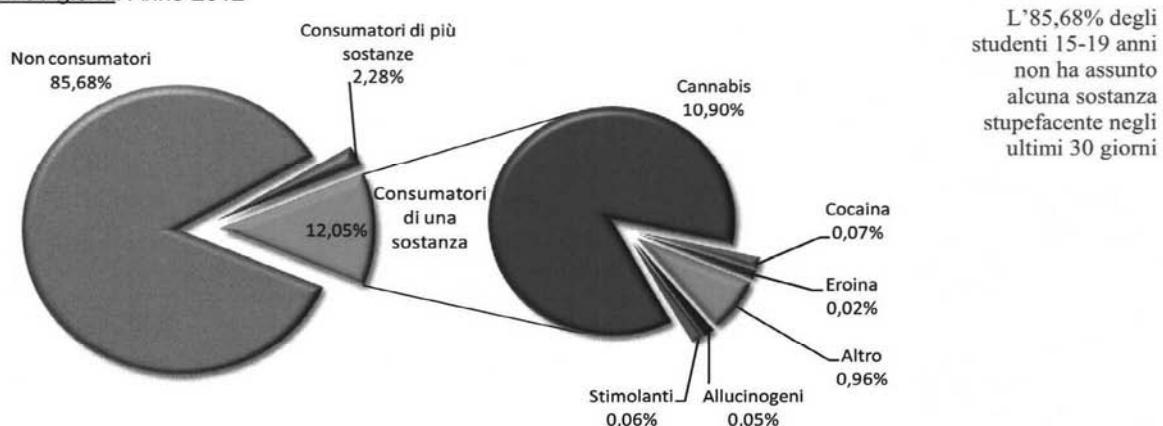


Figura 4: Distribuzione degli studenti rispondenti 15-19 anni, secondo il consumo negli ultimi 30 giorni. Anno 2012



Fonte: Studi SPS-DPA 2012 – Dipartimento Politiche Antidroga

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

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

Sostanza	Prevalenza 2011	Prevalenza 2012	Differenza 2011-2012	Consumatori (uso negli ultimi 30 giorni)
Eroina	0,29	0,23	-0,06	
Cocaina	1,17	1,06	-0,11	
Cannabis	12,65	12,94	0,29	
Stimolanti	0,50	0,57	0,07	
Allucinogeni	1,02	0,86	-0,16	

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

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

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

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

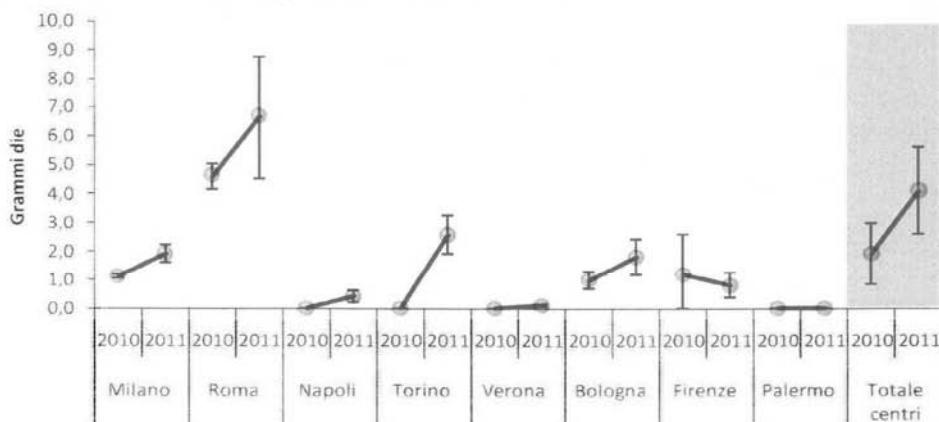
Fonte: Studio AquaDrugs 2010-2011 – Dipartimento Politiche Antidroga – Istituto di Ricerche Farmacologiche Mario Negri

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

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

Cannabis: consumo più consistente

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



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

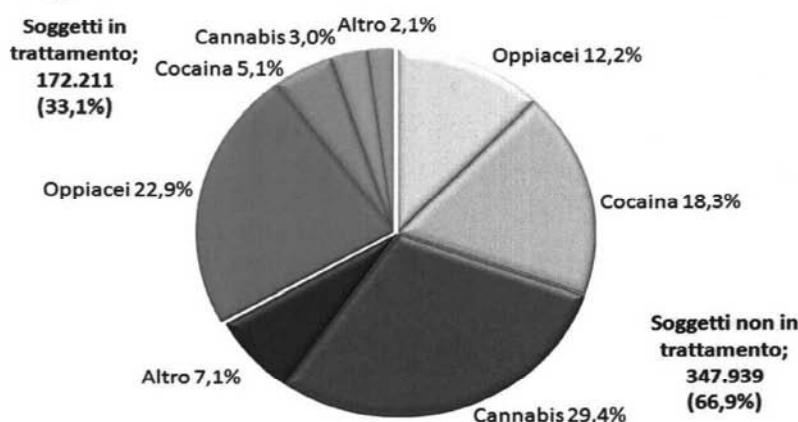
Vengono riportate in allegato alcune schede riassuntive sintetiche delle principali sostanze, comprensive dei vari risultati ottenuti dalle diverse analisi eseguite.

