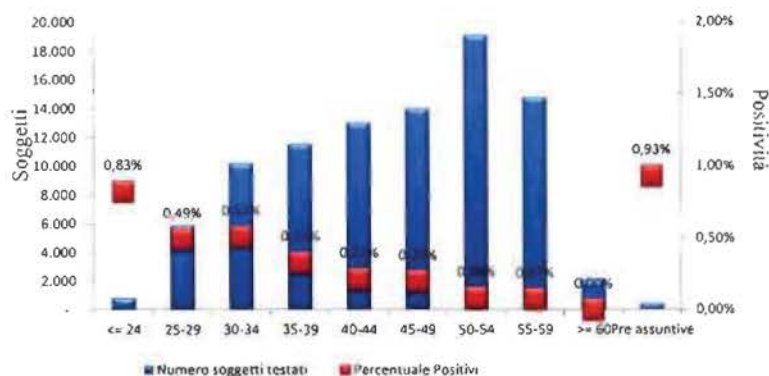


questo fenomeno probabilmente può essere associato anche all'ignoranza parziale di alcuni aspiranti lavoratori che non sanno di essere sottoposti anche a questo tipo di accertamento anche se rispetto al 2011 (1,66%) pare che la consapevolezza sia decisamente maggiore risultando un tasso non eccessivamente superiore rispetto a quello delle altre fasce comparabili, fino ai 35 anni di età.

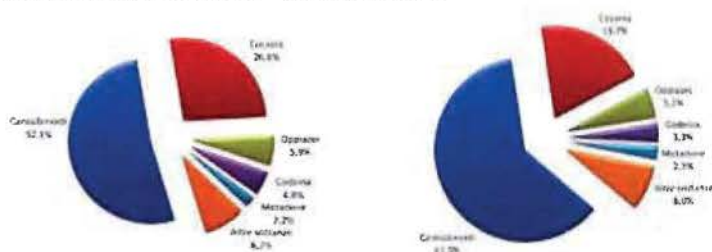
Figura I.1.67: Drug test di I livello – analisi per fascia d'età ed esito test – Anno 2012 -



Fonte: Dipartimento Politiche Antidroga

Nel 61,5% dei casi è stata riscontrata positività ai cannabinoidi, cocaina nel 19,7% e oppiacei nel 5,2% (Figura I.1.68). Rispetto al 2011 aumentano i cannabinoidi (dato 2011 52% vs 61,5% anno 2012), in diminuzione la cocaina, stabili gli oppiacei e le altre sostanze.

Figura I.1.68: Drug test di I livello – confronto analisi per sostanza d'abuso sui soggetti risultati positivi al test di conferma – Anni 2011 - 2012



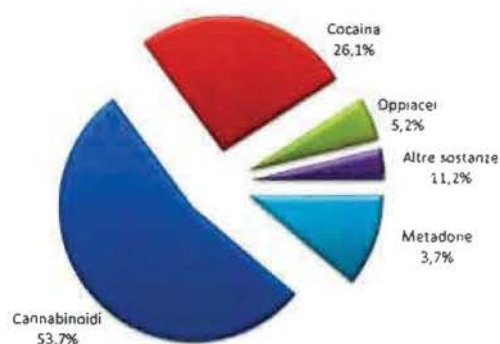
Fonte: Dipartimento Politiche Antidroga

Diminuiscono i soggetti positivi per cocaina, aumentano quelli per cannabis

I dati degli accertamenti di II livello per l'anno 2012 riguardano 166 soggetti (77,9% dei positivi al I livello), la parte residuale dei dati per gli accertamenti di secondo livello è in fase di accertamento dipendente dai tempi tecnici che intercorrono tra il riscontro di positività al I livello e la diagnosi finale o non si è presentato all'accertamento.

A più del 5% del campione è stata riscontrata una diagnosi di tossicodipendenza in calo rispetto al 2011 (12%), in prevalenza per cannabinoidi ed a seguire cocaina, oppiacei e metadone (Figura I.1.69). La principale diagnosi è sempre quella di consumo occasionale, quest'anno con il 57,7%.

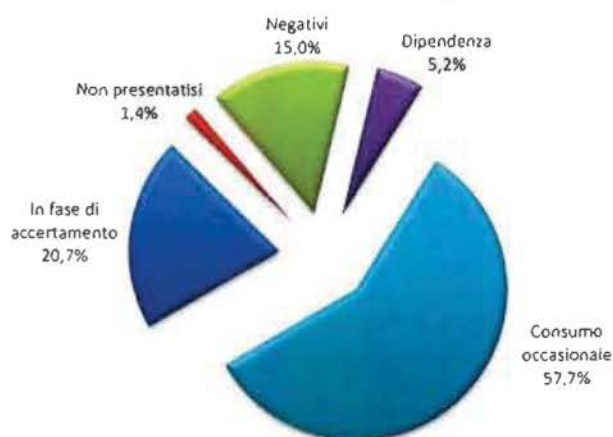
Figura I.1.69: Accertamenti clinici di II livello – analisi per sostanza– Anno 2012



Fonte: Elaborazioni su dati DPA –

Cannabinoidi la
sostanza più
riscontrata, oltre il
50%

Figura I.1.70: Accertamenti clinici di II livello – analisi per diagnosi– Anno 2012



Fonte: Elaborazioni su dati DPA –

Quasi il 58% ha
una diagnosi di
consumo
occasionale

I.1.4.3 Dati delle Forze Armate

La Direzione Generale della Sanità Militare (DIFESAN) del Ministero della Difesa sovrintende numerose attività, tra cui la raccolta, l'elaborazione e la valutazione dei dati statistici attinenti all'area delle tossicodipendenze e delle principali patologie mediche ad esse correlate.

Per quanto riguarda l'Esercito Italiano, la Marina Militare e l'Aeronautica Militare sono disponibili i dati relativi al numero di test¹ eseguiti (Tabella I.1.2), mentre per il Corpo dei Carabinieri le informazioni riguardano il numero di soggetti sottoposti ad esame (Tabella I.1.34).

¹ Un soggetto viene sottoposto, in media, dai 4 ai 7 test

Tabella I.1.34: Drug test eseguiti sulle Forze Armate. Anni 2008 - 2012

	2008	2009	2010	2011	2012
Esercito Italiano					
Test eseguiti	48.306	42.417	57.034	23.376	11.680
Test positivi	54	446	204	68	35
% Positivi	0,11	1,05	0,36	0,29	0,30
Marina Militare					
Test eseguiti	41.476	43.958	43.752	17.998	3.503
Test positivi	15	7	4	2	0
% Positivi	0,04	0,02	0,01	0,01	0,00
Aeronautica Militare					
Test eseguiti	64.108	70.258	82.805	77.963	23.579
Test positivi	41	27	0	29	7
% Positivi	0,06	0,04	0,00	0,04	0,03
Totale (E.I., M.M., A.M.)					
Test eseguiti	153.890	156.633	183.591	119.337	38.762
Test positivi	110	480	208	99	42
% Positivi	0,07	0,31	0,11	0,08	0,11

Fonte: Elaborazioni su dati del Ministero della Difesa

I controlli a campione mediante drug test sull'urina sono stati effettuati sia al personale in servizio fuori area che su quello in servizio in Patria; inoltre, viene sottoposto a test anche il personale aspirante all'arruolamento volontario.

