

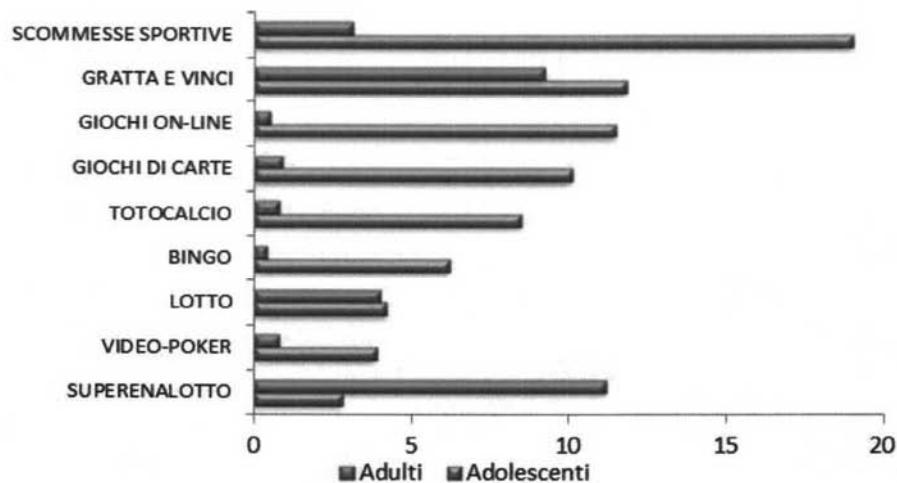
Tabella I.5.5. Distribuzione della frequenza di gioco per tipologia di intrattenimento nella popolazione adulta

	Mai	1-2 volte/ non tutti i mesi	Più volte al mese
Gratta e vinci	46,4	44,4	9,2
Superenalotto	53,5	35,3	11,2
Lotto	70,1	25,9	4,0
Giochi di carte con denaro in palio	90,8	8,3	0,9
Scommesse sportive in agenzia	91,1	5,7	3,1
Totocalcio	92,1	7,1	0,8
Bingo	93,5	6,0	0,4
Giochi al casino'	95,4	4,4	0,2
Videopoker	97,1	2,1	0,8
Giochi On-Line con denaro in palio	98,0	1,5	0,5
Scommesse ippiche in agenzia	98,8	0,9	0,2

Fonte: GPS-DPA 2012

Anche nella popolazione adulta le lotterie istantanee sono i giochi più praticati, seguiti dai più tradizionali lotto e superenalotto.

Negli ultimi dodici mesi gli adolescenti mostrano un utilizzo di giochi nettamente superiore agli adulti, fatta eccezione per il superenalotto.

Figura I.5.1. Percentuale di gioco per tipologia in soggetti adolescenti e adulti

Fonte: GPS-DPA e SPS-DPA 2012

I.5.4. Soggetti in trattamento in Italia nel 2011

Attraverso la rilevazione GAP-DPA è stato chiesto alle Regioni/Province Autonome di trasmettere dati riepilogativi sui soggetti affetti da gambling patologico e sottoposti a trattamento presso le proprie strutture di cura. Emilia Romagna e Toscana non hanno trasmesso i dati in quanto tale flusso era opzionale e non obbligatorio, mentre Basilicata, Sardegna, Umbria e Valle d'Aosta non hanno un sistema di rilevazione specifico avviato.

Le rilevazioni disponibili danno informazioni indicative sull'entità di un fenomeno emergente e probabilmente in fase di evoluzione

La rilevazione
GAP-DPA

Nel 2011, limitatamente alle Regioni/Province Autonome che hanno trasmesso i dati, sono risultati in trattamento per gioco d'azzardo patologico 4.687 soggetti, di cui 82% maschi. In circa la metà dei casi si è trattato di soggetti che per la prima volta accedevano al trattamento

4.687 soggetti in trattamento per gambling patologico

Tabella I.5.6. Soggetti sottoposti a trattamento per gambling patologico – Anno 2011

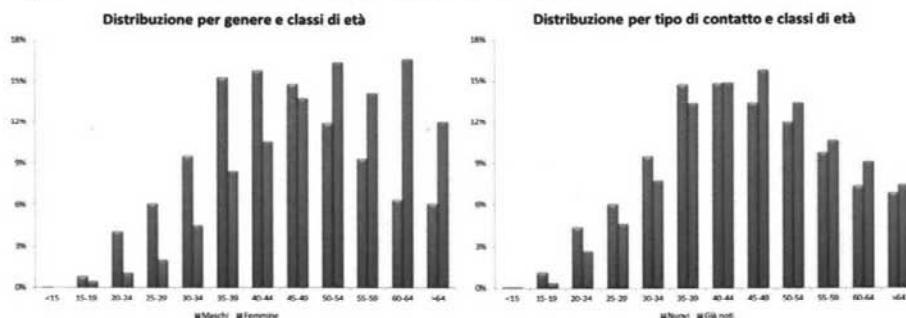
Rapporto M/F: 4,6

Genere	Nuovi	Già noti	Totale
Maschi	1.916	1.929	3.845
Femmine	440	402	842
Totale	2.356	2.331	4.687