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

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

520.150 il numero stimato di soggetti con bisogno di trattamento

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



Fonte: Elaborazione su dati Ministero Salute e Ministero Interno

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

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

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

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

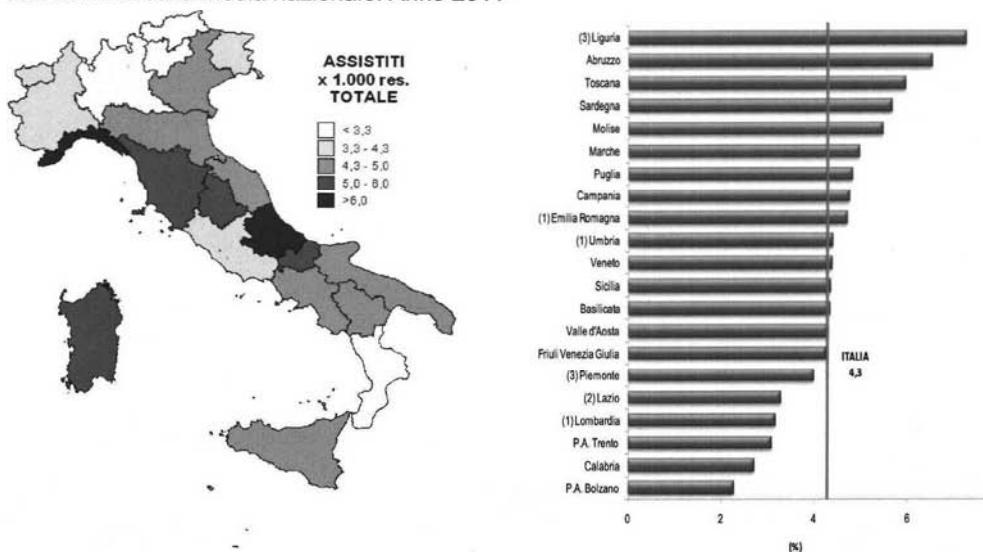
Le sostanze primarie maggiormente utilizzate dagli utenti in trattamento risultano essere il 69,3% eroina, il 15,3% cocaina e il 9,2% cannabis.

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

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

Sostanza primaria
maggiormente
utilizzata: eroina

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



Fonte: Elaborazione su dati Ministero della Salute

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

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

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

172.211 utenti in
trattamento nei
Ser.T

Diminuzione %
degli utenti in
trattamento per
eroina e cocaina.

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

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

In diminuzione le strutture riabilitative

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

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

I.4 IMPLICAZIONI E CONSEGUENZE PER LA SALUTE

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

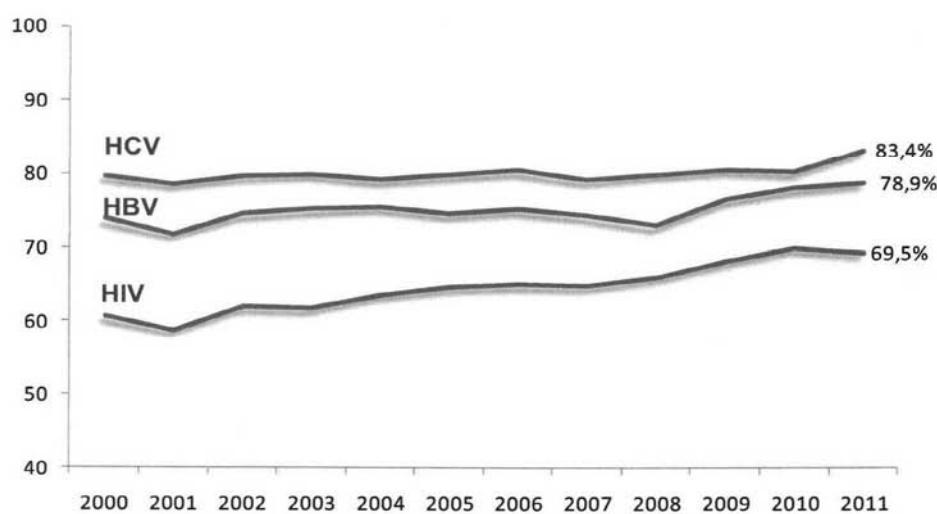
Preoccupante il tassi di NO Testing nei Ser.T. :
 -HIV: 69,5%
 -HBV: 78,9%
 -HCV: 83,4%