Per un maggiore approfondimento delle attività svolte e sul programma DIFESAN si rinvia alla specifica sezione posta nella "Scheda Amministrazioni".

Nel 2012 all'interno dell'Esercito Italiano sono stati eseguiti complessivamente 11.680 test di cui 35 casi sono risultati positivi (0,30%). Dopo il picco registrato nel 2009, i test positivi hanno consolidato una significativa diminuzione.

Prerequisito indispensabile per la definizione dell'idoneità all'appartenenza alla Marina Militare è la negatività al drug test sulle sostanze stupefacenti di più comune uso (oppiacei, cannabinoidi, cocaina e amfetamine), che viene effettuato obbligatoriamente in tutti i concorsi. Nel 2012 sono stati effettuati 3.503 test con nessun risultato positivo.

Per quanto riguarda l'Aeronautica Militare, vengono eseguiti controlli periodici dei cataboliti urinari di sostanze stupefacenti sul personale del servizio automobilistico e durante le selezioni mediche per gli arruolamenti, in cui si rileva la maggior parte dei casi di positività. Esami occasionali vengono, inoltre, eseguiti sul personale che abbia dichiarato spontaneamente l'assunzione di droghe o che sia stato oggetto di segnalazione ai servizi sanitari di reparto per comportamenti presumibilmente attribuibili all'abuso di sostanze stupefacenti. I controlli vengono effettuati anche in ambito di selezione concorsuale di Forza Armata.

Nel 2012 sono stati eseguiti 23.579 test e ne sono risultati positivi 7, dato simile a quello del 2011 ed in linea con quello degli anni precedenti.

Nel complesso delle tre forze armate nel 2012, rispetto al 2011 a fronte di una diminuzione considerevole dei test (80.575 in meno pari a -67,5%) si registra comunque una percentuale dei test positivi come quella del 2010 anno che vide quasi il quintuplo dei test.

Esercito Italiano,
diminuiscono i test,
stabile la positività

Marina Militare,
diminuiscono i test
nessun positivo.

Aeronautica
Militare, più
controlli rispetto
agli altri corpi
armati

-67,5% di test
effettuati nelle tre
forze armate

Tabella I.1.35: Soggetti esaminati Corpo dei Carabinieri. Anni 2008 - 2012

	2008	2009	2010	2011	2012
Corpo dei Carabinieri					
Soggetti esaminati	1.632	638	810	4.113	476
Soggetti positivi	14	6	2	5	1
% positivi	0,86	0,94	0,25	0,12	0,21

Fonte: Elaborazioni su dati del Ministero della Difesa

In relazione all'attività di prevenzione delle tossicodipendenze nelle Forze Armate ai sensi dell'art.1 comma 9 del T.U. delle leggi in materia di tossicodipendenze di cui al DPR 309/90, nel 2012 sono stati sottoposti a drug test 476 carabinieri e di questi un solo soggetto è risultato positivo (0,21%); notevolmente diminuiti i soggetti controllati dopo il notevole incremento dell'anno precedente .

-88,4% di soggetti testati nel Corpo dei Carabinieri

1.1.4.4 I costi del Drug Test

Aspetto assolutamente di rilevanza, in particolare per i datori di lavoro, è quello della sostenibilità finanziaria di tutte le procedure diagnostiche accertative nonché amministrative connesse all'obbligo di sottoporre al drug test il personale svolgente mansioni a rischio.

I costi degli accertamenti previsti dall'Accordo Stato-Regioni sono a carico dei datori di lavoro e, per le controanalisi, a carico del lavoratore che li richiede.

Le tariffe da applicare per gli accertamenti sanitari previsti dall'Accordo vigente sono quelle stabilite dai Nomenclatori Tariffari Regionali; le Aziende Sanitarie possono stabilire ulteriori costi (anche a forfait) derivanti dalle spese (contenitori, trasporti, utilizzo locali etc.) qualora non previste dai Nomenclatori.

Le tariffe per gli accertamenti da parte della struttura sanitaria competente, con esclusione degli esami di laboratorio, sono stabilite dalle Regioni e Province Autonome.

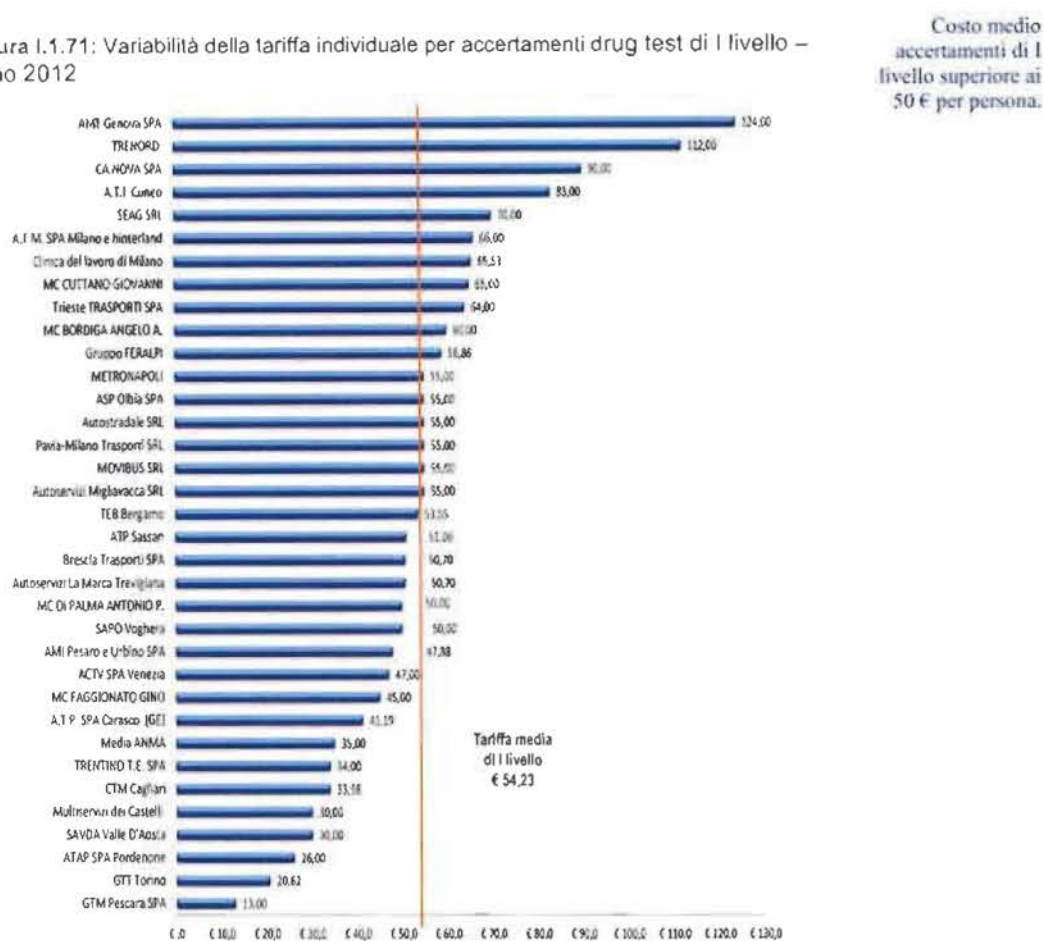
Per le aziende il costo diretto minimo da sostenere è quello per visite mediche e accertamenti di laboratorio, specialisti e strumentali per esami di I livello (nonché la relativa certificazione) che qualora dia esito negativo, come nella quasi totalità dei casi chiude la procedura con un impatto molto meno oneroso di quanto possa essere in caso di positività.