Fonte: flusso GAP-DPA

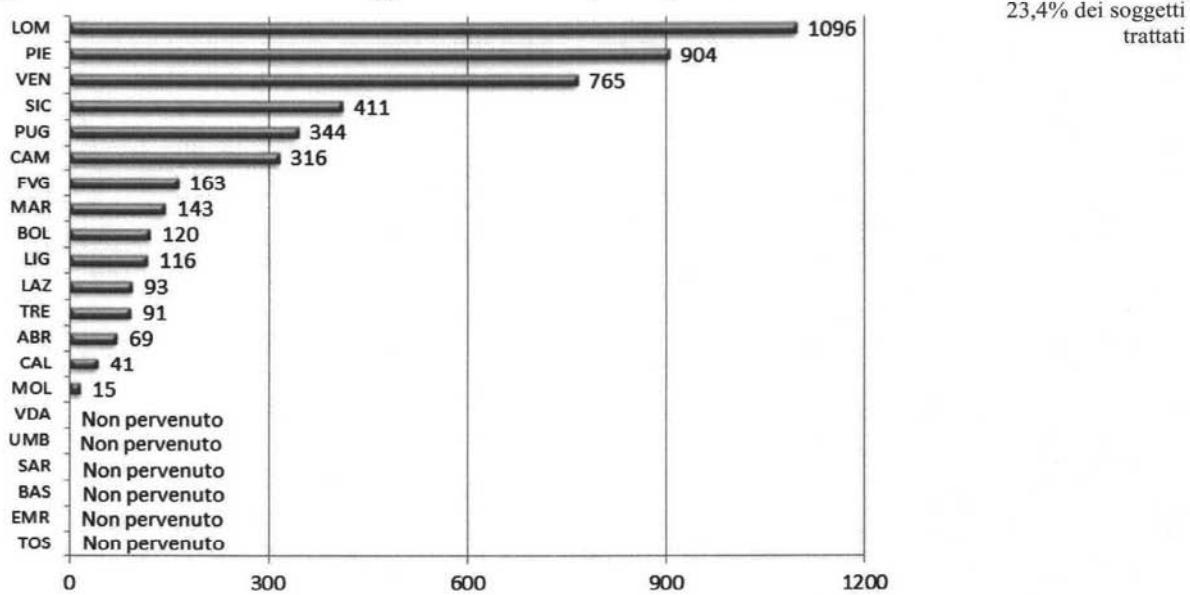
I maschi sono rappresentati da una popolazione più giovane rispetto a alle femmine, come i soggetti nuovi rispetto a quelli già noti (cioè già sottoposti a trattamento in passato rispetto al 2011).

Figura I.5.2. Distribuzione dell'utenza trattata nel 2011



Fonte: flusso GAP-DPA

Per quanto mancante di alcune realtà regionali, la distribuzione assoluta per Regione/PP.AA. mostra una maggior rappresentazione dei soggetti trattati nel nord, dove è presente oltre il 60% della popolazione assistita.

Figura I.5.3. Numero assoluto dei soggetti in trattamento per Regione/PPAA

Fonte: flusso GAP-DPA

La maggior parte dei trattamenti è eseguita presso i SerT e tali percorsi di cura sono prevalentemente basati su colloqui, visite e psicoterapie.

Tabella I.5.7. Riepilogo delle prestazioni erogate per tipologia di sede e stima dei costi assistenziali diretti

Prestazioni erogate	Sede del trattamento							
	Ser.T.		Struttura Socio-riabilitativa		Altra sede			
	Numero Soggetti	Numero Prestazioni	Numero Soggetti	Numero Prestazioni	Numero Soggetti	Numero Prestazioni	Totale Prestazioni	Stima Costi Assistenziali*
Visite	1.813	7.692	17	117	14	30	7.839	151.841
Colloqui	2.705	20.084	88	465	101	575	21.124	409.171
Psicoterapie	1.371	13.868	16	159	44	445	14.472	280.322
Reinserimento	260	2.477	5	41	23	896	3.414	95.216
Somministrazione farmaci	405	4.886	2	21	2	18	4.952	Non rilevato
Totale	6.554	49.007	128	803	184	1.964	51.774	936.552

Fonte: flusso GAP-DPA

*La stima dei costi assistenziali è basata sul nomenclature tariffario nazionale e sulle tariffe del Progetto SESIT

Il numero dei soggetti è superiore a quello riportato in tabella I.5.6 in quanto uno stesso soggetto può essere sottoposto a più tipologie di trattamento in contemporanea o in successione.

La valutazione dei costi assistenziali diretti, sicuramente sottostimata, evidenzia che il totale delle prestazioni erogate ammonta a quasi un milione di euro. A questi vanno aggiunti i costi dei farmaci prescritti e somministrati.

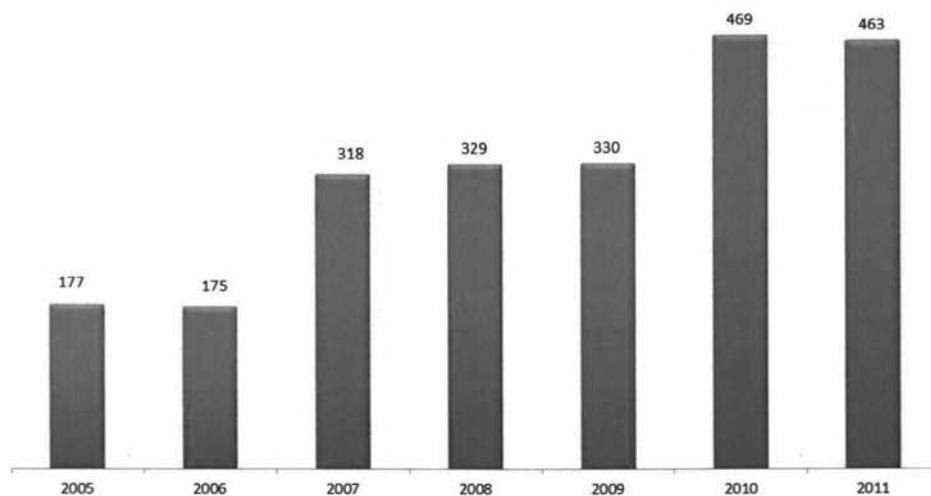
Un milione di euro per l'assistenza diretta nel 2011

