta e agire in maniera migliore con trattamenti adeguati.

Queste nuove sostanze vengono spesso utilizzate anche nei rave party illegali. Per questo, il Sistema di Allerta ha organizzato dal 2010 anche un sistema di monitoraggio della rete Internet per l'individuazione di questi eventi segnalandoli alle forze dell'ordine per poter intervenire in termini preventivi. Ad oggi sono stati segnalati 117 eventi, di cui il 67% è stato impedito o gestito dalle forze dell'ordine o dalle unità sanitarie mobili a fini preventivi.

Contemporaneamente, è stata monitorata dal Sistema di Allerta anche la rete web per la prevenzione delle offerte di queste droghe: dal 2011 sono stati individuati 59 siti web esclusivi per l'offerta di droghe, con server localizzati in Italia, e altre 451 pagine web che promuovevano e offrivano sostanze stupefacenti in siti non esclusivi per questa attività. Nel 63,6% dei casi si è arrivati alla rimozione degli annunci che offrivano sostanze, nel 20,6% alla chiusura della pagina web e nell'8,4% dei casi i siti sono stati completamente chiusi.

Un'ulteriore sostanza che è stata monitorata è la ketamina che risulta anch'essa poco utilizzata ma che in questi anni sta tornando alla ribalta soprattutto nell'Italia del Nord e del Centro. L'insieme di ketamina, funghi e altri allucinogeni presenta una prevalenza percentuale di circa l'1,7% nella popolazione studentesca tra i 15-19 anni (uso almeno una volta negli ultimi 12 mesi), con un incremento di circa 0,4 punti percentuali dal 2012 al 2013.

Efficacia del sistema di prevenzione dei rave party illegali: 117 eventi segnalati; 67% impedito o gestito

Monitorata anche la rete web: individuati 59 siti e 451 pagine web. 63,6% rimozione annunci; 20,6% chiusura pagina; 8,4% chiusura sito

Ketamina: "anestetico per cavalli", sostanza di nicchia ma in lieve crescita

## POLICONSUMO

Il fenomeno del policonsumo, e quindi della polidipendenza, che da qualche anno è stato registrato prende sempre più piede soprattutto nelle fasce giovanili (15-19 anni, uso almeno una volta negli ultimi 30 giorni). L'uso contemporaneo o alternato di diverse droghe si caratterizza soprattutto nei giovani che spesso associano sequenzialmente droghe "up" con droghe "down". È stato rilevato, infatti, che i consumatori di cannabis (sostanza primaria) usano anche contemporaneamente cocaina (sostanza secondaria) nel 5,6% dei casi, ed eroina (sostanza secondaria) nell'1,1%. I consumatori di cocaina (sostanza primaria) usano nell'84,5% dei casi anche cannabis (sostanza secondaria) e nel 16,4% eroina (sostanza secondaria). I consumatori di eroina (sostanza primaria) usano nell'85,3% dei casi anche cannabis (sostanza secondaria) e nell'83,9% cocaina. Da segnalare, inoltre, con percentuali variabili tra l'80 e il 93% dei casi di questa fascia di popolazione giovanile (consumatori di sostanze stupefacenti), l'uso contemporaneo di tabacco e alcol. L'uso di queste sostanze nelle fasce giovanili di non consumatori di sostanze stupefacenti (84,2% della popolazione italiana) risulta molto più ridotta essendo del 28% per il tabacco e del 52,8% per l'alcol. Questa fascia di non consumatori ha anche una prevalenza molto più ridotta di gioco d'azzardo patologico.

Nella popolazione generale (15-64 anni) (uso di sostanze almeno una volta negli ultimi 30 giorni), invece, il policonsumo risulta più ridotto e con diverse percentuali. Infatti, nei consumatori di cannabis (sostanza primaria) si registra un 6,1% di uso contemporaneo di cocaina (sostanza secondaria) e 1,4% di uso di eroina (sostanza secondaria). Nei consumatori di cocaina (sostanza primaria), il 48,8% consumava anche cannabis (sostanza secondaria), il 12,1% anche eroina (sostanza secondaria). Nei consumatori di eroina (sostanza primaria), il 39,5% consumava anche cannabis (sostanza secondaria), il 47,3% anche cocaina (sostanza secondaria). Nei consumatori di sostanze, l'uso contemporaneo di tabacco e alcol oscillava tra il 60 e l'83%. Nei non consumatori di sostanze, nella fascia di età 15-64 (97,9% della popolazione italiana), l'uso di tabacco era presente nel 22,7%, mentre l'uso di alcol era presente nel 52,1%.

Da sottolineare quindi, e soprattutto, la diversità che si riscontra nei giovani consumatori di

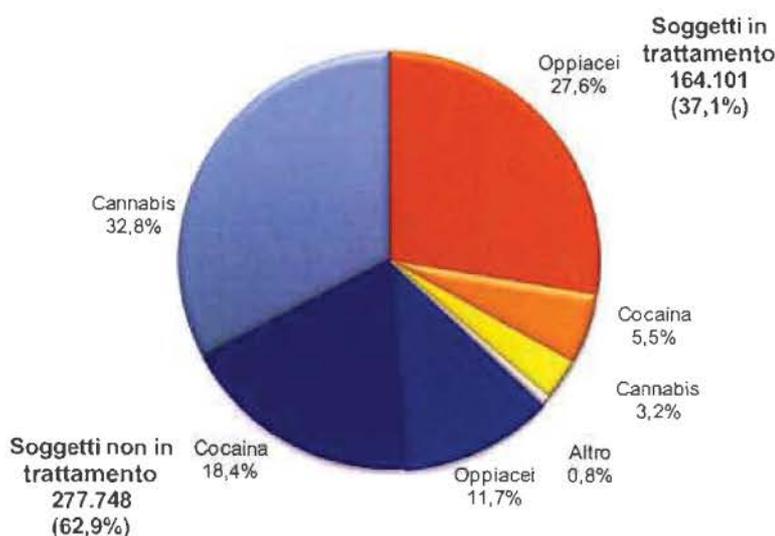
cocaina ed eroina come sostanze primarie, relativa all'alta frequenza (quasi doppia) di sostanze secondarie tra cui la cannabis che, normalmente, è stata usata come droga di iniziazione ("gateway") per poi permanere come droga secondaria di accompagnamento.