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

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

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

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



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

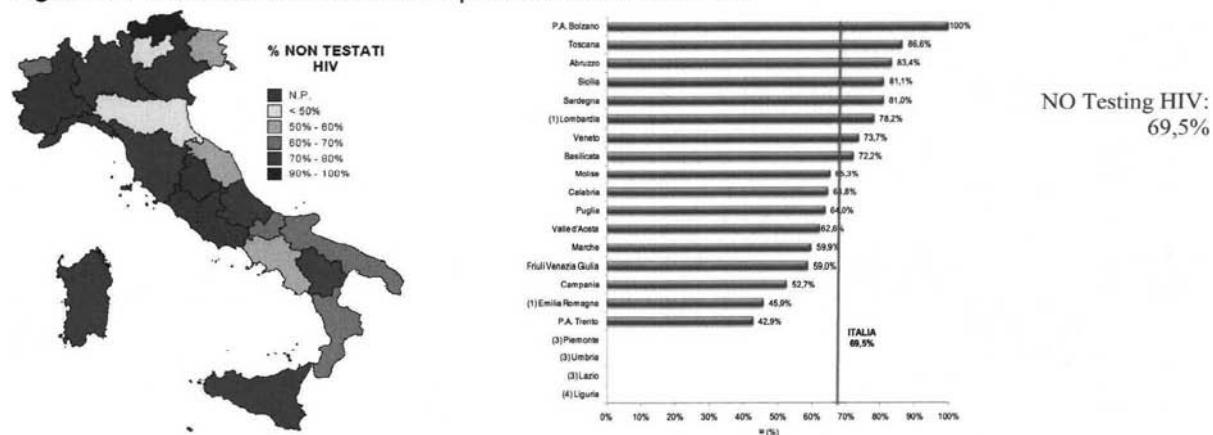
Relativamente al virus HIV, si riportano le percentuali di soggetti non testati di particolare interesse: Provincia autonoma di Bolzano 100%, Toscana 86,6%, Abruzzo 83,4%, Sicilia e Sardegna entrambe all'81%

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

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

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

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



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

(2) Flusso SIND (Monitoraggio HIV)

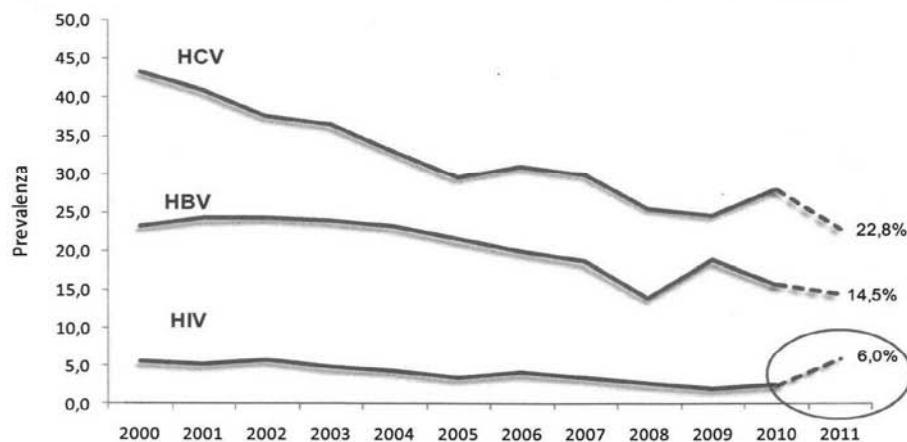
(3) Fornito un Flusso informativo SIND parziale (indicatore non calcolabile)

(4) Dato richiesto ma non pervenuto

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

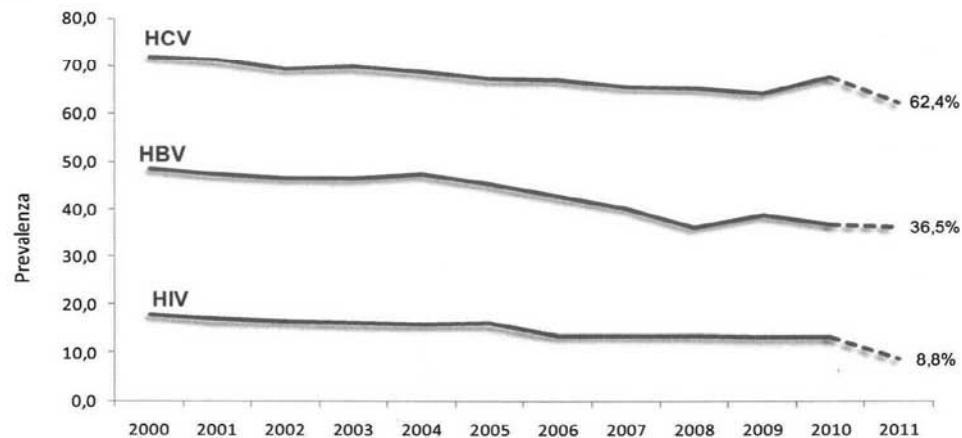
I controlli dei test sulle malattie infettive effettuati sui nuovi utenti in carico ai servizi evidenzia una prevalenza di casi positivi in tendenziale diminuzione per HBV e HCV dal 2010 al 2011. I dati del 2011 rappresentano peraltro delle stime in considerazione dell'elevata variabilità delle informazioni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