I.5.5. Usura e dati finanziari

Un dato interessante e prossimo all’evoluzione della questione sociale del gioco d’azzardo problematico e/o patologico è l’accesso al fondo di solidarietà per le vittime dell’usura, che dal 2005 al 2011 è aumentato del 161%.

Aumento del
161% delle istanze
di accesso al
fondo antiusura

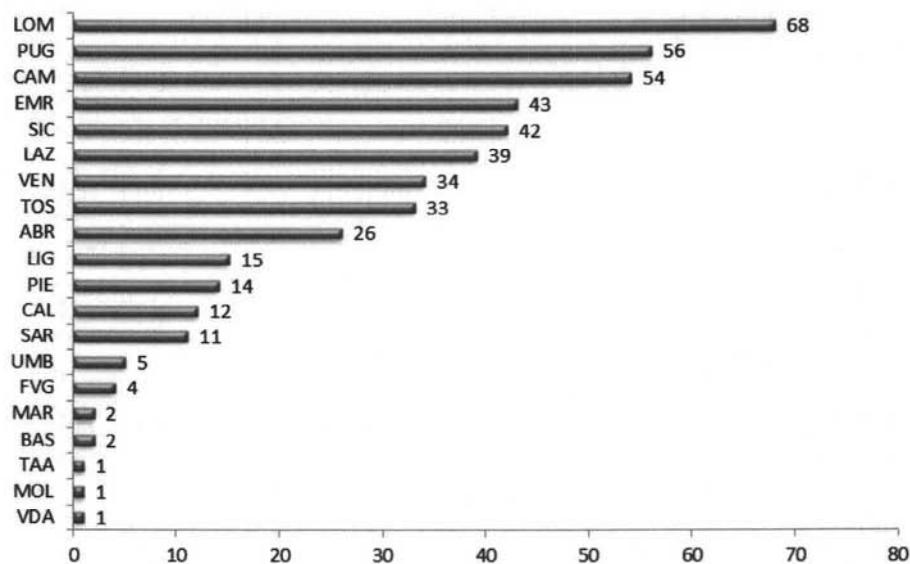
Figura I.5.4. Istanze di accesso al fondo di solidarietà per le vittime di usura. Anni 2005-2011



Fonte: Ufficio Antiracket e Antiusura del Ministero dell’Interno

L’usura, oltre che nelle regioni a forte presenza di criminalità organizzata, è largamente diffusa anche in altre regioni e, specificamente, nel Lazio, Lombardia, Toscana e Piemonte; anche i dati ufficiali relativi alle denunce ed alle persone arrestate per usura negli anni 2009 e 2010 evidenziano un aumento delle persone denunciate ed arrestate in regioni quali l’Emilia Romagna, la Lombardia e la Toscana, tradizionalmente non considerate a rischio nel passato.

Figura I.5.5. Numero di istanze presentate all’Ufficio Antiracket e Antiusura per regione.
Anno 2011

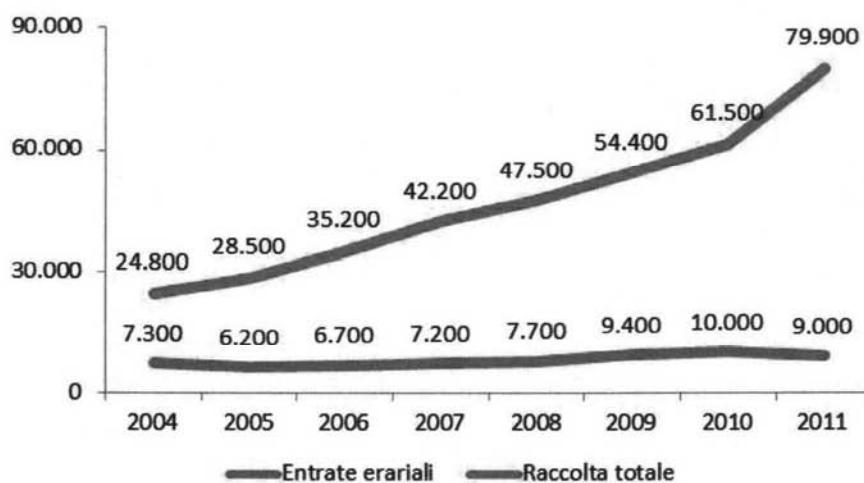


Fonte: Ufficio Antiracket e Antiusura del Ministero dell’Interno

Attraverso una elaborazione incrociata su dati Ministero dell’Economia e delle Finanze (MEF), Amministrazione autonoma dei monopoli di Stato (AAMS) e Agenzia Giornalistica Concorsi e Scommesse (Agicos), si è osservato che, dal 2004 al 2011, a fronte di un incremento del 222% della spesa per il gioco, il ricavato lordo per l’erario è aumentato del 24%, comportando una riduzione di quasi due terzi del valore delle entrate erariali sul totale della spesa (29,4% nel 2004, 11,2% nel 2011) (Commissione Parlamentare Antimafia). Questo deriva probabilmente dal ribaltamento dell’indotto imprenditoriale internamente a un sistema “multilevel marketing”.