### SOGGETTI ELEGGIBILI A TRATTAMENTO (I.2) E SOGGETTI IN TRATTAMENTO (I.3)

I soggetti con dipendenza da sostanze (tossicodipendenti con bisogno di trattamento) risultano essere circa 438.500 (467.800 nel 2011) e rappresentano il 11,1/1000 residenti di età compresa tra i 15 e i 64 anni. Di questi, 277.748 (7,1/1000 residenti) non risultano essere in trattamento presso i servizi di assistenza, dei quali, circa 52.000 dipendenti da oppiacei (1,3/1000 residenti), 81.100 da cocaina (2,1/1000 residenti) e circa 145.000 per cannabis (3,7/1000 residenti).

438.500 il numero stimato di soggetti con bisogno di trattamento

**Figura 7:** Distribuzione percentuale dei soggetti con bisogno di trattamento, in soggetti assistiti e soggetti non assistiti per oppiacei cocaina e cannabis. Anno 2012



Fonte: Elaborazione su dati Ministero Salute e Ministero Interno

(\*) I soggetti in trattamento nel 2012 sono 164.101 di cui 111.798 per oppiacei, cocaina e cannabis e 52.303 per altre sostanze (psicofarmaci, allucinogeni, psicofarmaci, altre droghe).

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

I soggetti che hanno richiesto per la prima volta un trattamento sono stati 30.169 con un tempo medio di latenza stimato tra inizio uso e richiesta di primo trattamento di 6,1 anni (oscillante tra i 3,9 e gli 8,8 anni), differenziato da sostanza a sostanza (oppiacei 5,5 anni; cocaina 8,5 anni; cannabis 5,7 anni).

L'età media dei nuovi utenti è 34,4 anni, con un arrivo ai servizi sempre più tardivo rispetto agli anni precedenti. Questo significa che vi è un aumento del tempo fuori trattamento con tutti i rischi che ne conseguono e quindi un arrivo sempre più tardivo ai servizi. Da segnalare il record italiano, rispetto alla media europea, per gli utenti in trattamento con età superiore di 39 anni, quale indicazione della tendenza alla cronicizzazione.

Le sostanze primarie maggiormente utilizzate dagli utenti in trattamento risultano essere il 74,4% oppiacei, il 14,8% cocaina e il 8,7% cannabis.

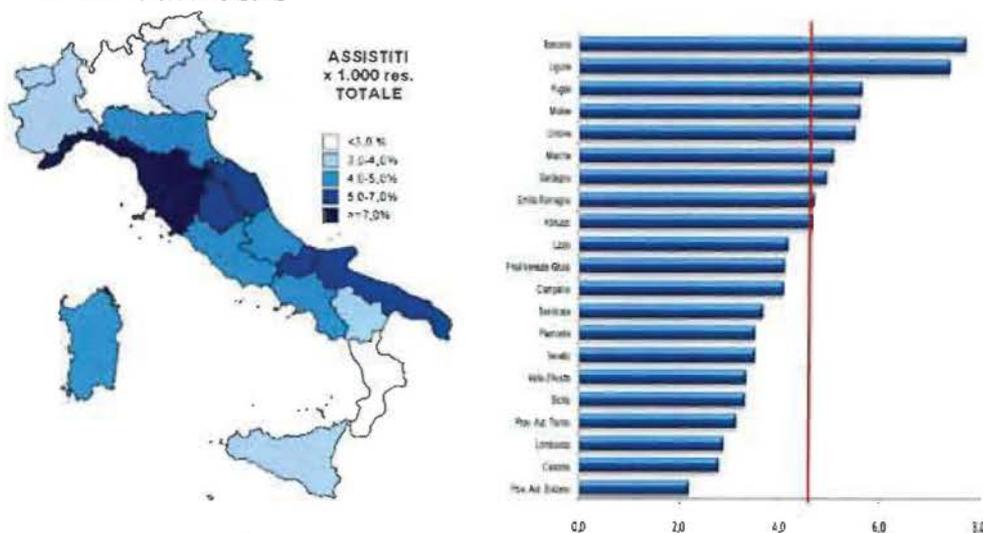
Diminuzione della richiesta di cura: 30.169 nuovi utenti nel 2012 (-1,2 punti percentuali rispetto al 2011)  
Arrivo al servizio più tardivo

Sostanza primaria maggiormente

Le sostanze secondarie maggiormente utilizzate sono state la cannabis (30,5%) e la cocaina (28,5%).

utilizzata; eroina

Figura 8: Utenti assistiti dai Ser.T. x 1.000 residenti 15-64 anni per area geografica e scostamenti dalla media nazionale. Anno 2012



Fonte: Flusso SIND e schede ANN

Il totale delle persone in trattamento presso i Ser.T. sono stati 164.101, nel 2012 (172.211 nel 2011). Questi dati sono stati calcolati dal flusso informativo del Ministero della Salute con un indice di copertura dei servizi di assistenza superiore al 90%.

164.101 utenti in trattamento nei Ser.T

Nell'ultimo anno, vi è una diminuzione degli utenti in trattamento per uso di oppiacei del 27,6% e di cocaina del 35,1%.

Diminuzione % degli utenti in trattamento per oppiacei e cocaina.

Le regioni con maggior percentuale di utenti in carico per uso primario di oppiacei sono nell'ordine: Trentino Alto Adige, Valle D'Aosta, Abruzzo e Basilicata.

Le regioni con maggior percentuale di utenti in carico per uso primario di cocaina sono nell'ordine: Lombardia ed Emilia Romagna.

Le strutture socio-sanitarie attive dedicate alla cura ed al recupero di persone con bisogno assistenziale legato all'uso di sostanze psicoattive sono complessivamente 1.661, di cui 633 (38,1%) servizi pubblici per le tossicodipendenze (Ser.T.) e le rimanenti 1.028 sono strutture socio-riabilitative, di queste in prevalenza sono strutture residenziali (66,5%).

1.661 strutture di assistenza, di cui 633 Ser.T. e 1.028 strutture socio-riabilitative

Rispetto al 2011 si osserva un incremento dei servizi per le tossicodipendenze del 12,4% (da 563 a 633), a fronte di una diminuzione delle strutture ambulatoriali pari all'8,9% e delle strutture semiresidenziali (-3,4%).

In diminuzione le strutture riabilitative

Nel 2012 è stato condotto uno studio dal DPA sull'esito dei trattamenti presso i Dipartimenti delle Dipendenze (progetto Outcome) analizzando 11.627 soggetti in trattamento farmacologico integrato. Il 77,8% degli utenti in terapia ha avuto una buona risposta al trattamento, sospendendo l'uso di sostanze stupefacenti. Questa percentuale è andata crescendo costantemente nel tempo passando da valori medi nel 2009 di 55,4% a 77,8% nel 2012. Analizzando il periodo trascorso in trattamento, si è osservato che i soggetti in terapia, nel corso del 2012, sono risultati negativi ai drug test nell'80,6% delle giornate di terapia. Inoltre, il 63,2% dei pazienti è risultato professionalmente occupato.

