ATTI PARLAMENTARI

XVII LEGISLATURA

CAMERA DEI DEPUTATI

Doc. **XXX**
n. **3**

RELAZIONE

SUI DATI RELATIVI ALLO STATO DELLE TOSSICODIPENDENZE IN ITALIA

(Anno 2014 e primo semestre 2015)

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

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

(BOSCHI)

Trasmessa alla Presidenza il 7 agosto 2015

VOLUME I

STABILIMENTI TIPOGRAFICI CARLO COLOMBO

PAGINA BIANCA

VOLUME I

Presentazione V

Nota metodologica 1

Il quadro giuridico di riferimento 24

PARTE I - OFFERTA DI SOSTANZE

Capitolo 1. Tendenze del mercato e dimensione dell'offerta 33
1.1 Sequestri delle sostanze 33
1.2 Purezza delle sostanze 62
1.3 Dimensione del mercato 64

Capitolo 2. Dimensione della criminalità 73
2.1 Denunce a piede libero, in stato di irreperibilità e arresti 73
2.2 Stima del costo della criminalità 83
2.3 Stima della popolazione coinvolta nel mercato illegale di sostanze stupefacenti 90
2.4 Procedimenti giudiziari per reati connessi all'offerta di droga 102

Capitolo 3. Le nuove sostanze 112
3.1 Sistema di allerta precoce 112
3.2 Procedura di aggiornamento delle tabelle delle sostanze sotto controllo 141

PARTE II - DOMANDA DI SOSTANZE: USO E PROBLEMATICHE

Capitolo 1. Potenzialità e limiti delle rilevazioni 148
1.1 Nota metodologica 148

Capitolo 2. Prevalenza e incidenza di uso 154
2.1 Analisi sui dati disponibili sulla popolazione generale 154
2.2 Analisi sui dati sulla popolazione studentesca 179
2.3 Uso illegale di farmaci psicotropi, in particolare tra i giovani 228
2.4 Stima dell'indicatore (High Risk Drug Use) per cannabis, cocaina e oppiacei: aspetti critici e possibili soluzioni 238
2.5 Uso di sostanze stupefacenti/pscicotrope nei praticanti di attività sportive 266
2.6 Incidenza di positività rilevata tra le Forze armate 268
2.7 Stime dell'uso di sostanze attraverso l'analisi delle acque reflue 280

Capitolo 3. Comorbilità droga correlata 302
3.1 Diffusione di HIV-AIDS 302
3.2 Diffusione di patologie sessualmente trasmissibili 317
3.3 Diffusione di epatiti virali 329
3.4 Ricoveri ospedalieri droga correlati 334
3.5 Nota su importanza dello studio della comorbilità droga correlata 340

Capitolo 4. Mortalità 349
4.1 Mortalità acuta 349
4.2 Mortalità Indotta 353

Capitolo 5. Accertamenti lavorativi 364

5.1 Dati sugli accertamenti sanitari di assenza tossicodipendenze e di assunzione sostanze stupefacenti o psicotrope negli ambienti di lavoro 364

VOLUME II

PARTE III – INTERVENTI SANITARI E SOCIALI

Capitolo 1. Rete dei Servizi e modelli di funzionamento 369

1.1 Le politiche nazionali e regionali 369
1.2 Organizzazione della rete dei servizi 377
1.3 Risorse umane ed economiche 385
1.4 Utenti con disturbo da uso di sostanza illegale e/o farmaci non prescritti 389
1.5 Elementi di riflessione 407
1.6 Misure alternative al carcere per i tossicodipendenti 407
1.7 Le Comunità Terapeutiche 428
1.8 Interventi di riduzione del danno 434
1.9 Percorsi trattamentali ed esiti 451

Capitolo 2. I trattamenti in carcere 474

2.1 Salute dei detenuti 474
2.2 Studio sulla salute dei detenuti in carcere 495
2.3 Minorenni in carcere 503

Capitolo 3. Le segnalazioni ai sensi dell'art.75 del DPR 309/90 521

3.1 Premessa 521
3.2 Dati sulle persone segnalate e in trattamento presso le strutture socio-riabilitative 521
3.3 Sanzioni amministrative e segnalazioni ex artt. 75 e 121 TU 309/90 523

PARTE IV – MISURE DI PREVENZIONE

Capitolo 1. Gli interventi di prevenzione 573

1.1 I programmi di prevenzione nelle scuole 573
1.2 I programmi di prevenzione tra le Forze Armate 584
1.3 Efficacia dei trattamenti di prevenzione. Buone pratiche 591

CONTRIBUTI E APPROFONDIMENTI

1. Le indagini sulle comunità terapeutiche e i servizi a bassa soglia 603
2. Incidenti stradali per assunzione di sostanze 646
3. Altre dipendenze: dati sul tabagismo 666
4. Altre dipendenze: il disturbo da gioco d'azzardo 670

La Relazione al Parlamento sui dati relativi allo stato delle tossicodipendenze in Italia 2015

Presentazione

A cura del Dipartimento Politiche Antidroga

La "Relazione al Parlamento sui dati relativi allo stato delle tossicodipendenze in Italia 2015" è l'esito di un processo di concertazione interistituzionale avviato il 24 novembre 2014 dal Dipartimento Politiche Antidroga (di seguito DPA) della Presidenza del Consiglio dei Ministri con l'istituzione di un Tavolo composto dai Ministeri e dagli Enti cui la legge assegna compiti di prevenzione e contrasto in materia di droga e che sono altresì responsabili della raccolta ed elaborazione di dati e informazioni sul fenomeno delle dipendenze.

Sono stati chiamati a far parte del Tavolo i Ministeri della Salute, dell'Interno, della Giustizia, del Lavoro e della Difesa, l'Istituto Superiore di Sanità, il Consiglio nazionale delle ricerche, l'ISTAT, l'Istituto nazionale per l'assicurazione contro gli infortuni sul lavoro.

Hanno partecipato per la prima volta ai lavori del Tavolo anche i rappresentanti del coordinamento tecnico in materia di salute delle Regioni e Province autonome, costituito presso la Conferenza Stato-Regioni, e una rappresentanza delle associazioni del privato sociale accreditato e dei servizi pubblici, quale espressione della società civile che si occupa sui territori della prevenzione, della cura e della presa in carico delle persone tossicodipendenti.

Hanno partecipato altresì esperti individuali, appartenenti al mondo scientifico e accademico, da tempo impegnati nello studio del fenomeno.

La presenza di un numero così elevato di attori ha consentito di conseguire due obiettivi: mettere in rete tutti i soggetti istituzionali (e non) che in Italia si occupano del fenomeno droga, evidenziando la qualità e lo spessore degli apporti di ciascuno e nel contempo dare effettività al ruolo di coordinamento della Presidenza del Consiglio dei Ministri, che ha svolto il compito (attraverso l'azione del Dipartimento Politiche Antidroga) di imprimere al lavoro collettivo un indirizzo unitario in linea con le politiche governative.

Si può sostenere che il Tavolo nel suo complesso rappresenti un elemento di assoluta novità nella preparazione della Relazione al Parlamento, dal momento che il metodo di lavoro, basato sulla partecipazione attiva e sulla condivisione delle tematiche, come pure sulla scrittura "collettiva" dei testi, non era stato sin d'ora mai adottato.

Il Tavolo interistituzionale ha a sua volta nominato un Gruppo redazionale che ha condiviso la struttura del documento, redatto i testi, sistematizzato i dati, preparato le tabelle e commentato le principali novità intervenute nel 2014 per ciò che attiene il fenomeno della droga e delle dipendenze.

Il Gruppo redazionale si è riunito, su formale convocazione, (oltre che il 24 novembre) l'11 dicembre 2014, il 9 febbraio, il 23 marzo, il 14 maggio, il 12 giugno e il 1° luglio 2015, e durante i sei mesi di preparazione della Relazione sono stati innumerevoli i contatti informali, gli scambi di dati, le verifiche e le interlocuzioni tra i vari redattori, nel comune intento di fornire agli organi parlamentari e alla società italiana nel suo complesso le informazioni più affidabili ed utili possibili

sui caratteri assunti dal fenomeno nell'anno di riferimento e sui trend riscontrabili rispetto a specifici indicatori.

Il processo è stato animato da una così convinta partecipazione che, nel corso dell'ultima riunione del Gruppo redazionale tenutasi il 01 luglio 2015, è stato da più parti richiesto che tale modalità di lavoro comune non si esaurisca con la presentazione al Parlamento della Relazione, ma continui nel tempo per consolidare l'impostazione metodologica acquisita e per migliorare i sistemi di conoscenza del fenomeno.

La struttura della Relazione è in linea con quella dell'Osservatorio europeo delle droghe e delle tossicodipendenze *(European Monitoring Centre on Drugs and Drug Addiction*, EMCDDA) con sede a Lisbona, cui l'Italia aderisce con un proprio rappresentante nel consiglio di amministrazione. Attualmente per l'Italia l'incarico nel *board* dell'Osservatorio è ricoperto dal Dipartimento per le Politiche Antidroga.

La Relazione, articolata in quattro Parti, a loro volta suddivise in capitoli e paragrafi, comprende anche una sezione introduttiva e una conclusiva. Le quattro Parti, "Offerta di sostanze", "Domanda di sostanze: uso e problematiche", "Interventi sanitari e sociali" e "Misure di prevenzione", delineano il percorso concettuale che il Tavolo interistituzionale ha ritenuto più idoneo per fornire al Parlamento i necessari elementi conoscitivi sullo stato del fenomeno nel 2014. Non casualmente la Relazione apre con una serie di avvertenze sulle potenzialità, ma anche sui limiti, delle metodologie di indagine attualmente in uso, proponendo una lettura sinergica, puntuale e rigorosa dei numerosissimi dati che annualmente vengono raccolti e diffusi in Italia dai diversi soggetti che ne hanno titolarità, ma che il più delle volte, laddove presentati fuori da un quadro conoscitivo organico, sono in grado di restituire solo aspetti parziali del fenomeno, quando non distorti.

La presente Relazione al Parlamento ha l'ambizione di superare i limiti appena descritti mettendo insieme le tante esperienze, i dati amministrativi e quelli derivanti da indagini effettuati prevalentemente nell'anno di riferimento (2014) e in quelli immediatamente precedenti, sottolineando i punti di incontro.

La **Parte prima** sull'offerta di sostanze riferisce delle attività di contrasto messe a punto nel 2014 dalle Forze dell'ordine.

La **Parte seconda** è relativa alla domanda di droga e approfondisce i profili relativi al consumo di droga e alle caratteristiche di chi ne fa uso evidenziando anche le difficoltà di reperimento delle informazioni dovute alla natura illegale del fenomeno, che obbliga a ricorrere a stime e a inferenze piuttosto che a fonti dirette.

La **Parte terza** attiene agli interventi sanitari e sociali, quindi alle risposte di salute pubblica che i sistemi sanitari e sociali, a livello nazionale e territoriale, hanno messo a punto nel 2014, per curare le persone con dipendenze, per la riduzione del danno e per favorire il reinserimento sociale e lavorativo.

La **Parte quarta** è dedicata alle misure di prevenzione e alle iniziative che nel 2014 sono state programmate e realizzate per informare sulle sostanze psicoattive e per promuovere la cultura della salute e del benessere della persona.

Quattro Parti, dunque, per saldare le diverse fonti informative e per costruire un linguaggio comune tra i diversi attori. La terminologia adottata nel presente testo fa riferimento non più soltanto alla "droga" intesa come un unico oggetto di esame, ma bensì alle "sostanze vecchie e nuove", vale a dire a quella molteplicità di "roba" che invade il mercato illegale, in strada e anche

attraverso il web, in parte conosciuta e classificata, in parte sconosciuta, almeno fino a quando non viene sequestrata dalle Forze dell'ordine ed analizzata dalle autorità sanitarie.

La pluralità di sostanze offerte nel mercato illegale determina l'aumento del poliuso e l'assunzione incontrollata di droghe di varia natura, cui si aggiunge con sempre maggiore frequenza l'abuso di farmaci prescritti e non prescritti, che sta interessando tutte le generazioni.

Il poliuso a sua volta complica il quadro sanitario di chi vi ricorre e nuove patologie si aggiungono a quelle già conosciute e si parla, pertanto, non solo di morbilità legata all'uso e all'abuso di droga, ma sempre più frequentemente di comorbilità droga correlata, quale insieme di patologie che derivano dall'assunzione di sostanze psicoattive.

Infine, la Relazione volge la propria attenzione al fenomeno delle "dipendenze" nell'accezione più generale del termine, piuttosto che alla sola "dipendenza da droga", intendendo anche in questo caso affrontare la problematica in tutte le sue forme, riferendosi ove possibile anche all'alcol, al fumo e al gioco d'azzardo patologico.

La Relazione è **introdotta da una nota metodologica** che esplicita come sia necessario affrontare la conoscenza del fenomeno droga con approcci multidisciplinari, soprattutto di tipo quali-quantitativo. La popolazione dei consumatori – dato il carattere di illegalità della droga - non può infatti essere "misurata" in maniera esauriente e la nota metodologica spiega le ragioni per le quali gli strumenti dell'epidemiologia classica, basati sullo studio degli aspetti quantitativi e sul loro confronto spazio/temporale (trend), siano risultati nel tempo troppo lenti, se non inefficaci, per studiare e monitorare un fenomeno in rapida evoluzione. L'epidemiologia classica ha dovuto quindi ricorrere al supporto di metodologie utilizzate in campo sociologico ed etnografico dove ampio spazio è dedicato alla ricerca qualitativa.

Nel contempo, tuttavia, anche l'analisi di tipo quantitativo è stata affinata e la nota metodologica dà conto di come – a livello europeo – l'attività di studio e monitoraggio svolta dall'Osservatorio europeo di Lisbona stia consentendo di leggere i molteplici aspetti, anche i più nascosti, del fenomeno e di misurare l'impatto delle politiche di intervento attuate a livello locale, nazionale e internazionale, sia per la prevenzione, sia per l'assistenza ai consumatori "problematici", sia ancora per il contrasto della produzione e del commercio. Risulta, infatti, necessario fornire elementi di decisione razionale alle autorità preposte data l'incidenza sul fenomeno di tali politiche e in considerazione anche del loro costo.

Alla nota metodologica segue **"Il quadro giuridico di riferimento"**, che tratta degli effetti della sentenza della Corte Costituzionale n. 32 del 12 febbraio 2014 in ambito sanitario e sotto il profilo sanzionatorio e detentivo. Con tale sentenza la Corte Costituzionale ha dichiarato l'illegittimità costituzionale – per violazione dell'art.77, secondo comma della Costituzione, che regola la procedura di conversione dei decreti legge – degli artt. 4 bis e 4 vicies ter del d.l. 30 dicembre 2005, n.272, come convertito con modificazioni dall'art.1 della legge 21 febbraio 2006, n.49, così rimuovendo le modifiche apportate con le norme dichiarate illegittime agli artt. 73, 13 e 14 del d.p.r. 9 ottobre 1990, n. 309 (Testo Unico in materia di stupefacenti).

Il testo relativo all'inquadramento giuridico chiude la parte introduttiva della Relazione, che presenta una articolazione in quattro parti, la prima delle quali è denominata **"Offerta di sostanze"**. Questa parte della Relazione riporta quale fonte principale le informazioni che la Direzione centrale dei Servizi Antidroga (DCSA) del **Ministero dell'Interno** acquisisce ed elabora in base agli esiti delle attività di contrasto che le Forze dell'ordine (Polizia di Stato, Carabinieri, Guardia di Finanza) svolgono in ambito nazionale e internazionale.

Si tratta di dati che la DCSA pubblica annualmente nella "Relazione Annuale", che dà conto delle attività e dei risultati ottenuti nella lotta al traffico illecito delle sostanze stupefacenti nel corso del 2014. Si legge nella Relazione del Ministero dell'Interno che *"Il dato nazionale relativo ai sequestri di droga mostra poderosi incrementi a proposito dei derivati della cannabis e, in particolare, dell'hashish (+211,29%), a conferma dell'impegno delle Forze di Polizia nel perseguire il narcotraffico e nel sottrarre rilevanti quantitativi di stupefacente dal mercato clandestino di consumo"* da ricondurre "(...) *a due consistentissimi sequestri, per complessive 70 tonnellate, operati da unità navali nazionali nel Mediterraneo successivamente al fermo di imbarcazioni contrabbandiere il cui illecito carico non era destinato al territorio italiano"*. Dati caratterizzanti la situazione del 2014, come si legge sempre nella Relazione della DCSA, sono "*il fenomeno del cosiddetto politraffico, in virtù del quale i narcotrafficanti non si dedicano in maniera esclusiva alla commercializzazione di un sol tipo di stupefacente, ma selezionano, di volta in volta, le partite da immettere sul mercato clandestino in base alla disponibilità della droga e alla rimunerativita dell'illecita transazione. (...) Se restano immutate le direttrici del traffico che attingono i confini dello Stato, sempre più significativo appare il canale d'introduzione della droga in Italia proveniente dal Nord Europa e, in particolare, dall'Olanda e dalla Germania.(...)*

L'esame del narcotraffico nella sua dimensione associativa conferma, anche per il 2014, il ruolo egemone dell' 'Ndrangheta calabrese, che si conferma leader nella commercializzazione, a livello mondiale, della cocaina e nella gestione dei traffici di questa sostanza attraverso importanti infrastrutture nazionali come gli hub portuali di Genova e Gioia Tauro".

La presente Relazione al Parlamento non si limita a riportare i principali esiti di tale rapporto nel primo capitolo "**Tendenze del mercato e dimensione dell'offerta"** della Parte I, ma cerca piuttosto di rivelarne tutte le potenzialità conoscitive attraverso elaborazioni originali. Il primo capitolo, oltre a dar conto dei "Sequestri delle sostanze" (DCSA , vale a dire delle quantità di sostanze illegali sequestrate nel 2014, introduce un approfondimento in cui le operazioni di contrasto all'offerta di droga, registrate nel *data base* della DCSA, vengono esaminate rispetto a diverse variabili (territorio, sostanza, soggetti coinvolti, ecc.) per conoscere indirettamente aspetti "nascosti" di chi opera nel mercato illegale. Seguono un'analisi sulla "Purezza delle sostanze" (esperti individuali) e un paragrafo sulla "Dimensione del mercato", in cui Istat stima il valore finanziario del traffico di droga. L'economia illegale (di cui la commercializzazione di stupefacenti fa parte insieme con l'attività di prostituzione e il contrabbando di sigarette) è entrata, infatti, per la prima volta nel calcolo degli aggregati economici con la revisione dei conti nazionale diffusa a partire da settembre del 2014.

Il secondo capitolo della Parte I (parte dedicata all'offerta di sostanze) tratta della **"Dimensione della criminalità"** fornendo, sulla base dei dati della DCSA prima richiamati, le "Denunce a piede libero, in stato di irreperibilità e arresti", dando conto di quante persone sono state nel 2014 oggetto di provvedimenti giudiziari per reati connessi allo spaccio o al commercio di droga. Sempre per dar conto della dimensione del fenomeno, il capitolo in questione contiene una "Stima del costo della criminalità" (esperti), effettuata esaminando esclusivamente i costi diretti relativi al fenomeno droga per tre settori della giustizia penale: i costi di detenzione; i costi sostenuti dalle forze dell'ordine e i costi dei tribunali penali. L'ultimo paragrafo "Stima della popolazione coinvolta nel mercato illegale di sostanze stupefacenti" (esperti) stima la dimensione della manodopera del mercato illegale a partire dai dati del Ministero della Giustizia sui detenuti per reati compresi nell'art.73 del DPR 309/90, applicando un metodo "di cattura/ricattura ampiamente usato a livello

internazionale. Il paragrafo "Procedimenti giudiziari per reati connessi all'offerta di droga" chiude la sezione dedicata alla dimensione della criminalità (Ministero della Giustizia).

Il terzo capitolo della Parte I affronta il tema delle "**Le nuove sostanze psicoattive**", la cui diffusione nel 2014 è accresciuta nel mondo rispetto alle quantità (e alle varietà) registrate nel 2012. Per dar conto della dimensione di questa nuova emergenza, il capitolo in questione ha un paragrafo sui dati relativi al 2014 del "Sistema di allerta precoce" (esperti), istituito nel 2009 dal Dipartimento Politiche Antidroga della Presidenza del Consiglio dei Ministri in conformità alle disposizioni europee, proprio con il compito di individuare la comparsa di nuove droghe e di nuove modalità di consumo sul territorio, dandone immediata allerta.

Il terzo paragrafo di questo capitolo è relativo alla "Procedura di aggiornamento delle tabelle delle sostanze sotto controllo" (Ministero della Salute), che descrive le modalità con le quali annualmente le sostanze identificate come psicoattive e aventi capacità di indurre dipendenza vengono poste sotto controllo in conformità alle convenzioni internazionali in materia di droghe.

La Parte II della Relazione è relativa alla "Domanda di sostanze: uso e problematiche" e tratta una delle questioni di maggiore interesse per le istituzioni, i media e l'opinione pubblica, riguardando la dimensione sociale del fenomeno droga, la numerosità e le caratteristiche di coloro che ne fanno uso. Proprio in ragione delle comprensibili aspettative che i dati forniti possono creare, la Relazione riporta (anche in questo caso per la prima volta) nel capitolo **"Potenzialità e limiti delle rilevazioni"** l'analisi di qualità che Istat, su mandato del Dipartimento Politiche Antidroga, ha effettuato sulle rilevazioni sul campo realizzate nel 2014, relative alla popolazione generale e alla popolazione studentesca. L'avvertenza che tale analisi di qualità riporta (e che il Dipartimento Politiche Antidroga sottolinea) è che le indagini sul consumo di droga nella popolazione, pur condotte in Italia e in tutti i Paesi europei secondo le linee guida dell'Osservatorio europeo di Lisbona, sono particolarmente difficili da realizzare perché affrontano temi sensibili, potenzialmente illegali e oggetto di stigma sociale. L'alto tasso di "non risposta" e una diffusa resistenza a rispondere da parte di chi fa uso di sostanze fanno sì che l'affidabilità dei dati che risultano da tali indagini sia limitata per cui è necessario leggerli unitamente alle altre misurazioni disponibili (di cui la presente Relazione fornisce un ampio spaccato), indirette ma con informazioni maggiormente attendibili.

Il secondo capitolo **"Prevalenza e incidenza d'uso"** della Parte II riferisce comunque i risultati delle "Analisi sui dati disponibili sulla popolazione generale" e delle "Analisi sui dati sulla popolazione studentesca" (Dipartimento Politiche Antidroga e Consiglio Nazionale delle Ricerche) nei due paragrafi di pari denominazione, cui si aggiunge il paragrafo "Uso illegale di farmaci psicotropi, in particolare tra i giovani" che inquadra l'analisi del commercio online e del consumo dei farmaci psicotropi senza prescrizione medica in ambito nazionale e internazionale. Si procede inoltre con le "Stime di prevalenza e incidenza dell'uso di droga (High Risk Drug Use)" (esperti), che tratta della costruzione e misurazione dell'indicatore che stima quella parte dei consumatori che, in relazione all'uso problematico di sostanze stupefacenti, necessiterebbe di un intervento assistenziale socio-sanitario.

Il secondo capitolo affronta inoltre la problematica (fino all'anno in corso mai trattata nella Relazione al Parlamento) del "Uso di sostanze stupefacenti/psicotrope nei praticanti di attività sportive" (Istituto Superiore di Sanità), dando conto degli esiti dei controlli sull'uso di sostanze illegali effettuati nel 2014 dalle autorità sanitarie italiane in occasione di un elevato numero di manifestazioni sportive.

L'uso di droga è analizzato altresì nell'ambito di specifiche categorie di popolazione adulta nel paragrafo "Incidenza di positività rilevata tra le Forze armate" (Ministero della Difesa), in cui sono riportati gli esiti dei controlli effettuati nel 2014 sul personale in servizio.

Il capitolo relativo alla prevalenza e incidenza d'uso si conclude con il paragrafo "Stime dell'uso di sostanze attraverso l'analisi delle acque reflue" (esperti), in cui si riportano gli esiti di un metodo di stima, applicato in un progetto dell'Istituto Mario Negri in alcune città italiane, dei consumi di sostanze psicotrope a partire dalla misurazione nelle acque reflue dei principali residui metabolici.