Aumento del 222% della spesa per il gioco a fronte del 24% del ricavato lordo per l’erario

Figura I.5.6. Gioco pubblico d’azzardo in Italia: andamento della spesa per consumo e del ricavato lordo per l’erario (milioni di euro). Anni 2004 - 2011

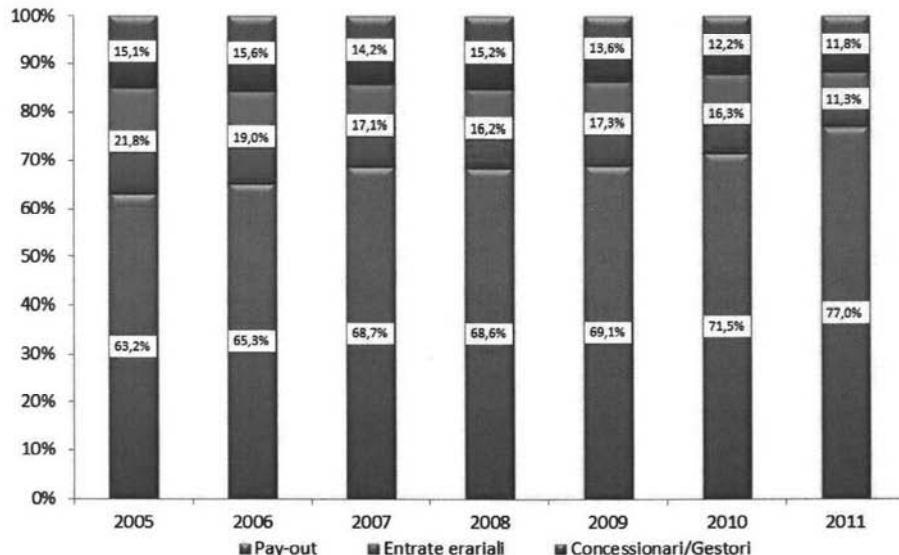


Fonte: MEF, AAMS e Agicos

La ripartizione delle entrate totali ha avuto un progressivo incremento nel pay-out, passando dal 62,2% del 2005 al 77,0% del 2011. In questo periodo la quota per l'erario si è ridotta dal 21,8% al 11,3% e quella per i gestori dal 15,1% al 11,8%.

Quota di pay-out
aumentato dal
2005 al 2011

Figura I.5.7. Distribuzione percentuale delle entrate totali (2005-2011)

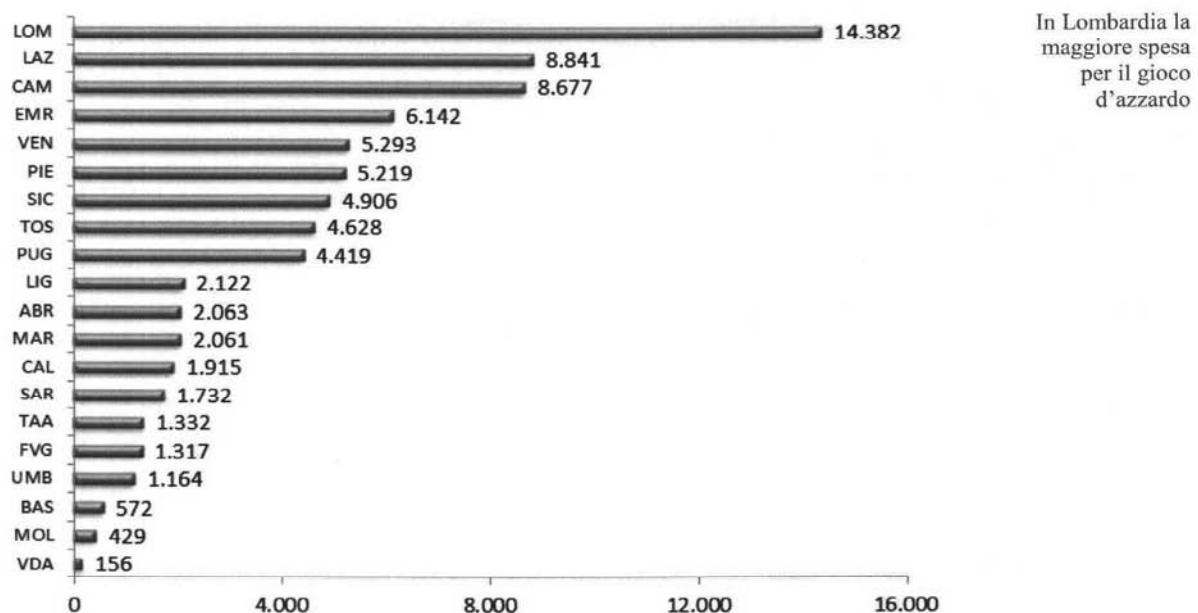


Fonte: MEF, AAMS e Agicos

Utilizzando l'andamento della spesa come elemento di prossimità per la valutazione dell'entità del gioco d'azzardo, è plausibile ipotizzare che anche la quota di soggetti affetti da GAP sia aumentata nel tempo all'interno della popolazione generale.

La spesa regionale nel corso del 2011 evidenzia che la Lombardia è la regione che in assoluto ha giocato di più rispetto alle altre regioni.