Il Dipartimento Politiche Antidroga anche quest'anno ha sottoposto una scheda informativa sui costi diretti alle aderenti la nostra indagine che su base volontaria hanno fornito alcune utili indicazioni che di seguito si rappresentano.

Dalla figura I.1.71 si può notare quanto sia eterogenea la tariffazione indicata, da un minimo di 13 € sino ad un massimo di 124 € con un dato medio dichiarato di 54,23€. All'indagine 2012 hanno aderito più aziende con una tariffa media di I livello leggermente maggiore rispetto alle indicazioni 2011.

notevole eterogeneità

Figura I.1.71: Variabilità della tariffa individuale per accertamenti drug test di I livello – anno 2012

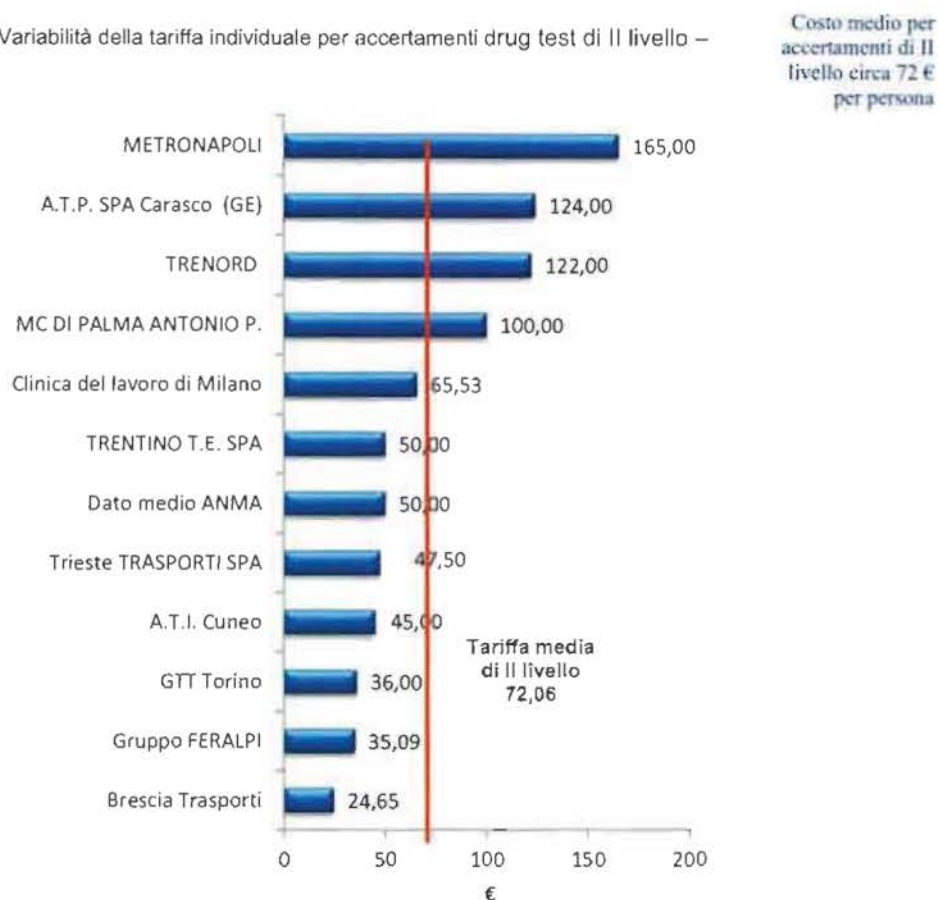


Fonte: Elaborazioni DPA

Le differenze tra i costi rilevati aumentano per gli accertamenti di secondo livello, variando tra 24,65€ e 165 € per accertamento (Figura I.1.72); seppure la forbice sia ampia il dato è più omogeneo rispetto al 2011.

E' da segnalare che per i test di II livello spesso le aziende non forniscono indicazioni in quanto non chiamate a sostenere oneri finanziari in tal senso, ciò nel caso di riscontri totalmente negativi al I livello.

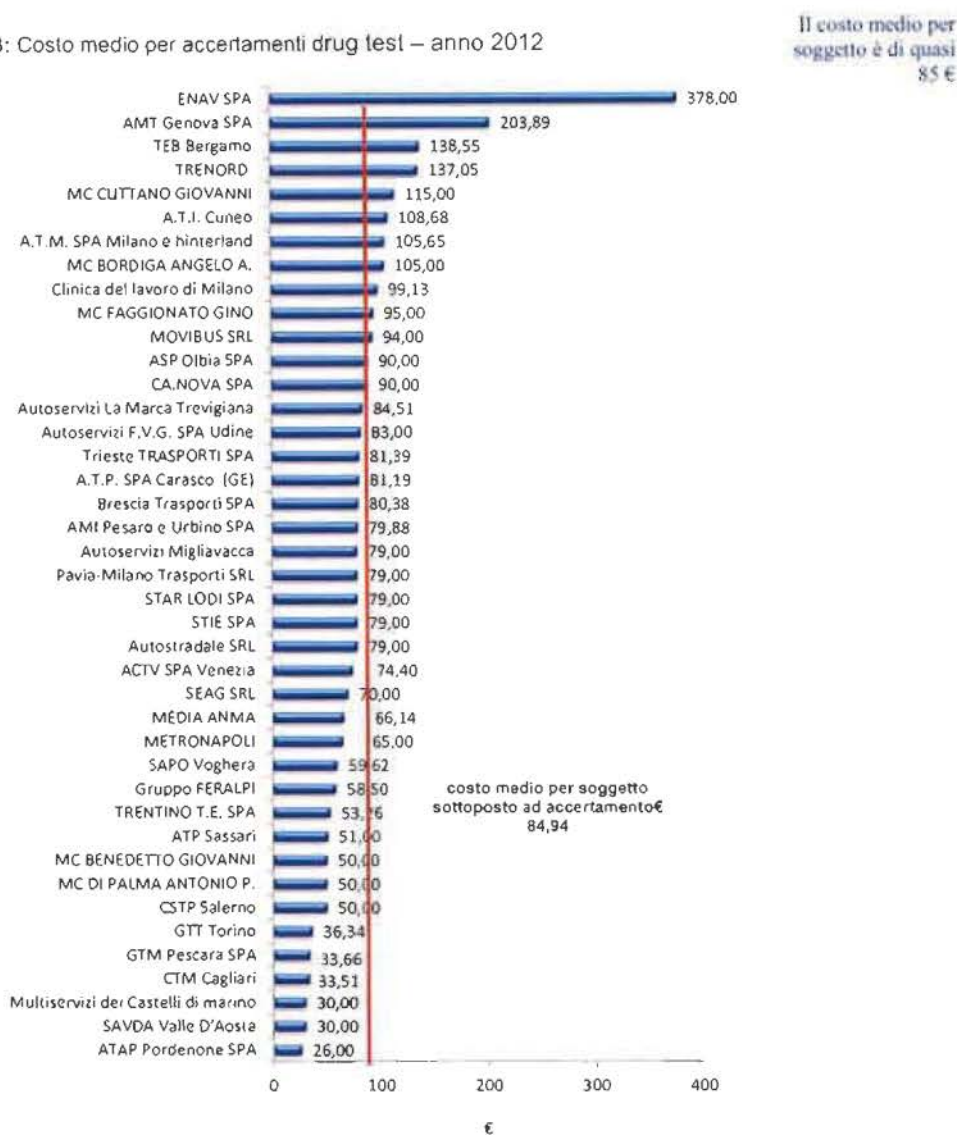
Figura I.1.72: Variabilità della tariffa individuale per accertamenti drug test di II livello – anno 2012