Il terzo capitolo della Parte II è dedicato alla problematica della **"Comorbilità droga correlata"**, vale a dire alle patologie derivanti dall'uso di droga o ad essa connesse, che rendono necessario un approccio diagnostico e di cura multispecialistico. Sono in particolare trattate le tematiche della "Diffusione di HIV-AIDS, della "Diffusione di patologie sessualmente trasmissibili" e della "Diffusione di epatiti virali" (Istituto Superiore di Sanità), cui si aggiunge il paragrafo il contributo su "Ricoveri ospedalieri droga correlati" (ISTAT), che sulla base dell'analisi delle schede di dimissione ospedaliera (SDO) fornisce il numero dei pazienti ricoverati nelle strutture sanitarie per disturbi correlati all'abuso di droghe. Il capitolo si chiude con un contributo di riflessione sull'importanza dello studio della comorbilità droga correlata. Il capitolo si chiude con una riflessione su "Importanza dello studio della comorbilità droga-correlata".

Il quarto capitolo fornisce i dati sulla **"Mortalità"** e riporta dati sui decessi determinati dall'uso di droga "Mortalità acuta" (esperti) e sui decessi per cause droga-correlate "Mortalità indotta" (ISTAT), in cui si registra che il consumo di droghe determina morti per overdose, per malattie associate al consumo e per comportamenti violenti connessi all'uso di droghe.

Il quinto capitolo **"Accertamenti lavorativi"** diffonde i "Dati sugli accertamenti sanitari di assenza tossicodipendenze e di assunzione sostanze stupefacenti o psicotrope negli ambienti di lavoro" (Ministero della Salute) rilevati nell'ambito delle attività di sorveglianza e prevenzione che le autorità sanitarie svolgono sulla salute dei lavoratori.

La Parte III attiene agli "Interventi sanitari e sociali", che nel primo capitolo **"Rete dei Servizi e modelli di funzionamento"** fornisce un quadro dettagliato del sistema dei servizi a livello nazionale e territoriale. La stretta collaborazione tra Regioni e Province autonome, Ministero della Salute e associazioni del privato sociale e dei servizi pubblici ha consentito un organico approfondimento dei dati disponibili sul sistema SIND e una riflessione sugli elementi di omogeneità e sulle differenze esistenti nelle varie realtà regionali. L'intero capitolo affronta una riflessione condivisa sulla qualità delle prestazioni, sulla dotazione dei servizi in termini di risorse umane e strumentali, sui sistemi di accreditamento regionali, affrontando questioni complesse quali la riduzione del danno e i trattamenti socio-sanitari.

La Parte III della Relazione comprende un secondo capitolo su **"I trattamenti in carcere"**, con un paragrafo su "Salute dei detenuti" (Ministero della Giustizia, Ministero della Salute, DPA, esperti), in cui viene fornito un quadro conoscitivo – relativo al 2014 - sulle persone detenute con dipendenze, i presidi sanitari interni ed esterni al carcere, i trattamenti di cura predisposti, le misure alternative alla detenzione. Un paragrafo distinto è dedicato ai "Minorenni in carcere" (Ministero della Giustizia e DPA).

Chiude questa parte il capitolo dedicato alle segnalazioni ai senti dell'articolo 75 del D.P.R. 309/90 relativo ai casi di uso o possesso di sostanze illecite che comportano, quindi, sanzioni amministrative.

La parte IV tratta delle "Misure di prevenzione" con un capitolo dedicato agli **"Interventi di prevenzione"** e con contributi che presentano approfondimenti e programmi finalizzati a scoraggiare l'uso di sostanze psicotrope, in particolare in ambito scolastico, attraverso una corretta informazione e il coinvolgimento attivo delle persone. Dai dati forniti dal Ministero dell'Interno, il Servizio di Polizia scientifica e i Gabinetti regionali e interregionali anche nel 2014 hanno effettuato sessioni informative sul tema "Le droghe d'abuso e le nuove sostanze psicoattive, rivolti agli studenti delle scuole medie inferiori e superiori. Gli incontri, di tipo conoscitivo e divulgativo, sono stati complessivamente nell'anno di riferimento, 108 (di cui 55 al Nord, 15 al Centro e 38 al Sud). Il paragrafo "I programmi di prevenzione nelle scuole" (CNR) illustra le iniziative di prevenzione sull'uso di sostanze psicoattive, lecite ed illecite, sul gioco d'azzardo e sul doping, attuate negli istituti superiori di secondo grado che negli anni hanno partecipato allo studio ESPAD Italia (indagine illustrata nella Parte II di questa Relazione).

Di prevenzione trattano il paragrafo "I programmi di prevenzione tra le Forze Armate (Ministero della Difesa) e il paragrafo "Efficacia dei trattamenti di prevenzione. Buone pratiche" (Cochrane), che dà conto degli esiti della valutazione di efficacia dei programmi di prevenzione analizzati a livello internazionale sulla base di collaudate metodologie.

La parte conclusiva della Relazione è dedicata agli approfondimenti su alcune tematiche di particolare interesse. Lo studio "Le indagini sulle Comunità Terapeutiche e i Servizi a bassa soglia" deriva da una indagine di un progetto europeo e analizza i soggetti che sono assistiti dalle comunità terapeutiche o ricorrono all'ausilio dei sistemi caratterizzati dal massimo livello di accessibilità per i tossicodipendenti e utilizzatori di sostanze.

Lo studio sugli "Incidenti stradali per assunzione di sostanze" prende in esame i dati ufficiali sull'incidentalità stradale legata all'uso di alcol o all'uso di droghe e attraverso un progetto pilota mette in evidenza quali aspetti andrebbero ulteriormente approfonditi per acquisire informazioni maggiormente attendibili e utili per pianificare interventi di prevenire.

La Relazione propone, infine, riflessioni sulle "altre dipendenze", come il tabagismo (Istituto Superiore di Sanità) e il disturbo da gioco d'azzardo (Ministero della Salute e CNR).

Il numero e la qualità dei dati (in molti casi inediti) e l'ampiezza dei contributi rendono la presente "Relazione Annuale al Parlamento 2015 sullo stato delle tossicodipendenze in Italia" uno strumento essenziale per il dibattito sul "fenomeno droga". Si tratta di un processo conoscitivo non del tutto compiuto e che necessita di continui approfondimenti.

Il Tavolo interistituzionale cui ha partecipato per la prima volta anche la società civile, coordinato dalla Presidenza del Consiglio dei Ministri, è garanzia che il processo conoscitivo non solo non si interromperà, ma bensì si arricchirà di ulteriori contributi per rendere il ruolo dell'Italia in sede europea e internazionale qualificato e autorevole. Il 2015 sarà, infatti, anche l'anno di preparazione della sessione speciale dell'Assemblea Generale delle Nazioni Unite sul problema della droga nel mondo (UNGASS 2016), un appuntamento fondamentale cui l'Italia si sta preparando per affrontare le nuove sfide che la complessa materia delle dipendenze pone alle istituzioni e alla società intera.

Nota metodologica

A cura dell'Istituto Superiore di Sanità e di Esperti

L'approccio qualitativo alla conoscenza del fenomeno droga

Date le caratteristiche di illegalità legate al mondo della droga, la popolazione dei consumatori non può essere "misurata" in maniera esauriente e l'accesso ai gruppi degli assuntori richiede diversi approcci metodologici.

La comprensione del fenomeno è stata di massima affidata alla scelta/studio di alcuni aspetti quantitativi ed al loro confronto spazio/temporale (trend) facendo ricorso all'epidemiologia classica i cui strumenti, da soli, sono risultati via via troppo lenti, se non inefficaci, per studiare e monitorare un fenomeno in rapida evoluzione. L'epidemiologia classica ha dovuto quindi ricorrere al supporto di metodologie utilizzate in campo sociologico ed etnografico dove ampio spazio è dedicato alla ricerca qualitativa. L'approccio qualitativo è tanto più necessario quanto più "inaccessibili" risultano i sotto-gruppi target di popolazione e quanto più velocemente cambiano i consumi. E' molto probabile, infatti, che nuovi trend (in termini di modalità di consumo e tipologia di sostanze) nell'uso di droghe nascano e si sviluppino nell'ambito di gruppi di soggetti non rilevabili nelle consuete indagini di popolazione generale. L'approccio qualitativo rappresenta per questo uno strumento necessario dato che consente di entrare in contatto con la popolazione oggetto di studio direttamente sul territorio ed apprendere subito le novità anche da non consumatori. La natura più flessibile, a vantaggio anche della rapidità di indagine, è un'altra caratteristica della ricerca qualitativa, e solo una tempestiva identificazione di nuovi trend di consumo consente una risposta rapida per contrastare e contenere potenziali problemi sanitari e sociali associati a tali cambiamenti.

E' sperimentalmente dimostrato che i dati quantitativi, da soli, poco o nulla ci dicono circa il contesto e le caratteristiche con cui il fenomeno evolve. A fronte di un cambiamento di questi dati, in mancanza di informazioni di contesto non è possibile capire se qualche mutamento sia realmente intervenuto nei consumi di droga o se sia cambiato qualcosa nelle istituzioni che raccolgono e forniscono i dati. Questo dubbio origina problemi di non poco conto poiché mette in discussione l'utilizzo esclusivo degli indicatori basati sui soli dati quantitativi, che si riferiscono alla sola punta di un iceberg e che dovrebbero descrivere un fenomeno dinamico con molteplici interazioni tra i fattori ed in rapida evoluzione.

L'osservazione qualitativa, quando adeguata, fornisce un contributo essenziale alla comprensione e lettura di indici e trends costruiti su dati provenienti da fonti ufficiali di rilevamento. In altri termini, i dati ufficiali andrebbero letti, interpretati e confrontati con un complementare qualitativo che tenga conto del contesto in cui sono prodotti, che consideri situazioni, abitudini, variazioni in termini di sostanze utilizzate, delle pratiche assuntive, effetti psico-farmacologici a breve e lungo termine, setting, fonti di approvvigionamento, motivazioni di consumo e di richiesta di intervento, caratteristiche personali e relazionali dell'assuntore nel contesto sociale, familiare, lavorativo. Questi aspetti sono essenziali per formulare risposte e per impostare politiche di intervento che tengano conto dei nuovi assuntori, dell'incremento nell'uso di nuove sostanze psicoattive e dei rischi sanitari e sociali connessi al loro consumo, delle nuove articolate facce del mercato che si avvale sempre più frequentemente del web.

Approcci integrati di ricerca qualitativa e quantitativa si sono sviluppati in Italia, come in altri Paesi, e rafforzati nel corso degli ultimi anni anche a fronte delle esigenze del Sistema Nazionale di Allerta Precoce sulle Droghe. La convinzione che un approccio integrato possa fornire un quadro del fenomeno droga più aderente alla realtà si riflette nell'attenzione che, a livello pilota, la presente Relazione Annuale al Parlamento sull'uso di sostanze stupefacenti e Tossicodipendenze in Italia dedica alle osservazioni dirette effettuate sul territorio, a possibili nuovi indicatori ed all'inserimento di case studies.

L'approccio quantitativo secondo la metodologia europea

Introduzione

Il fenomeno "droghe e tossicodipendenze" è, in gran parte, "nascosto", a causa della riprovazione sociale e dell'apparato di controllo in atto. Il monitoraggio diventa sempre più complesso, anche a causa della continua evoluzione del mercato, e la metodologia deve essere regolarmente aggiornata. A livello europeo, l'ente che se ne occupa è l'Osservatorio europeo di Lisbona (EMCDDA).

Molte e diversificate sono anche le politiche di intervento, attuate a livello locale, nazionale e internazionale, sia per la prevenzione, sia per l'assistenza ai consumatori "problematici", sia per il contrasto della produzione e del commercio. Data la loro incidenza sul fenomeno e dato il loro costo, è necessario misurarne l'impatto per fornire elementi di decisione razionale alle autorità preposte.

La Figura 1 offre una sintesi degli interventi che vengono attuati e che devono essere valutati.

Come in qualunque altro campo, anche in questo le valutazioni complessive necessitano di una "misura", cioè una conoscenza quantitativa, che derivi da "dati", cioè da evidenze empiriche, sintetizzati tramite opportuni "indicatori", cioè risultati di appropriate aggregazioni dei dati e di loro rapporti anche con quantità di riferimento quali, per esempio, la popolazione e il PIL.

Per definire gli indicatori più adatti in relazione a fenomeni nascosti, come la produzione, il commercio e il consumo di sostanze illegali, occorre identificare eventi e manifestazioni osservabili che risultino correlati ad essi. Sulla base di questi, e dei relativi dati reperibili, possono essere definiti gli indicatori; in taluni casi la quantificazione di essi richiederà che si acquisiscano, con apposite indagini, ulteriori dati che ne permettono il calcolo o la stima. Una volta disponibili dati e calcolati gli indicatori si può procedere ad effettuare le analisi di interesse. Alcune quantità complessive di interesse fondamentale quali il numero di consumatori, il numero di spacciatori, il volume del mercato, potranno essere stimate a partire dagli indicatori, attraverso ulteriori elaborazioni statistiche.

Possiamo fin d'ora distinguere diverse classi di indicatori. Fra quelli di "domanda", alcuni già standardizzati a livello europeo, possono essere considerati, ad esempio: la percentuale di consumatori di droghe nella popolazione, la percentuale di consumatori problematici, il numero di consumatori che chiedono e che ottengono assistenza, la percentuale di decessi droga-correlati, l'incidenza di infezioni droga-correlate.

Figura 1.

Fra gli indicatori di "offerta", non ancora definitivamente standardizzati a livello europeo, si possono tipicamente includere quelli che misurano anche gli effetti dovuti agli interventi repressivi. Per esempio: prezzi di mercato delle droghe, interventi di repressione del traffico, reati commessi da tossicodipendenti, interventi di eradicazione di coltivazioni, ecc..

Osservando gli indicatori dal lato della domanda e dal lato dell'offerta risulta possibile monitorare anche come il mercato reagisce agli interventi di repressione. Un esempio di particolare importanza è quello dell'introduzione di sostanze sempre nuove; i dati contenuti nel report annuale dell'EMCDDA, in collaborazione con Europol, dicono che nel 2010 sono state identificate 41 nuove sostanze, nel 2011 49, nel 2012 74, nel 2013 81. Il mercato si evolve anche a seguito della globalizzazione: ci sono nuove rotte e nuove "popolazioni" colpite, e quindi anche nuovi interventi.

Indicatori

Si possono definire gli "indicatori", in generale, come delle funzioni dei dati osservati (cd. "statistiche"), che hanno una relazione abbastanza stretta ("correlazione") con il fenomeno di interesse. Un esempio banale: la quantità giornaliera di rifiuti urbani prodotta a Roma è correlata con il numero di persone presenti in città giorno per giorno; pertanto può fungere da indicatore "di presenza" e infatti si suole stimare il tasso di partenze per Ferragosto proprio a partire da tale dato.

Nella prassi, talvolta, si usa il termine "indicatore" per designare anche un intero complesso di statistiche (sotto-indicatori) legate a un singolo aspetto del fenomeno.

Per la dimensione globale del fenomeno droga (in sé nascosto) qualche anno fa si usava come indicatore il numero di decessi per overdose (essenzialmente da eroina, la sostanza "pesante" maggiormente utilizzata in quel periodo). Con l'evoluzione, che si è verificata nel mercato, non è più sufficiente conteggiare i decessi "acuti", ma è divenuto necessario stimare anche le morti indotte dall'uso, ma non rilevabili direttamente dai dati forniti dalla DCSA. Occorre, pertanto, meglio comprendere come si sviluppa il fenomeno nascosto, quali eventi osservabili produce e, di conseguenza, identificare i dati che occorre acquisire (o rilevare ex novo) per ricostruirne "all'indietro" le dimensioni e le altre caratteristiche nascoste (cd. "problema inverso", dal punto di vista statistico).

Alcuni indicatori sono direttamente calcolabili dai dati di fonte amministrativa, disponibili presso diversi Enti, quali i servizi di recupero o le forze di polizia. Altri possono solo essere stimati dopo aver raccolto nuovi dati attraverso indagini campionarie su diversi strati di popolazione; in altri casi

si può ricorrere a modelli di inferenza statistica che sfruttano dati disponibili sulla base di ragionevoli ipotesi. Ne consegue un'ampia varietà di indicatori, anche rispetto al modo di calcolarli o stimarli.

E' fondamentale, per avere robustezza scientifica, che gli indicatori siano definiti e calcolati in modo trasparente e confrontabile. Su tali basi si può procedere con le analisi di interesse e trarre conclusioni affidabili, esplicitando anche gli inevitabili margini di errore.

La Figura 2 (Box 1), estratta da una pubblicazione sulla misura del mercato della droga, spiega i diversi percorsi possibili per determinare il valore di un indicatore.

Box 1

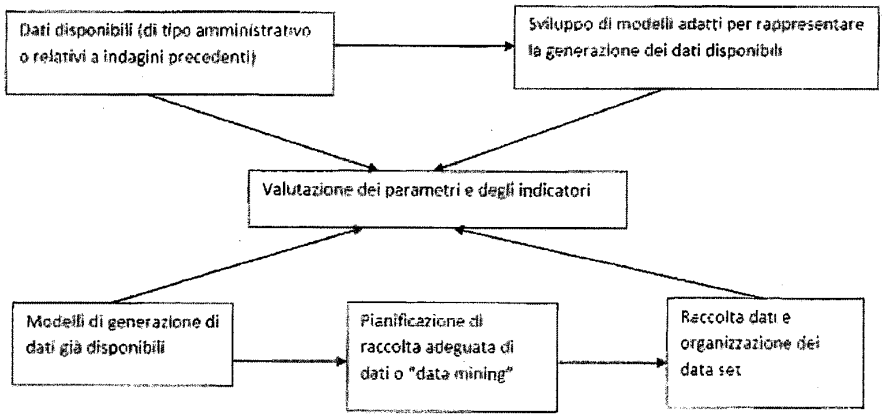
Come interagiscono i dati disponibili e gli indicatori definiti per la conoscenza del fenomeno

I metodi sviluppati nel mondo per la stima delle popolazioni nascoste richiedono dati di buona qualità. E' possibile sviluppare modelli di stima che rispecchiano i processi di generazione dei dati oppure adattare modelli già sviluppati ai dati disponibili o svilupparne di nuovi. I due approcci sono complementari ed entrambi necessari per valutare le questioni legate al fenomeno "droga" e ottenere una conoscenza affidabile dei diversi aspetti e delle interazioni.

Per esempio, se si considerano i dati dei soggetti registrati per spaccio di sostanze e si assumono ipotesi adatte, il modello di generazione dei dati può essere approssimato con un "processo di Poisson troncato". Allora i dati e il modello permettono la stima di parametri di interesse come la prevalenza degli spacciatori, il diverso tasso di cattura per maschi e femmine ecc.. Se interessa stimare la distribuzione del primo uso di cannabis e l'eventuale passaggio successivo ad altre sostanze, è necessaria una indagine appropriata tra i consumatori di sostanze e l'analisi dei dati raccolti permette la stima dei parametri di interesse.

Se si utilizzano entrambi gli approcci, si ottiene uno studio più completo del fenomeno di interesse. I due approcci sono rappresentati nella Figura 2.

Figura 2: Relazioni possibili tra modelli e dati per la valutazione dei parametri e degli indicatori di interesse



Entrando maggiormente nello specifico, Tabella 1 riporta un esempio di utilizzo di dati rilevati a fini "amministrativi" da Enti pubblici italiani e sfruttabili per uno scopo diverso, quale quello del monitoraggio del fenomeno droga. L'esempio è tratto dal primo *World Drug Report (WDR)*, pubblicato nel 1997 dall'organismo apposito dell'ONU, allora detto *UNDCP* (ora *UNODC)*; dal 2000 il WDR è divenuto il report ufficiale annuale dell'ONU.

Tabella 1: Esempi di indicatori e fonti dei dati disponibili in Italia.

Indicatore	**Fonte**
Soggetti in trattamento presso i Ser.T.	Min. Salute
Soggetti in trattamento presso le strutture del Privato Sociale	DCDS - Min. Interno
Soggetti segnalati ai Prefetti ai sensi dell'Art. 75 del D.P.R. 309/90	DCDS - Min. Interno
Operazioni antidroga e sequestri di sostanze	DCSA
Detenuti tossicodipendenti negli Istituti Penitenziari	Min. Giustizia e Min. Salute
Decessi (acuti) per abuso di sostanze stupefacenti	DCSA

Definiti al meglio gli indicatori e rilevati o acquisiti i dati per calcolarli, si può procedere con analisi volte a ricostruire al meglio il fenomeno nascosto. Gli indicatori e gli eventi osservabili sono legati a più di un aspetto nascosto.
La Figura 3 riporta degli esempi tratti dal WDR 1997. I primi quattro e gli ultimi quattro indicatori sono calcolabili a partire da dati di fonte amministrativa disponibili presso diversi Enti pubblici. I tre intermedi possono solo essere stimati attraverso indagini campionarie o modelli statistici.

Figura 3: Indicatori misurati su fenomeni visibili e aspetti del fenomeno nascosto correlati.

Indicatore misurato (fenomeno visibile)	**Fenomeno nascosto correlato**
Decessi legati all'uso di sostanze	Uso pesante di sostanze / numerosità di utilizzatori di sostanze / aree a rischio / "letalità" delle sostanze sul mercato
Ammissioni ospedaliere per uso di sostanze	Morbidità legata all'uso / numerosità di utilizzatori di sostanze
Utenti dei servizi terapeutici	Politiche di riabilitazione e loro efficacia / numerosità di utilizzatori di sostanze
AIDS e altre malattie infettive legate all'uso di sostanze	Comportamenti a rischio nell'uso /numerosità di utilizzatori di sostanze
Uso per via iniettiva (proporzione sugli utilizzatori)	Comportamenti a rischio nell'uso
Uso frequente o giornaliero (proporzione sugli utilizzatori)	Comportamenti a rischio nell'uso / numerosità di utilizzatori di sostanze
Prevalenze di uso	Numerosità di utilizzatori
Numero dei sequestri e quantità sequestrate	Politica di repressione / ampiezza del mercato / flussi commerciali / aree a rischio

Segnalazioni di utilizzatori	Politica di repressione / ampiezza del mercato / aree a rischio
Detenuti per reati relativi alle leggi antiroga	Politica di repressione / ampiezza del mercato
Utilizzatori di droghe detenuti per altri reati	Criminalità legata all'uso / numerosità di utilizzatori di sostanze
Investimenti per azioni di controllo del fenomeno	Politica di controllo

Alcuni fenomeni che generano dati osservabili, per esempio i decessi legati all'uso delle sostanze o gli utenti dei servizi terapeutici, sono legati a più di un fenomeno nascosto. Ogni tentativo di utilizzare tali indicatori per stimare direttamente, con il semplice metodo di calibrazione, uno solo di tali fenomeni è scorretto e fuorviante e può condurre ad analisi completamente distorte.

Gli indicatori europei fondamentali

Per parlare degli indicatori standard dell'EMCDDA alcune definizioni tecniche sono preliminari.
Si dice "prevalenza" il numero di soggetti che possiedono una caratteristica di interesse; è un dato di "stock" nonché una misura statica della dimensione del fenomeno di interesse ("quanti casi?"). Può essere espressa con un conteggio, una proporzione o un rapporto, può essere osservata o stimata. Può essere puntuale ("quanti casi presenti in un dato momento?") oppure di periodo ("quanti casi presenti in un dato periodo di tempo?").
Si dice invece "incidenza" una misura della velocità con cui evolve un certo fenomeno, calcolata contando i nuovi casi per unità di tempo (tasso). E' un dato di "flusso" nonché una misura dell'evoluzione del fenomeno.
L'incidenza cumulata su un certo arco di tempo misura globalmente la dimensione di un fenomeno visibile o non in tale periodo (esempio: il totale delle segnalazioni per art. 73 in provincia di Roma dall'entrata in vigore del D.P.R. 309/90 a oggi).