Buona risposta alle terapie farmacologiche integrate: 80,6% dei gg in terapia senza uso di droghe

#### I.4 IMPLICAZIONI E CONSEGUENZE PER LA SALUTE

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

Con l'introduzione del decreto SIND dell'11 Giugno 2010, che ha sostituito il precedente flusso di dati aggregati D.M. del 20/09/1997, l'invio delle informazioni da parte delle Regioni al Ministero della Salute e il successivo trasferimento al DPA sui test per infezione da HIV, epatite virale B ed epatite virale C per l'anno 2012, ha subito una serie di problemi e difficoltà tecniche (tipiche dell'avvio dei nuovi sistemi informativi complessi) che ha comportato una forte riduzione del numero di dati validi per le elaborazioni per la maggior parte delle Regioni e Province Autonome, rendendo di conseguenza inattendibili con i nuovi dati 2012 la rappresentazione aggiornata di un profilo nazionale dei risultati relativi a tale aspetto del fenomeno. Il Dipartimento Politiche Antidroga a tal fine, ritiene pertanto opportuno non pubblicare i risultati delle elaborazioni condotte sui dati 2012 provenienti dal flusso SIND (nel testo della Relazione sono stati comunque riportati anche i dati relativi alle sole 3 Regioni che hanno trasmesso dati elaborabili per il 2012), non essendo ancora consolidato e controllato la qualità; riproponendo pertanto i dati riferiti al periodo precedente 2011. Per comprendere meglio il problema che si è presentato viene riportata in seguito una tabella esemplificatrice in cui si può evincere il grado del problema dei dati mancanti. Nell'80% circa degli utenti in carico ai servizi (164.101 soggetti) mancavano i dati relativi alla condizione sierologica per l'epatite B e C rendendo, quindi impossibile le elaborazioni.

I dati relativi ai test per HIV presentano, inoltre, anche un altro problema relativo alla privacy, in quanto, per mantenere tale condizione, il trasferimento di uno specifico archivio è stato fatto in modo da non contenere alcun riferimento in grado di identificare, anche indirettamente, il singolo assistito, al fine di non perdere l'anonimato. Questo comporta che non è possibile l'individuazione delle persone alle quali il test è stato somministrato più volte nell'anno di riferimento (riportate più volte all'interno dell'archivio come singolo tracciato record non linkabile) andando a generare, in questo modo, conteggi multipli.

Tale aspetto risulta particolarmente importante nell'ambito delle analisi del numero di soggetti per i quali dispone l'informazione sull'esecuzione del test rispetto al contingente complessivo di persone assistite dai servizi, relativamente all'impossibilità del calcolo dell'indicatore. Infatti, potendo essere erroneamente un soggetto contato più volte, può verificarsi la condizione che il numero di soggetti con informazioni sull'esecuzione del test sia superiore al totale assistiti.

Con riferimento alla situazione osservata nel 2011, si è potuto determinare che vi è una tendenza ormai pluriennale a non testare gli utenti in trattamento presso i Ser.T. per le principali infezioni quali quelle da HIV, HCV e HBV.

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

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

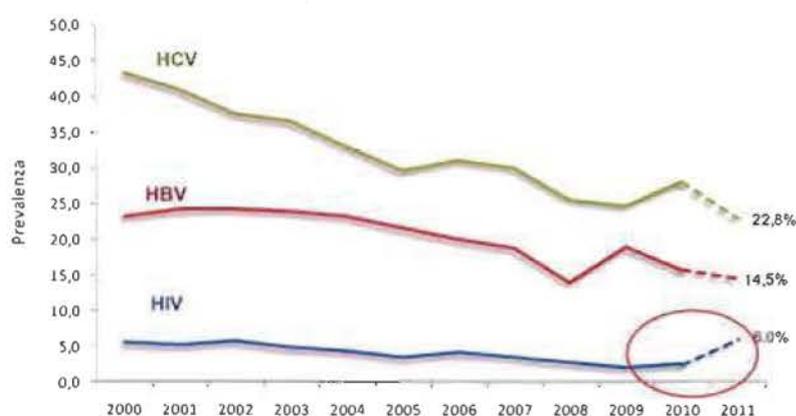
Preoccupante il  
tassi di NO  
Testing nei  
Ser.T. :  
-HIV: 69,5%  
-HBV: 78,9%  
-HCV:83,4%



I controlli dei test sulle malattie infettive effettuati sui nuovi utenti in carico ai servizi evidenzia una prevalenza di casi positivi in tendenziale diminuzione per HBV e HCV dal 2010 al 2011, sebbene i dati del 2011 rappresentano delle stime in considerazione dell'elevata variabilità delle informazioni rilevate in seguito dell'introduzione del nuovo sistema informativo dei servizi per le tossicodipendenze che non è ancora perfettamente funzionante nel flusso dati e quindi tali dati sono da considerarsi provvisori ed in alcuni casi stimati.

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

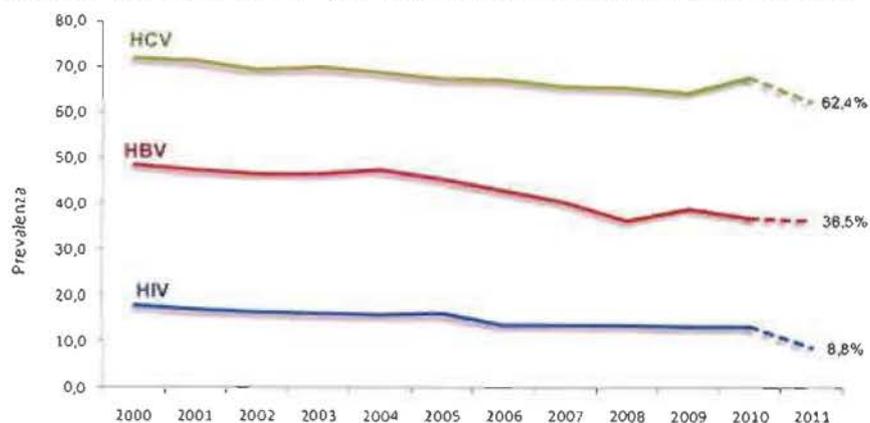
Figura 11: Prevalenza di Nuovi Utenti positivi a test HIV, HBV e HCV. Anni 2000 – 2011