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

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

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

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

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

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

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

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

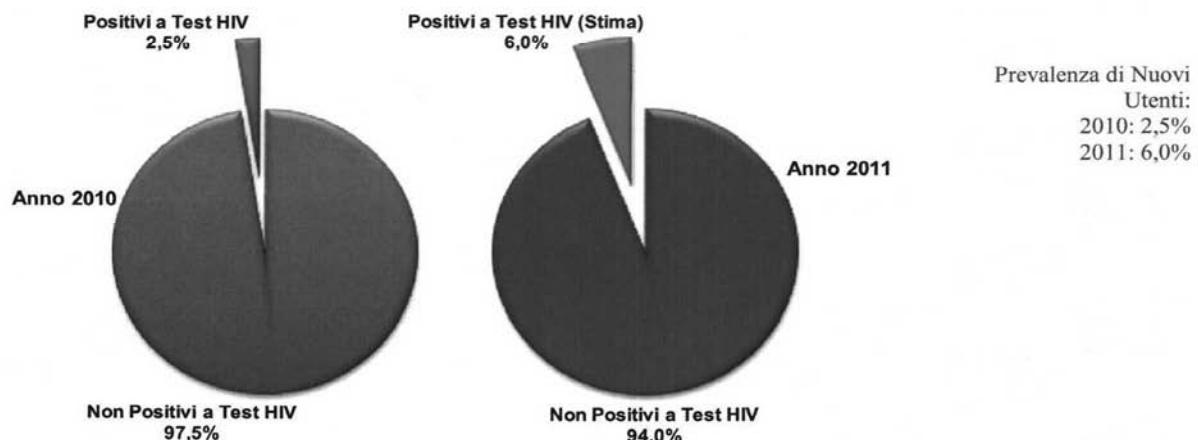
Concentrando l'attenzione sulla patologia da immunodeficienza, la tendenza della prevalenza di positivi sembra orientarsi in direzioni opposte osservando i nuovi

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

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

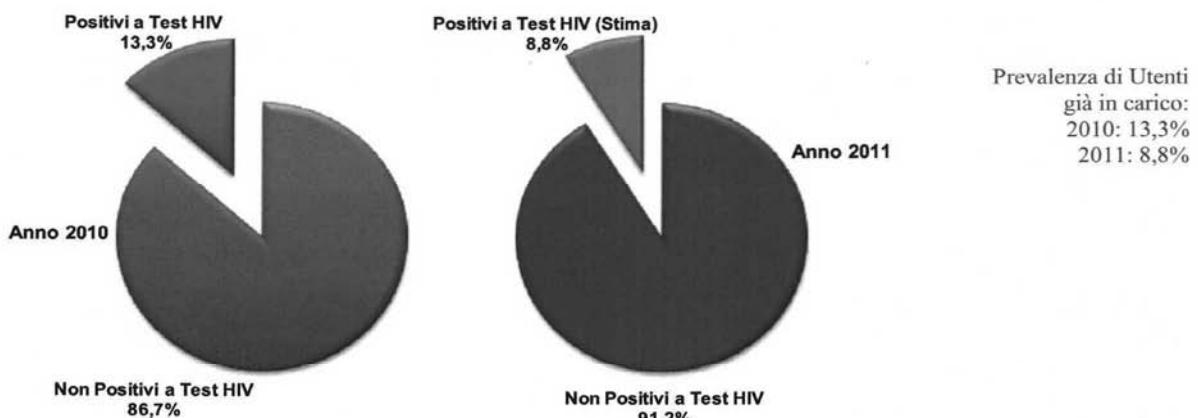
utenti e gli utenti già in carico. Nel primo gruppo, infatti, se da un lato si assiste ad una continua contrazione della percentuale di testing, dall'altra si osserva un tendenziale aumento della prevalenza stimata.