L'EMCDDA per il monitoraggio della domanda ha definito, con il supporto di gruppi di esperti, gli indicatori chiave (*http://www.emcdda.europa.eu/themes/key-indicators*). Attualmente in uso sono 5:

- General Population Survey (GPS), che prevede **stime** di prevalenza ottenute attraverso indagini sulla popolazione generale e sulla popolazione della scuola secondaria (*http://www.emcdda.europa.eu/the-mes/key-indicators/gps*).
- Problem Drug Use (PDU) che prevede **stime** di prevalenza e di incidenza ottenute in base a dati amministrativi, ma anche a rilevazioni adeguate, e opportuni modelli di stima (*http://www.emcdda.europa.eu/themes/key-indicators/pdu*) (attualmente modificato in High Risk Drug Users HRDU per le modifiche osservate nel mercato e tra gli utilizzatori).
- Therapy Demand Indicator (TDI), che raccoglie e sintetizza i **dati** sugli utenti dei servizi per il trattamento delle tossicodipendenze, le caratteristiche dei servizi e i trattamenti offerti (*http://www.em-cdda.europa.eu/themes/key-indicators/tdi*).
- Drug Related Deaths (and Mortality) (DRD), che raccoglie e sintetizza i **dati** sui decessi droga correlati e sulla mortalità dei tossicodipendenti attraverso archivi amministrativi e studi longitudinali ad hoc, non sempre attivi (stime) (*http://www.emcdda.europa.eu/themes/key-indicators/drd*).
- Drug Related Infectious Diseases (DRID), che raccoglie **dati** sulle malattie infettive droga-correlate e, in particolare su HIV, HBV e HCV, tra i consumatori principalmente per via iniettiva (stime) (*http://www.emcdda.europa.eu/themes/key-indicators/drid*).

I 5 indicatori comportano elaborazioni statistiche diverse: mentre i primi 2 sono stime e necessitano dunque di un lavoro di tipo "inferenziale", inevitabilmente soggetto ad incertezza statistica, gli altri 3 si limitano a "descrivere" la situazione rilevata, anche se possono richiedere al loro interno stime per aspetti particolari.

Gli indicatori TDI, DRD e DRID sono fra i più facilmente calcolabili e confrontabili fra paesi diversi, data la buona disponibilità di dati. Applicando metodi di stima opportuni a tali dati, si possono anche ottenere, per esempio, alcune stime previste dall'indicatore PDU (HRDU).

Le stime basate sulle survey come la General Population Survey (GPS), dove i dati sono raccolti ad hoc mediante questionari, sarebbero forse le più interessanti per l'ampiezza della casistica "teoricamente" esaminata. Tuttavia, il raggiungimento di un livello qualitativo e quantitativo standard appare ancora lontano, in particolare in Italia.

Ogni indicatore mette in luce aspetti particolari sia statici sia dinamici. L'utilizzo sinergico permette di mettere a fuoco il fenomeno nel suo complesso. Gli indicatori attualmente utilizzati per il monitoraggio vengono continuamente aggiornati per tener conto delle nuove tendenze emerse nel mercato. In particolare, è stato effettuato da esperti esterni e ricercatori dell'EMCDDA un lavoro di revisione dell'indicatore PDU, introdotto nella seconda parte degli anni '90, in cui poche erano le sostanze pericolose citate nella definizione del'indicatore (eroina, cocaina e amfetamine); ora si parla di HRDU (high-risk drug use) definizione più flessibile e adeguata all'andamento del mercato e del consumo.

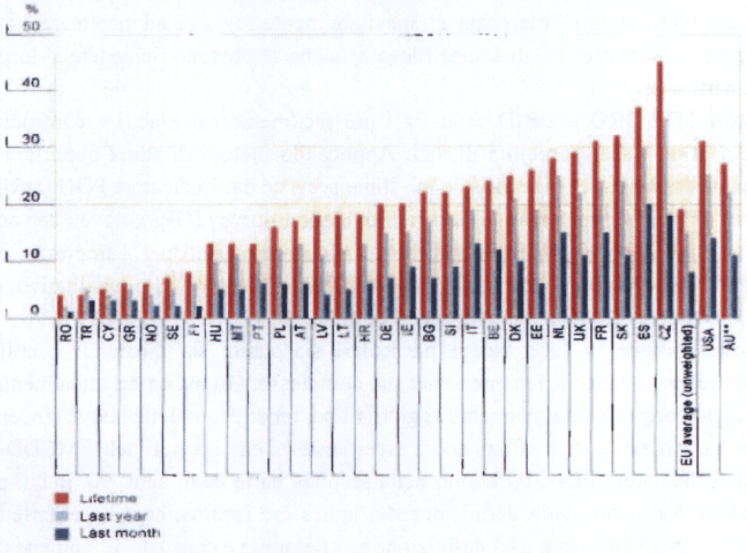
Esempi di utilizzo degli indicatori per descrivere il fenomeno

Nelle figure che seguono si riportano direttamente i grafici pubblicati nei rapporti annuali EMCDDA e sono molto chiari gli effetti che mostrano.

La Figura 4 mostra alcuni risultati dell'indagine *ESPAD (The European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs)* che viene compiuta ogni 4 anni in molti paesi, uno studio con il supporto dell'EMCDDA. Lo studio, che negli anni ha riguardato un numero sempre crescente di Paesi fino a coinvolgerne 39 nel 2011, ha l'obiettivo di raccogliere, tramite un questionario, dati comparabili sull'uso di alcol, tabacco ed altre sostanze ad azione psicoattiva, tra gli studenti di età compresa tra i 15 ed i 16 anni (http://www.espad.org/).

Nella figura, in particolare, si rappresentano: la prevalenza nella vita, la prevalenza nell'ultimo anno e nell'ultimo mese di utilizzo di cannabis, come stimate dalle risposte al questionario, degli studenti di 15-16 anni che lo hanno compilato nei diversi paesi. Nel grafico vengono poi confrontate con analoghi risultati ottenuti da simili rilevazioni negli Stati Uniti e in Australia.

Figura 4: Lifetime, Last year and Last month cannabis prevalence (15-16 anni)- ESPAD (anno 2007.)



L'indagine europea più specifica per acquisire informazioni sui consumatori di sostanze è la ***GPS***. Essa mira, in primo luogo, a fornire dati per stimare la prevalenza di uso nella popolazione generale di un paese, una regione, una città e utilizza "interviste" tramite questionari su un campione della popolazione di interesse. Sono svariati i metodi di somministrazione dei questionari (interviste dirette, questionari per posta o via web). Per essere efficace, come è ben noto, però devono essere soddisfatti alcuni requisiti importanti:

- il campione rilevato deve essere rappresentativo della popolazione di interesse,
- le risposte devono essere veritiere.

Il primo punto richiede che il tasso di risposta degli intervistati sia "alto", ovvero che almeno il **70-80%** degli intervistati risponda. Se questo non accade, il campione non è più rappresentativo della popolazione generale, ma di una sotto-popolazione incognita e non si può stimare la prevalenza nella popolazione generale, ma è opportuno capire a quale sotto-popolazione si riferisce il campione osservato (solo anziani, principalmente donne ...), per poter utilizzare almeno in parte il dato rilevato è fondamentale fare ciò.

La rispondenza al secondo punto può essere in parte verificata se il questionario contiene domande di controllo adeguate.

Purtroppo pochi Paesi europei forniscono un campione osservato rappresentativo della popolazione generale, ma i dati entrano nelle descrizioni dell'EMCDDA.

La Figura 5**Errore. L'origine riferimento non è stata trovata.** riproduce l'andamento della prevalenza annuale in diversi paesi riportata nel rapporto EMCDDA del 2009. In generale i dati (ovvero le stime ottenute) si fermano al 2008 o in anni precedenti, tranne per il Regno Unito (2009). La Figura 4 riporta il dato analogo (stima) di diversi Paesi nel rapporto del 2014.

Per l'Italia l'indicatore prevalenza di uso, inviato sulla base di GPS, dopo il 2008 non viene utilizzato a livello europeo perché è rilevato in modo diverso dai precedenti; in particolare, la popolazione di utilizzatori risulta ancora più sottostimata per tasso di risposta più basso che in precedenza e i rispondenti rappresentano una sotto-popolazione diversa da quella rilevata fino al 2008 e quindi non confrontabile. In realtà nessuno dei campioni è rappresentativo della popolazione generale dei diversi paesi perché, comunque, i tassi di risposta sono molto bassi, fino al 2008 non superano il 40%, negli anni successivi non superano il 20%. Sarebbe **indispensabile** l'identificazione della popolazione dei rispondenti reali per utilizzare più correttamente e scientificamente il dato.

Figura 5: Trends in last year prevalence of cannabis among young adults (15–34), measured by national surveys. Countries with three or more surveys –GPS 2009

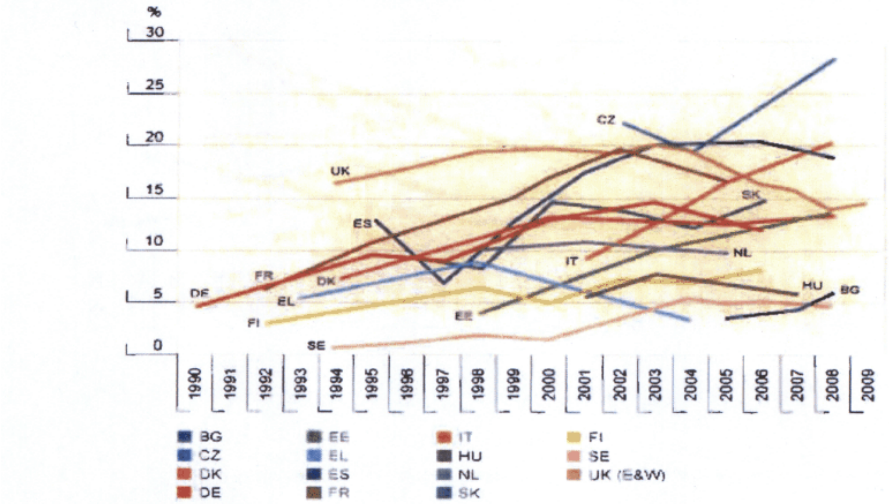
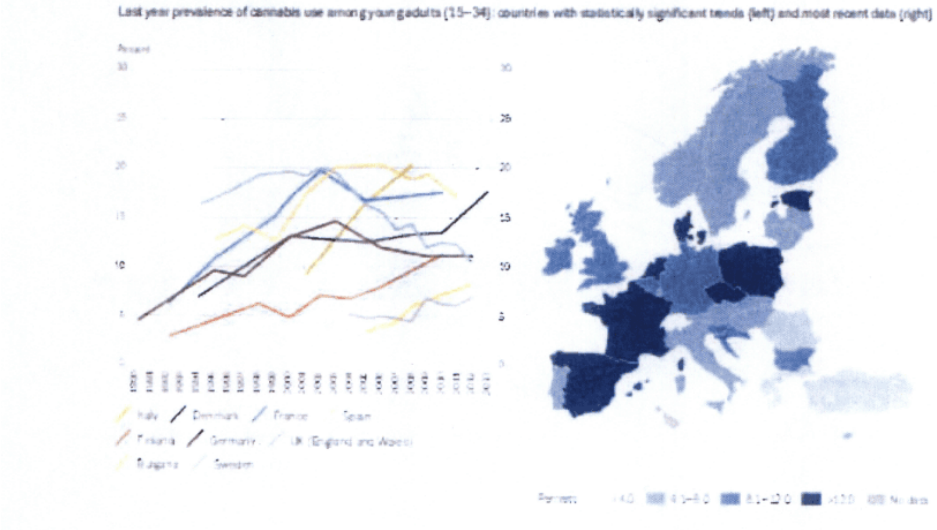


Figura 6.



La Figura 7 e la Figura 8 riportano analoghi risultati.

Figura 7: Trends in last year prevalence of cocaine among young adults (15–34), measured by population surveys– GPS 2009. Countries with three or more surveys.

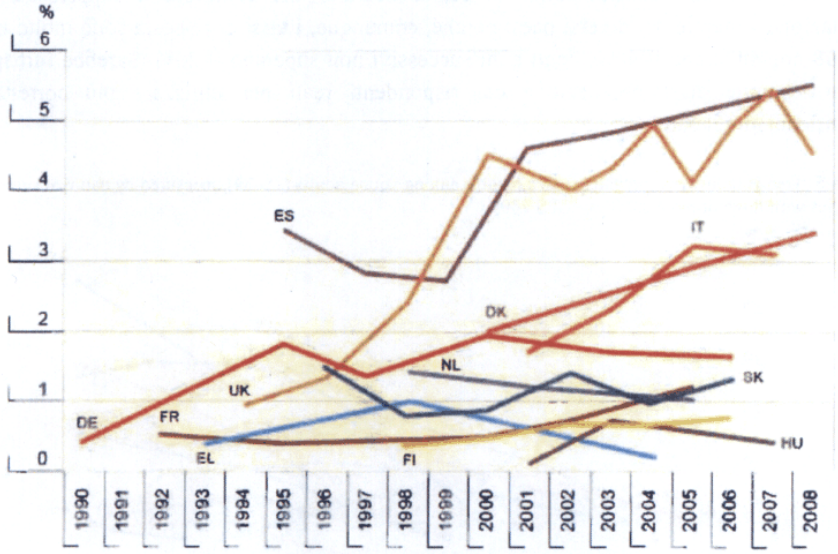
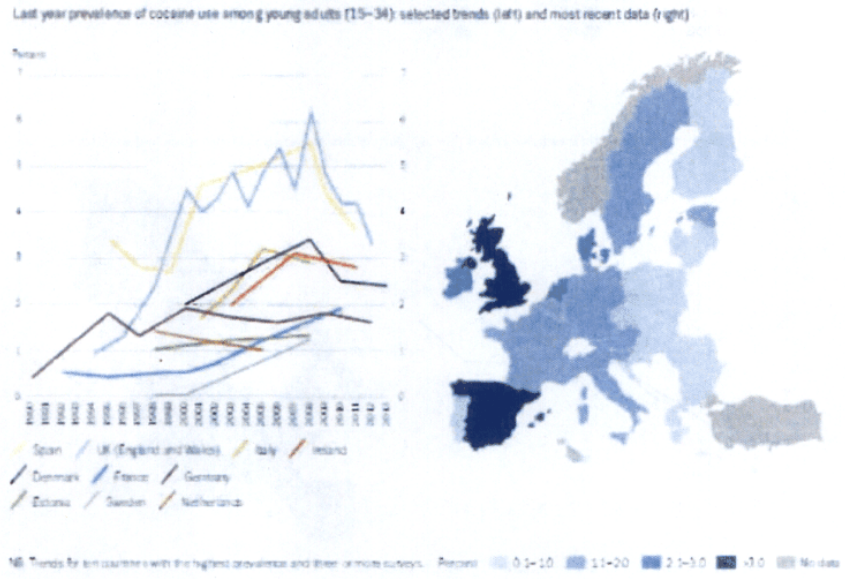
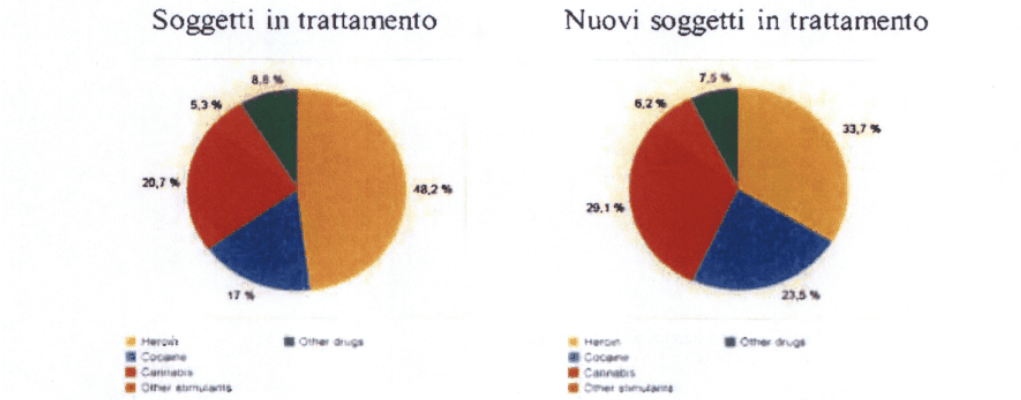


Figura 8.



L'indicatore TDI si basa su vari tipi di dati e monitora diversi aspetti che riguardano la richiesta di terapia e la presa in carico. Rileva le caratteristiche dei soggetti che vengono presi in carico dai servizi di assistenza e la loro storia di utilizzo delle sostanze. La Figura 7 per esempio, un aspetto che è molto legato alle modifiche di uso di sostanze, fenomeno al quale si collega anche la modifica dell'indicatore PDU in HRDU, già fin dal rapporto del 2009, si noti l'aumento delle "altre sostanze" nei nuovi arrivi in terapia.

Figura 9: Distribuzione delle sostanze di uso primario tra i soggetti in trattamento e tra i nuovi soggetti in trattamento nel 2008 (TDI).



Nella Figura 9 si riportano i risultati ottenuti dall'uso congiunto di due indicatori chiave nel rapporto del 2009. Il rapporto tra un valore dell'indicatore TDI e una stima dell'indicatore PDU.
Nella Figura 10, si riporta l'indicatore chiave DRD a livello globale. Come si vede c'è una serie temporale che si assesta, data la diminuzione di uso di eroina e il conseguente calo delle morti acute per overdose.

Figura 10: Opioid maintenance treatment clients as a % of the estimated number of Problem Opioids Users – TDI e PDU.

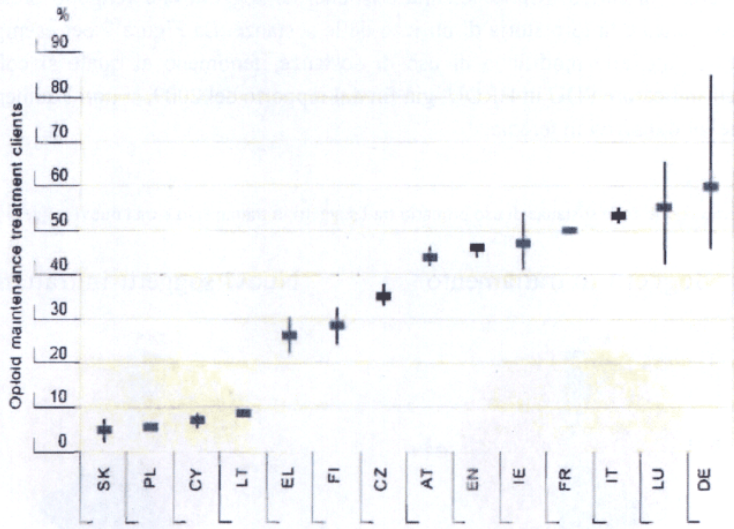
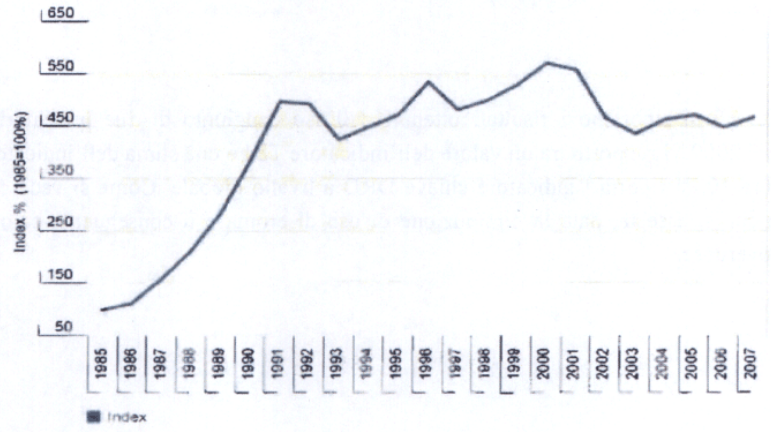


Figura 11: Trend in drug induced deaths, EU 15 -DRD.

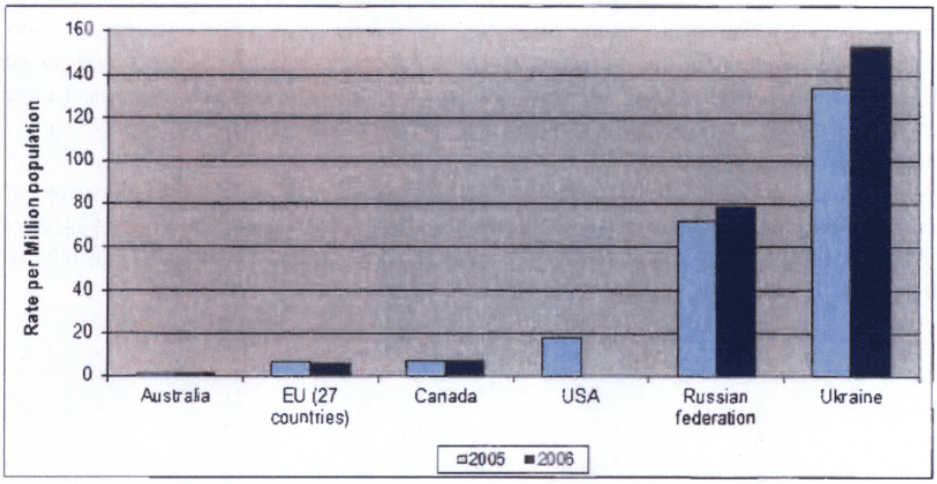


L'indicatore DRID, riferito alle malattie infettive, viene rilevato per diversi scopi:

- si può usare, attraverso un'inferenza statistica ("metodo di calibrazione") per stimare la popolazione di soggetti a rischio, più adeguata quando il consumo di sostanze pesanti era legato soprattutto all'eroina per via iniettiva (Rossi, 1999).
- si può usare come sistema di monitoraggio e sorveglianza del complessivo stato di salute dei tossicodipendenti e per programmare interventi conseguenti.

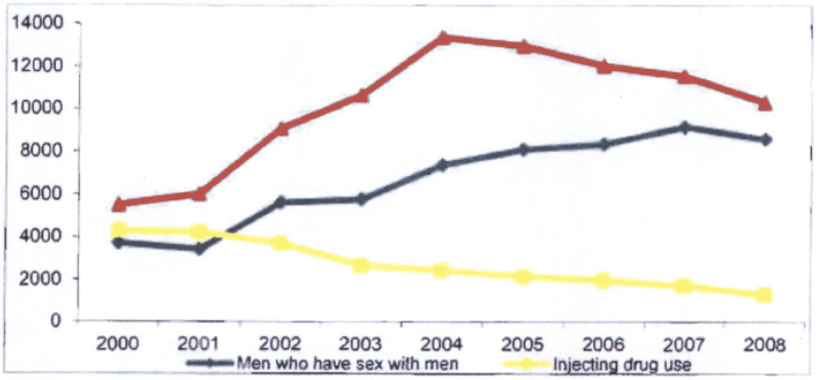
La Figura 12 riporta dati europei relativi al DRID per un confronto con altri paesi sugli anni 2005 e 2006.

Figura 12: Diagnosed HIV incidence among IDUs (2005-2006) – DRID.



Nella Figura 13, invece, si riporta la serie temporale della modalità di trasmissione dell'AIDS dal 2000 al 2008.

Figura 13: HIV infections by transmission mode and year of diagnosis. EU, Croatia, Turkey and Norway (2000–2008) - DRID



Indicatori in fase di sviluppo metodologico

In epoca relativamente recente (2010) la Commissione europea e l'Osservatorio europeo hanno avviato lo studio e l'introduzione di indicatori per misurare l'effetto della politica e degli interventi nel controllo dell'offerta di droghe. Sono stati introdotti ufficialmente tre indicatori, articolati in sotto-indicatori. I tre indicatori base sono: Drug Markets, (DM), Drug Supply Reduction (DSR) e Drug Related Crime (DRC), i sotto-indicatori sono riportati nei documenti ufficiali (Conferences on Drug Supply Indicators: *http://www.emcdda.europa.eu/events/supply-indicators*).

Benché non ancora utilizzati a livello standard europeo, esistono loro elaborazioni pilota nell'ambito di un progetto europeo. La dimensione del mercato (DM) è stata stimata per Svezia, Repubblica Ceca, Portogallo, Olanda, Bulgaria, Italia, Regno Unito, come riportato nel sito della Commissione europea (*http://ec.europa.eu/justice/anti-drugs/files/eu_market_summary_en.pdf*).
Si riporta sotto il metodo di stima utilizzato in Italia per il progetto europeo; si riportano anche altre tre stime prodotte ufficialmente in Italia, che si potrebbero definire di proxy, come viene evidenziato nei commenti finali.
Per produrre una stima della quantità di droghe vendute, almeno quelle classiche, è stata innanzitutto stimata la prevalenza degli spacciatori al dettaglio, riportata nella Figura 14, dove sono indicati anche gli indicatori di mercato discendenti da questa stima. Per stimare le quantità vendute in media da ciascuno spacciatore (

Figura 15), si sono utilizzati i dati della rilevazione effettuata tra i soggetti presso le Comunità e i servizi di bassa soglia, molti dei quali ex-spacciatori o spacciatori, a cui si è chiesto quanto vendevano o vendono ancora in media ogni settimana. I dati importanti sono pubblicati nel libro citato nella Tabella.