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

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

Figura 12: Prevalenza di utenti Già in Carico positivi a test HIV, HBV e HCV. Anni 2000 – 2011



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

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

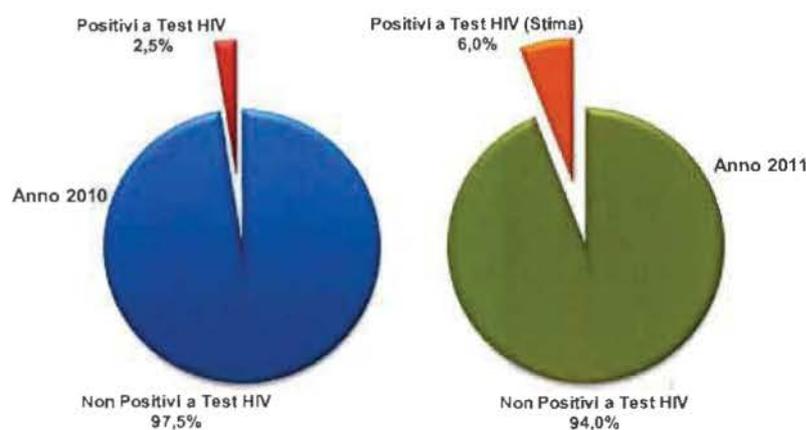
Prevalenza di utenti in trattamento presso i Ser.T: 54,0% HCV positivi

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

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

Concentrando l'attenzione sulla patologia da immunodeficienza, la tendenza della prevalenza di positivi sembra orientarsi in direzioni opposte osservando i nuovi utenti e gli utenti già in carico. Nel primo gruppo, infatti, se da un lato si assiste ad una continua contrazione della percentuale di testing, dall'altra si osserva un tendenziale aumento della prevalenza stimata.

Figura 13: Prevalenza di Nuovi Utenti Positivi a Test HIV. Anni 2010 e 2011

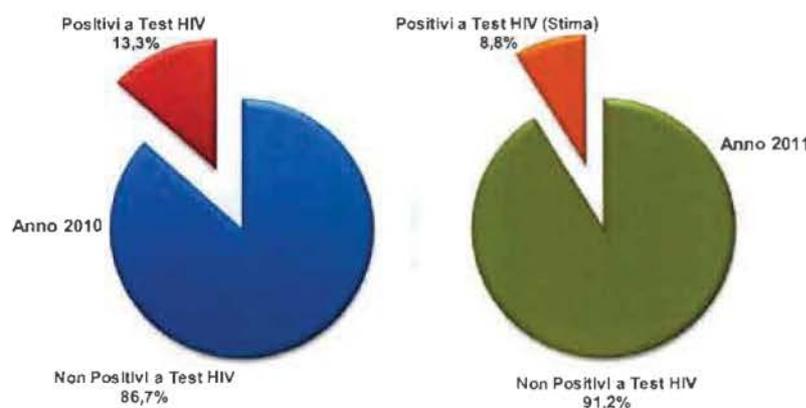


Prevalenza di Nuovi Utenti: 2010: 2,5% 2011: 6,0%

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

Come già evidenziato in precedenza, tra gli utenti già in carico da periodi precedenti, la presenza di sieropositività, secondo le stime del 2011, sembra in contrazione, sebbene come già osservato, i valori risultanti per il 2011 contengano distorsioni imputabili all'attivazione del nuovo sistema informativo presso i servizi per le tossicodipendenze.

Figura 14: Prevalenza di Utenti Già in carico Positivi a Test HIV. Anni 2010 e 2011



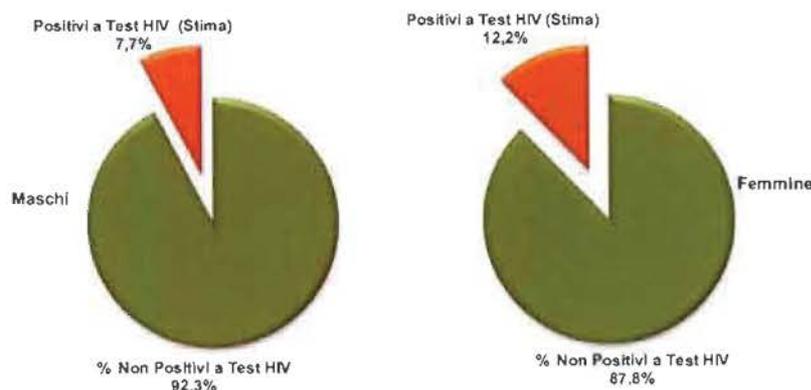
Prevalenza di Utenti già in carico: 2010: 13,3% 2011: 8,8%

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

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

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

Figura 15: Prevalenza di Utenti Positivi a Test HIV per genere. Anno 2011



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

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

Dalla lettura delle Schede di Dimissione Ospedaliera (SDO) disponibili fino al 2011, emerge un aumento della presenza di ricoveri per TBC droga correlati (0,2% nel 2011 contro 0,1% nel 2010).

I ricoveri droga correlati risultano in riduzione di 3,2%. L'urgenza medica è il motivo prevalente del ricovero (65,9%). La percentuale di dimissioni volontarie è alta (9,7%) in diminuzione del 3,3% rispetto al 2010.

Un aspetto da evidenziare è l'aumento dei ricoveri per uso di cannabis (13,5%). Si registra anche un aumento dei ricoveri per uso di più sostanze contemporaneamente (3,6%) e di amfetamine (2,5%). In controtendenza si segnala una contrazione dei ricoveri per uso di antidepressivi (-13,5%), uso di allucinogeni (-12,5%), uso di oppiacei (-7,0%), uso di sostanze non specificate (-4,7%), uso di barbiturici (-2,1) e infine uso di cocaina (-1,1%).

Da segnalare anche nel 2011 i ricoveri per uso di barbiturici particolarmente rilevati in soggetti in età avanzata, oltre i 65 anni. Le classi di età più frequenti nei ricoveri per le diverse sostanze sono state: cannabis 20-25 anni, cocaina 25-39 anni, oppiacei 35-44 anni, psicofarmaci 45-45 anni.