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



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

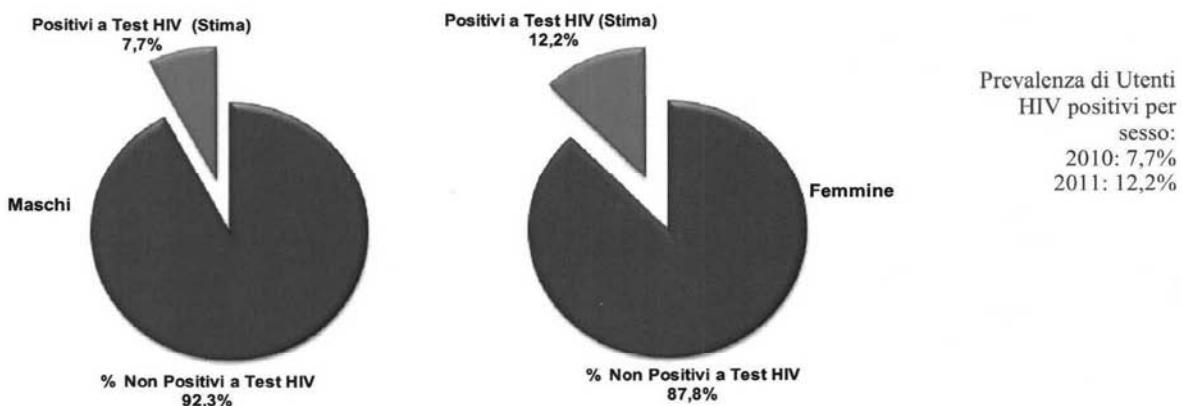
Figura 13: Prevalenza di Utenti Già in carico Positivi a Test HIV. Anni 2010 e 2011



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

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

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

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

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

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

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

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

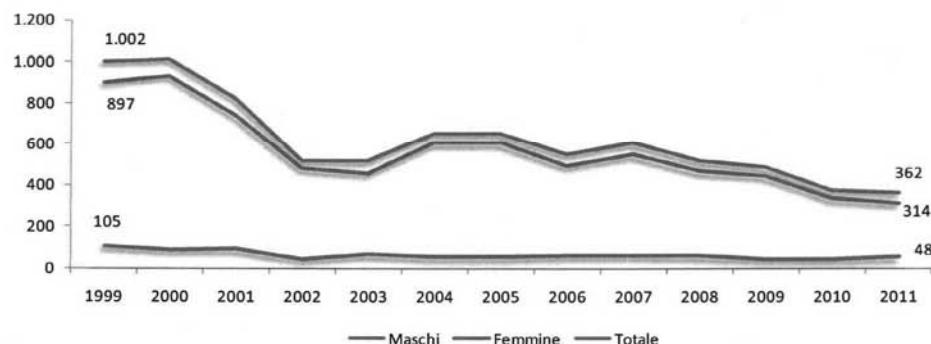
Le regioni con maggior tasso di ospedalizzazione sono Liguria, Trentino Alto Adige, Emilia Romagna, Abruzzo, Marche e Valle d'Aosta con un tasso superiore alla media nazionale che è di 37,3 ricoveri per 100.000 abitanti.