Una stima di mercato è stata effettuata con metodo analogo sulla base della domanda. Utilizzando risultati riportati nella letteratura internazionale si è stimata la prevalenza dei consumatori delle sostanze illegali (Figura 16). E, avendo dall'indagine presso i consumatori in comunità e bassa soglia, anche notizie su quanto loro stessi consumavano o consumano, si è prodotta la stima del mercato anche dal lato della domanda (Figura 17), come richiesto da EUROSTAT all'ISTAT e agli analoghi Enti europei.

Questo approccio alla stima dei consumatori evita la grande sottostima prodotta dalle indagini GPS che sottostimano proprio i consumatori "problematici", che, pur essendo una minoranza, rappresentano almeno la metà di tutto il consumo (Rey, Rossi e Zuliani, 2011).

Figura 14: Italia: Stime del numero totale di spacciatori (drug supply reduction e drug related crime).

Anno	Numero di spacciatori fermati	Stima del numero totale di spacciatori	Intervallo di stima (95%)
2005	43,066	353,877	337,819 - 371,895
2006	45,337	359,199	338,906 - 377,433
2007	48,168	374,891	358,586 - 392,328
2008	50,520	387,940	371,152 - 405,932
2009	47,361	389,956	371,694 - 409,654

Figura 15: Stime del mercato delle droghe in Italia(dal lato dell'OFFERTA).

Substance	Estimated active dealers	Median number of doses sold per week of activity	Sample size dose	Mean price per dose	Sample size price	Total amount (billion euro)
Cannabis	125.184	110	91	10	351	7.16
Cocaine	43.991	70	164	75	387	12.91
Opiates	34.206	55	156	15	504	3.42
Total	203.381					22.59

Figura 16: Stime del numero di consumatori di droghe in Italia (a partire dall'OFFERTA).

Substance	Estimated active dealers	Ratio (Reuter)	Ratio (Bouchard & Tremblay)	Estimated active consumers (Reuter)	Estimated active consumers (Bouchard & Tremblay)	Average
Cannabis	125.184	40	32	5,007,360	4,005,888	4,506,624
Cocaine	43.991	25	28	1,099,776	1,231,749	1,165,763
Opiates	34.206	15	16	513,090	547,296	530,193
Total	203.381	These estimates are affected by double counting for poly-use and poly-dealing				

Figura 17: Stime del mercato delle droghe in Italia (dal lato della DOMANDA)

Substance	Estimated active consumers	Average number of doses per month per person	Mean price per dose	Total amount (billion euro)
Cannabis	4,506,624	13	10	7.03
Cocaine	1,165,763	12	75	12.59
Opiates	530,193	15	35	3.34
Total	6,202,580			22.96

Le stime del mercato delle droghe in Italia – Metodologie e relativi problemi

La quantificazione di un fenomeno illegale come il mercato della droga è ovviamente soggetta a forti difficoltà di reperimento e attendibilità di informazioni basilari.

Le stime possono riguardare direttamente l'ampiezza del mercato in termini di aggregato monetario complessivo, senza preoccuparsi della composizione interna. In tal caso, discendono spesso da una stima della percentuale del PIL "illegale" rispetto a quello ufficiale.

Altro approccio, maggiormente seguito, è quello per componenti, del tipo:

Mercato = QuantitàTotale * PrezzoUnitario.

In tal caso, è necessario anche distinguere i diversi mercati delle diverse sostanze. Inoltre, le quantità possono a loro volta derivare da una schema del tipo:

QuantitàTotale = N.Consumatori * ConsumoMedio (lato "domanda")

oppure

QuantitàTotale = N.Spacciatori * SpaccioMedio (lato "offerta").

Elementi quali il PrezzoUnitario, il ConsumoMedio e lo SpaccioMedio sono conoscibili con discreta precisione, soprattutto in base a informazioni fornite dai servizi sanitari e da quelli di polizia. Molto più difficili da conoscere sono i numeri relativi al numero di consumatori e di spacciatori.

Possiamo distinguere le informazioni attualmente sfruttabili per la stima del mercato, e i metodi statistici da esse dipendenti, in **tre categorie**.

1ª categoria. Esistono anzitutto le **indagini statistiche campionarie** orientate a rilevare direttamente il numero di consumatori e i consumi medi giornalieri di ciascuno, distinti a seconda della sostanza considerata. Queste indagini sono maggiormente diffuse e complete nei paesi anglosassoni. L'indagine più importante è il GPS (*General Population Survey*), effettuato in un gran numero di paesi, fra cui il nostro.

Se le risposte fossero sufficientemente complete e veritiere, da esso si potrebbero trarre stime abbastanza precise sul numero di consumatori e sull'ampiezza del mercato. Purtroppo, per la natura stessa del fenomeno indagato, i dati di queste fonti sono inevitabilmente affetti da forti lacune connesse a risposte mancanti o non veritiere.

In Italia, poi, le percentuali di risposta risultano bassissime, anche a causa delle modalità poco efficaci di somministrazione dei questionari (postali). Sempre in Italia, appare meglio somministrata l'indagine SPS (*Students Population Survey*), il cui ambito però è limitato alla popolazione scolastica, come anche il progetto ESPAD.

2ª categoria. Esistono poi **fonti informative** (**"amministrative"**) piuttosto attendibili e riferibili direttamente al consumo e allo spaccio di droga, ma che riguardano solo particolari individui direttamente implicati. Si tratta delle fonti di natura sanitaria e giudiziaria, che riguardano la parte "emersa" del fenomeno, cioè, in sostanza: il numero di utilizzatori identificati in quanto hanno in corso un trattamento sanitario o giudiziario; le quantità consumate da costoro; il numero di spacciatori fermati; le quantità di merce sequestrata.

Per mezzo di appropriate tecniche statistiche è possibile stimare il numero totale di utilizzatori e spacciatori, noti ed ignoti, presenti nella popolazione. Le tecniche suddette, tuttavia, richiedono

ipotesi di uniformità spaziale e temporale dei comportamenti di ciascuna delle diverse categorie di attori (consumatori di droghe, spacciatori, presìdi sanitari, forze dell'ordine).

3ª categoria. Ulteriori fonti informative, anche non direttamente riferite al fenomeno droga, consentono tuttavia una approssimativa quantificazione del mercato in via aggregata. Considerati ad esempio i flussi di denaro contante nell'intera economia (informazione conosciuta con buona affidabilità), si può tentare di scomporli per via econometrica fra quelli riferibili alle attività pienamente legali, a quelle "sommerse" 1 e a quelle "illegali" 2 .

Se ne possono trarre stime degli aggregati monetari totali relativi alle tre suddette categorie di attività. Fra le attività illegali, il mercato della droga è una componente sicuramente rilevante, ma non a sua volta isolabile per questa via. Naturalmente, i dati riferibili all'economia legale sono molto più abbondanti e sicuri; per questo, le stime relative alla parte illegale sono da considerare come "residuali".

Dati e tecniche di tutte e tre le categorie suddette presentano **limitazioni molto diverse ai fini delle stime** ed è importante comprendere il verso dell'errore che causano (l'entità è ovviamente più difficile). Sarebbero certamente opportuni trattamenti integrati di tutti i dati a disposizione, ma essi creano a loro volta ulteriori difficoltà pratiche, legate soprattutto all'interazione dei diversi fattori di incertezza; di fatto sono scarsamente praticati. Quasi tutte le stime si appoggiano pressoché esclusivamente a una delle tre categorie informative; è quindi necessario almeno effettuare confronti.

L'uso di informazioni e tecniche della **prima categoria** rappresenta la strada più battuta, nonostante siano ben noti e riconosciuti i limiti dei dati su cui si basano. In Italia, è stata di recente seguita dall'Istat e dal gruppo di ricerca Transcrime.

La stima del mercato delle droghe fatta da **Transcrime** è nel range **4,5 – 10,9** mld €. Quella dell'**Istat**, per i consumi, è di **12,7** mld.

Queste elaborazioni possono essere utili soprattutto per calcolare delle stime di minimo ("floor") del mercato (proxy).

I dati emergenti dal GPS inevitabilmente sono distorti nel senso di non riuscire a includere notevole parte di consumatori di droga, soprattutto quelli molto intensivi, per via di mancata inclusione nel campione oppure a causa di risposte mancanti o non veritiere; quindi, di per sé sottostimano il mercato.

E' certamente possibile operare correzioni, sulla base di ipotesi sui consumi dei non-rispondenti, sul numero di consumatori intensivi non considerati, ecc.. Tuttavia, ipotesi del genere sono necessariamente "caute"; se non lo fossero, diverrebbero contraddittorie con l'uso stesso dei dati del GPS. E' dunque verosimile che la fondamentale sottostima non venga corretta quanto occorrerebbe.

Le stime ottenute per questa via sono comunque utili perché il mercato non può sicuramente attestarsi al di sotto di tali valori.

---

1 Si intendono "sommerse" quelle attività economiche non vietate dalla legge ma occultate al fisco.

2 Si includono nelle "illegali" quelle attività vietate dalla legge ma pur sempre svolte in regime di scambio volontario fra domanda e offerta, come da definizione Eurostat. Principalmente il traffico di droga, la prostituzione e il contrabbando.

Le informazioni della **seconda categoria** vengono sfruttate essenzialmente osservando l'ambito degli utilizzatori e spacciatori "catturati" in un dato arco temporale e contando quelli che, in tale ambito, vengono catturati ripetutamente. Per mezzo di appropriate tecniche statistiche (metodo di "cattura e ricattura") è possibile stimare il numero totale di utilizzatori o spacciatori, noti ed ignoti, presenti nella popolazione. (E' intuitivo che, tendenzialmente, più alta è la quota di "ricatturati", più bassa sarà la stima del numero di utilizzatori o spacciatori totali).

Questa strada, più spesso battuta per la stima del numero di consumatori, è stata recentemente seguita in Italia anche con riferimento alla stima degli spacciatori, in particolare da C. Rossi dell'**Univ. di Roma Tor Vergata** e suoi collaboratori per il progetto della Commissione europea. Il mercato delle droghe è stimato a **22,6** mld, come riportato sopra. Stante la sostanziale affidabilità delle informazioni di base, i dubbi sulle metodologie statistiche derivano soprattutto dalle sottostanti ipotesi di "omogeneità" (degli utilizzatori fra di loro e degli spacciatori fra di loro, dei comportamenti di ciascuno nel corso del tempo). In linea di massima, la presenza di disomogeneità crea un effetto di sottostima rispetto al vero, come si vedrà in seguito.

Le informazioni e tecniche della **terza categoria** sono state sfruttate ultimamente soprattutto da alcuni ricercatori della Banca d'Italia (senza che i vertici dell'Istituto li abbiano fatti propri, pur citandoli). Appaiono efficaci soprattutto per produrre stime di massimo ("ceiling") del mercato 3.

Queste stime soffrono tendenzialmente del problema opposto rispetto a quelle della prima categoria. Infatti, la scomposizione econometrica di un aggregato monetario nelle quote riferibili ad attività economiche "legali", "sommerse" ed "illegali" 4 potrebbe attribuire alla parte stimata in via residuale (quella dell'economia sommersa ed illegale) anche quantità derivanti dall'errore puramente statistico sulla stima effettuata in via principale (quella dell'economia legale). Come del resto la stessa Banca d'Italia riconosce, i valori ottenuti possono essere presi in considerazione come ordini di grandezza del fenomeno.

Secondo questo lavoro, le attività "illegali" potrebbero raggiungere addirittura il 10% del PIL, quindi circa 150 mld. All'interno delle stime dell'economia illegale andrebbe poi isolata la componente relativa al mercato della droga; ciò non è agevole, anche se tale mercato è comunemente considerato come la più importante fra le attività suddette 5.

Pur nella grande incertezza, il mercato delle droghe ammonterebbe comunque a **svariate decine di miliardi di euro.**

In definitiva, le stime ottenute per questa via possono servire a determinare un livello al di sopra del quale non è concepibile che il mercato della droga si attesti realmente. E sono comunque tali da far ritenere inattendibili talune stime del tutto qualitative che pure sono state pubblicizzate da varie parti.

---

3 Anche in altri casi di stime di un mercato illegale (quello dei prestiti a usura), la Banca d'Italia ha seguito un approccio più adatto a valutare livelli massimi potenziali

4 I ricercatori della Banca d'Italia stimano econometricamente l'economia "illegale" sforzandosi di allinearla alla definizione Eurostat, tuttavia, è verosimile che tale stima includa anche quote di attività criminali ulteriori Essi usano infatti come regressore la quota di reati per droga e prostituzione sul totale dei reati; però, la loro variabile dipendente (i flussi di contante) comprende anche flussi dovuti a estorsioni, corruzione, prestiti usurari, che, verosimilmente, sono meglio spiegati dal suddetto regressore che non da quelli riferibili all'economia legale o sommersa.

5 Si può tenere presente che, secondo l'Istat, il mercato delle droghe costituirebbe i due terzi dell'intera economia illegale Tuttavia l'Istat stima una dimensione di mercato molto inferiore ed esclude il giro d'affari della criminalità organizzata Non appare dunque immediato trasporre la suddetta quota per stime di origine diversa

Confronto stime Mercato Droghe e Attività illegali — PIL (2011) (Mld €) — 1589

		Transcrime (2009)		Rossi (2011)		ISTAT (2011) (*)	
		Mln €	% del PIL	Mln €	% del PIL	Mln €	% del PIL
Eroina	min/med/max	1842	0.12%	3420	0.22%		
Cocaina	min	772	0.05%	12010	0.76%		
	med	1711	0.11%				
	max	2649	0.18%				
Cannabis	min	1649	0.11%	7160	0.45%		
	med	3140	0.21%				
	max	4632	0.31%				
Amfetamine	min	99	0.01%				
	med	367	0.02%				
	max	636	0.04%				
Ecstasy	min	180	0.01%				
	med	666	0.04%				
	max	1153	0.08%				
Totale Droghe	min	4541	0.30%	22590	1.42%	12700	0.80%
	med	7727	0.52%				
	max	10912	0.73%				

		Transcrime		Banca d'Italia	Eurispes	ISTAT (*)	
		Mln €	% del PIL	% del PIL	% del PIL	Mln €	% del PIL
Totale Attività illegali	min	17700	1.17%	10.90%	11.00%	17000	1.07%
	med	25700	1.70%				
	max	33700	2.23%				

(*) Escluse attività di "organizzazioni" criminali

Gli aspetti brevemente illustrati possono essere approfonditi nella bibliografia.

Bibliografia

Nichter,M., Quintero,G., Nichter,M., Mock, J. and Shakib, S. (2004) "Qualitative Research: Contributions to the Study of Drug Use, Drug Abuse, and Drug Use(r)-Related Interventions" Substance Use & Misuse , Vol. 39, No. 10-12 , Pages 1907-1969;

Yamagata-Lynch, L.C. (2010) "Activity Systems Analysis Methods: Understanding Complex Learning Environments"Springer Publications;

NIDA (1995) "Qualitative Methods in Drug Abuse and HIV Research". NIDA Research Monograph 157;

Griffiths, P., Gossop, M., Powis, B. and Strang, J. (1993) 'Reaching hidden populations of drug users by privileged access interviewers: methodological and practical issues', Addiction, 88, 1617–1626;

EMCDDA. (2000) "Understanding and responding to drug use: the role of qualitative research";

EMCDDA Scientific Monograph Series No 4;

Gilman, M. (1998) EMCDDA workgroup review, in J. Fountain and P. Griffiths (Eds.);

Coordination of Working Groups of Qualitative Researchers to Analyse Different Drug Use;

Patterns and the Implication for Public Health Strategies and Prevention, Lisbon/London: EMCDDA/NAC (also available on http://www.qed.org.uk);

Agar, M. H. and Kozel, N. (Eds.) (1999) 'Ethnography and substance use: talking numbers', Substance Use and Misuse, 34, 1935–1949;

Fountain, J. and Griffiths, P. (1999) 'Synthesis of qualitative research on drug use in the European Union: report on an EMCDDA project', European Addiction Research, 5, 4–20 (updated version available on http://www.qed.org.uk);

Biernacki, P. and Waldorf, D. (1981) 'Snowball sampling: problem and techniques of chain referral sampling', Sociological Methods and Research, 10, 141–163;

Carlson, R., Wang, J., Siegal, H., Falk, R. and Guo, J. (1994) 'An ethnographic approach to target sampling: problems and solutions in AIDS prevention research among injection drug and crack cocaine users', Human Organisation, 53, 279–286;

Griffiths, P., Gossop, M., Powis, B. and Strang, J. (1993) 'Reaching hidden populations of drug users by privileged access interviewers: methodological and practical issues', Addiction, 88, 1617–1626;

Power, R. and Harkinson, S. (1993) 'Accessing hidden populations: a survey of indigenous interviewers', in P. Davies, G. Hart and P. Aggleton (Eds.) Social Aspects of AIDS, Falmer: Falmer Press;

Spreen, M. (1992) 'Rare populations, hidden populations and link-tracing designs: what and why?', Bulletin Methodologie Sociologique, 36, 34–58;

Klee, H. (1992) 'A new target for behavioural research: amphetamine misuse', British Journal of Addiction, 87(3), 439–446;

Wright, S., Klee, H. and Reid, P. (1998) 'Interviewing illicit drug users: observations from the field', Addiction Research, 6(6), 517–535;

Taylor, C. (1997) 'Estimating the prevalence of drug use using nomination techniques: an overview', in G. V. Stimson, M. Hickman, A. Quirk, M. Fischer and C. Taylor (Eds.) Estimating the Prevalence of Problem Drug Use in Europe, Lisbon: EMCDDA;

Hartnoll, R., Griffiths, P., Taylor, C., Hendriks, V., Blanken, P., Nolimal, D., Weber, I., Toussirt, M. and Ingold, R. (1997) Handbook on Snowball Sampling, Strasbourg: Council of Europe;

Feldman, H. W. and Aldrich, M. R. (1990) 'The role of ethnography in substance abuse research and public policy: historical precedent and future prospects', in E. Y. Lambert (Ed.) The Collection and Interpretation of Data from Hidden Populations, Monograph 98, Rockville, MD: NIDA;

Schimank, U. (1995) 'Transformation of research systems in central and eastern Europe: a coincidence of opportunities and trouble', Social Studies of Science, 25, 633–653;

Ardizzi, Guerino, Carmelo Petraglia, Massimiliano Piacenza e Gilberto Turati: "*Measuring the underground economy with the currency demand approach: a reinterpretation of the methodology, with an application to Italy*". In: Banca d'Italia, Temi di Discussione n.864, aprile 2012.

Baldassarini, Antonella e Federico Sallusti (ISTAT)- "Estimating illegal drug flows in Italy: a statistical approach" - paper presentato alla "8th ISSDP Conference (Rome, CNR, 21-23 May 2014)".

Guiso, Luigi - "*Quanto è grande il mercato dell'usura* ?". In: Banca d'Italia – Temi di discussione n.260 – dicembre 1995.

ISTAT - "*L'economia illegale nei conti nazionali*", audizione del Presidente Giorgio Alleva alla Commissione parlamentare d'inchiesta sul fenomeno della mafia altre associazioni criminali -Roma, 8 ottobre 2014.

Rey, Guido Mario, Carla Rossi e Alberto Zuliani. *Il mercato delle droghe: dimensione, protagonisti e politiche*. Marsilio editori, Venezia, 2011.

Rossi, Carla - "Monitoring the Size and Protagonists of the Drug Market: Combining Supply and Demand Data Sources and Estimates" - *Current Drug Abuse Reviews*, 2013, 6, 122-129.

Transcrime (Joint Research Centre on Transnational Crime) – Rapporto "*Gli investimenti delle mafie*", nell'ambito del "Programma Operativo Nazionale Sicurezza per lo Sviluppo – Obiettivo Convergenza 2007-2013" (cofinanziato dall'Unione Europea e gestito dal Ministero dell'Interno – Dipartimento della Pubblica Sicurezza) – ottobre 2014.

European Commission. (2013) *Further insights into aspects of the illicit EU drugs market, http://www.trimbos.org/~/media/Programmas/Internationalisering/Further%20insights%20into%20aspects%20of%20the%20EU%20illicit%20drugs%20market.ashx*

Il quadro giuridico di riferimento

A cura del Ministero della Salute e del Ministero della Giustizia

Per effetto del d.l. 23 .12.2013, n. 146, convertito in data 19 febbraio 2014, La condotta di cui al comma 5 dell'art. 73 d.P.R. 309/90 è stata trasformata in reato autonomo (cfr. Cass. Sez. VI, sentenza depositata il 20 gennaio 2014) e l'incidenza della trasformazione del fatto di lieve entità da circostanza attenuante ad effetto speciale a reato autonomo ha avuto evidenti ripercussioni sulla determinazioni della pena nella valutazione dei casi concreti da parte del giudice.

La stessa legge ha ampliato la possibilità di accesso alla misura dell'affidamento in prova al servizio sociale "terapeutico", ora applicabile ai condannati con pene, anche residue, fino a 4 anni anziché tre. La concessione della misura presuppone un periodo di osservazione della personalità "nell'anno precedente alla presentazione della richiesta" e l'osservazione puo' fare riferimento anche alla condotta tenuta dal soggetto in libertà. La novella, per incentivare l'accesso all'affidamento in prova nei confronti dei condannati già detenuti, conferisce al magistrato di sorveglianza la possibilità di applicare la misura in via provvisoria in caso di grave pregiudizio derivante dalla protrazione dello stato di detenzione, prima della decisione definitiva del tribunale di sorveglianza, che dovrà intervenire entro 60 giorni.

La legge ha anche abrogato il comma 5 dell'art. 94 dpr 309\1990 che impediva di applicare per più di due volte l'affidamento in prova terapeutico per condannati tossicodipendenti ed alcol dipendenti.

Con la sentenza n.32 del 12 febbraio 2014 la Corte Costituzionale ha dichiarato l'illegittimità costituzionale – per violazione dell'art.77, secondo comma della Costituzione, che regola la procedura di conversione dei decreti legge – degli artt. 4 bis e 4 vicies ter del d.l. 30 dicembre 2005, n.272, come convertito con modificazioni dall'art.1 della legge 21 febbraio 2006, n.49, così rimuovendo le modifiche apportate con le norme dichiarate illegittime agli artt. 73, 13 e 14 del D.P.R. 9 ottobre 1990, n. 309 (Testo Unico in materia di stupefacenti)[6].

---

6 Normativa vigente: Testo coordinato D P.R. 09.10 1990 n° 309, G.U 31.10 1990, *Testo unico delle leggi in materia di disciplina degli stupefacenti e sostanze psicotrope, prevenzione, cura e riabilitazione dei relativi stati di tossicodipendenza* e Testo Unico delle leggi in materia di stupefacenti, Legge 22 dicembre 1975, n. 685, che ha subito numerose modifiche, le più rilevanti delle quali sono:

1. Legge *26 Giugno 1990, n.162* (c.d. legge Vassalli Jervolino) - *Aggiornamento, modifiche ed integrazioni della legge 22 dicembre 1975, n. 685 , recante disciplina degli stupefacenti e sostanze psicotrope, prevenzione, cura e riabilitazione dei relativi stati di tossicodipendenza.*
2. *Legge 8 febbraio 2001, n.12* (c.d legge Veronesi) *Norme per agevolare l'impiego dei farmaci analgesici oppiacei nella terapia del dolore.*
3. *Legge 21 febbraio 2006, n 49* (c d. legge Fini Giovanardi) *Conversione in legge, con modificazioni del decreto-legge 30 dicembre 2005, n 272, recante Misure urgenti per garantire la sicurezza ed i finanziamenti per le prossime Olimpiadi invernali, nonché la funzionalità dell'Amministrazione dell'interno e le disposizioni per favorire il recupero di tossicodipendenti recidivi.*
4. *Legge 15 marzo 2010, n 38* - Disposizioni per garantire l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore
5. Legge 16.05.2014 n 79 recante Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 20 marzo 2014, n. 36, recante "Disposizioni urgenti in materia di disciplina degli stupefacenti e sostanze psicotrope, prevenzione, cura e riabilitazione dei relativi stati di tossicodipendenza, di cui al decreto del Presidente della Repubblica 9 ottobre 1990, n. 309, nonché di impiego di medicinali meno onerosi da parte del Servizio sanitario nazionale"

Con l'intervento della Corte Costituzionale e' venuta meno la possibilità di accesso al lavoro sostitutivo di cui all'art. 73 comma 5 bis, introdotto dall'art. 4 bis del d.l. 30 dicembre 2005, n.272 e abrogato per effetto della dichiarazione di incostituzionalità.