Fonte: Elaborazioni DPA

Complessivamente, il costo medio calcolato per primo e secondo livello (Figura I.1.73) a persona è pari ad € 84,94 (dato 2011 € 82,53) con un minimo di € 26,00 ed un massimo di € 378,00 per ENAV SPA che, stante la specificità della professione, effettua controlli effettuati “con metodica avanzata e di maggior livello qualitativo e ricomprende tutta la logistica correlata all’effettuazione del test nonché la gestione di ogni tipologia di eventuale contenzioso” quindi non comparabile con quelli delle altre aziende.

Figura I.1.73: Costo medio per accertamenti drug test – anno 2012



Fonte: Elaborazioni DPA

I.1.5. Rilevazione dei consumi di sostanze stupefacenti mediante l'analisi delle acque reflue, anno 2012

Parallelamente agli studi epidemiologici classici, il Dipartimento Politiche Antidroga con la collaborazione scientifica dell'Istituto di Ricerche Farmacologiche Mario Negri di Milano, recentemente, ha promosso per la comunità scientifica un metodo alternativo per la stima dei consumi di sostanze stupefacenti nella popolazione, non più basato su fattori soggettivi ma fondato su riscontri oggettivi. Il metodo utilizza una nota caratteristica di queste sostanze: una sostanza stupefacente, dopo essere stata consumata, viene in parte escreta come tale o come metabolita/i dal consumatore. Le escrezioni biologiche, assieme alle acque fognarie, raggiungono i depuratori urbani dove le acque possono essere campionate e i residui delle sostanze essere misurati. Le concentrazioni ottenute consentono di risalire al consumo cumulativo di sostanze stupefacenti da parte della popolazione servita dal depuratore. Il metodo consente quindi di fare un test

collettivo delle urine agli abitanti di una città. Il metodo preserva l'anonimato non essendo in grado di identificare chi ha fatto uso di sostanze, ma solo di misurare quante sostanze stupefacenti vengono collettivamente utilizzate dalla popolazione. Questa metodologia è stata applicata per la prima volta negli anni 2005 (mese di dicembre) e 2006 (mesi di marzo-aprile) nella città di Milano, tramite analisi delle acque del depuratore di Milano Nosedo.

Nel 2010, il Dipartimento Politiche Antidroga, ha promosso uno studio pilota (AQUA DRUGS Pilota), realizzato dall'Istituto Mario Negri, i cui risultati hanno consolidato l'ipotesi di applicazione di tale approccio allo studio del consumo di sostanze stupefacenti nella popolazione italiana. Nel corso di questo studio sono state identificate otto città campione; i consumi di sostanze in tali città sono stati studiati sia a livello della popolazione generale che della popolazione scolastica per una settimana, mediante campionamenti di acque reflue in ingresso ai principali depuratori urbani e ai collettori in uscita di edifici scolastici di istruzione superiore.

Nel biennio 2011-2012 il Dipartimento Politiche Antidroga ha promosso due nuove edizioni dello studio, estendendolo, rispetto al 2010, ad ulteriori 4 centri urbani di grandi dimensioni (Perugia, Pescara, Cagliari, Bari) e 5 centri urbani identificati in ambiti minori (Merano, Gorizia, Terni, Nuoro, Potenza). La mappa presentata in Figura I.1.74 fornisce la localizzazione geografica di tutti i centri selezionati che coprono l'intero territorio nazionale.

Figura I.1.74: Centri italiani selezionati per il progetto AquaDrugs. Anni 2011-2012



Fonte: Studi AquaDrugs 2011-2012 – Dipartimento Politiche Antidroga in collaborazione con l'Istituto di Ricerche Farmacologiche Mario Negri

Ai fini dello svolgimento dello studio a livello nazionale, per ciascun centro urbano selezionato sono stati individuati i depuratori municipali più opportuni per l'effettuazione di campionamenti rappresentativi. Inoltre, per ciascuna città, è stato identificato il periodo temporale più adatto per la realizzazione dei campionamenti. In particolare, sono stati prelevati campioni composti delle 24 ore di acque reflue in ingresso a ciascun depuratore municipale selezionato, per sette giorni consecutivi, mentre, in corrispondenza di ciascuna scuola, sono stati prelevati campioni composti delle acque reflue in orario scolastico, per cinque o sei giorni consecutivi. I campioni sono stati congelati immediatamente dopo il prelievo per prevenire la degradazione delle sostanze da misurare e sono stati trasportati congelati fino all'Istituto Mario Negri dove è avvenuta l'analisi. L'analisi dei campioni in laboratorio ha permesso di misurare le concentrazioni dei residui specifici per ciascuna delle principali sostanze stupefacenti. In particolare sono stati misurati i livelli di benzoilecgonina (BE) per la cocaina, del

Edizioni dello
studio AquaDrugs

17 centri
partecipanti allo
studio AquaDrugs
nel biennio 2011-
2012

Metodologia di
rilevazione e
sostanze analizzate

metabolita THC-COOH per la cannabis, dei metaboliti morfina e 6-acetilmorfina per l'eroina e delle sostanze parentali per amfetamina, metamfetamina, e MDMA (ecstasy).