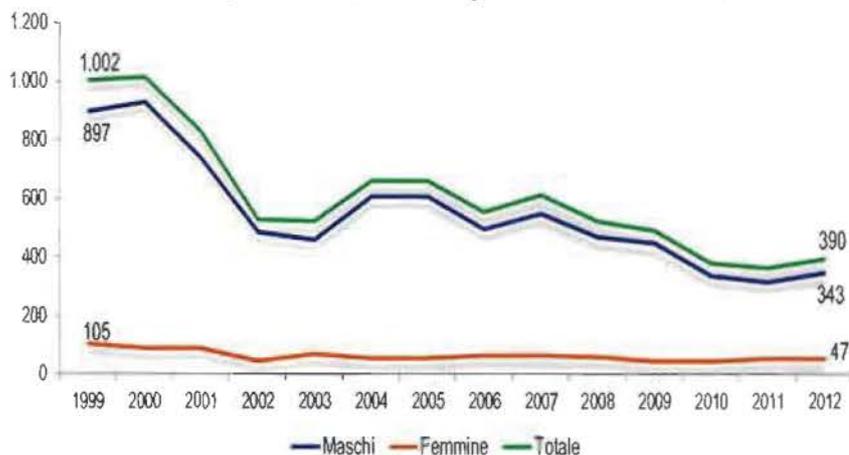
Le regioni con maggior tasso di ospedalizzazione sono Liguria, Sardegna, Emilia - Romagna, Valle d'Aosta e Umbria con un tasso superiore alla media nazionale che è di 35,7 ricoveri per 100.000 abitanti.

Si registra ormai da tempo un trend in decremento dei decessi droga correlati, con un maggior decremento dell'andamento in Italia rispetto al trend europeo. Nel 1999 i decessi sono stati 1.002, nel 2012 sono stati 390. I decessi nel genere femminile hanno subito un aumento proporzionale rispetto a quelli del genere maschile (9,0% nel 2009 12,1% nel 2012). Si evidenzia anche un aumento dell'età media del decesso.

Riduzione dello 3,2% dei ricoveri ospedalieri droga-correlati  
Aumento di ricoveri per uso di cannabis

Continua il calo della mortalità acuta droga-correlata, lieve aumento nel 2012 (overdose, etc)

Figura 16: Trend dei decessi per overdose, secondo il genere e l'anno di decesso. Anni 1999-2012

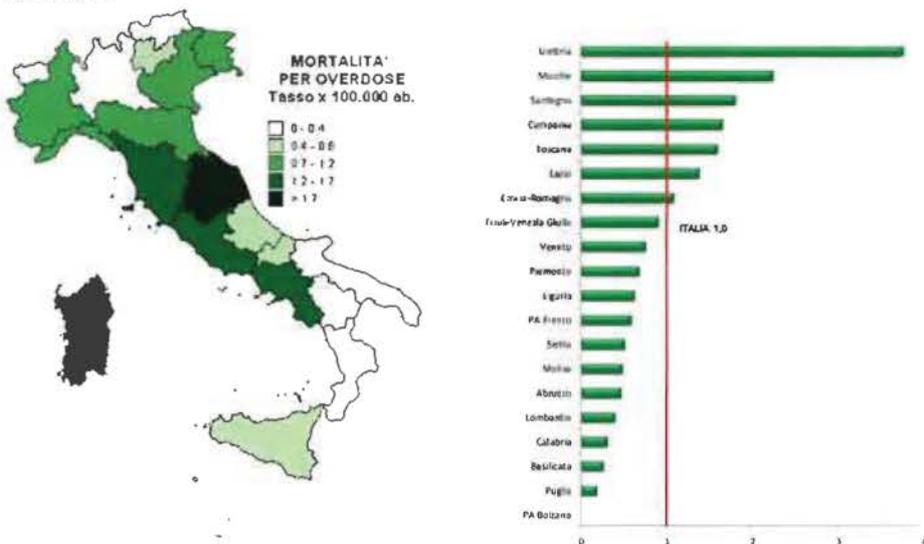


Fonte: Elaborazione su dati Ministero dell'Interno - DCSA

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

Umbria record negativo delle overdose

Figura 17: Tasso di mortalità per intossicazione acuta da stupefacenti (decessi x 100.000 residenti). Anno 2012



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

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

Gli incidenti stradali rappresentano un problema rilevante non solo per i consumatori ma anche per le terze persone coinvolte in questi eventi. Molti di questi incidenti sono alcol droga correlati. Si assiste ad una diminuzione del numero totale degli incidenti stradali dal 2010 al 2011 pari a 2,7%. Inoltre, vi è una diminuzione del 5,6% dei deceduti e del 3,5% dei feriti.

Riduzione dei morti, dei feriti in seguito ad incidenti stradali

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

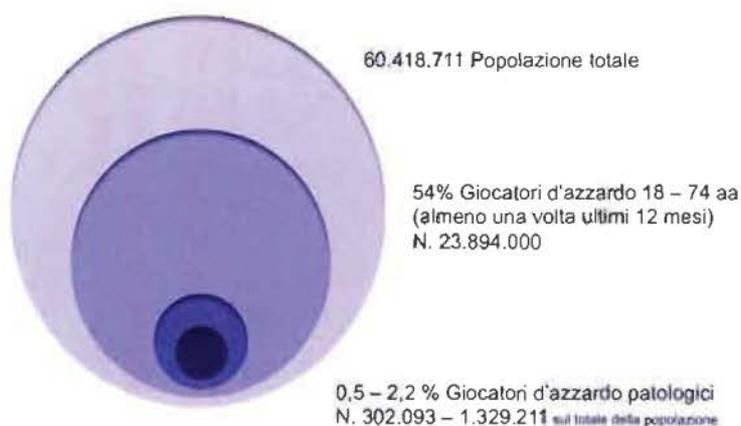
La dimensione del fenomeno in Italia è difficilmente stimabile in quanto, ad oggi, non esistono studi accreditati, esaustivi e validamente rappresentativi del fenomeno. La popolazione italiana totale è stimata in circa 60 milioni di persone, di cui il 54% ha giocato d'azzardo (cioè spendendo denaro) almeno una volta negli ultimi 12 mesi. La stima però dei giocatori d'azzardo "problematici" (cioè coloro che giocano frequentemente investendo anche discrete somme di denaro ma che non hanno ancora sviluppato una vera e propria dipendenza patologica ma sono a forte rischio evolutivo) varia dall'1,3% al 3,8% della popolazione generale mentre la stima dei giocatori d'azzardo "patologici" (cioè con una vera e propria malattia che si manifesta con una dipendenza patologica incontrollabile) varia dallo 0,5% al 2,2% (DPA, Ministero della Salute, 2012). Da alcune osservazioni inoltre emergerebbe che il 60% degli introiti totali da gioco (almeno per quanto riguarda le slot machine) sarebbero alimentati proprio da questa classe minoritaria di giocatori patologici più vulnerabili.