Il decreto legge 20 marzo 2014, n. 36 ha introdotto la possibilità per il giudice di irrogare la pena del lavoro di pubblica utilità limitatamente al reato di cui all'art. 73 dpr 309\90 commessi da persona tossicodipendente o da assuntore di sostanze stupefacenti o psicotrope. Il lavoro di pubblica utilita' ha una durata corrispondente a quella della sanzione detentiva irrogata e non puo' sostituire la pena per piu' di due volte.

Gli effetti della sentenza della Corte Costituzionale n.32/2014 in ambito sanitario

A seguito della sentenza della Corte costituzionale del 12 febbraio 2014, n. 32, sono tornate in vigore le norme previgenti all'emanazione della legge 21 febbraio 2006, n.49. Sono state caducate le tabelle dalla stessa introdotte, i relativi aggiornamenti e tutti i decreti applicativi e comunque riconducibili al Testo Unico, oltre che le disposizioni per garantire l'accesso alle cure palliative ed alla terapia del dolore introdotte dalla legge 15 marzo 2010, n. 38.
La sentenza della Consulta ha operato una rivisitazione della normativa i cui effetti si sono riversati principalmente sull'applicazione delle misure di repressione e controllo degli illeciti e su quelle sanzionatorie, di fatto ripristinando una maggiore modulazione legata soprattutto al tipo di sostanza utilizzata e all'obiettivo di assistenza e prevenzione delle ricadute del soggetto utilizzatore.
Il DPR 309/90 stabiliva che l'uso personale di droga fosse un illecito, prevedendo sanzioni soprattutto di tipo amministrativo: un avvertimento del prefetto, cui seguivano dalla volta successiva provvedimenti concreti come la sospensione della patente o del passaporto, per un massimo di tre mesi e che attribuiva poi all'autorità giudiziaria la scelta di ulteriori provvedimenti restrittivi.
Il quadro normativo venutosi a creare dopo la sentenza della Corte Costituzionale ha reso necessario intervenire con urgenza per evitare la decadenza di provvedimenti amministrativi di rilievo intervenuti dopo il 2006, come l'inclusione nelle tabelle di nuove sostanze e l'utilizzo dei medicinali per la terapia del dolore.
A tal fine è stato emanato il decreto-legge 20 marzo 2014, n. 36, recante "Disposizioni urgenti in materia di disciplina degli stupefacenti e sostanze psicotrope, prevenzione, cura e riabilitazione dei relativi stati di tossicodipendenza, di cui al decreto del Presidente della Repubblica 9 ottobre 1990, n. 309, nonché di impiego di medicinali meno onerosi da parte del Servizio sanitario nazionale", convertito con la Legge 16.05.2014 n. 79 (in G.U. 20.05.2014). Con tale Decreto sono state apportate modifiche sostanziali al Testo unico sugli stupefacenti (DPR 309/90).

Le modifiche di maggiore impatto possono essere così sintetizzate:

1 Il ripristino del sistema sanzionatorio collegato agli illeciti relativi alle sostanze stupefacenti e psicotrope, con la suddivisione in quattro tabelle (tabelle I e III, con la previsione di sanzioni maggiori per le sostanze a maggiore impatto); (tabelle II e IV con la previsione di sanzioni minori per le sostanze a impatto minore compresa la cannabis).

2 La predisposizione di una nuova tabella separata dei medicinali che consente la completa continuità nella produzione, prescrizione, distribuzione e dispensazione dei medicinali a base di sostanze stupefacenti o psicotrope, con particolare riferimento alle prescrizioni dei medicinali per

la terapia del dolore e dei medicinali impiegati in corso di trattamento per la disassuefazione degli stati di dipendenza. Le modalità di prescrizione e di dispensazione restano pertanto invariate per tutte le terapie con medicinali a base di stupefacenti, restando invariate anche le modalità di gestione dei medicinali da parte degli operatori sanitari e del settore farmaceutico. Tutti gli stupefacenti e le sostanze psicotrope sono iscritti in cinque tabelle che vengono aggiornate ogni qualvolta si presenti la necessità di inserire una nuova sostanza o di variarne la collocazione o di provvedere ad una eventuale cancellazione. I medicinali che usufruiscono delle modalità prescrittive semplificate sono inclusi nell'allegato III bis. Nelle prime quattro tabelle, collegate al sistema sanzionatorio per gli usi illeciti, sono elencate le sostanze stupefacenti e psicotrope poste sotto controllo internazionale e nazionale. Nella tabella dei medicinali sono indicati i medicinali a base di sostanze attive stupefacenti e psicotrope di corrente impiego terapeutico ad uso umano o veterinario ed il relativo regime di dispensazione, ad uso di medici, farmacisti e operatori del settore farmaceutico. Le tabelle, che ricomprendono anche le oltre 400 sostanze classificate a decorrere dal 2006, sono ridisegnate in maniera tale da renderle coerenti con il regime sanzionatorio antecedente alla legge 49/06. In modo sintetico le tabelle comprendono:

Tabella I

- Oppio e derivati (morfina, eroina, metadone ecc.)
- Foglie di Coca e derivati
- Amfetamina e derivati amfetaminici (ecstasy e designer drugs)
- Allucinogeni (dietilammide dell'acido lisergico, mescalina, psilocibina, fenciclidina, ketamina ecc.)

Tabella II

- Cannabis (foglie e infiorescenze, olio e resina)

Tabella III

- Barbiturici

Tabella IV

- Benzodiazepine

Tabella dei medicinali - nella Tabella dei medicinali sono inserite le sostanze attive che hanno attività farmacologica e pertanto sono usate in terapia e le relative preparazioni farmaceutiche. La tabella è suddivisa in cinque sezioni indicate con le lettere A, B, C, D ed E dove sono distribuiti i medicinali in relazione al decrescere del loro potenziale di abuso, nelle tabelle è anche indicato il regime di dispensazione. Alcune sostanze come la morfina, il metadone e altre , si possono trovare contemporaneamente nelle Tabelle degli stupefacenti e nella Tabella dei medicinali. Le tabelle sono aggiornate generalmente con decreto ministeriale (pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale della Repubblica italiana) ogniqualvolta se ne presenti la necessità.

3 Eventuali modifiche e aggiornamenti spetteranno al Ministro della Salute, sentiti il Consiglio e l'Istituto superiore di sanità. Al Ministro della salute è attribuito il compito di stabilire con proprio decreto il completamento e l'aggiornamento delle tabelle, sentiti il Consiglio Superiore di Sanità e l'Istituto Superiore di Sanità.

4 Nella tabella II delle cosiddette droghe leggere confluiscono tutti i tipi di è collocata la cannabis, senza distinzione tra indica o sativa. Tuttavia le droghe sintetiche riconducibili per struttura

chimica o effetti tossicologici al THC (delta-9-tetraidrocanabinolo) il principale principio attivo della cannabis, rientrano invece nella Tabella I.

5 L'acquisto o la detenzione di sostanze per uso personale non hanno rilevanza penale.

6 Restano ferme le sanzioni amministrative (sospensione della patente, porto d'armi, passaporto o permesso di soggiorno) che hanno durata variabile a seconda che si tratti di sostanze incluse nelle tabelle I e III droghe pesanti (da 2 mesi a un anno) o di sostanze incluse nelle tabelle II e IV leggere (da uno a 3 mesi). Nell'accertare l'uso personale, oltre ad altre circostanze sospette, occorrerà in particolare considerare l'eventuale superamento dei "livelli soglia" fissati dal Ministero della Salute nonché le modalità di presentazione delle sostanze stupefacenti con riguardo al peso lordo complessivo o al confezionamento frazionato.

7 I lavori pubblica utilità si applicano nel caso di piccolo spaccio o altri reati minori commessi da un tossicodipendente. Il giudice può applicare, anziché detenzione e multa, la pena del lavoro di pubblica utilità. Tale sanzione alternativa deve essere chiesta dall'imputato e ha una durata equivalente alla condanna detentiva. E' revocabile se si violano gli obblighi connessi al lavoro e non può sostituire la pena per più di due volte.

Rilevano, altresì, le modifiche introdotte al Titolo XI "Interventi preventivi, curativi e riabilitativi" del d.p.r. 309/90 dalla Legge 16 maggio 2014, n. 79 di conversione del Decreto-legge 20 marzo 2014, n. 36, in argomento, e in particolare all'art.120 "Terapia volontaria ed anonimato", che a seguito delle modifiche fa riferimento non più al servizio pubblico per le tossicodipendenze, bensì al servizio pubblico per le dipendenze, in tal modo recependo appieno le linee strategiche in materia di droga fissate dall'Unione Europea per il periodo 2013-2020.

In tale quadro, le misure di contenimento della domanda di droga devono tenere conto di altre variabili quali la poliassunzione, in combinazione con sostanze psicoattive legali, quali il tabacco, l'alcol e i farmaci psicotropi. Le misure principali suggerite dalla UE riguardano:

- la prevenzione iniziale dell'assunzione di droghe;
- l'intervento tempestivo sui modelli di comportamento a rischio;
- la previsione di programmi di trattamento efficaci e mirati;
- la predisposizione di programmi di riabilitazione e reinserimento sociale;
- la riduzione dei danni e dei rischi per la salute connessi alla droga.

Queste linee strategiche possono essere più proficuamente realizzate muovendosi in un contesto allargato a tutte le dipendenze, che tenga conto anche della comorbilità psichiatrica e renda possibili interventi coordinati e integrati con tutte le aree del dipartimento per le dipendenze, in alcuni casi già inseriti nei dipartimenti di salute mentale.

Si segnalano inoltre, sempre con riferimento all'articolo 120, le modifiche apportate al comma 7, indirizzate a rafforzare il rapporto di fiducia tra l'assistito e gli operatori del servizio pubblico per le tossicodipendenze e delle strutture private autorizzate.

In aggiunta alla disposizione già introdotta della facoltà per questi operatori di avvalersi del segreto professionale dinanzi all'autorità giudiziaria o ad altra autorità, viene anche eliminato in questo articolo, l'obbligo di segnalare all'autorità competente le violazioni commesse dalla persona

sottoposta al programma terapeutico alternativo a sanzioni amministrative o a esecuzione di pene detentive.

Anche l'articolo 122, relativo alla definizione del programma terapeutico e socio-riabilitativo, risulta modificato rispetto alla versione precedente, poiché fa riferimento anch'esso al servizio per le "dipendenze".

Il comma 1 del predetto articolo stabilisce inoltre che il servizio per le dipendenze è tenuto a verificare l'efficacia del trattamento e la risposta del paziente al programma, mentre nella versione precedente la verifica era limitata alla mera attuazione, tal quale, del programma assegnato. In tal modo si dà il giusto rilievo al monitoraggio dei risultati concreti ottenuti nel corso del trattamento, operando i necessari aggiustamenti e le correzioni nei casi in cui il trattamento non risulti apportare miglioramenti.

Infine, anche all'articolo 123 "Verifica del trattamento in regime di sospensione di esecuzione della pena, nonché di affidamento in prova in casi particolari", sono apportate le modifiche conseguenti alla diversa organizzazione delle tabelle (al comma 1).

Ai fini, infatti, dell'applicazione degli istituti previsti dall'articolo 90 –sospensione dell'esecuzione della pena detentiva – e dall'articolo 94 - affidamento in prova al servizio sociale - la relazione di sintesi sull'andamento e sui risultati del programma terapeutico che l'Azienda sanitaria locale è tenuta ad inviare, su richiesta dell'autorità giudiziaria, fa riferimento alla cessazione di assunzione delle sostanze e dei medicinali di cui alla nuova tabella I e alla tabella dei medicinali.

Terapia del dolore. Accordo per la produzione di sostanze a base di cannabis.

Il 18 settembre 2014 è stato sottoscritto dal Ministro della Salute e dal Ministro della Difesa l'accordo di collaborazione per l'avvio di un progetto pilota per la produzione nazionale di sostanze e preparazioni di origine vegetale a base di cannabis.

Il progetto ha lo scopo di garantire l'unitarietà nell'impiego sicuro di preparazioni magistrali di sostanze di origine vegetale a base di cannabis e di evitare il ricorso a prodotti non autorizzati, contraffatti o illegali. La produzione nazionale di tali fitoterapici consentirà l'accesso a tali terapie a costi adeguati.

Attualmente esiste un solo medicinale a base di estratti di cannabis sativa, disponibile sul territorio nazionale autorizzato all'immissione in commercio, indicato come trattamento per alleviare i sintomi a pazienti adulti affetti da spasticità, moderata o grave, dovuta a sclerosi multipla. I medici che intendono prescrivere ai loro pazienti sostanze o preparazioni di origine vegetale a base di cannabis, diversi da tale medicinale o per altre condizioni patologiche devono richiedere l'importazione di prodotti in commercio all'estero.

La produzione di sostanze e preparazioni di origine vegetale a base di cannabis si svolgerà presso lo SCFM - Stabilimento Chimico Farmaceutico Militare di Firenze. "L'individuazione dello SCFM come officina di produzione garantisce - ha sottolineato il Ministro della Difesa - elevate capacità chimico-farmaceutiche e la produzione in un luogo in sicurezza". "É la risposta ai pazienti con patologie gravi come Sla, sindrome di Tourette e sclerosi multipla. - ha commentato il Ministro della Salute - Persone che necessitano dei farmaci con il principio attivo della cannabis. I farmaci costeranno meno della metà di quanto ora si spende per importare il principio attivo, circa 15 euro al grammo. La produzione nello stabilimento di Firenze abbatterà ancora di più i costi e ci garantisce la sicurezza necessaria. Non è un via libera all'auto-coltivazione". I farmaci prodotti verranno impiegati dietro prescrizione medica nella terapia del

dolore, in particolare per alcune patologie del sistema neurovegetativo. Il Ministro della Salute ha sottolineato l'impegno del Ministero nella promozione della terapia del dolore, che ha voluto inserire nell'Agenda del semestre europeo. Il testo dell'accordo di collaborazione è consultabile sul sito istituzionale del Ministero.

Gli effetti della sentenza n.32/2014 sul sistema sanzionatorio e detentivo

1.

A seguito della sentenza n. 32 del 12 febbraio 2014 della Corte Costituzionale ha dichiarato l'illegittimità costituzionale – per violazione dell'art. 77, secondo comma, della Costituzione, che regola la procedura di conversione dei decreti legge – degli artt. 4 bis e 4 vicies ter del d.l. 30 dicembre 2005, n. 272, come convertito con modificazioni dall'art. 1 della legge 21 febbraio 2006, n. 49, così rimuovendo le modifiche apportate con le norme dichiarate illegittime agli artt. 73, 13 e 14 del D.P.R. 9 ottobre 1990 n. 309 (Testo Unico in materia di stupefacenti), le norme di cui è stata dichiarata l'illegittimità costituzionale hanno cessato di avere efficacia ai sensi dell'art. 136, primo comma, Cost. dal giorno successivo alla pubblicazione della sentenza ed importanti conseguenze ne sono derivate sulla presenza di detenuti nei nostri istituti penitenziari.

In proposito, l'Ufficio Studi Ricerche Legislazione e Rapporti Internazionali del Dipartimento Amministrazione penitenziaria del Ministero della Giustizia con nota del 17 febbraio 2014 aveva evidenziato tempestivamente il problema di successione della legge penale conseguente alla pronuncia della Corte Costituzionale per avere la predetta sentenza inciso sul trattamento sanzionatorio di fatti che già prima costituivano reati e continuano ad essere considerati tali.

La norma originaria, che ha ripreso vigore, era stata introdotta con il d.p.r. 9 ottobre 1990 n. 309 (Testo Unico in materia di stupefacenti e sostanze psicotrope), il cui art. 73, primo comma, prevedeva il comportamento di "chiunque senza l'autorizzazione di cui all'art. 17 coltiva, produce, fabbrica, estrae, raffina, vende, offre o mette in vendita, cede o riceve a qualsiasi titolo, distribuisce, commercia, acquista, trasporta, esporta, importa, procura ad altri, invia, passa o spedisce in transito, consegna per qualunque scopo o comunque illecitamente detiene, fuori dalle ipotesi previste dagli artt. 75 e 76, sostanze stupefacenti o psicotrope di cui alle tabelle I e III previste dall'art. 14", comminando la pena della reclusione da otto a venti anni e la multa da € 25.822 a € 258.228.

Si trattava delle cosiddette "droghe pesanti" che nell'art. 73 erano nettamente distinte dalle cosiddette "droghe leggere"; queste ultime infatti erano previste nel quarto comma dello stesso articolo e indicate nelle tabelle II e IV. Le stesse condotte criminose indicate nel primo comma con riguardo alle droghe pesanti, nel quarto comma erano punite per le droghe leggere con la più lieve pena della reclusione da due a sei anni e la multa da € 5.164 a € 77.468.

Con l'art. 4 bis del decreto legge 30.12.2005 n. 272 convertito con modificazioni dall'art. 1 della legge 21.2.2006 n. 49 (non interessa qui l'altra norma dichiarata incostituzionale cioè l'art. 4 vicies ter che aveva disciplinato le tabelle di cui all'art. 14) fu innovata la disciplina dell'art. 73 nel senso che il testo del comma 1, relativo alle droghe pesanti, fu sostituito da altro testo che, prevedendo i medesimi comportamenti, diminuiva a sei anni il minimo della pena e determinava la multa da € 26.000 a € 260.000.

Quanto alle droghe leggere l'art. 4 bis inserì un nuovo comma (1 bis) così formulato: "con le medesime pene di cui al comma 1 è punito chiunque senza l'autorizzazione di cui all'art. 17

importa, esporta, acquista, riceve a qualsiasi titolo o comunque illecitamente detiene" le sostanze variamente indicate nella stessa norma fra cui le droghe leggere.

Con la nuova legge del 2005, quindi, e con una valutazione che non teneva conto della diversa nocività e pericolosità delle droghe pesanti e di quelle leggere, fu inasprita la sanzione per queste ultime mediante l'unificazione, nei commi 1 e 1 bis, del trattamento sanzionatorio per entrambe le fattispecie, a prescindere dalla tipologia dello stupefacente.

L'art. 4 bis previde infine, nel comma 5, che "quando per i mezzi, per la modalità o le circostanze dell'azione ovvero per la qualità e quantità delle sostanze, i fatti previsti dal presente articolo sono di lieve entità, si applicano le pene della reclusione da uno a sei anni e della multa da € 3.000 a € 26.000".

2.

Con la declaratoria di illegittimità costituzionale dell'art. 4 bis del d.l. 272/2005 sono state rimosse le modifiche che da questa norma erano state apportate all'art. 73 del Testo Unico sugli stupefacenti, il cui testo originario ha ora ripreso vigore e ne è scaturito un problema di successione della legge penale nel tempo che l'art. 2 cod. pen. Disciplina diversamente a seconda che per un medesimo fatto la nuova legge determini una nuova incriminazione o l'abolizione di una incriminazione precedente oppure una modificazione della disciplina.

La sentenza del 12 febbraio 2014 è nell'ambito della terza ipotesi perché ha inciso soltanto sul trattamento sanzionatorio di fatti che già prima costituivano reati e continuano ad essere considerati tali. Invero, per quanto riguarda la droga leggera, i reati di cui al comma 1 bis dell'annullato art. 4 bis del d.l. 272/2005, pur essendo autonomamente formulati e pur prevedendo un minor numero di fattispecie, si differenziano soltanto sotto il profilo sanzionatorio dai reati di cui al quarto comma dell'art. 73 d.p.r. n. 309/1990 che prevede pene più lievi. Di conseguenza ai sensi del quarto comma dell'art. 2 cod. pen. Deve ora essere applicata la disciplina previgente di cui al quarto comma dell'art. 73 (reintrodotto in virtù della sentenza costituzionale) che è più favorevole al reo.

La sentenza costituzionale ha avuto immediata applicazione nei procedimenti di cognizione con ripercussioni sul numero delle presenze in carcere, sia per effetto delle condanne a pene meno gravi con le conseguenze derivanti per l'ammissione ai benefici, sia perché sono divenuti più brevi i termini di prescrizione e meno rigorosi i criteri di scelta delle misure cautelari, le quali devono essere proporzionate alla sanzione che il giudice ritiene possa essere irrogata (art. 257 comma 2 e art. 299 comma 2 cod. proc. Pen.).

In ordine alle misure cautelari gli effetti della decisione costituzionale si sono prodotti anche prima della pubblicazione della sentenza per effetto dell'affievolimento delle esigenze cautelari; queste infatti devono considerarsi attenuate quando la misura applicata non è più proporzionata alla sanzione che si ritiene possa essere irrogata, con la conseguenza che il giudice dovrebbe sostituire o revocare la misura in tutti i casi in cui procede nei confronti di imputati detenuti in carcere.

Per quanto riguarda invece i procedimenti definiti con sentenza passata in giudicato, e con riferimento alle fattispecie relative alle droghe leggere, per le quali se allora fosse stato applicato il quarto comma dell'art. 73 sarebbe stata inflitta una pena meno grave rispetto a quella effettivamente irrogata, si è posta la questione relativa alla esecuzione o eliminazione della parte di pena irrogata per effetto dell'applicazione della norma dichiarata costituzionalmente illegittima.

In proposito l'art. 673 cod. proc. Pen. Opera soltanto quando una fattispecie criminosa nel suo complesso viene eliminata, il che avviene solo nel caso di vera e propria abolitio criminis o di declaratoria di illegittimità costituzionale dell'intera fattispecie incriminatrice. In tal caso è pacifico che può aver luogo la revoca da parte del giudice dell'esecuzione che ha il potere di cancellare la

sentenza definitiva di condanna dichiarando che il fatto non è previsto dalla legge come reato. Ma nel caso in esame è stato modificato soltanto l'aspetto sanzionatorio interno al giudicato.
Nella giurisprudenza della Corte di Cassazione è stata dibattuta la questione che concerne la non eseguibilità del giudicato di condanna per la parte riferibile all'applicazione della circostanza aggravante dichiarata illegittima, cioè in relazione a un aspetto meramente circostanziale e sanzionatorio interno al giudicato formale (analogamente al caso in esame).
La questione è stata affrontata e risolta in base alla disciplina generale degli effetti della dichiarazione di illegittimità costituzionale, vale a dire sulla base dell'art. 30, commi 3 e 4, della legge 11.3.1953 n. 87 e dell'art. 136 della Costituzione. Sulla base di queste norme vi è stato un costante e concorde indirizzo della Corte di Cassazione nel senso che "l'ultimo comma dell'art. 30 della l. 11.3.1953 n. 87, che dispone la cessazione dell'esecuzione e di tutti gli effetti penali delle sentenze irrevocabili di condanna pronunciate in base a norme dichiarate incostituzionali, si riferisce alle sole norme incriminatici dichiarate incostituzionali" (sez.V, 21.1.1968 n. 296, ric. Vanenti; sez. I, 19.1.2012, ric. P.M. contro Hamrouny Razak).
Due sentenze della stessa Corte di Cassazione, sempre in riferimento all'art. 30 della legge n. 87/1953, hanno in contrario ritenuto che "l'ambito applicativo della norma non è limitato alla fattispecie incriminatrice in senso stretto, ma riguarda qualunque parte della condanna pronunciata in applicazione di una norma dichiarata incostituzionale e impedisce perciò anche solo una parte della esecuzione della sentenza irrevocabile, quale appunto quella relativa alla porzione di pena irrogata in attuazione della norma poi dichiarata costituzionalmente illegittima" (sez. I, 25.5.2012, ric. P.M. contro Harizi Kastriot; sez. I, 27.10.2011 ric. P.M. contro Hauohu Adel).

3.