Figura I.5.8. Spesa regionale 2011 (milioni di euro)

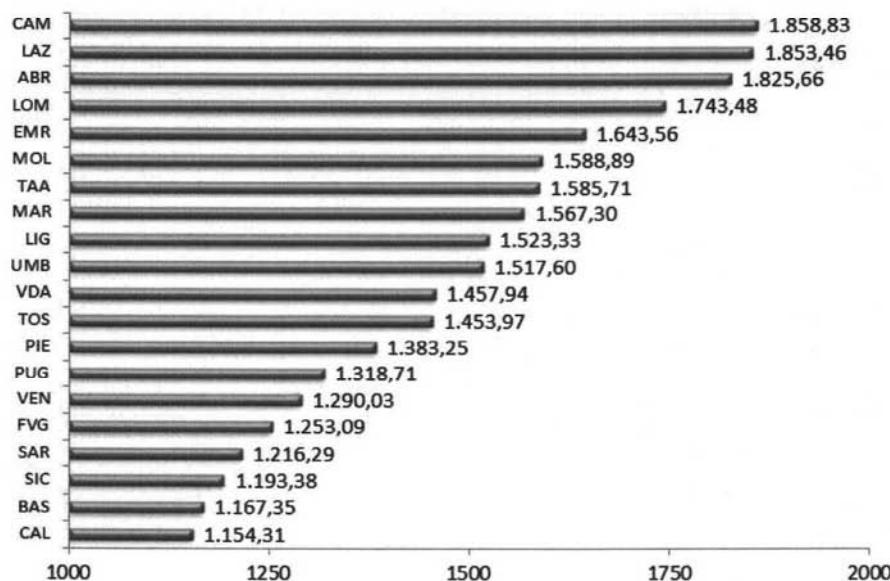


Fonte: AAMF

Tenendo in considerazione la popolazione maggiorenne residente le regioni che hanno la maggiore spesa pro-capite sono Campania, Lazio e Abruzzo, con quote oltre 1.800 euro all'anno. Sicilia, Basilicata e Calabria sono invece quelle con spesa più bassa, inferiore a 1.200 euro/anno.

In Campania la spesa pro-capite più alta

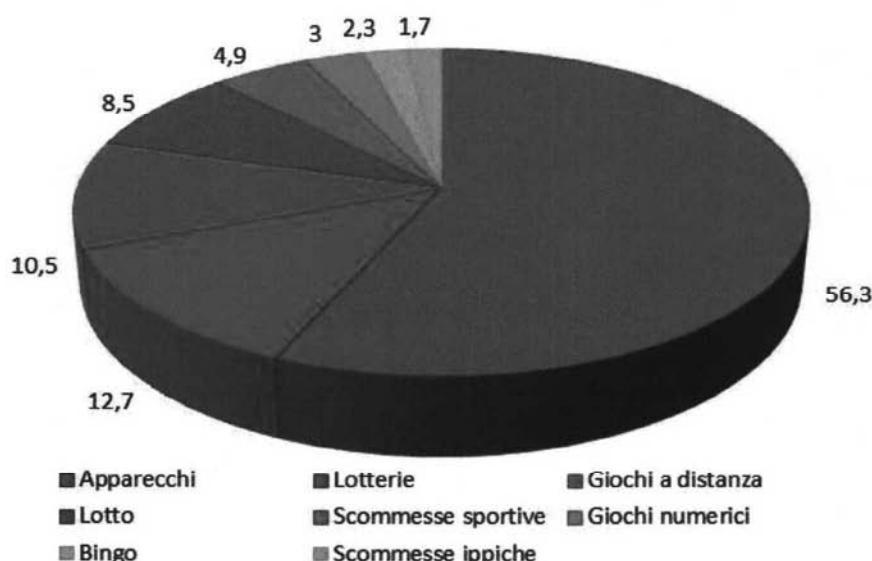
Figura I.5.9. Denaro giocato pro-capite per regione – anno 2011 (pop. maggiorenne)



Fonte: AAMF. Elaborazioni Osservatorio DPA

Le tipologie di giochi più frequentemente praticati sono le slot-machines e le lotterie, in particolare quelle istantanee (Gratta e Vinci).

Figura I.5.10. Distribuzione percentuale della tipologia di giochi praticati



Fonte: AAMF. Elaborazioni Osservatorio DPA

I.5.6. Considerazioni conclusive e raccomandazioni

L'aumento del fenomeno implica la necessità di organizzare e avviare strategie specifiche come definito nel Piano di Azione Nazionale sulle droghe (PAN) 2010-2013. Infatti, l'obiettivo 15 dell'area di intervento sulla prevenzione riporta la "promozione di iniziative per la prevenzione del gambling patologico", declinandone le azioni in:

- fornire un'informazione preventiva sui rischi connessi al gioco d'azzardo patologico presso le sale da gioco con particolare riguardo alle tipologie di soggetti vulnerabili (giovani con disturbi comportamentali e "novelty seeking", persone con problemi mentali o con uso di sostanze o abuso alcolico, giovani con disturbi del controllo dell'impulsività, presenza di familiarità per il GAP, anziani con carenti attività ricreative e socializzanti)
- controllare e regolamentare la pubblicità sul gioco d'azzardo legale riducendo l'impatto pubblicitario mediatico indiscriminato e incontrollato, vietando e sanzionando la pubblicità ingannevole e non veritiera relativamente alle probabilità di vincita, non utilizzando "testimonial" famosi, riducendo fortemente i passaggi degli spot sui media. Dichiarare inoltre in modo esplicito che il gioco d'azzardo può creare dipendenza e generare una serie di effetti collaterali sulla condizione di salute mentale, fisica e sociale.
- proporre di inserire il gambling patologico nei Livelli Essenziali di Assistenza come per le altre condizioni di dipendenza per le quali è previsto l'intervento diagnostico e terapeutico mediante i sistemi sanitari regionali e, in particolate, nei Dipartimenti delle Dipendenze
- realizzare e diffondere Linee di Indirizzo tecnico scientifiche rivolte ai professionisti del settore e per altri servizi sanitari coinvolti (Medici di Medicina Generale)
- attivare interventi di supporto e di assistenza specifica presso i Dipartimenti delle Dipendenze per le persone con gambling patologico (e i loro familiari) col rispetto di requisiti minimi per l'erogazione del trattamento: valutazione diagnostica con strumenti scientificamente validati, utilizzo di terapie cognitivo comportamentali e di gruppo o auto-mutuo aiuto e counseling motivazionale, valutazione di comorbilità associata.

Non da ultimo, supportare e promuovere ulteriormente il processo di repressione e contrasto esistente che consenta di incidere più profondamente sull'illegalità e le organizzazioni criminali che si sono introdotte nel business, sia quelle del gioco illegale che quelle dell'usura.

1. AA.VV. Il Dipartimento delle Dipendenze. Linee di indirizzo e orientamenti organizzativi per l'integrazione dell'offerta e dei servizi. Dipartimento Politiche Antidroga della Presidenza del Consiglio dei Ministri. Nov. 2011;
2. Binde P. "You could become a millionaire": Truth, deception and immagination in gambling advertising. Global Gambling: Cultural Perspectives on Gambling Organizations. Red. S.F. Kingma. - New York & London : Routledge. - 0-415-99677; S. 171-194;
3. Gaboury A, Ladouceur R. Evaluation of a prevention program for pathological gambling among adolescents. J Prim Prev 14: 21-28. 1993;
4. Grant JE, Potenza MN. Il gioco d'azzardo patologico, Argo TR, Black DW, Caratteristiche Cliniche, 37-58, 2010;
5. Griffiths MD, Parke J. Adolescent gambling on the internet: a review. Int J Adolesc Med Health. 2010 Jan-Mar; vol. 22(1) pp. 59-75.
6. Ibanez A, Blanco C, Saiz-Ruiz J. Neurobiology and genetics of pathological gambling. Psychiatr Ann 32: 181-185. 2002;
7. Ladouceur R, Sylvain C, Boutin C, et al. Cognitive treatment of pathological gambling. J Nerv Ment Dis 189: 774-780. 2001 ;
8. Lee KM, Chan HN, Cheah B, Gentica GF, Guo S, Lim HK, Lim YC, Noorul F, Tan HS, Teo P, Yeo HN. Ministry of Health clinical practice guidelines: management of gambling disorders. Singapore Med J. 2011 Jun; vol. 52(6) pp. 456-8; quiz 459;

Servono nuove strategie ed azioni

Prevenzione

Pubblicità e media

Inserimento nei LEA

Linee di indirizzo

Cura e riabilitazione

Contrasto e repressione

Bibliografia principale

XVI LEGISLATURA – DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

9. McComb JL, Sabiston CM. Family influences on adolescent gambling behavior: a review of the literature. *J Gambl Stud.* 2010 Dec; vol. 26(4) pp. 503-20;
10. Petry NM. Pathological gamblers, with and without substance use disorders, discount delayed rewards at high rates. *J Abnorm Psychol* 1 10:482-487 2001;
11. Potenza MN, Steinberg MA, Skudlarski P, et al. An fMRI study of gambling urges in pathological gamblers. *Arch Gen Psychiatry* 60:828-836. 2003 b;
12. Rahman AS, Pilver CE, Desai RA, Steinberg MA, Rugle L, Krishnan-Sarin S, Potenza MN. The relationship between age of gambling onset and adolescent problematic gambling severity. *Journal of psychiatric research.* 2012 Mar 10;
13. Shaffer HJ, Hall MN, Vander Bilt J. Estimating the prevalence of disordered gambling behavior in the United States and Canada: A Meta. Analysis. Boston, MA, Harvard Medical School, Division on Addictions, 1997;
14. Stea JN, Hodgins DC. A critical review of treatment approaches for gambling disorders. *Curr Drug Abuse Rev.* 201 1 Jun 1 ; VOI. 4(2) pp. 67-80;
15. Thomas SA, Merkouris SS, Radermacher HL, Dowling NA, Misso ML, Anderson CJ, Jackson AC. Australian guideline for treatment of problem gambling: an abridged outline. *Med. J. Aust.* 201 1 Dec 19; vol. 195(11-12) pp. 664-5;
16. Welte JB, Barnes GM, Wieczorek WF, et al: Gambling participation in the US - results from a national survey. *J Gambl Stud* 17:81 - 100, 2001;

PAGINA BIANCA

Parte Seconda

*Programmazione ed organizzazione del
sistema di contrasto*

PAGINA BIANCA

CAPITOLO II.1.