Esse sono persone vulnerabili che per una serie di fattori, individuali (di tipo neuro psichico), familiari ed ambientali, se esposte allo stimolo da gioco e/o pubblicità incentivanti il gioco possono sviluppare una malattia. Questa conoscenza scientifica, ormai innegabile, impone a tutte le amministrazioni responsabili una forte riflessione sulle misure di prevenzione e di regolamentazione a tutela della salute dei cittadini da adottare per non generare ed incrementare questa malattia sociale, così come definita anche dall'Organizzazione Mondiale della Sanità.

Un fenomeno in espansione di difficile dimensionamento.

Persone vulnerabili e consapevolezza del rischio di malattia

**Figura 17:** Stima della popolazione italiana interessata dal gioco d'azzardo. Serpelloni, 2012. Nota: non esistono ad oggi studi italiani esaustivi.



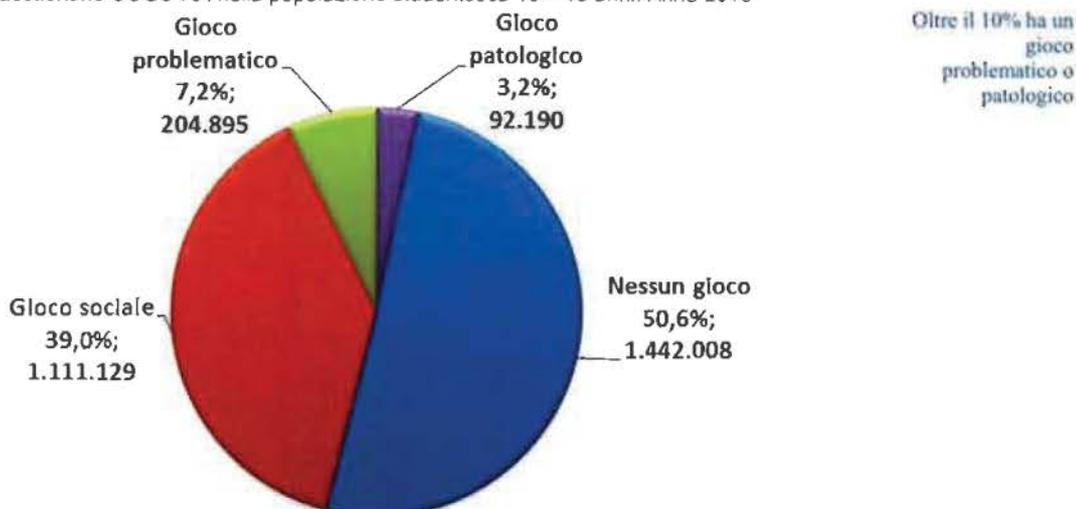
Anche nel 2012 la dimensione del gioco d'azzardo in Italia è in continua crescita, come evidenziato dai dati dell'AAMS sul volume monetario della raccolta totale derivante dai giochi. Mancano comunque dati solidi a supporto di una stima sufficientemente attendibile riferita al numero di soggetti coinvolti nella pratica del gioco di azzardo che hanno sviluppato una modalità di gioco problematico o patologico.

Nonostante questo alcune indicazioni più certe derivano dalle indagini SPS-DPA del 2013 (popolazione 15-19 anni).

Nella popolazione studentesca la pratica del gioco d'azzardo è stata dichiarata dal 49,4% degli intervistati. Questa popolazione è composta da una quota di giocatori sociali (39,0%), da giocatori problematici (7,2%) e da giocatori patologici (3,2%).

Quasi la metà degli studenti ha giocato d'azzardo nell'ultimo anno: 7,2% con gioco problematico; 3,2% con gioco patologico

Figura 18: Questionario SOGS-RA nella popolazione studentesca 15 – 19 anni. Anno 2013



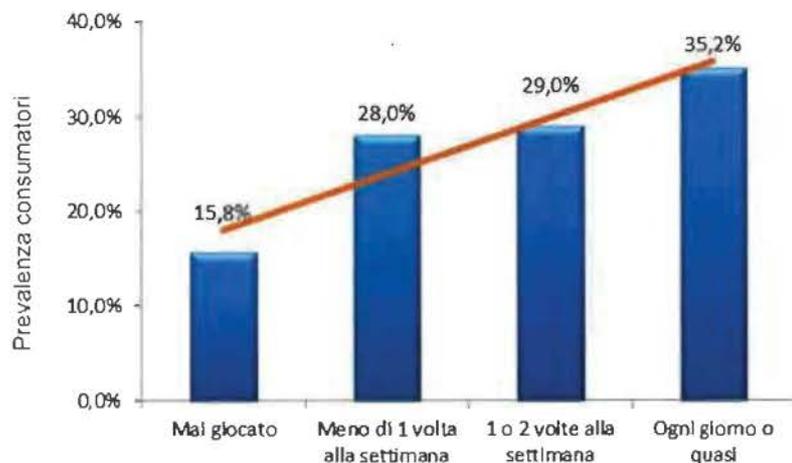
Fonte: Studio SPS-DPA 2013 – Dipartimento Politiche Antidroga

I soggetti di genere maschile hanno una prevalenza di gioco nettamente superiore rispetto a quelli di genere femminile (59,2% vs. 37,1%).

Una interessante anche se preoccupante associazione è stata trovata tra frequenza della pratica del gioco d'azzardo e consumo di sostanze che evidenzia una correlazione lineare tra le due condizioni sia nella popolazione giovanile (15-19 anni) sia generale (15-64 anni).