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

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

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

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

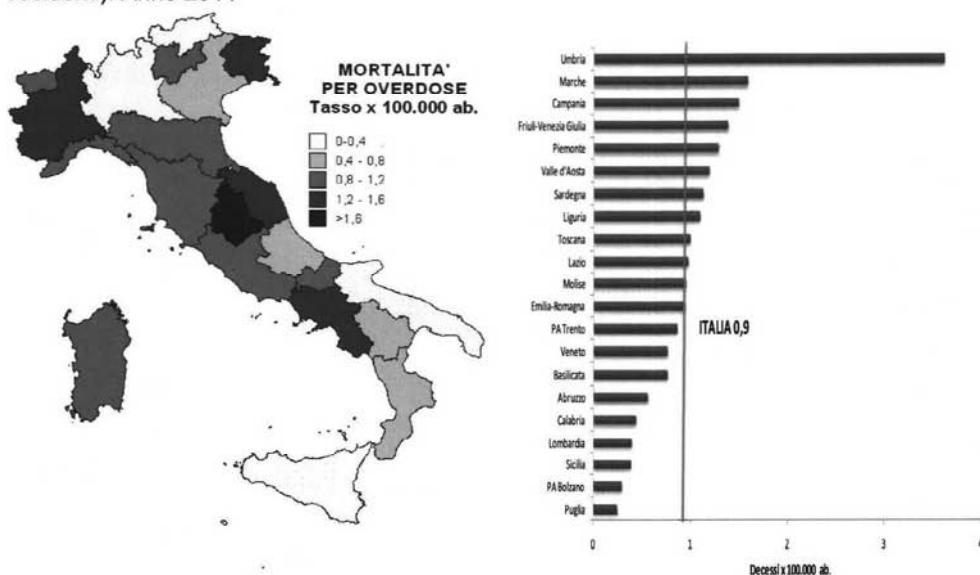


Fonte: Elaborazione su dati Ministero dell'Interno - DCSA

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

Umbria record negativo delle overdose

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



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

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

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

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

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

I.5 GAMBLING E GIOCO D'AZZARDO PATOLOGICO

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

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

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

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

Un fenomeno in aumento: il gioco d'azzardo patologico

Scarsi dati epidemiologici

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

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

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

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

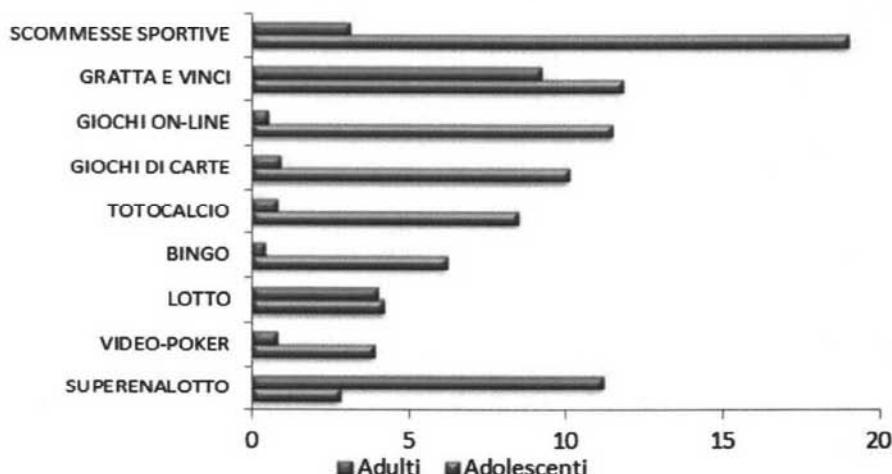
Fonte: SPS-DPA 2012

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

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

Scommesse sportive, gratta e vinci, e giochi online i più praticati nei giovani
Negli adulti sono preferiti superenalotto, gratta e vinci e lotto

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

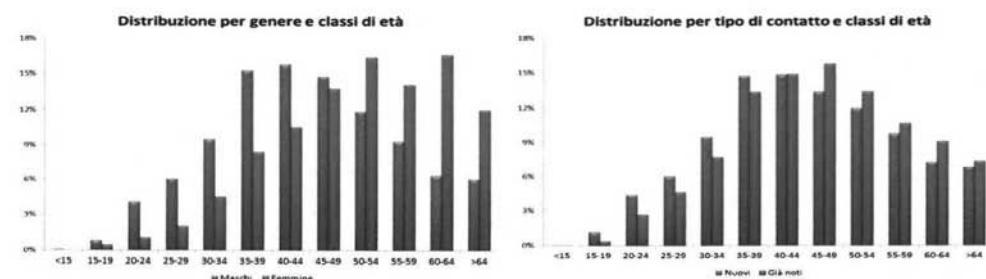


Fonte: GPS-DPA e SPS-DPA 2012

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

Più maschi tra i soggetti in trattamento

Figura 18: Distribuzione dell'utenza trattata nel 2011



Fonte: flusso GAP-DPA

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

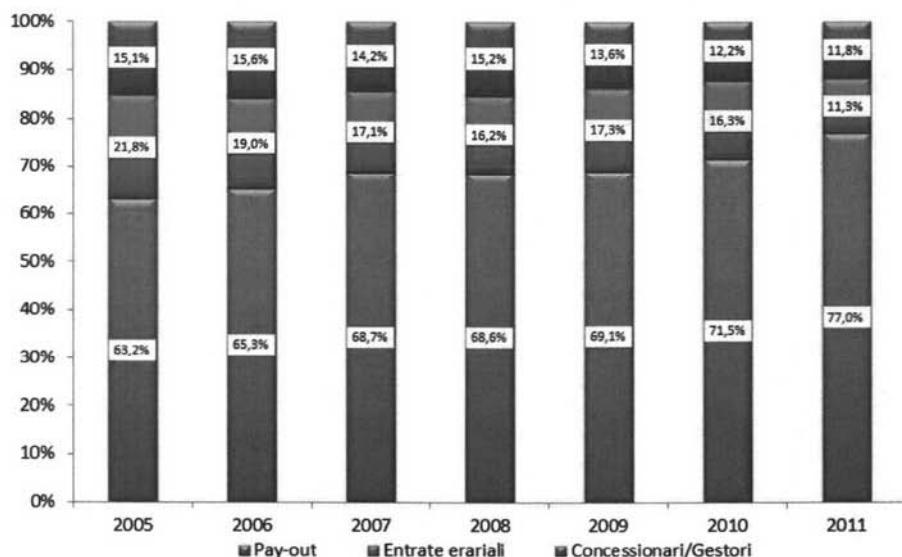
Livelli essenziali di assistenza

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

Aumento delle richieste di accesso al fondo antiusura.