Tali incertezze interpretative sono state sciolte con l'intervento della Corte di Cassazione che a Sezioni Unite (sentenza 42858 del 29.5.2014 motivazione depositata il 14.10.2014) ha affermato che:
L'irrevocabilità della sentenza di condanna non impedisce la rideterminazione della pena in favore del condannato, quando interviene la dichiarazione d'illegittimità costituzionale di una norma penale diversa da quella incriminatrice, incidente sul trattamento sanzionatorio, e quest'ultimo non sia stato interamente eseguito, pur se il provvedimento 'correttivo' da adottare non è a contenuto predeterminato;
Il giudice dell'esecuzione, per effetto della sentenza della Corte costituzionale n. 251 del 2012, che ha dichiarato l'illegittimità costituzionale dell'art. 69, quarto comma, Cod. Pen., nella parte in cui vietava di valutare prevalente la circostanza attenuante di cui all'art. 73, comma 5, D.P.R. 9 ottobre 1990, n. 309, sulla recidiva di cui all'art. 99, quarto comma, Cod. Pen., può affermare la prevalenza dell'attenuante anche compiendo attività di accertamento, sempre che tale valutazione non sia stata esclusa dal giudice della cognizione.
Al pubblico ministero, in ragione delle sue funzioni istituzionali, per effetto della sentenza della Corte costituzionale n. 251 del 2012, spetta il compito di richiedere al giudice dell'esecuzione l'eventuale rideterminazione della pena inflitta anche in applicazione dell'art. 69, quarto comma, Cod. Pen., nel testo dichiarato costituzionalmente illegittimo, pur se il trattamento sanzionatorio sia già in corso di attuazione.
Gli effetti prodotti sulla popolazione carceraria dalla pronuncia della Corte Costituzionale, sono stati costantemente monitorati dall'Amministrazione penitenziaria a cui gli istituti penitenziari hanno comunicato in quanti casi si fosse proceduto alla scarcerazione per effetto della rideterminazione della pena inflitta.

PARTE I. OFFERTA DI SOSTANZE

Capitolo 1. Tendenze del mercato e dimensione dell'offerta

A cura del Ministero dell'Interno- Direzione Centrale Servizi Antidroga, dell'Istat e di Esperti

1.1 Sequestri delle sostanze

Attività di contrasto a livello nazionale

Attraverso complesse e articolate rotte, in continua evoluzione, le multinazionali della droga, radicate in tutto il mondo, trasferiscono le sostanze illecite dai luoghi di produzione a quelli di consumo, incentivate dai cospicui guadagni che tali traffici sono in grado di generare. Il nostro Paese, nel quale operano organizzazioni criminali fra le più agguerrite, tanto italiane che straniere, si colloca fra i principali poli europei come area di transito, di consumo e, in minima parte, di produzione limitatamente alla cannabis (marijuana).

L'analisi dei dati rilevati dalla Direzione Centrale per i Servizi Antidroga nel 2014 con riferimento alle operazioni antidroga, alle segnalazioni all'Autorità Giudiziaria e ai sequestri di stupefacenti, consente di affermare che la domanda e l'offerta di droga permangono elevate malgrado il traffico illecito sia stato incisivamente contrastato dalle forze di polizia.

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

DATO IN AMBITO NAZIONALE			2014	% sul 2013
SOSTANZE SEQUESTRATE *di cui*		(kg)	152.198,46	111,09
[illegible]		(kg)	3.883,30	-21,90
Eroina		(kg)	931,13	5,30
Cannabis	Hashish	(kg)	113.157,29	211,29
	Marijuana	(kg)	33.440,86	15,93
	Piante di cannabis	(nr)	121.659	-86,41
AMFETAMINICI				
	in dosi		6.597	25,32
	in polvere		32,14	-42,92
L.S.D.		(nr)	1.549	-25,21
OPERAZIONI		(nr)	19.449	-11,47
PERSONE SEGNALATE		(nr)	29.474	-13,25
in stato di:				
	arresto		20.752	-16,82
	libertà		8.373	-2,32
	irreperibilità		349	-23,30
dei quali:				
	stranieri		10.585	-9,55
	minori		1.041	-18,35

- per la cocaina un decremento del 21,90%;
- per l'eroina un incremento del 5,30%;
- per la marijuana un incremento del 15,93%;
- per l'hashish un cospicuo incremento del 211,29%;
- per gli amfetaminici un incremento del 25,32% per ciò che concerne i sequestri "in dosi", mentre un decremento dei rinvenimenti di "polvere" pari al 42,92%;
- un decremento pari al 10,32% dei decessi per abuso di stupefacenti.

L'azione di contrasto si è mantenuta su livelli elevati e ha portato al sequestro di kg 152.198,462 (+111,09%) complessivi di droga e alla denuncia all'Autorità Giudiziaria, a vario titolo, di 29.474 (-13,25%) soggetti responsabili, di cui 10.585 stranieri (-9,55%) e 1.041 minori (-18,35%).

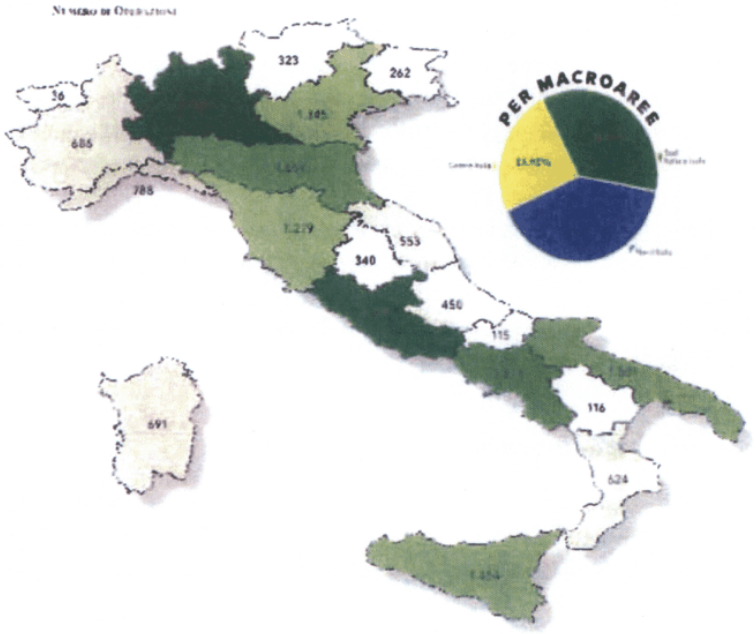
Operazioni antidroga

Nel 2014 le operazioni antidroga sono state 19.449, con un decremento rispetto al 2013 pari all'11,47%. Tale sensibile riduzione potrebbe trovare ragionevole spiegazione nel susseguirsi degli interventi sulla disciplina normativa in materia di sostanze stupefacenti e, in particolare, nelle modifiche operate nel 2014 sul quadro sanzionatorio penale e amministrativo che presidia l'attività di repressione delle Forze dell'Ordine. Tale repentina evoluzione del contesto normativo può aver rappresentato un verosimile fattore di regressione, ancorché temporaneo, lungo la strada della certezza operativa, soprattutto nel contesto dell'azione di contrasto al fenomeno del cosiddetto "piccolo spaccio". A riprova di ciò, può ben rammentarsi che analoga flessione (-7,47% nelle segnalazioni all'A.G.) fu registrata nel 2006, nei mesi subito successivi all'approvazione della legge "Fini Giovanardi", che, come nella fase attuale, apportò modifiche importanti alla disciplina normativa degli stupefacenti. Si rammenta che tali operazioni si riferiscono esclusivamente al contrasto di illeciti di carattere penale, escludendo, quindi, tutti gli interventi che sfociano in violazioni di carattere amministrativo sanzionate dal Prefetto (ex art. 75 T.U. 309/90).
Le operazioni hanno interessato indistintamente tutte le droghe inserite nelle tabelle allegate al Testo unico in materia di sostanza stupefacenti, il cui uso, traffico e spaccio è vietato dalla legge.

Operazioni antidroga: distribuzione regionale

La regione Lombardia, con un totale di 2.795 operazioni, emerge come valore assoluto rispetto alle altre regioni, seguita dal Lazio (2.479), dalla Campania (1.871), dall'Emilia Romagna (1.659), dalla Puglia (1.581) e dalla Sicilia (1.454). I valori più bassi sono stati registrati in Molise (115) e in Valle d'Aosta (36).
Rispetto al 2013 gli interventi di polizia sono aumentati in Valle d'Aosta (+63,64%) e in Umbria (+16,44%).
I cali più vistosi, in percentuale, sono stati rilevati in Lombardia (-23,19%) e in Trentino Alto Adige (-21,79%).
Prendendo in esame le macroaree, nel 2014 il Nord è in testa con il 40,59% delle operazioni antidroga complessive, seguito dal Sud e Isole con il 35,49% e dal Centro con il 23,92%.

Figura 1: Distribuzione regionale del numero di operazioni. Anno 2014



Fonte: Direzione Centrale per i Servizi Antidroga - Ministero dell'Interno

Sostanze Sequestrate

Nel 2014 sono stati registrati, rispetto all'anno precedente, incrementi nei sequestri di hashish (+211,29%), di marijuana (+15,93%), di eroina (+5,30%) e di droghe sintetiche in dosi (+23,99%). Sono risultati, invece, in diminuzione i sequestri di cocaina (-21,90%), di droghe sintetiche in polvere (-56,32%), di L.S.D. (-25,21%) e di piante di cannabis (-86,41%).

Il sequestro più rilevante, pari a kg 42.672 di hashish, è stato effettuato nel mese di giugno nelle acque antistanti l'isola di Pantelleria (TP).

Meritevoli di menzione sono anche i dati relativi ai sequestri di sostanze psicoattive il cui uso e impiego non sono tradizionalmente diffusi nel nostro Paese: kg 74,92 di oppio, kg 69,50 di khat, kg 12 di bulbi di papavero, kg 8,77 di psilocibina, kg 7,14 di ketamina e kg 3 di nandrolone.

I narcotrafficanti di cocaina operanti in Italia si sono riforniti per lo più presso il mercato colombiano, trasportando la sostanza attraverso

Sostanze sequestrate 2014		2014	% sul 2013
Cocaina	(kg)	3 883,30	-21,90
Eroina	(kg)	931,13	5,30
Cannabis – Hashish	(kg)	113 157,29	211,29
Cannabis – Marijuana	(kg)	33 440,86	15,93
Cannabis – Piante di cannabis	(nr)	121 659	-86,41
Droghe sintetiche	(nr)	9 344	23,99
	(kg)	42,52	-56,32
Altre droghe	(nr)	30 841	86,60
	(kg)	743,36	-21,91
	(kg)	152.198,46	111,09
Totale	(nr)	40.185	66,99
	(piante)	121.659	-86,41

l'Ecuador, Panama, Venezuela, Brasile e Repubblica Dominicana e, una volta in Europa, attraverso la Spagna e l'Olanda. L'eroina venduta nel nostro Paese è prevalentemente di produzione afghana e attraversa la Turchia e la penisola balcanica prima di arrivare in Italia. Per l'hashish i sodalizi criminali utilizzano le rotte che transitano dal Marocco, Spagna e Francia. Il mercato olandese riveste tuttora un ruolo significativo per l'Italia per quanto concerne in particolare le droghe sintetiche. Per la marijuana la maggior parte delle rotte partono dall'Albania e dalla Grecia.
I gruppi criminali maggiormente coinvolti nei traffici che attengono il territorio nazionale sono stati:

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

Sostanze sequestrate: distribuzione regionale

La regione Sicilia, con kg 85.651,30 di droga e oltre 48.185 piante di cannabis sequestrate, emerge come valore assoluto rispetto alle altre regioni, seguita dalla Puglia (kg 14.529,08), dal Lazio (kg 7.081,49), dalla Lombardia (kg 6.100,17), dalla Toscana (kg 3.725,07) e dalla Calabria (kg 3.126,93).

I valori più bassi si sono avuti in Molise (kg 19,54) e in Valle d'Aosta (kg 5,73).

Rispetto al 2013 sono stati registrati aumenti consistenti nei sequestri in Basilicata (+824,19%), in Valle d'Aosta (+311,94%), in Toscana (+207,50) e in Sicilia (+179,46).

I cali più vistosi, in percentuale, sono stati registrati in Friuli Venezia Giulia (-73,53%) e nelle Marche (-72,18%).

Prendendo in esame le macroaree, nel 2014 il Sud e Isole è in testa con l'81,05% dei sequestri complessivi, seguito dal Nord con il 10,21% e dal Centro con l'8,74%.

Figura 2: Distribuzione regionale dei quantitativi (kg) di droga sequestrata. Anno 2014

Fonte: Direzione Centrale per i Servizi Antidroga – Ministero dell'Interno

Cocaina sequestrata: distribuzione regionale

Le regioni nelle quali sono stati sequestrati i maggiori quantitativi di cocaina sono la Calabria con kg 1.448,28, la Lombardia con kg 720,62, la Liguria con kg 633,17 e il Lazio con kg 316,21.

I valori più bassi in Valle d'Aosta (0,24) e in Molise (0,63).

Rispetto al 2013 sono stati registrati aumenti consistenti di sequestri in Friuli Venezia Giulia (+264,39%), in Abruzzo (+121,26%), in Valle d'Aosta (+65,52) e nelle Marche (+41,32).

I cali più vistosi, in percentuale, sono stati registrati in Trentino Alto Adige (-98,54%), in Piemonte (-63,96%), in Toscana (-61,44%) e nel Lazio (-40,88%).

Prendendo in esame i dati per macroaree nel 2014 il Sud e Isole è in testa con il 49,92% dei sequestri complessivi, seguito dal Nord con il 40,78% e dal Centro con il 9,30%.

Figura 3: Distribuzione regionale dei quantitativi (kg) di cocaina sequestrata. Anno 2014

Fonte: Direzione Centrale per i Servizi Antidroga – Ministero dell'Interno

Eroina sequestrata: distribuzione regionale

Le regioni nelle quali sono stati sequestrati i maggiori quantitativi di eroina sono la Lombardia con kg 298,79, il Veneto con kg 141,63, le Marche con kg 120,50, la Puglia con kg 105 e l'Emilia Romagna con kg 60,84.

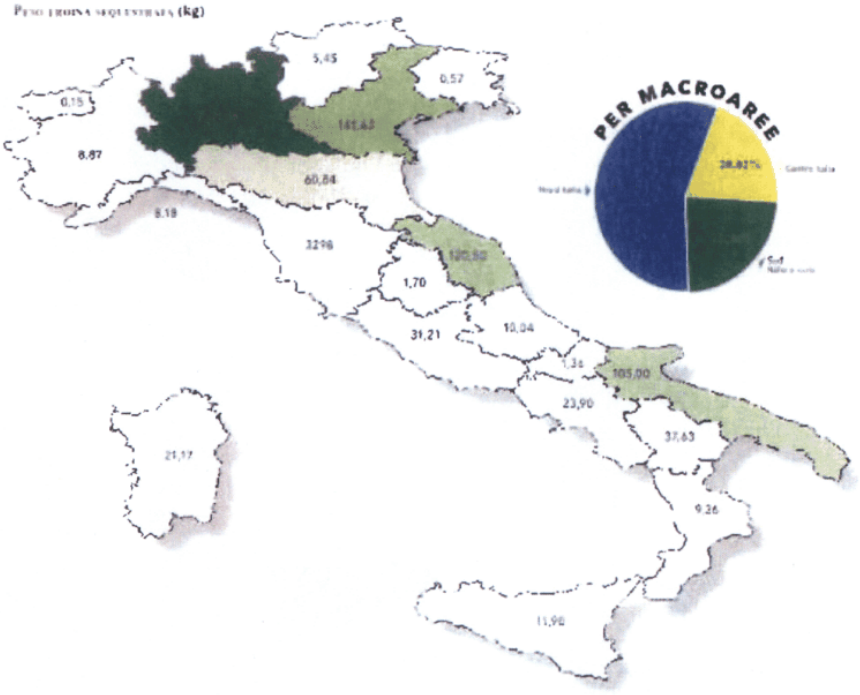
I valori più bassi in Valle d'Aosta (kg 0,15) e nel Friuli Venezia Giulia (kg 0,57).

Rispetto al 2013 sono stati registrati aumenti consistenti di sequestri in Basilicata (+1.428,55%), in Molise (+1.070,69%), in Sardegna (+352,63) e in Valle d'Aosta (+197,96).

I cali più vistosi, in percentuale, sono stati registrati in Friuli Venezia Giulia (-90,91%), in Emilia Romagna (-73,98%), in Campania (-67,49%) e in Piemonte (-53,96%).

Prendendo in esame i dati per macroaree nel 2014 il Nord è in testa con il 56,33% dei sequestri complessivi, seguito dal Sud e Isole con il 23,65% e dal Centro con il 20,02%.

Figura 4: Distribuzione regionale dei quantitativi (kg) di eroina sequestrata. Anno 2014



Fonte: Direzione Centrale per i Servizi Antidroga – Ministero dell'Interno

Cannabis sequestrata: distribuzione regionale

Le regioni nelle quali sono stati sequestrati i maggiori quantitativi di hashish sono la Sicilia con kg 78.676,64, la Lombardia con kg 4.083,09 e la Toscana con kg 3.311,82. Per la marijuana i sequestri più consistenti sono stati effettuarti in Puglia con kg 14.231,39, in Sicilia con kg 6.911,99 e nel Lazio con kg 4.667,77.

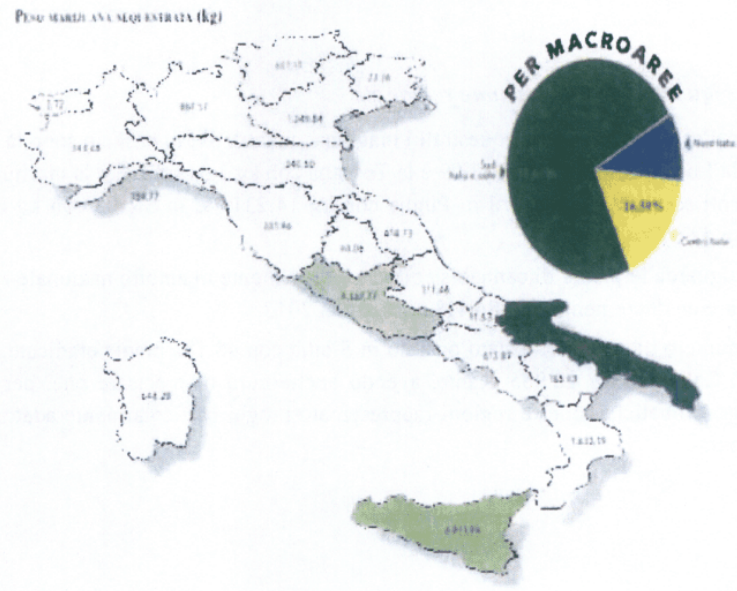
Per quanto riguarda le piante di cannabis coltivate illegalmente in ambito nazionale l'anno 2014 ha fatto registrare un decremento dell'86,41% rispetto al 2013.

Il maggior numero di sequestri è stato operato in Sicilia con 48.185 piante eradicate, in Puglia con 13.588 e in Calabria con 12.985 piante, avendo anche cura di precisare che, per le favorevoli condizioni geoclimatiche, queste regioni rappresentato luoghi particolarmente adatti a questo tipo di coltivazioni.

Figura 5: Distribuzione regionale dei quantitativi (kg) di cannabis sequestrata. Anno 2014

Hashish

Marijuana



Piante di cannabis

Fonte: Direzione Centrale per i Servizi Antidroga – Ministero dell'Interno

Droghe sintetiche sequestrate: distribuzione regionale

Le regioni nelle quali sono stati sequestrati i maggiori quantitativi di droghe sintetiche in polvere sono il Veneto con kg 21,45, la Lombardia con kg 10,68, mentre, per i sequestri in dosi, spicca la Toscana con 3.415 dosi e il Trentino Alto Adige con 1.197 dosi.

Rispetto al 2013 sono stati registrati aumenti consistenti di sequestri in polvere in Veneto (+778,8%) e in Puglia (+327,89%), mentre per i sequestri in dosi in Abruzzo (+2.175%) ed in Puglia (+1.950%).

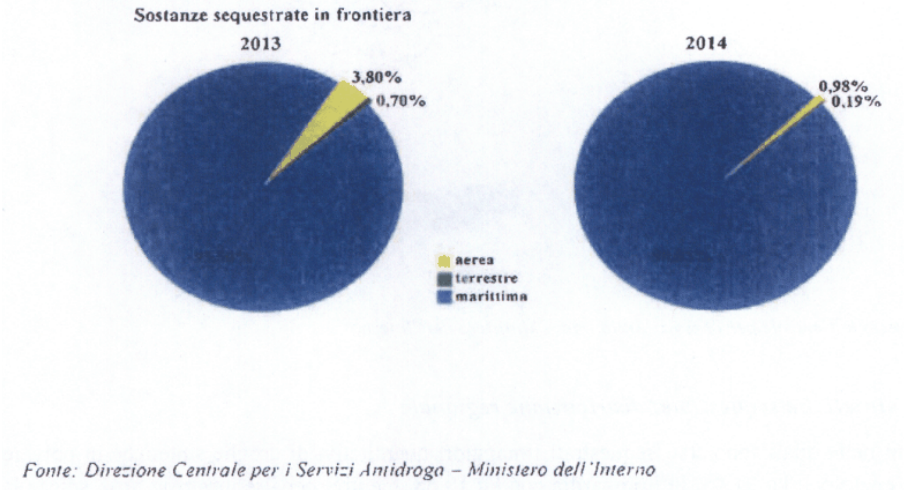
I cali più vistosi per i sequestri in polvere, in percentuale, sono stati registrati in Friuli Venezia Giulia (-96,11%) e in Trentino Alto Adige (-95,36%), mentre per i sequestri in dosi in Valle d'Aosta (-100%), in Campania (-100%), in Sicilia e Umbria (-98,46%), in Calabria (-89,47%).

ATTIVITÀ DI CONTRASTO NELLE AREE DI FRONTIERA ITALIANE

La penisola italiana, grazie alla sua baricentrica posizione nel Mar Mediterraneo e alla sua peculiare conformazione geografica caratterizzata da ottomila chilometri di coste, rappresenta una delle principali porte d'accesso delle droghe al vecchio continente, ancora oggi il primo mercato mondiale di consumo dell'eroina e il secondo, dopo il Nord America, della cocaina. A questi elementi di ordine geografico si somma la presenza di agguerrite organizzazioni criminali, caratterizzate da diffuse e consolidate ramificazioni all'estero nonché da un dominio assoluto del territorio, che consente loro di gestire i traffici internazionali di stupefacenti mantenendo il controllo dei rispettivi mercati interni.

Nel 2014 i sequestri di sostanze stupefacenti in Italia sono stati pari a kg 152.198,46, di cui kg 114.031,46 (74,92%) sequestrati presso le aree di frontiera, mentre nell'intero 2013 erano stati pari a kg 72.102,78, dei quali kg 37.480,71 (51,98%) erano stati intercettati nelle aree frontaliere.
L'impennata dei sequestri, registrata soprattutto nel 2014, è in larga parte riconducibile a diversi maxi-sequestri effettuati dalle Forze di Polizia italiane nelle acque antistanti le coste nazionali e nelle acque internazionali del bacino del mediterraneo.
Gli istogrammi di seguito riportati evidenziano l'incidenza dei sequestri in frontiera marittima rispetto al totale frontaliero nel biennio 2013/2014.

Figura 6: Attività di contrasto nelle aree di frontiera. Anni 2013-2014



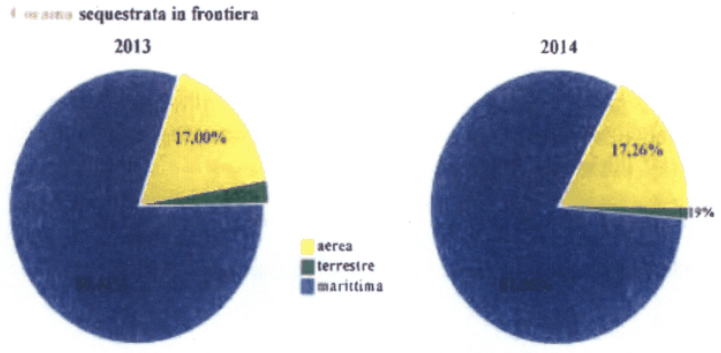
Fonte: Direzione Centrale per i Servizi Antidroga – Ministero dell'Interno

Se fino al 2008, la maggior parte della droga destinata al territorio nazionale veniva sequestrata presso gli aeroporti internazionali, attualmente la frontiera marittima ha decisamente assunto un ruolo strategico determinante.
Per quanto attiene alle droghe sintetiche, i sequestri in ambito frontaliero continuano a rimanere di scarsa rilevanza.

Cocaina

Dei kg 2.659,65 di cocaina sequestrati nel 2014, kg 2.168,88 sono stati intercettati presso le aree di frontiera. Nel 2013 i sequestri frontalieri erano stati pari a kg 3.205,53, di cui kg 2.578,24 in ambito marittimo.

Figura 7: Attività di contrasto nelle aree di frontiera: cocaina. Anni 2013-2014



Fonte: Direzione Centrale per i Servizi Antidroga – Ministero dell'Interno

Il grafico successivo mostra i sequestri di cocaina effettuati presso le aree portuali nel quinquennio 2010 – 2014, dai quali emerge una linea tendenzialmente stabile ove si escluda il picco registrato nel 2011.