Forte associazione tra gioco e consumo di sostanze

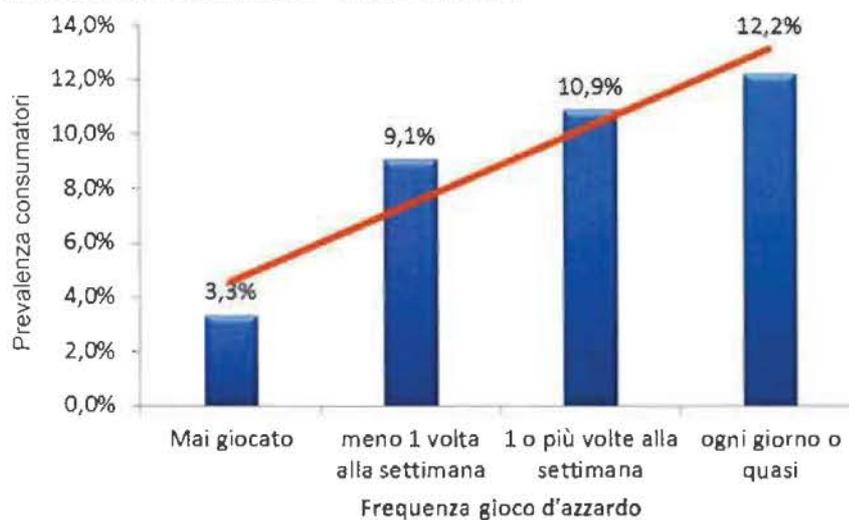
Figura 19: Prevalenza % consumatori di sostanze stupefacenti negli ultimi 12 mesi per gruppo di giocatori nella popolazione studentesca 15-19 anni. Anno 2013



Fonte: Studio SPS-DPA 2013 – Dipartimento Politiche Antidroga

Una analoga osservazione è stata rilevata sulla popolazione generale 18-64 anni.

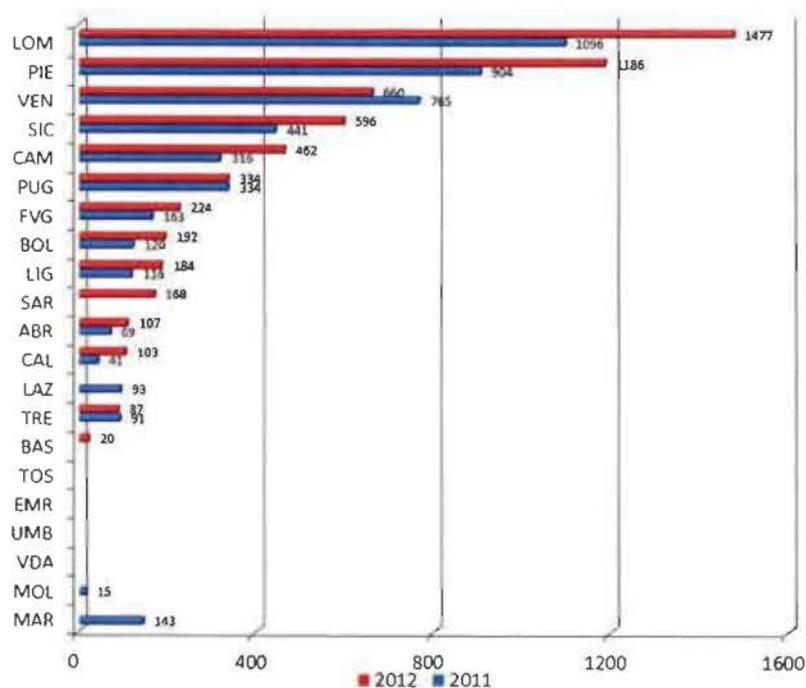
Figura 20: Prevalenza % consumatori di sostanze stupefacenti negli ultimi 12 mesi per gruppo di giocatori nella popolazione generale 18 – 64 anni. Anno 2012



Fonte: GPS – DPA 2012

I soggetti sottoposti a trattamento per gioco patologico nel corso del 2012 sono stati 5.138 (83% maschi). Lombardia e Piemonte sono le regioni con il maggior numero di soggetti trattati.

Figura 21: Numero assoluto dei soggetti in trattamento per Regione/PPAA 2011-2012(\*)



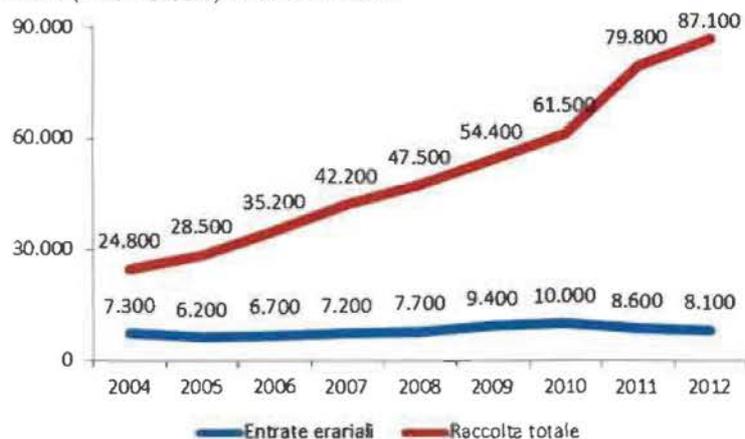
Fonte: flusso GAP-DPA

(\*) Emilia Romagna, Toscana, Umbria, Valle d'Aosta, Marche, Lazio e Molise: 2012 dati richiesti ma non forniti

I dati finanziari forniti dall'AAMS mostrano un continuo aumento della raccolta totale derivata dal gioco d'azzardo che nel 2012 ammonta a oltre 87 miliardi di euro, mentre le entrate erariali risultano in controtendenza con una diminuzione rispetto agli anni precedenti.

87 miliardi di euro  
spesi in gioco  
d'azzardo nel  
2012

Figura 22: Gioco pubblico d'azzardo in Italia: andamento della raccolta totale e del ricavato lordo per l'erario (milioni di euro). Anni 2004 - 2012

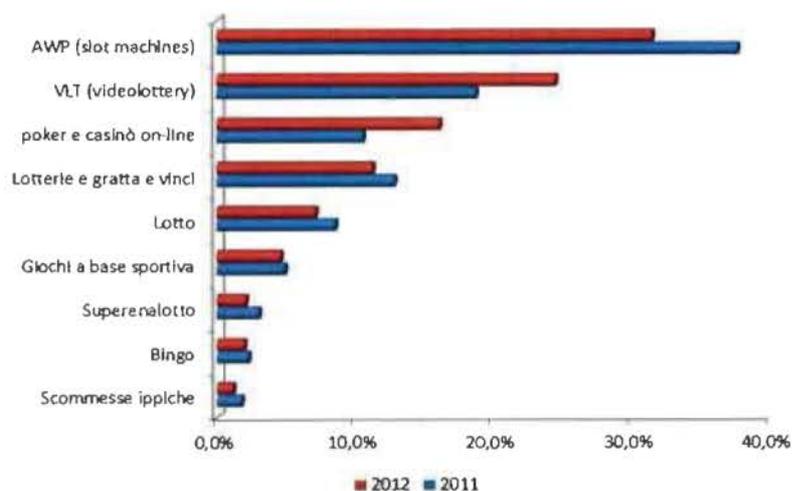


Elaborazioni DPA su fonte AAMS

L'aumento delle entrate e la concomitante riduzione del gettito per l'erario sono dovute all'aumento di pratica verso giochi a più bassa percentuale di tassazione come il poker e casinò on-line e video lottery.