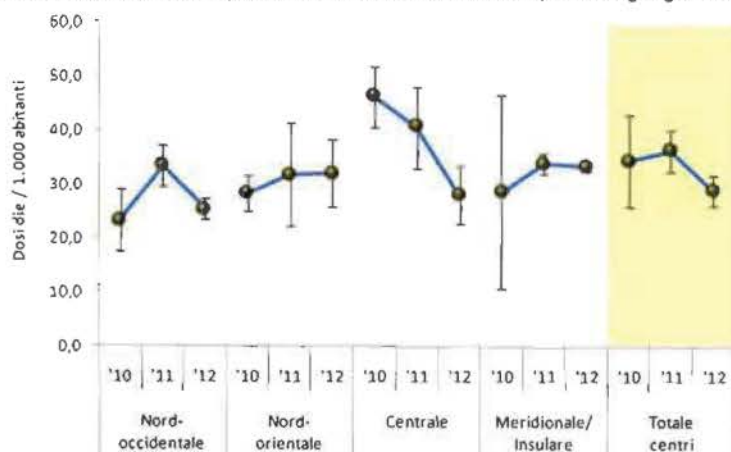
Le diverse sostanze sono state misurate mediante tecniche di spettrometria di massa (HPLC-MS/MS), e la concentrazione dei residui target ha consentito di risalire ai quantitativi e alle dosi mediamente consumate da parte della popolazione.

Per operare un confronto diretto tra i consumi rilevati, sono state calcolate le dosi totali che sono state poi normalizzate per il numero di abitanti afferenti a ciascun depuratore analizzato. Sono stati quindi riportati i valori medi settimanali delle dosi/giorno/1.000 abitanti, ad eccezione della ketamina, per la quale, considerate le esigue concentrazioni riscontrate, la standardizzazione è stata effettuata utilizzando l'unità di misura grammi/giorno. Nelle figure seguenti sono rappresentati i confronti tra i consumi ottenuti nelle campagne di rilevazione degli ultimi tre anni (2010-2012), differenziando gli otto centri urbani in comune secondo l'area geografica di appartenenza.

Confronto tra le
rilevazioni del 2010,
2011 e 2012

Nel 2012 il consumo più consistente di cannabis, mediamente circa 33,3 dosi giornaliere ogni 1.000 abitanti (Figura I.1.75), è stato rilevato nell'Italia meridionale/insulare, in aumento rispetto al dato medio riscontrato nel 2010 (28,5 dosi/die/1.000 ab.), ma in linea con il dato del 2011 (33,8 dosi/die/1.000 ab.). In generale, nei 17 centri urbani oggetto di rilevazione, si osserva una contrazione dei consumi di cannabis nel 2012 rispetto allo stesso periodo di rilevazione del 2011 e del 2010. Andamenti differenziati si osservano nelle varie aree geografiche, con tendenza all'incremento dei consumi nell'Italia settentrionale e meridionale/insulare tra 2010 e 2012, a fronte di una consistente contrazione dei consumi rilevata nell'area del centro Italia (46,2 dosi giornaliere ogni 1.000 abitanti nel 2010 contro 28,1 dosi giornaliere ogni 1.000 abitanti nel 2012).

Figura I.1.75: Distribuzione delle dosi/die medie (per 1.000 abitanti) di CANNABIS rilevate nel triennio 2010-2012 e corrispondenti intervalli di confidenza, per area geografica.



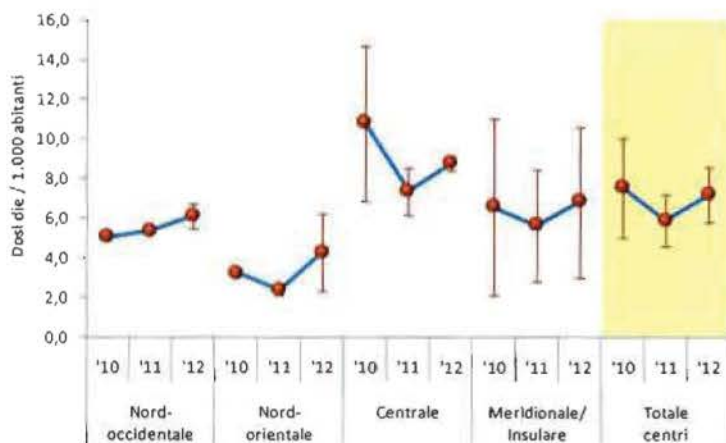
Generale
contrazione dei
consumi di cannabis
nell'ultimo anno
rilevabile nelle
acque reflue

Fonte: Studi AquaDrugs 2010-2012 – Istituto di Ricerche Farmacologiche Mario Negri

Per quanto riguarda la cocaina (Figura I.1.76), dopo un generale calo dei consumi registrato nel 2011 rispetto alla rilevazione del 2010 (7,6 dosi giornaliere per 1.000 residenti nel 2010 contro 5,9 dosi giornaliere per 1.000 residenti nel 2011), nell'ultimo anno il consumo di cocaina subisce una variazione, attestandosi ai livelli del 2010 pari a circa 7,2 dosi giornaliere per 1.000 residenti negli otto centri oggetto di studio. Rispetto alle aree geografiche, oscillazioni marcate nel triennio si osservano nell'area nord-orientale (3,2 dosi/die/1.000 ab. nel 2010 vs

2,4 dosi/die/1.000 ab. nel 2011 vs 4,3 dosi/die/1.000 ab. nel 2012) e nell'area centrale (10,8 dosi/die/1.000 ab. nel 2010 vs 7,4 dosi/die/1.000 ab. nel 2011 vs 8,8 dosi/die/1.000 ab. nel 2012).

Figura I.1.76: Distribuzione delle dosi/die medie (per 1.000 abitanti) di COCAINA rilevate nel triennio 2010-2012 e corrispondenti intervalli di confidenza, per area geografica.

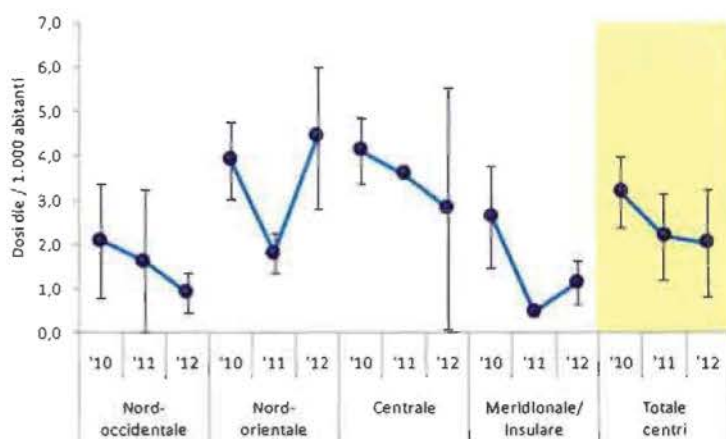


Oscillazioni dei consumi di cocaina nell'ultimo triennio

Fonte: Studi AquaDrugs 2010-2012 – Istituto di Ricerche Farmacologiche Mario Negri

Consumi più contenuti si osservano per l'eroina rispetto alle precedenti sostanze (Figura I.1.77), con concentrazioni medie osservate nel 2011 pari a circa 2 dosi giornaliere ogni 1.000 residenti, in forte contrazione rispetto al dato registrato nel 2010 (3,2 dosi/die/1.000 ab.). Nel 2012, invece, il consumo di eroina rimane sostanzialmente stabile, nonostante nell'area nord-orientale si osserva una forte variabilità nel triennio considerato (3,9 dosi giornaliere per 1.000 residenti nel 2010 contro 1,8 dosi giornaliere per 1.000 residenti nel 2011 contro 4,4 dosi giornaliere per 1.000 residenti nel 2012).