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

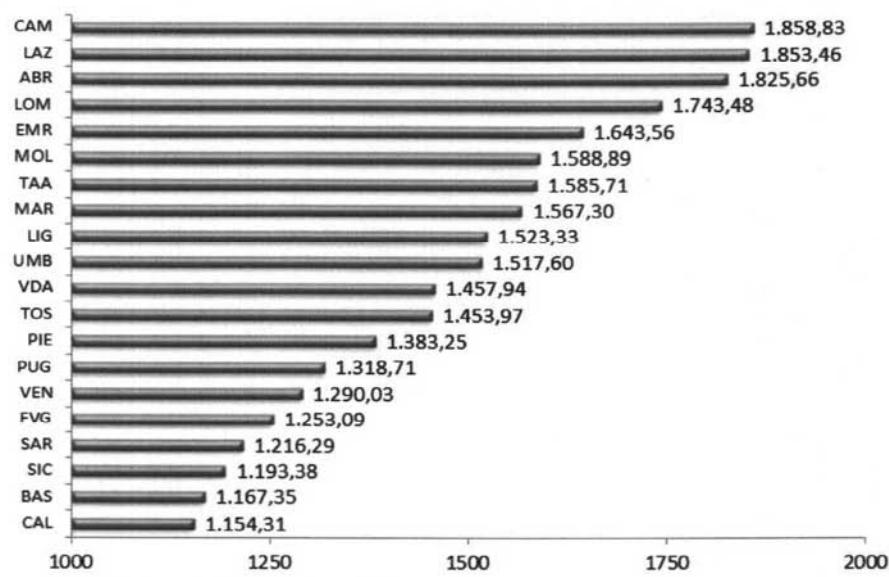
Notevole aumento della spesa per il giochi

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

Fonte: MEF, AAMS e Agicos

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

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

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

Fonte: AAMF. Elaborazioni Osservatorio DPA

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

Controllo del gioco illegale

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

Regolamentare fortemente la pubblicità

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

II.2 ORGANIZZAZIONE DEL SISTEMA DI CONTRASTO ALLA DROGA

Costi e benefici

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

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

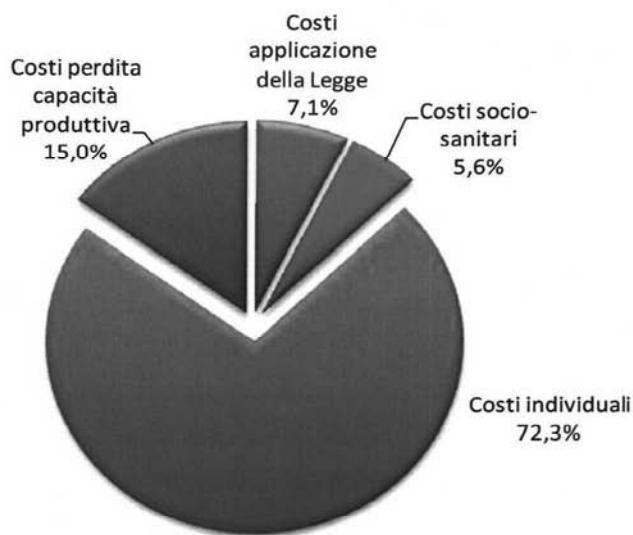
Il costo imputabile all'acquisto delle sostanze, anche se difficilmente quantificabile, in base alla stima sui consumi nella popolazione generale è presumibile possa essere compreso in un range che va da 6,7 a 44,9 miliardi di euro, il cui valore medio di 22,6 miliardi di euro incide per una quota del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

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

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

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

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



Fonte: Dipartimento Politiche Antidroga

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

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

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

III.1 PREVENZIONE PRIMARIA

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

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

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

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

Circa 48 milioni di euro investiti dalle regioni in prevenzione

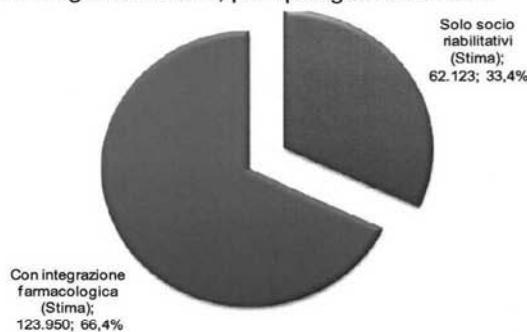
Circa 1,5 milioni di euro investiti dal DPA in prevenzione