Figura 8: Attività di contrasto nelle aree portuali: cocaina. Anni 2010-2014

Fonte: Direzione Centrale per i Servizi Antidroga – Ministero dell'Interno

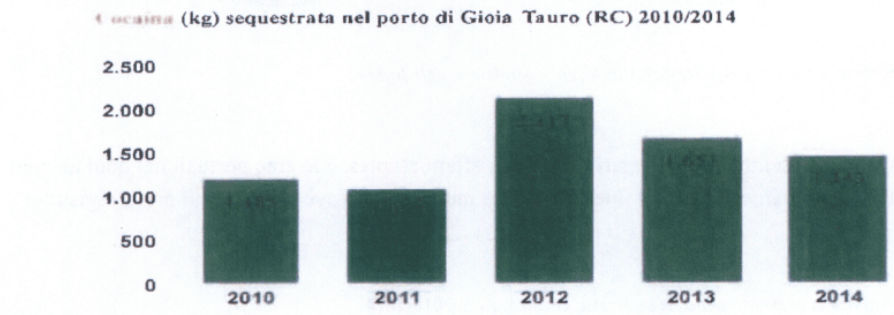
Per quanto concerne la cocaina il dato che emerge chiaramente dall'analisi dei sequestri è la particolare incidenza (pari all'81,55% del totale sequestrato in frontiera) dei rinvenimenti nelle aree di frontiera marittima. Le ragioni di questo fenomeno sono da ricercare in due ordini di fattori: da un lato, le organizzazioni criminali negli ultimi anni, approfittando dello sviluppo e/o del potenziamento del sistema portuale mediterraneo, hanno aumentato il volume di traffico di questa sostanza lungo le rotte marittime, dall'altro, le stesse organizzazioni (in primis la "ndrangheta" e la "camorra"), al fine di massimizzare i profitti, hanno privilegiato l'introduzione dello stupefacente

direttamente sul territorio nazionale piuttosto che farlo transitare attraverso la Spagna o il Nord Europa, consuete aree di ingresso, transito e stoccaggio della cocaina destinata al mercato europeo.

La droga è introdotta nel territorio nazionale soprattutto attraverso le aree portuali del versante occidentale, provenendo direttamente dalle zone di produzione del Sud America ovvero transitando dai Paesi dell'Africa Occidentale.

Nello specifico, il porto di Gioia Tauro si conferma la principale area di ingresso di tale stupefacente in Italia. Nel 2014 la cocaina sequestrata presso questo hub portuale è stata pari a kg 1.442,98, il 66,53% del totale dei sequestri frontalieri marittimi.

Figura 9: Quantità di cocaina sequestrata nel porto di Gioia Tauro. Anni 2010-2014



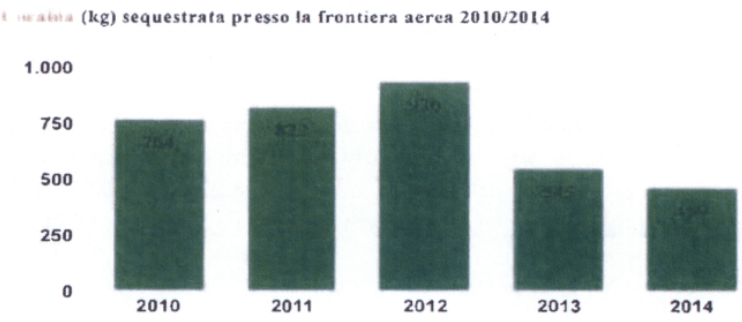
Fonte: Direzione Centrale per i Servizi Antidroga – Ministero dell'Interno

Nel 2014 gli altri porti interessati dal traffico di cocaina sono stati soprattutto quelli di Vado Ligure (SV) con kg 330,08, di Genova con kg 209,97 e di Cagliari con kg 141,37.

Per quanto riguarda i Paesi di accertata provenienza della cocaina sequestrata presso le citate aree portuali italiane, si segnalano soprattutto Ecuador (porto di Guayaquil), Cile (porti di Chile Coronel e di Valparaiso), Brasile (porti di Manaus, di Santos e di Vila do Conde), Costarica (Puerto Limon) e Perù (porto di Callao).

Con riferimento alla frontiera aerea, a conferma del fatto che i narcotrafficanti utilizzano sempre più la via marittima per l'inoltro delle partite di cocaina, nel 2014 si conferma la flessione dei sequestri (kg 458,99), già evidenziata nel 2013, annualità in cui, peraltro, erano stati riscontrati valori in controtendenza rispetto al triennio precedente.

Figura 10: Attività di contrasto nelle frontiere aeree: cocaina. Anni 2010-2014



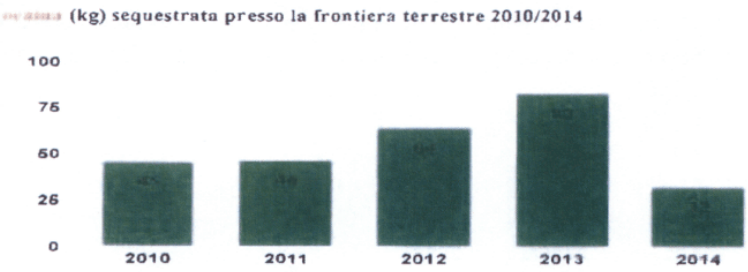
Fonte: Direzione Centrale per i Servizi Antidroga – Ministero dell'Interno

Resta comunque evidente come tale sostanza stupefacente sia quella maggiormente sequestrata presso gli aeroporti italiani, tra i quali spiccano Malpensa (VA) con kg 198,58 e Fiumicino (RM) con kg 192,92, che insieme determinano un'incidenza dell'85,30% in rapporto al totale dei sequestri presso le frontiere aeree.

Le maggiori quantità provengono dalla Repubblica Dominicana (kg 149,84), dal Brasile (kg 145,5) e dal Venezuela (kg 44,75), mentre i corrieri utilizzati per il trasporto della cocaina sono risultati principalmente di nazionalità italiana (n. 42), dominicana (n. 16), spagnola (n. 16) e nigeriana (n. 14).

Nel 2014, presso le ***frontiere terrestri,*** si è evidenziato un calo dei sequestri (kg 31,78) in rapporto all'andamento progressivamente crescente dei dati riferiti al quadriennio precedente, come rappresentato nel grafico che segue.

Figura 11: Attività di contrasto nelle frontiere terrestri: cocaina. Anni 2010-2014



Fonte: Direzione Centrale per i Servizi Antidroga – Ministero dell'Interno

Anche se la portata dei sequestri presso queste aree è di modesta rilevanza (1,19% sul totale dei sequestri frontalieri), non si può escludere un progressivo aumento dei transiti delle quantità di cocaina, specie nelle aree di confine del Nord e del Nord-Est d'Italia, in ragione di diversi fattori

primo fra tutti il ruolo assunto dalla criminalità balcanica, in particolare serbo-montenegrina, nelle dinamiche del traffico internazionale di cocaina.
Questa regione, tradizionalmente interessata dai traffici di eroina, di marijuana, di droghe di sintesi e di precursori, potrebbe essere sfruttata nei prossimi anni in modo più intenso, anche per i transiti di cocaina.
A supporto di tali considerazioni, oltre alle risultanze investigative prodotte dalle autorità di polizia dei Paesi dell'area balcanica, si segnalano: nel 2014 il sequestro presso il valico di Fernetti (TS) di kg 9,51 di cocaina proveniente dall'Ucraina e nel quinquennio 2009 - 2013 il sequestro complessivo di kg 114,6 avvenuto presso la barriera autostradale di Vipiteno (BZ).

Figura 12: Quantità di cocaina sequestrata nel Vipiteno. Anni 2010-2014

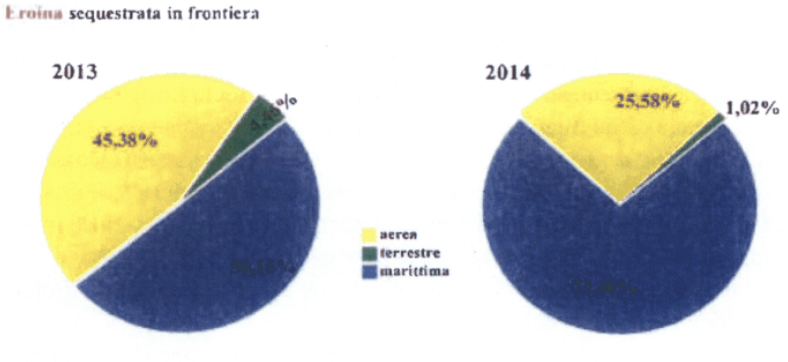
Fonte: Direzione Centrale per i Servizi Antidroga – Ministero dell'Interno

Eroina

Nel 2014 i sequestri presso le aree di frontiera sono stati kg 180,38, con una flessione del 27% circa rispetto al 2013 in cui aveva raggiunto l'ammontare di kg 247,87.

I maggiori sequestri sono stati effettuati presso le ***zone frontaliere marittime*** (kg 132,39). I grafici sottostanti evidenziano l'incidenza percentuale dei sequestri di tale stupefacente, suddivisi per tipo di frontiera.

Figura 13: Attività di contrasto nelle aree di frontiera: eroina. Anni 2013-2014



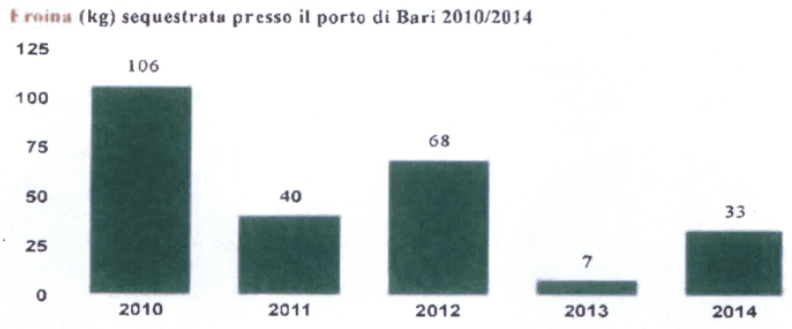
Fonte: Direzione Centrale per i Servizi Antidroga – Ministero dell'Interno

Le aree portuali del versante adriatico, tradizionalmente interessate dall'ingresso di eroina e marijuana, si confermano come i principali terminali dei flussi di eroina provenienti dalla rotta balcanica.

In questo contesto spicca il porto di Ancona, dove dopo un triennio (2009-2012) senza alcuna segnalazione di sequestro, nell'ultimo biennio sono invece stati intercettati kg 98,18 nel 2013 e kg 94,77 nel 2014, con un'incidenza rispettivamente del 79% e 72% sul totale frontaliero marittimo.

Il porto di Bari si attesta al secondo posto (kg 32,93), anche se la linea tendenziale dei sequestri riferiti al quinquennio 2010-2014 evidenzia una flessione che, in generale, riguarda tutte le aree portuali della regione Puglia.

Figura 14: Quantità di eroina sequestrata nel porto di Bari. Anni 2010-2014



Fonte: Direzione Centrale per i Servizi Antidroga – Ministero dell'Interno

La maggior parte dell'eroina sequestrata nei porti è risultata provenire dalla Grecia (kg 94,77), in particolare dai porti di Igoumenitsa e Patrasso, e dall'Albania (kg 21,29).

Nel 2014 i sequestri di eroina alle ***frontiere aeree*** costituiscono il 25,58% del totale dei sequestri frontalieri, con kg 46,15, mentre nel 2013 avevano raggiunto la consistenza di kg 112,49, il 45,38% del totale intercettato in frontiera.

Gli aeroporti maggiormente interessati dai traffici di eroina sono quelli di Fiumicino (RM) con kg 15,86, di Orio al Serio (BG) con kg 8,60, di Venezia (Marco Polo) con kg 6,95 e di Malpensa (VA) con kg 6,46: insieme rappresentano l'82% circa del totale dei sequestri in ambito aeroportuale.

Il 57% circa dell'eroina sequestrata (kg 26,43) presso gli aeroporti italiani è giunta principalmente da Paesi europei. Il Pakistan (aeroporti di Islamabad e di Lahore) e il Kenya (aeroporti di Nairobi e Mombasa) spiccano tra gli altri Paesi di provenienza, rispettivamente con kg 5,75 e kg 6,78.

Si è dunque evidenziato un dato in controtendenza rispetto al triennio 2011-2013, periodo durante il quale detto stupefacente, in larga parte proveniente dai porti e dagli aeroporti pakistani, è stato immesso nei mercati occidentali transitando dai Paesi dell'Africa orientale (soprattutto dalla Tanzania e dal Kenya).

I corrieri coinvolti nel traffico di eroina lungo le tratte aeree (n. 40) sono risultati principalmente di nazionalità nigeriana (n. 16) e pakistana (n. 13).

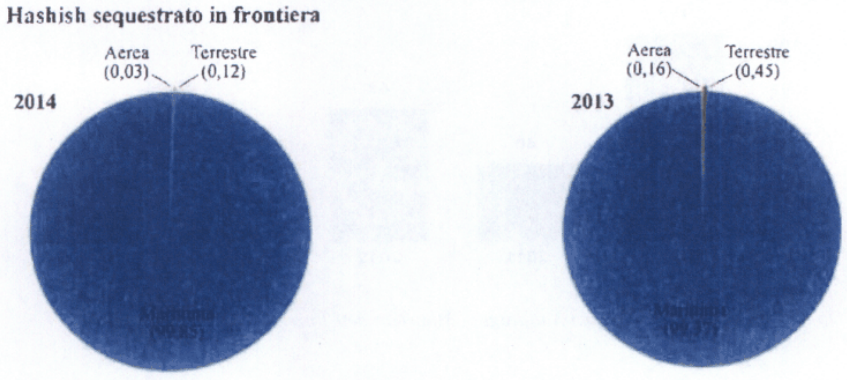
Per quanto attiene all'eroina intercettata presso le ***frontiere terrestri*** (kg 1,84) i valori assumono scarsa rilevanza atteso che, complessivamente, hanno un'incidenza dell'1,02% del totale sequestrato in frontiera e interessano unicamente il valico ferroviario di Ventimiglia (IM), con kg 1,77, e stradale di Autofiori (IM), con kg 0,07.

Hashish

Il 2014 ha fatto registrare un notevole incremento (284% circa rispetto al 2013) dei sequestri di hashish presso la ***frontiera marittima*** per quantitativi pari a kg 98.513,33, che hanno rappresentato più del 99% del totale dei sequestri frontalieri.

Deve essere evidenziato che il sensibile aumento dei sequestri di hashish è in gran parte riconducibile a quattro maxi-operazioni di polizia, tre condotte nelle acque antistanti le coste siciliane e conclusesi con il rinvenimento complessivo di kg 78.246 ed una effettuata in acque internazionali che ha portato al recupero di kg 18.669 di stupefacente.

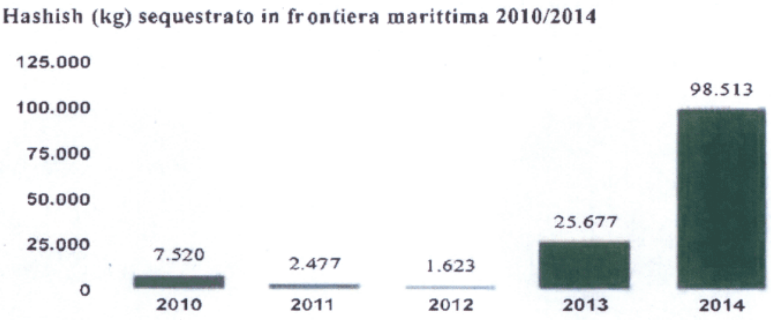
Figura 15: Attività di contrasto nelle aree di frontiera: hashish. Anni 2013-2014



Fonte: Direziane Centrale per i Servizi Antidroga – Ministero dell'Interno

La rappresentazione grafica successiva pone in evidenza i sequestri di hashish in ambito marittimo nel quinquennio 2010 - 2014.

Figura 16: Attività di contrasto nella frontiera marittima: hashish. Anni 2010-2014



Fonte. Direzione Centrale per i Servizi Antidroga – Ministero dell'Interno

Così come per la cocaina, i porti del versante occidentale della penisola rappresentano i terminali del flusso marittimo della resina di cannabis. In tale ambito, nel 2014 si colloca al primo posto il porto di Genova (kg 863,25), seguito dal porto di Civitavecchia (RM) con kg 547,62. Sul versante adriatico, le uniche eccezioni sono rappresentate dai porti di Otranto e di Ancona, rispettivamente con kg 31,52 e kg 25,52.

In merito ai Paesi di provenienza dell'hashish sequestrato in frontiera marittima, il Marocco, principale fornitore del mercato europeo, si pone al primo posto con kg 71.829,2. Meritevole di attenzione è l'ingente sequestro di hashish (kg 7.280) proveniente dalla Moldavia effettuato nelle acque antistanti la provincia di Ragusa.

Sono principalmente cittadini italiani (n. 38), siriani (n. 20), indiani (n. 18) e egiziani (n. 16) i soggetti coinvolti nelle operazioni di polizia che hanno portato ai citati sequestri di hashish presso la frontiera marittima.

Per le aree ***frontaliere terrestri,*** l'unico valico da segnalare è quello di Autofiori (IM) tradizionalmente interessato dal transito di hashish proveniente, in larga misura, dal Marocco, dove sono stati sottoposti a sequestro kg 115,75 di questa sostanza (quantitativo che rappresenta la quasi totalità dei sequestri di resina di cannabis presso le aree di frontiera terrestri, il cui ammontare complessivo è pari a kg 116,19).

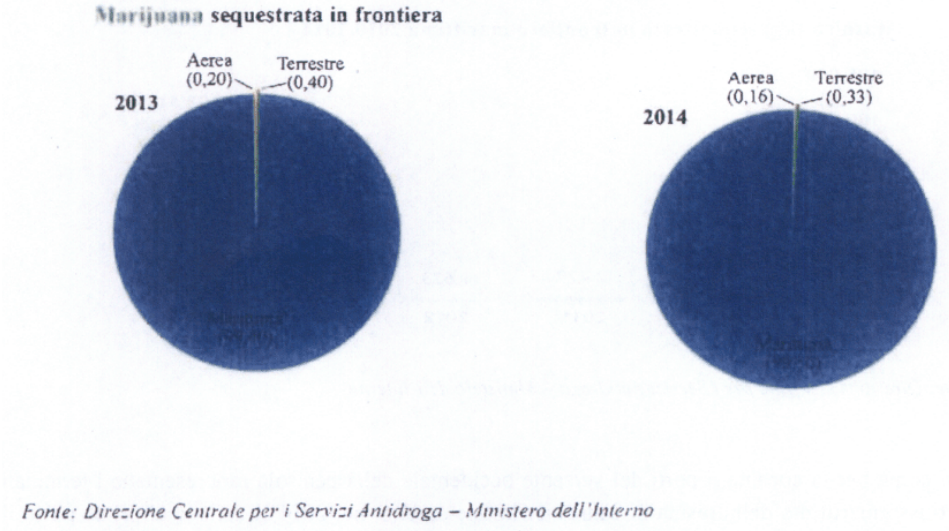
Le aree di ***frontiera aerea*** sono quelle meno interessate dai flussi di hashish. Negli aeroporti di Malpensa (VA), di Fiumicino (RM) e di Linate (MI) sono stati effettuati i sequestri più consistenti. Il quantitativo complessivo (kg 28,27) sequestrato presso queste tre aeree aeroportuali ha un'incidenza dell'86% sul totale (kg 32,82) dei sequestri in scali aeroportuali.

Marijuana

Anche per l'altra tradizionale presentazione della cannabis, la marijuana, seppur in misura minore, nel 2014, si registra un incremento del 58,54% rispetto al 2013 nei sequestri frontalieri che hanno portato al rinvenimento complessivo di kg 11.830,84 di sostanza stupefacente contro i 7.462,13 dell'anno precedente.

Il 99,5% dei sequestri di questa droga, pari a kg 11.772, è avvenuto presso la ***frontiera marittima***.

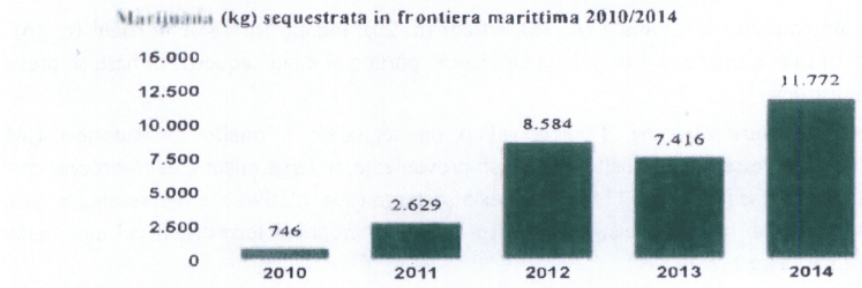
Figura 17: Attività di contrasto nelle aree di frontiera: marijuana. Anni 2013-2014



Fonte: Direzione Centrale per i Servizi Antidroga – Ministero dell'Interno

L'istogramma successivo mostra i sequestri di marijuana in ambito marittimo nel quinquennio 2010 – 2014.

Figura 18: Attività di contrasto nella frontiera marittima: marijuana. Anni 2010-2014



Fonte: Direzione Centrale per i Servizi Antidroga – Ministero dell'Interno

Il versante adriatico è quello più utilizzato per l'importazione della sostanza stupefacente nel territorio nazionale, anche se nello scorso anno deve essere annotato un considerevole sequestro, pari a 3.512 di sostanza, avvenuto nel porto di Catania.

Con riferimento, invece, ai sequestri effettuati lungo la costa orientale italiana, il porto di Bari è al primo posto con kg 4.137,15 di sostanza sequestrata, seguito dal porto di Otranto (LE) con

kg 466,74, dal porto di Ancona con kg 375 e da quello di Venezia con kg 204,88.

Presso le acque antistanti le coste italiane sono stati sequestrati kg 2.824 circa, di cui kg 2.604 di fronte alle coste pugliesi.

In relazione ai Paesi di provenienza della marijuana, le maggiori quantità provengono dall'Albania (kg 6.180,74) e dalla Grecia (kg 650,72). Con riferimento alle nazionalità dei soggetti coinvolti nelle attività illecite d'importazione della droga emergono l'Italia e l'Albania con rispettivamente n. 46 e n. 14 cittadini segnalati all'Autorità Giudiziaria.

I quantitativi di marijuana intercettata presso i ***valichi terrestri*** non sono particolarmente significativi anche se in questo contesto merita di essere segnalato il valico Autofiori (IM), dove sono avvenuti sequestri per un totale di kg 36,18, il 91% circa del quantitativo complessivo intercettato presso le frontiere terrestri.

Circa la ***frontiera aerea***, tradizionalmente poco utilizzata per le operazioni di introduzione nel territorio dello Stato di questo tipo di stupefacente, i maggiori sequestri si segnalano presso gli aeroporti di Malpensa (VA), di Linate (MI) e di Pisa, il cui ammontare complessivo costituisce la quasi totalità dei sequestri effettuati (kg 18,61).

Droghe sintetiche

Nel 2014 sono state intercettate n. 1.016 dosi e kg 9,11 di droghe sintetiche (nel 2013 le dosi e i chilogrammi erano stati rispettivamente 1.777 e 12,92).

Come evidenziato nei grafici successivi, la maggior parte di queste sostanze sono state sequestrate nel 2014 presso le frontiere terrestri e quelle aeroportuali.

Nello specifico, nel 2014, presso i ***valichi terrestri*** sono state sequestrate n. 981 dosi di droghe sintetiche (978 delle quali alla sola barriera autostradale di Vipiteno), pari al 96,5% circa del totale frontaliero mentre, nelle ***frontiere aeree***, le quantità complessive sottoposte a sequestro, espresse con valori ponderali, hanno raggiunto la soglia dei kg 5,79, pari al 63,56% circa del totale frontaliero, con interessamento, in via preferenziale, degli aeroporti di Linate (kg 4,54) e di Malpensa (kg 1,22).

Come in passato, anche nel 2014, i Paesi di provenienza delle droghe sintetiche sono soprattutto l'Olanda e la Spagna.

1.1.1 Analisi della "manodopera" del mercato illegale

Le operazioni di contrasto all'offerta di droga, registrate nel data base DCSA, si possono esaminare rispetto a diverse variabili (territorio, sostanza, soggetti coinvolti, ecc.) per valutare indirettamente aspetti "nascosti" legati al mercato illegale delle sostanze psicotrope.