Figura I.1.77: Distribuzione delle dosi/die medie (per 1.000 abitanti) di EROINA rilevate nel triennio 2010-2012 e corrispondenti intervalli di confidenza, per area geografica.



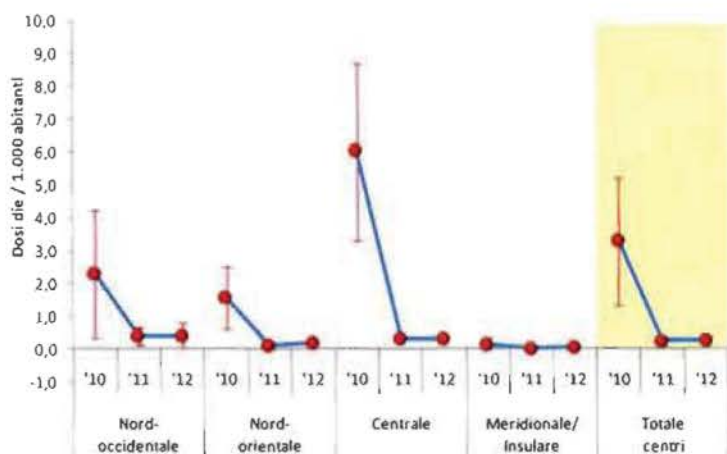
Continua diminuzione dei consumi a livello Nazionale dell'eroina con tendenza all'aumento solo nell'Italia nord-orientale

Fonte: Studi AquaDrugs 2010-2012 – Istituto di Ricerche Farmacologiche Mario Negri

Una consistente contrazione nei consumi di metamfetamine si osserva nel 2011 rispetto alla rilevazione dell'anno precedente (Figura I.1.78), con concentrazioni quasi nulle di residui riscontrati nei campioni analizzati, ad indicazione di un possibile "abbandono" dell'uso della sostanza da parte dei consumatori, da

ricercare eventualmente nel passaggio all'uso di altre sostanze. La contrazione maggiore si osserva nell'Italia centrale, con concentrazioni medie pari a 6 dosi giornaliere ogni 1.000 residenti nel 2010 contro 0,3 dosi/die/1.000 abitanti nel 2011). Nel 2012, infatti, i consumi di questa sostanza non subiscono sostanziali variazioni in tutti i centri oggetto di studio, mantenendosi agli stessi livelli del 2011.

Figura I.1.78: Distribuzione delle dosi/die medie (per 1.000 abitanti) di METAMFETAMINE rilevate nel triennio 2010-2012 e corrispondenti intervalli di confidenza, per area geografica.



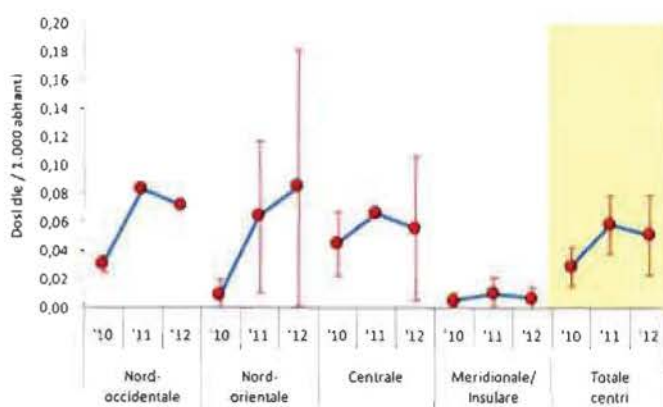
Fonte: Studi AquaDrugs 2010-2012 – Istituto di Ricerche Farmacologiche Mario Negri

Diminuzione dal 2010 dei consumi di metamfetamine

Nel 2012 i consumi non subiscono variazioni rispetto al 2011

Tra le sostanze ricercate nelle acque reflue, sono state rilevate esigue concentrazioni di MDMA, più comunemente nota come Ecstasy (Figura I.1.79). In generale, dopo un lieve aumento riscontrato nel 2011 (0,03 dosi giornaliere ogni 1.000 residenti nel 2010 contro 0,06 dosi giornaliere ogni 1.000 residenti nel 2011), nel 2012 si osserva una sostanziale stabilità (0,05 dosi/die/1.000 abitanti). Una tendenza opposta a tutte le altre aree geografiche si osserva nell'Italia nord-orientale, caratterizzata da un trend in aumento delle concentrazioni di MDMA nei tre anni di rilevazione (da 0,01 dosi/die/1.000 ab. nel 2010 a 0,08 dosi/die/1.000 residenti).

Figura I.1.55: Distribuzione delle dosi/die medie (per 1.000 abitanti) di MDMA (ECSTASY) rilevate nel triennio 2010-2012 e corrispondenti intervalli di confidenza, per area geografica.



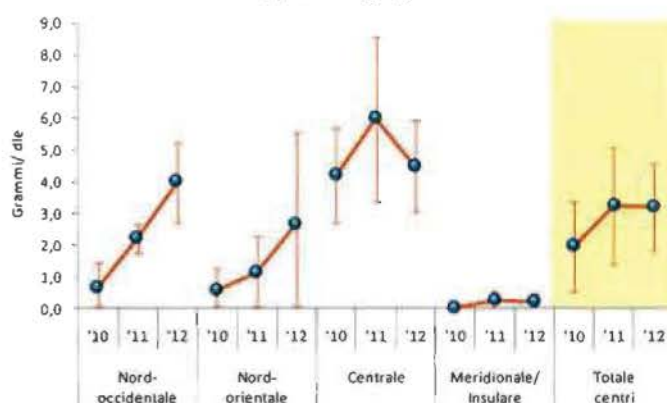
Fonte: Studi AquaDrugs 2010-2012 – Istituto di Ricerche Farmacologiche Mario Negri

Stabilità dei consumi di MDMA (ecstasy) nell'ultimo anno rispetto al 2011

Per quanto riguarda la ketamina, la cui standardizzazione è stata effettuata utilizzando l'unità di misura grammi/giorno, dopo un generale aumento dei consumi registrato nel 2011 (1,96 grammi/die nel 2010 contro 3,24 grammi/die nel 2011), nell'ultimo anno il consumo resta sostanzialmente stabile, attestandosi a 3,22 grammi/die (Figura I.1.80).

Consumi quasi nulli si osservano nell'Italia meridionale/insulare, a differenza di concentrazioni più elevate registrate nelle altre aree geografiche, in aumento nell'Italia settentrionale dal 2010 al 2012: per l'area nord-occidentale da 0,7 g/die nel 2010 a 4 g/die nel 2012, mentre per l'Italia nord-orientale da 0,6 g/die nel 2010 a 2,6 g/die nel 2012.

Figura I.1.56: Distribuzione dei grammi/die di KETAMINA rilevati nel triennio 2010-2012 e corrispondenti intervalli di confidenza, per area geografica.