NORMATIVE SULLE DROGHE

II.1.1. Normative nazionali ed internazionali emanate nell’anno 2011

II.1.2. Normative regionali approvate nell’anno 2011

II.1.3. Sintesi dell’attività istituzionale del Dipartimento per le Politiche Antidroga in ambito internazionale

II.1.4. Attività istituzionale del Dipartimento per le Politiche Antidroga con l’Osservatorio Europeo di Lisbona (OEDT)

II.1. NORMATIVE SULLE DROGHE

II.1.1. Normative nazionali ed internazionali emanate nell'anno 2011

Si fa riferimento a quanto già riportato nella Relazione annuale al Parlamento 2011 per il D. lsg. 24 marzo 2011, n. 50 recante “Attuazione dei *Regolamenti (CE) numeri 273/2004, 111/2005 e 1277/2005*, come modificato dal *Regolamento (CE) n. 297/2009*, in tema di precursori di droghe, a norma dell’*articolo 45 della legge 4 giugno 2010, n. 96.*”

Di seguito si accenna brevemente all’ulteriore normativa d’interesse, intervenuta nel corso del 2011.

L’art. 34, comma 7 del D.lsg. 1 settembre 2011, n. 150, recante “Disposizioni complementari dal codice di procedura civile in materia di riduzione e semplificazione dei procedimenti civili di cognizione, ai sensi dell’articolo 54 della legge 18 giugno 2009, n. 69”, ha sostituito il comma 9 dell’art. 75 del D.P.R. n. 309/1990, contenente la disciplina delle controversie che possono essere instaurate dinanzi all’autorità giudiziaria ordinaria avverso il decreto con il quale il prefetto irroga le sanzioni di cui al comma 1 del citato art. 75.

L’obiettivo n. 3, azione 3.1 dell’area di intervento “legislazione, attività di contrasto e giustizia minorile” del Piano di Azione Nazionale Antidroga 2010-2013 prevede uno snellimento della procedura per l’aggiornamento delle tabelle annesse al Testo Unico in materia di stupefacenti, al fine di garantire un tempestivo inserimento nelle tabelle in questione delle nuove sostanze che compaiono sul mercato illecito. In linea con tale obiettivo e grazie alla collaborazione tra il Ministero della Salute, il Dipartimento per le Politiche Antidroga e il Consiglio Superiore di Sanità, nel periodo considerato sono stati emanati quattro decreti ministeriali:

D.M. 31 marzo 2011 recante “Aggiornamento delle tabelle contenenti l’indicazione delle sostanze stupefacenti e psicotrope relative a composizioni medicinali, di cui al *decreto del Presidente della Repubblica 9 ottobre 1990, n. 309* e successive modificazioni ed integrazioni con l’inserimento del tapentadol nell’allegato III-bis, e dei composti medicinali a base di tapentadol, limitatamente alle forme farmaceutiche diverse da quella parenterale, nella tabella II, sezione D”;

D.M. 11 maggio 2011 recante “Aggiornamento e completamento 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 ed integrazioni. Inserimento nella tabella I delle sostanze 3, 4-Metilendiossapirovalerone (MDPV), JWH-250, JWH-122 ed analoghi di struttura derivanti dal 3-fenilacetilindolo e dal 3-(1-naftoil)indolo”;

D.M. 2 agosto 2011 “Aggiornamento e completamento 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 ed integrazioni. Ricollocazione in tabella I delle sostanze Amfepramone (dietilpropione), Fendimetrazina, Fentermina e Mazindolo”;

D.M. 29 dicembre 2011 recante “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 ed integrazioni. Inserimento nella tabella I della sostanza Butilone e bk-MBDB, di

taluni analoghi di struttura derivanti dal 2-amino-1-fenil-1-propanone e della sostanza AM-694 e analoghi di struttura derivanti dal 3-benzoilindolo.”

Con atto del 18 MAGGIO 2011 in CONFERENZA UNIFICATA si è raggiunto l’Accordo, ai sensi dell’articolo 9 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, sul documento, proposto dal Tavolo di consultazione permanente sulla sanità penitenziaria, concernente le schede relative alla rilevazione dei detenuti adulti, minori e giovani adulti tossicodipendenti e alcoldipendenti integrativo dell’Accordo sancito dalla Conferenza Unificata nella seduta dell’8 luglio 2010 (Rep. Atti n. 59/CU). (Rep. n. 48/CU del 18 maggio 2011). (11A07486) (G.U. Serie Generale n. 132 del 9 giugno 2011).

Conferenza
unificata del 18
maggio 2011

Coerentemente con quanto stabilito dall’obiettivo n. 11, azione 11.1 dell’area di intervento “legislazione e attività di contrasto e giustizia minorile” del Piano di Azione Nazionale Antidroga 2010-2013, sono state predisposte e divulgate, nel novembre 2011 dal Dipartimento Politiche Antidroga, le linee di indirizzo “Carcere e droga”. Le linee di indirizzo riguardano persone tossicodipendenti e alcoldipendenti sottoposte a provvedimenti dell’Autorità Giudiziaria limitativi o privativi della libertà personale.

Linee di indirizzo
per l’incremento
delle misure
alternative al
carcere

L’obiettivo è quello di creare un costante e migliore flusso di uscita dal carcere per evitare il crearsi di situazioni di sovraffollamento e, contemporaneamente, fornire un’alternativa terapeutica valida. La pubblicazione è rivolta agli operatori del settore, delle Regioni e delle Province autonome (nel rispetto della piena autonomia organizzativa e programmatica) e vuole dare un contributo nell’affrontare problemi particolarmente rilevanti, quali: la disomogeneità che attualmente esiste nella formulazione della diagnosi di “tossicodipendenza”, le difficilose procedure seguite per poter più celermente annettere alla fruizione delle misure alternative; il coordinamento con la magistratura di sorveglianza.