Videolottery,  
poker e casinò on-  
line in forte  
aumento

Figura 23: Distribuzione percentuale raccolta totale per tipologia di giochi praticati – 2011-2012



Elaborazioni DPA su fonte AAMS

## COSTI SOCIALI

I costi sociali per il consumo di sostanze stupefacenti, comprensivi dei costi per l'acquisto delle sostanze, dei costi per l'applicazione della legge, dei costi socio-sanitari e dei costi per la perdita di produttività, sono stati stimati nel 2011 pari a 28,5 miliardi di euro, pari all'1,8% del PIL.

Il costo imputabile all'acquisto delle sostanze, anche se difficilmente quantificabile, in base alla stima sui consumi nella popolazione generale è presumibile possa essere compreso in un range che va da 6,7 a 39,7 miliardi di euro, il cui valore medio di 20,7 miliardi di euro incide per una quota del 72,5% sul totale dei costi sociali.

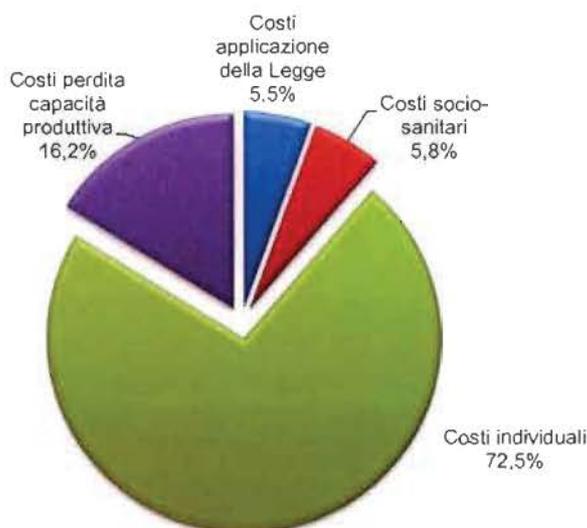
I costi derivanti dalla perdita di produttività costituiscono la seconda voce di costo (16,2%) pari a 4,6 miliardi di euro, di cui il 66,1% per la perdita di produttività in senso stretto, il 12% per la perdita per morte prematura e il 22,2% per incidenti stradali.

I costi imputabili alle attività di contrasto ammontano a circa 1,6 miliardi di euro (5,5% del totale), di cui oltre la metà (65,9%) per la detenzione, il 13,0% per le attività delle forze dell'ordine, il 20,3% per le attività erogate dai tribunali e dalle prefetture.

I costi socio-sanitari ammontano a 1,65 miliardi di euro, di cui il 41,8% per l'assistenza dei soggetti presso i servizi per le dipendenze, il 37,7% per la cura delle patologie correlate, ed il 13,6% per l'assistenza nelle strutture socio-riabilitative.

Costi sociali per il consumo di sostanze stupefacenti: 28,5 miliardi di euro

Figura 24: Distribuzione dei costi sociali per macro-categoria. Anno 2011



Fonte: Dipartimento Politiche Antidroga

## BENEFICI DIRETTI

A fronte dei costi sociali derivanti dal consumo di sostanze, di particolare interesse risulta la valutazione economica dei benefici derivanti dall'azione socio-sanitaria e che riguardano il risparmio imputabile al mancato acquisto delle sostanze da parte dell'utenza in trattamento (da 2,1 miliardi a 6,1 miliardi di euro) ed il reddito da lavoro dei soggetti riabilitati e nuovamente reinseriti nel mondo del lavoro (3,7 miliardi di euro), per un totale di circa 7 miliardi di benefici. Secondo tali stime si può affermare che a fronte di ogni miliardo circa di euro annui investiti dalle Regioni e PP.AA. per l'assistenza socio-sanitaria ne deriva un beneficio diretto di circa sei.

Cura della tossicodipendenza con rapporto C/B molto vantaggioso: Per ogni euro investito in cure se ne hanno circa 7 di benefici

### III.1 PREVENZIONE DEI CONSUMI

Da una prima valutazione, purtroppo, si nota un crollo degli investimenti regionali 2012 nell'area della prevenzione, in particolare di quella universale (-56,3%) oltre che in quella selettiva (-33,1%) per circa un milione di euro.

Negativo crollo degli investimenti regionali per la prevenzione: meno 56,3% per l'universale; -31,1% per la selettiva

Questo dato assume ancora più rilevanza se si correla con l'aumento dei consumi di cannabis e di altre sostanze stimolanti, registrato nel 2012 nei giovani (15-19 anni), dove gli interventi di prevenzione risultano fondamentali.

Oltre a questo vanno segnalati altri fattori e condizioni problematiche in questo settore e, in particolare:

1. ridottissima presenza di interventi di prevenzione precoce (dai 6 agli 8 anni) con orientamento selettivo verso le persone vulnerabili con disturbi comportamentali e deficit attentivi.
2. Praticamente assente (salvo in circa 40 centri del progetto DPA "Early detection") programmi di identificazione precoce degli utilizzatori di sostanze giovanissimi, anche mediante counseling e drug test precoce.
3. Scarsissima presenza di valutazione degli esiti degli interventi e dei reali risultati prodotti.
4. Scarsa presenza di informazioni e di iniziative preventive sulla rete Internet e sui social network, particolarmente frequentati dai giovani.

L'importo totale investito nel 2012 è stato di circa 12.279.000 euro in prevenzione universale e di altri 13.297.000 in prevenzione selettiva per un totale di 25.576.000 euro.

Il Dipartimento Politiche Antidroga in tutto il 2012 ha finanziato progetti di prevenzione universale e prevenzione selettiva (progetti per genitori, scuole, posti di lavoro, incidenti stradali) per il 33,4 % del proprio budget annuale per un totale di 1.850.990 euro.

Circa 1,9 milioni di euro investiti dal DPA in prevenzione

### III.2 TRATTAMENTI SOCIO-SANITARI

Distinguendo gli utenti in trattamento psico-socio-riabilitativo da quelli in trattamento farmacologico integrato, si osserva che il 51,3% degli assistiti risulta in trattamento farmacologico integrato a fronte del 66,2% rilevato nel 2011.

Il 51,3% degli assistiti presso i servizi nel 2012 è in trattamento farmacologico integrato (66,2% nel 2011)