Lieve aumento dei consumi di ketamina solo nell'Italia settentrionale nel periodo 2011-2012

Fonte: Studi AquaDrugs 2010-2012 – Istituto di Ricerche Farmacologiche Mario Negri

Con riferimento alla campagna di rilevazione 2012, nella Figura I.1.81 sono rappresentati i relativi profili di sintesi dei consumi di sostanze stupefacenti per ciascun centro e nel totale. Al fine della rappresentazione congiunta di tutte le sostanze per centro di rilevazione, garantendo nel contempo una visualizzazione efficace della differenziazione dei consumi, nello stesso grafico sono state rappresentate differenti scale di misura dei consumi di sostanze. Nel dettaglio, per i consumi di cannabis (THC) e cocaina è stata adottata la scala riferita al numero medio di dosi al giorno per 1.000 residenti (da 0 a 75 dosi/die per 1.000 abitanti), per l'eroina e le metamfetamine è stata utilizzata una scala con la stessa unità di misura ma con un intervallo inferiore (da 0 a 9 dosi/die per 1.000 residenti), infine per l'ecstasy e la ketamina è stata scelta l'unità di misura del numero di grammi al giorno, più rappresentativa delle dosi per queste sostanze, con intervallo di valori da 0 a 12 grammi/die).

Dal prospetto di sintesi emerge che, oltre alla presenza di cannabis comune a tutti i 17 centri indagati, i centri appartenenti all'area geografica dell'Italia nord-orientale (Verona, Bologna, Merano, Gorizia) e centrale (Roma, Firenze, Perugia, Terni) sono caratterizzati da un'alta concentrazione di eroina, decisamente minore nei centri urbani delle altre aree geografiche.

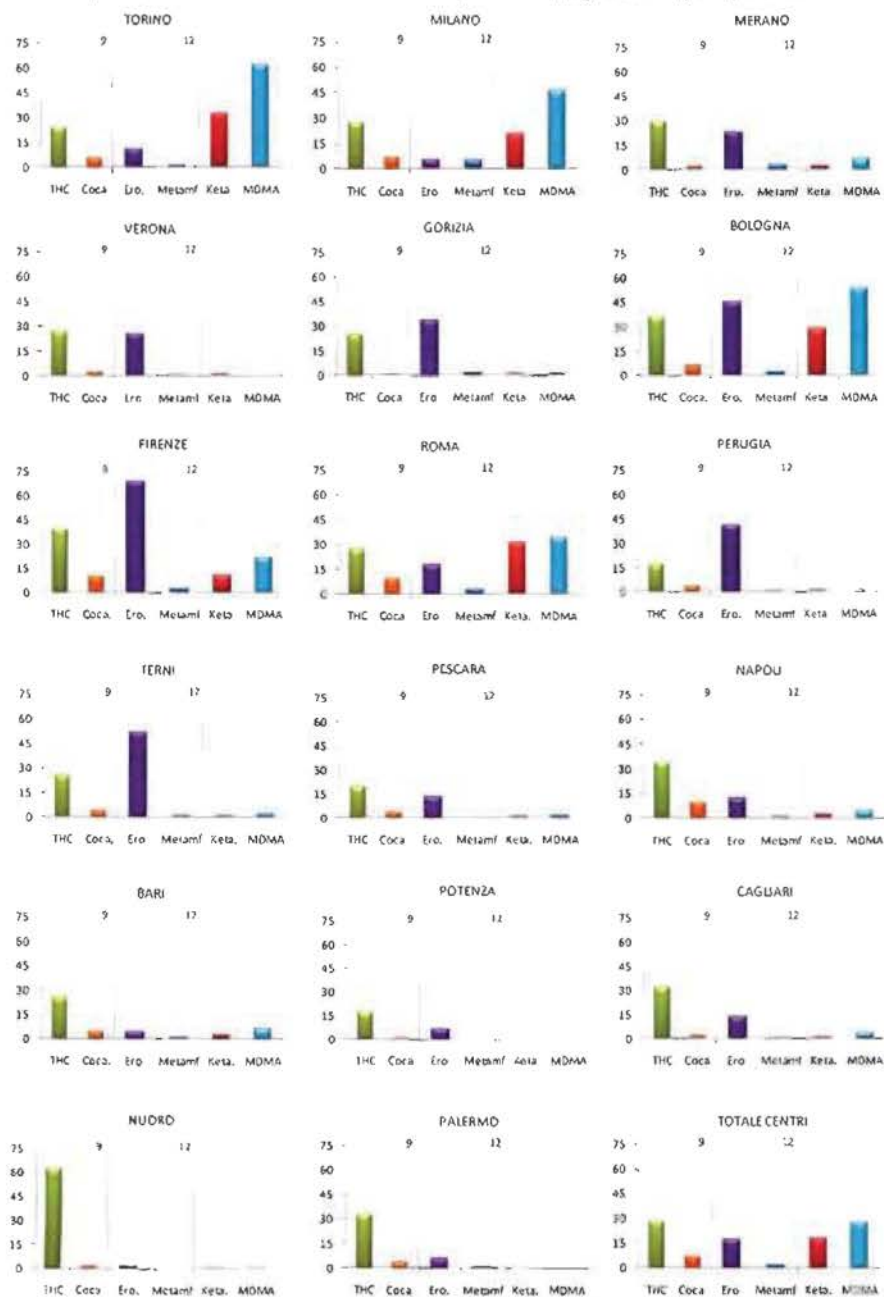
Il consumo di ketamina sembra interessare maggiormente l'Italia settentrionale e l'area centrale, con Torino capofila (5,1 grammi/die) seguito da Roma (4,9 grammi/die), Bologna (4,4 grammi/die) e Milano (3,2 grammi/die). Contrariamente, concentrazioni pressoché nulle si osservano invece nelle città dell'Italia meridionale/insulare (Napoli, Cagliari, Pescara, Bari, Potenza, Nuoro e Palermo).

Consumi più elevati di cocaina si rilevano a Firenze, Napoli e Roma (circa 9 dosi/giorno/1.000 abitanti), scguite da Milano, Torino, e Bologna (5-6 dosi/giorno/1.000 residenti).

Profili di sintesi dei consumi di sostanze stupefacenti per ciascun centro

Consumi di ecstasy più elevati si osservano nelle città di Torino (9,6 grammi/die), Milano (7,1 grammi/die) e Bologna (8,4 grammi/die), seguite da Roma e Firenze con concentrazioni dai 3 ai 5 grammi/die.