L’obiettivo n.10 azione 10.1 e seguenti dell’area di intervento “legislazione attività di contrasto con strato e giustizia minorile” del citato Piano di Azione Nazionale Antidroga, in attuazione dell’art. 41 comma 4 bis del D.L.gs 81/08, prevede che con accordo in sede di Conferenza Stato-Regioni siano rivisitate condizioni e modalità per l’accertamento della tossicodipendenza e dell’alcoldipendenza nei luoghi di lavoro. A tal fine, il Dipartimento Politiche Antidroga ha attivato da tempo un tavolo tecnico, di concerto con le amministrazioni competenti nel settore, per aggiornare l’Intesa n. 99/CU del 30 ottobre 2007.

Accertamento di
assenza di
tossicodipendenza
Accordo Stato
Regioni del 30
ottobre 2007

La disciplina normativa comunitaria ed internazionale sui precursori di droghe

La normativa comunitaria vigente in materia di precursori ha lo scopo di dare attenzione attuazione alla Convenzione delle Nazioni Unite contro il traffico illecito di stupefacenti e di sostanze psicotrophe, adottata a Vienna il dicembre 1988 e ratificata in Italia con legge 5 novembre 1990, n. 328. L’articolo 12 della legge citata prevede la legislazione applicabile a livello internazionale per il controllo di 23 precursori chimici.

Quadro normativo
internazionale.
La convenzione di
Vienna contro il
traffico illecito di
stupefacenti

In sintesi, per le sostanze suscettibili d’impiego nella produzione di droghe, la Convenzione stabilisce un sistema di sorveglianza del commercio internazionale. Si segnala che nel corso del 2011 un’importante innovazione in materia è derivata dalla modifica introdotta dal Regolamento (CE) n. 2011/225 della Commissione del 7 marzo 2011.

L’adeguamento della normativa interna ai regolamenti comunitari ha portato il collegio dei Commissari UE ad archiviare definitivamente la procedura d’infrazione 2007/2443 “per violazione del diritto comunitario” riguardante la

archiviazione della
procedura
d’infrazione

non conformità con il regolamento n.273/2004 relativo ai precursori di droghe.

Tabella II.1.1: Normative nazionali ed Internazionali emanate nel 2011.

Atti normativi nazionali	Ambito di intervento
Decreto Legislativo n. 150 del 1 settembre 2011	Ha disposto (con l'art. 36, commi 1 e 2) la modifica dell'art. 75, comma 9. del D.P.R. 309/90
<u>Regolamento CE 225/2011</u>	Recante modifica del regolamento (CE) n. 1277/2005 della Commissione che stabilisce le modalità di applicazione del regolamento (CE) n. 273/2004 del Parlamento europeo e del Consiglio relativo ai precursori di droghe e del regolamento (CE) n. 111/2005 del Consiglio recante norme per il controllo del commercio dei precursori di droghe tra la Comunità e i paesi terzi.
Decreto Legislativo n.50 del 24 marzo 2011	Attuazione dei Regolamenti (CE) numeri 273/2004, 111/2005 e 1277/2005, come modificato dal Regolamento (CE) n. 297/2009, in tema di precursori di droghe, a norma dell'articolo 45 della legge 4 giugno 2010, n. 96.
<u>D.M. del 29 dicembre 2011</u>	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 ed integrazioni. Inserimento nella tabella I della sostanza Butilone o bk-MBDB, di taluni analoghi di struttura derivanti dal 2-amino-1-fenil-1-propanone e della sostanza AM-694 e analoghi di struttura derivanti dal 3-benzoilindolo
<u>D.M. del 02 agosto 2011</u>	Aggiornamento e completamento 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 ed integrazioni. Ricollocazione in tabella I delle sostanze Amfepramone (dietilpropione), Fendimetrazina, Fentermina e Mazindolo.
<u>D.M. dell' 11 maggio 2011</u>	Aggiornamento e completamento 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 ed integrazioni. Inserimento nella tabella I delle sostanze 3,4-Metilendiossapirovalerone (MDPV), JWH-250, JWH-122 ed analoghi di struttura derivanti dal 3-fenilacetilindolo e dal 3-(1-naftoil)indolo.
<u>D.M. del 31 marzo 2011</u>	Aggiornamento delle tabelle contenenti l'indicazione delle sostanze stupefacenti e psicotrope relative a composizioni medicinali, di cui al decreto del Presidente della Repubblica 9 ottobre 1990, n. 309 e successive modificazioni ed integrazioni con l'inserimento del tapentadol nell'allegato III-bis, e dei composti medicinali a base di tapentadol, limitatamente alle forme farmaceutiche diverse da quella parenterale, nella tabella II, sezione D.
<u>CONFERENZA UNIFICATA accordo del 18 MAGGIO 2011</u>	Accordo, ai sensi dell'articolo 9 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, sul documento proposto dal Tavolo di consultazione permanente sulla sanita' penitenziaria concernente le schede relative alla rilevazione dei detenuti adulti, minori e giovani adulti tossicodipendenti e alcoldipendenti integrativo dell'Accordo sancito dalla Conferenza Unificata nella seduta dell'8 luglio 2010 (Rep. Atti n. 59/CU). (Rep. n. 48/CU del 18 maggio 2011). (11A07486) (G.U. Serie Generale n. 132 del 9 giugno 2011)