III.2 TRATTAMENTI SOCIO-SANITARI

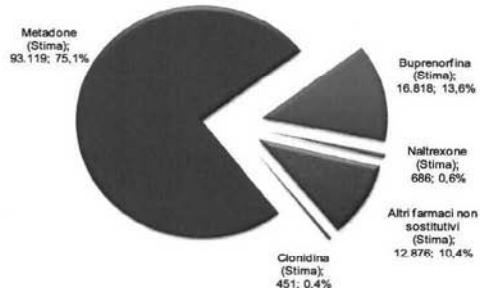
Relativamente ai trattamenti erogati dai Servizi per le tossicodipendenze, secondo le informazioni pervenute dal Ministero della Salute (flusso dati in perfezionamento) e in base alle stime del 2011, i trattamenti erogati sono stati 186.073. Dal profilo della distribuzione percentuale dei trattamenti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

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

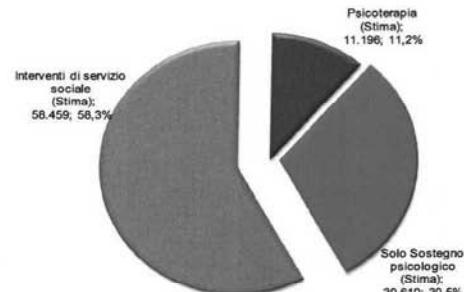
Figura 22: Trattamenti erogati dai Ser.T., per tipologia. Anno 2011



Trattamenti con integrazione farmacologica



Trattamenti solo socio-riabilitativi



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

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

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

III.3 REINSERIMENTO SOCIALE E MISURE ALTERNATIVE

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

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

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

IV.2 MERCATO DELLA DROGA E INTERVENTI DI CONTRASTO

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

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

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

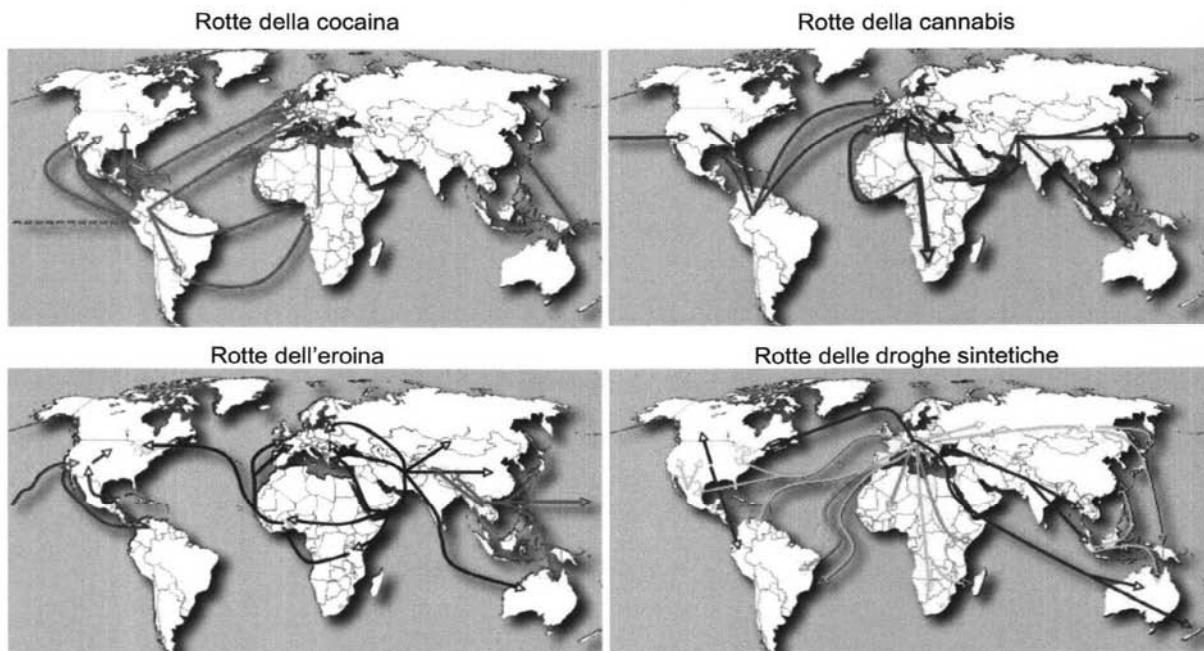
Globalizzazione delle organizzazioni criminali

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

Molteplici vie di traffico

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

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



Fonte: Relazione annuale DCSA 2011.

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

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

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

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

Aumento del numero delle operazioni

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

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