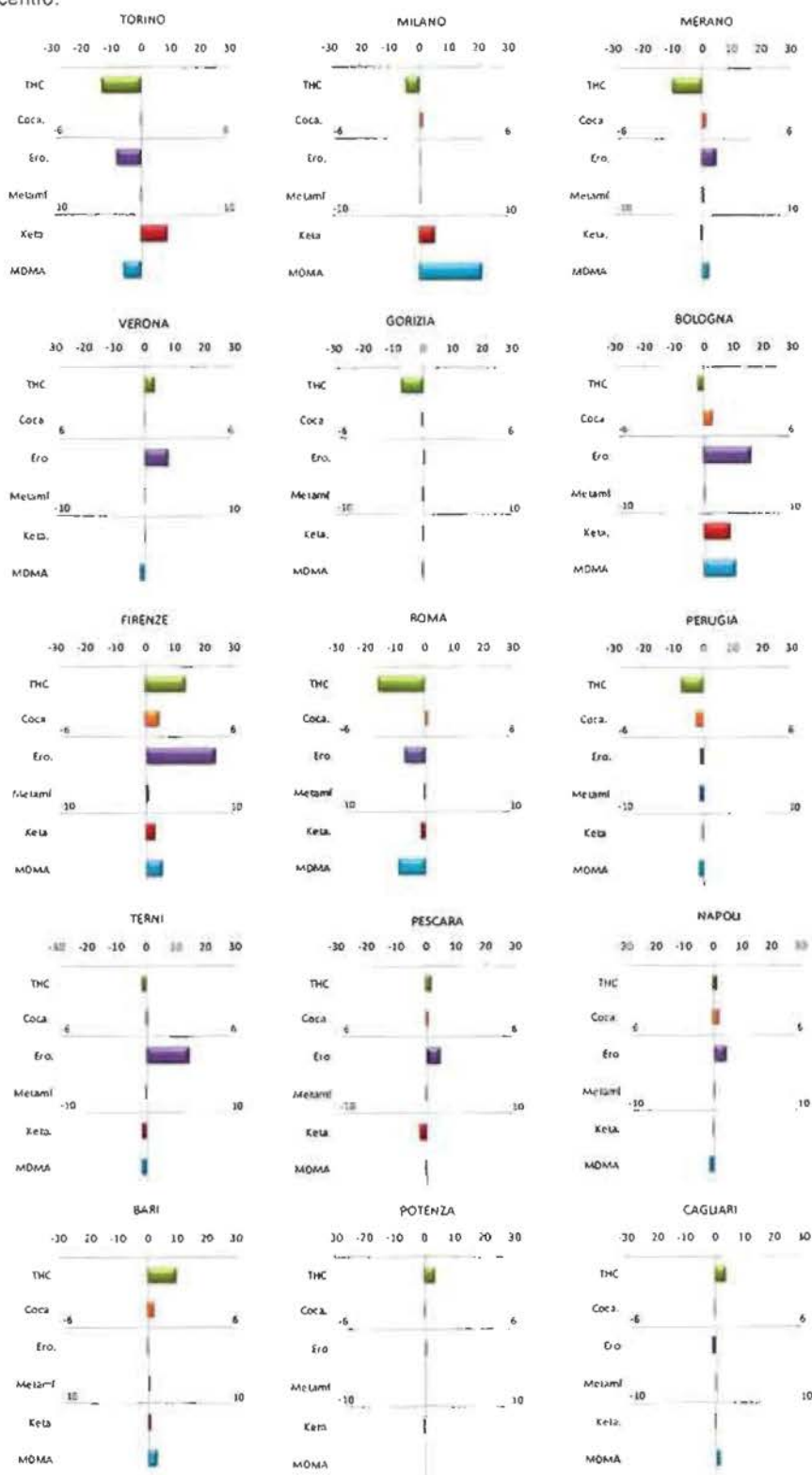
Figura I.1.81: Distribuzione dei consumi di sostanze stupefacenti stimate mediante analisi delle acque reflue dei centri urbani selezionati per la campagna 2012, per tipo di centro.



Fonte: Studio AquaDrugs 2012 – Istituto di Ricerche Farmacologiche Mario Negri

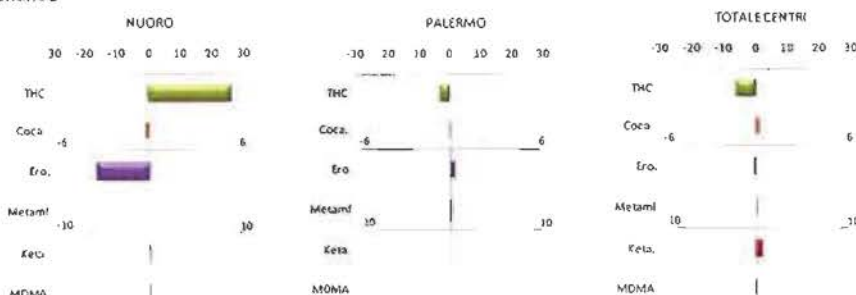
Con riferimento alle campagne di rilevazione degli ultimi due anni, in concordanza con quanto mostrato nella figura precedente, in Figura I.1.82 sono rappresentati gli scostamenti, in valore assoluto, dei consumi di sostanze stupefacenti rilevati nel 2011 e nel 2012, per ciascun centro e nel totale.

Figura I.1.57: Scostamento dei consumi di sostanze stupefacenti stimato mediante analisi delle acque reflue dei centri urbani selezionati per le campagne 2011-2012, per tipo di centro.



continua

continua



Fonte: Studi AquaDrugs 2011-2012 – Istituto di Ricerche Farmacologiche Mario Negri

Dal prospetto emerge che, per quanto riguarda la cannabis, l'incremento maggiore si osserva nella città di Nuoro, +25,7 dosi/giorno/1.000 abitanti rispetto al 2011, seguita da Firenze (+13,6 dosi/giorno/1.000 abitanti nel 2012). Al contrario, i centri che subiscono contrazioni maggiori sono Roma (-15,8 dosi/giorno/1.000 abitanti), Torino (-13 dosi/giorno/1.000 abitanti) e Merano (-9,7 dosi/giorno/1.000 abitanti). In generale, osservando il totale dei centri, il consumo di cannabis subisce una contrazione pari a 6,1 dosi/giorno/1.000 abitanti rispetto alla campagna di rilevazione del 2011.

Complessivamente, per tutte le altre sostanze non si osservano notevoli variazioni rispetto al 2011, tranne che per alcuni centri. In particolare, nella città di Firenze si rileva un aumento di tutte le sostanze indagate, con scostamenti anche elevati (+13,6 dosi/giorno/1.000 abitanti per la cannabis, +4,9 dosi/giorno/1.000 abitanti per l'eroina, +4,6 dosi/giorno/1.000 abitanti per la cocaina).

Per quanto riguarda le metamfetamine, lo scostamento maggiore si osserva nella città di Perugia (-0,28 dosi/giorno/1.000 abitanti, anche se in generale la differenza tra le due campagne di rilevazione per questa sostanza risulta minima).

Il consumo di ketamina sembra interessare maggiormente l'Italia settentrionale, dove si registrano aumenti dei consumi nel 2012, con Torino capofila (+3 grammi/die) seguito da Bologna (+2,9 grammi/die), e Milano (+1,7 grammi/die).

Consumi di ecstasy più elevati rispetto al 2011 si osservano nelle città di Milano (+7,1 grammi/die) e Bologna (+3,6 grammi/die); al contrario, la città in cui si osserva una contrazione più marcata dei consumi di ecstasy risulta Roma (-3,1 grammi/die).

Scostamenti dei consumi di sostanze stupefacenti tra il 2011 ed il 2012

PAGINA BIANCA