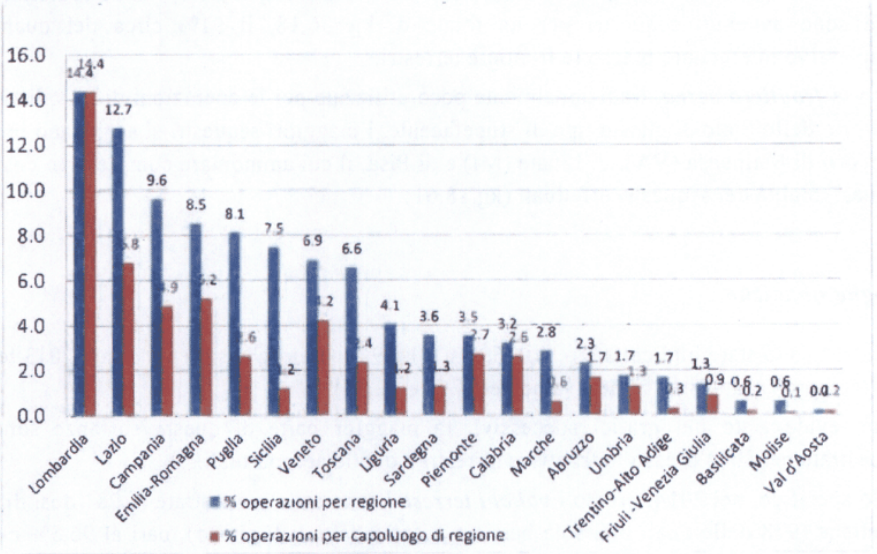
Una prima analisi scompone il totale delle operazioni (19.449) rispetto alla "tipologia". In particolare si evidenziano 3 tipi di operazioni che coprono il 99,5% dei casi: "rinvenimento" (10,5%), "scoperta di reato" (8,5%), "sequestro" (80,5); solo lo 0,5% riguarda altre tipologie come solo una, per esempio, la "scoperta di un laboratorio".

Le operazioni sono classificate per regione, con ulteriore "di cui" relativo al capoluogo di regione. Il totale delle operazioni compiute nei capoluoghi è 9190, pari al 47,25% del totale (la popolazione

residente nei capoluoghi è solo il 38,0%). La Figura 19 rappresenta le distribuzioni percentuali per regione del 2014. Per il Trentino-Alto Adige si è assunta come capoluogo la città di Trento per semplicità di rappresentazione. A Bolzano sono state effettuate 126 operazioni delle 323 della regione.

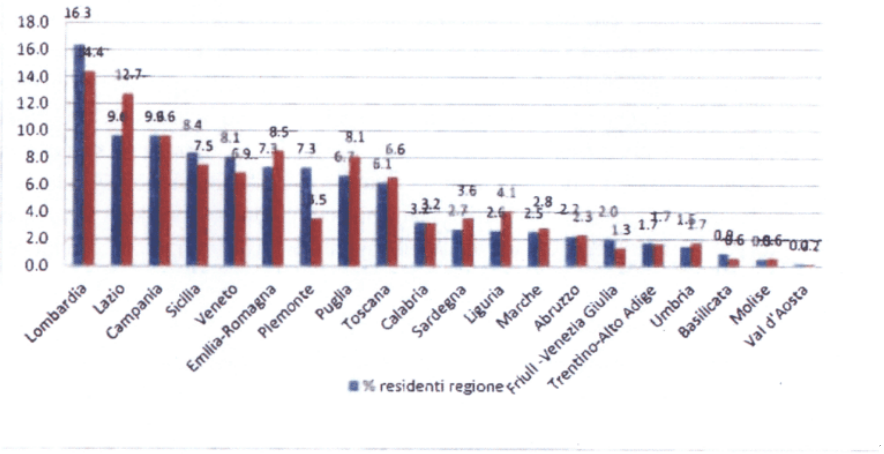
Dalla Figura 19 emergono situazioni territoriali piuttosto diversificate quando il numero di operazioni viene confrontato con la popolazione residente, sia per ciascuna regione nel suo insieme, sia per i soli capoluoghi.

Figura 19: Distribuzione percentuale delle operazioni per regione e per capoluogo di regione nel 2014.



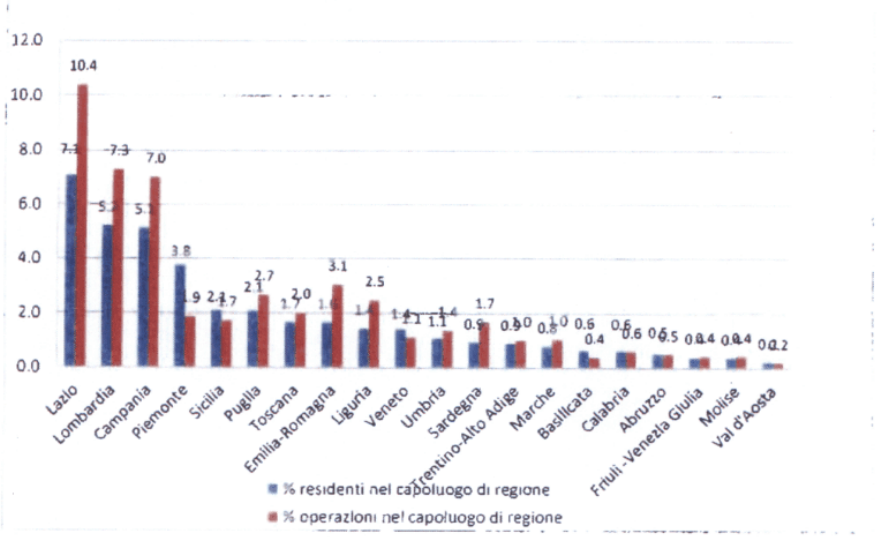
Come si vede dalla Figura 20, la distribuzione delle operazioni per regione è abbastanza simile a quella della popolazione residente. Fa eccezione il Piemonte, dove la percentuale di operazioni è meno della metà della percentuale della popolazione residente; la circostanza appare legata alla bassa quota di operazioni nella città di Torino.

Figura 20: Distribuzioni percentuali dei residenti e delle operazioni nelle regioni.



Dalla Figura 21 emerge che la percentuale di operazioni nei capoluoghi (47,25%) è maggiore della percentuale di popolazione dei capoluoghi, che è il 38,0%. Ciò appare legato alla maggiore offerta di sostanze illegali nelle grandi città. Anche in questo caso si nota l'eccezione piemontese, con la già citata bassa quota di operazioni nella città di Torino.

Figura 21: Distribuzioni percentuali dei residenti e delle operazioni dei capoluoghi di regione



Passando ad analizzare le conseguenze penali delle operazioni, nella

Figura 22 si rappresenta, per regione, il numero di denunciati. In generale, il numero medio di denunciati per operazione è più basso nelle regioni del Nord, più alto in quelle del Sud-Isole, abbastanza alterno nel Centro. La media del numero di denunciati per operazione è 1,5. La mediana è 1. Se ne può già dedurre che la grande maggioranza delle operazioni (di fatto, circa l'80%) coinvolge una sola persona denunciata; molto rare le operazioni "massive": solo l'1% delle operazioni implica 15 o più denunciati; solo nello 0,04% delle operazioni si superano i 50 denunciati; il numero massimo di denunciati in una singola operazione è 77; il 10% delle operazioni non ha denunciati. La distribuzione percentuale cumulata, troncata a 20 denunciati, è riportata in Figura 5. Come si vede, circa il 90% delle operazioni ha un numero di denunciati pari a 0 o a 1.

Figura 22: Distribuzione percentuale delle operazioni (19.449) per regione e di denunciati (in totale 29.474) per regione di reato.

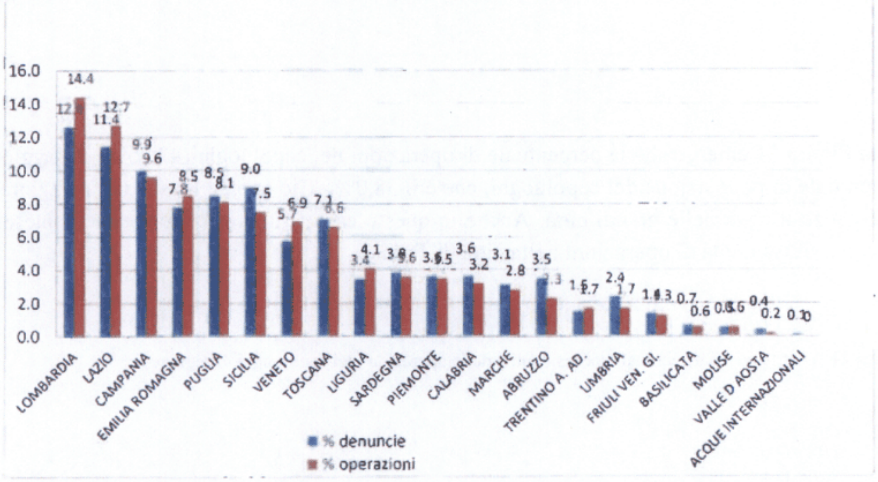
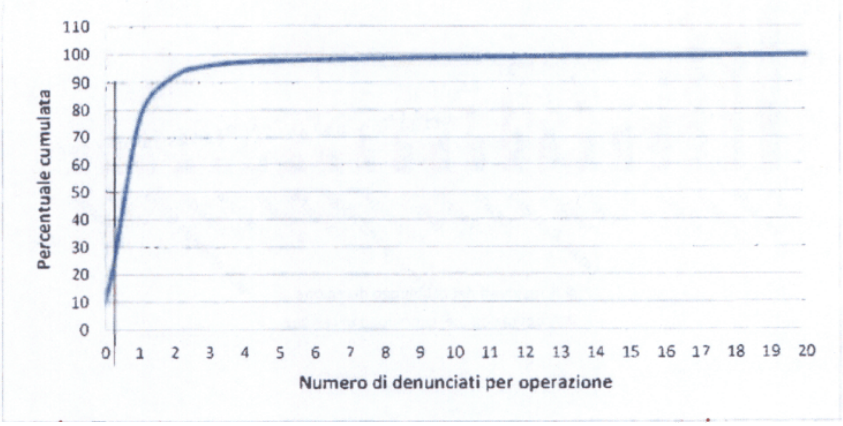


Figura 23: Distribuzione percentuale cumulata del numero dei denunciati per operazione (fino a 20).



Passando ad analizzare la "regione" (compresa quella dell' "estero") di residenza dei denunciati in Figura 24, risulta chiaro che la "regione estera" rappresenta già il 25,1%. La percentuale sale al 37% fra i soli maschi; i maschi denunciati dei primi 3 paesi (Albania, Marocco e Tunisia), sono 5591 e rappresentano circa il 19% di tutti i denunciati e oltre il 52% di tutti gli stranieri. Fra le femmine denunciate, le straniere sono il 22%. E' importante osservare anche la notevole percentuale di denunciati residenti in paesi nord-africani occidentali e sahariani, i più toccati dalle nuove rotte della cocaina dal Sud America verso l'Europa (
Figura 25), e cioè Burkina-Faso, Costa d'Avorio, Gabon, Ghana, Gambia, Guinea, Liberia, Mali, Mauritania, Niger, Nigeria, Senegal, Tanzania, Egitto, Libia e Sudan; sono in totale 1553; il 5,3% di tutti i denunciati e quasi il 15% di tutti gli stranieri.

Figura 24: Distribuzione percentuale di denunciati (in totale 29.474) per regione o luogo di residenza.

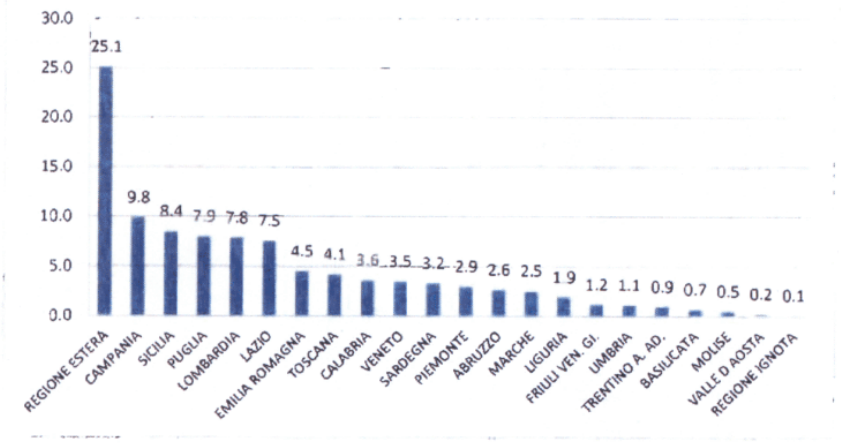
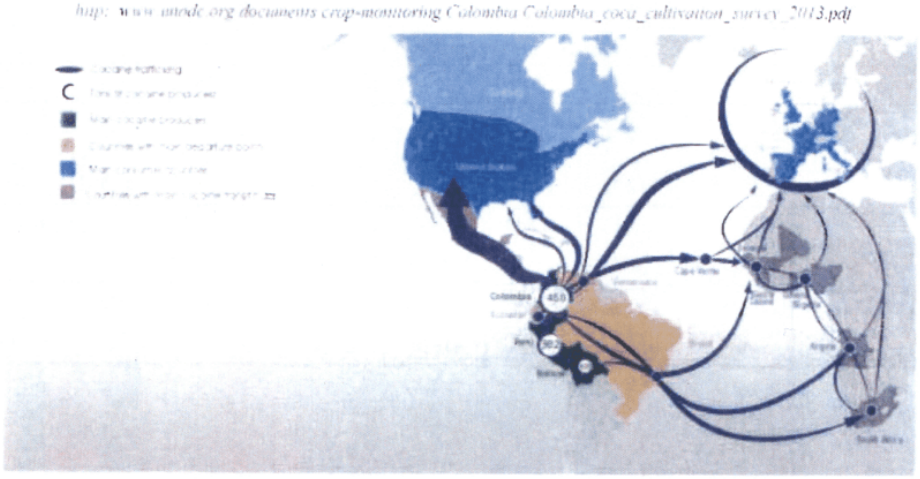


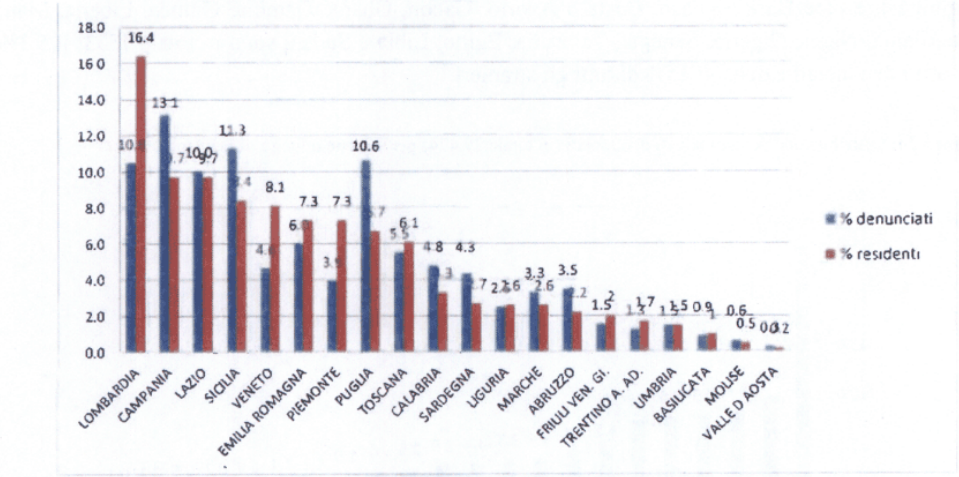
Figura 25: Mappa da UNODC COLOMBIA Coca cultivation survey 2013, June 2014



Se ora si esclude la "regione estera" e si confrontano, per regione, i denunciati con i residenti, si ottiene la Figura 26, che mostra una situazione analoga a quella della

Figura 22 per Nord, Centro e Sud-Isole, in modo anche più evidente.

Figura 26: Distribuzioni percentuali di residenti e di denunciati nelle regioni.



E' anche interessante analizzare la distribuzione per sesso, età e cittadinanza dei denunciati, come riportato nella Tabella e nella Figura 27.

Tabella 1: Persone denunciate secondo il sesso, la classe di età (in parentesi %) e la cittadinanza.

Maschi								
Nazionalità	**< 15**	**15 - 19**	**20 - 24**	**25 - 29**	**30 - 34**	**35 - 39**	**>= 40**	**TOTALE**
ITALIANI	28	2	3	3	2	2	5	17
	(0,2)	(12,0)	(19,7)	(15,5)	(12,9)	(12,3)	(27,5)	(100)
STRANIERI	10	688	1.889	2.601	2.156	1.343	1.388	10.075
	(0,1)	(6,8)	(18,7)	(25,8)	(21,4)	(13,3)	(13,8)	(100)
TOTALE	**38**	**2.742**	**5.247**	**5.243**	**4.356**	**3.446**	**6.090**	**27.162**
	(0,1)	**(10,1)**	**(19,3)**	**(19,3)**	**(16,0)**	**(12,7)**	**(22,4)**	**(100)**

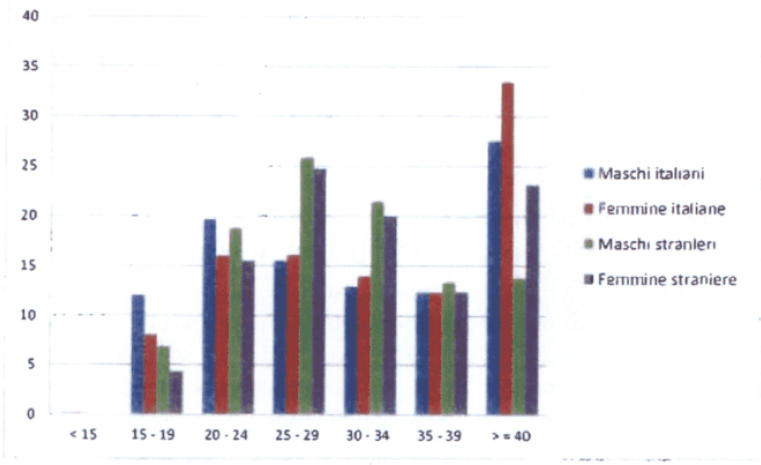
	Femmine							
Nazionalità	**< 15**	**15 - 19**	**20 - 24**	**25 - 29**	**30 - 34**	**35 - 39**	**> = 40**	**TOTALE**
ITALIANE	4	145	288	289	251	222	603	1.802
	(0,2)	(8,0)	(16,0)	(16,0)	(13,9)	(12,3)	(33,5)	(100)
STRANIERE	0	22	79	126	102	63	118	510
	(0,0)	(4,3)	(15,5)	(24,7)	(20,0)	(12,4)	(23,1)	(100)
TOTALE	**4**	**167**	**367**	**415**	**353**	**285**	**721**	**2.312**
	(0,2)	**(7,2)**	**(15,9)**	**(17,9)**	**(15,5)**	**(12,3)**	**(31,2)**	**(100)**

Le distribuzioni per età sono abbastanza diverse tra italiani e stranieri, ma l'età media e mediana sono abbastanza simili (per gli stranieri, distribuzioni più concentrate sulle età centrali). Da notare, fra gli italiani, l'elevata percentuale di ultraquarantenni (27,5% nei maschi; addirittura 33,5% nelle femmine). Fra le classi di età più giovanili, quella "sotto i 15 anni" rimane di peso scarsissimo; invece quella successiva, "15-19", per gli italiani, sia maschi sia femmine, ha un peso pressoché doppio che per gli stranieri; è già confrontabile con i pesi delle classi di età più critiche (20-25, 26-30, 30-34).

Tabella 2: Età medie e mediane dei denunciati.

	Maschi		Femmine	
Nazionalità	Età media	Età mediana	Età media	Età mediana
Italiani	31	31	32	34
Stranieri	30	28	31	30

Figura 27: Distribuzione percentuale dell'età dei denunciati.



Si riportano le persone denunciate per classi d'età e natura del provvedimento adottato. Se si calcola il rapporto tra "in stato di arresto" e "in stato di libertà", si ottengono i valori dell'ultima riga della tabella. Per i minori di 15 anni l'arresto si osserva in meno di un terzo dei casi; per la classe d'età successiva è più frequente che "in libertà", ma non di molto; poi il rapporto cresce, fino a raggiungere il massimo per la classe d'età 35-39, ma con sostanziale stabilità dopo i 24 anni.

Tabella 3: Persone denunciate secondo la classe di età e la natura del provvedimento adottato.

	Classi di età							
Tipo Denuncia	**<15**	**15-19**	**20-24**	**25-29**	**30-34**	**35-39**	**>40**	**Totale**
ARRESTO	13	1.603	3.924	4.106	3.435	2.711	4.960	20.752
IN LIBERTA'	29	1.299	1.642	1.463	1.212	951	1.777	8.373
IRREPERIBILITA'		7	48	89	62	69	74	349
Totali	**42**	**2.909**	**5.614**	**5.658**	**4.709**	**3.731**	**6.811**	**29.474**
ARRESTO/ IN LIBERTA'	0,45	1,23	2,39	2,81	2,83	2,85	2,79	2,48

Per quanto riguarda i tipi di reato, la sintesi è riportata nella Tabella 4, che riporta la distribuzione rispetto al primo e secondo reato in una denuncia. Come osservazione sui denunciati occorre dire che i 29.474 soggetti riportati in tutte le analisi non sono necessariamente tutti soggetti diversi perché il data base della DCSA non permette la distinzione dei soggetti denunciati, ma solo delle operazioni, è possibile che uno stesso soggetto venga denunciato in più di un'operazione nel corso di un anno.

Tabella 4: Persone denunciate per tipo primo e secondo reato.

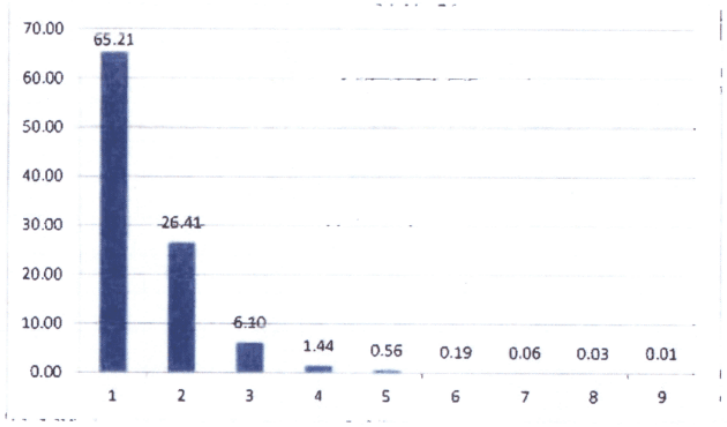
	II REATO	26	62	74	79	80	81	82	**Totali**
I REATO	NUMERO DENUNCIATI								
60			3						3
73	24.160	1.917		2.776	4	568	36	7	29.468
79	3								3
Totali	**24.163**	**1.917**	**3**	**2.776**	**4**	**568**	**36**	**7**	**29.474**

E' evidente che tutti i denunciati (meno 6) mostrano l'art.73 della legge 309/90 come primo reato e in oltre il 9% dei casi anche l'art.74 della stessa legge.

La classificazione dei denunciati in base alla loro occupazione appare di scarso interesse, dato che il 90,69% dei denunciati risulta con "nessuna occupazione" o "occupazione imprecisata".

Per quanto riguarda le sostanze rinvenute e sequestrate la Figura 28 riporta la distribuzione del numero di sostanze per operazione. Mettendola a confronto con la Figura 23 (numero di denunciati per operazione), la maggior parte delle operazioni risulta di puro controllo di spaccio locale, con pochi soggetti implicati (massimo 2 in più del 90% delle operazioni) e poche sostanze (massimo 2 nel 91% delle operazioni). Inoltre, i denunciati nell'82% dei casi hanno solo ascritto il reato di cui all'art.73. In Figura 29 si mostra l'elenco delle sostanze e relative percentuali.

Figura 28: Distribuzione percentuale del numero di sostanze per operazione.



Come si vede, appare che il 95% delle operazioni riguarda sequestri di cocaina, eroina, hashish, cannabis e piante di cannabis. Il mercato tuttavia risulta molto più variegato, come appare dalla

Tabella 5, dove sono elencate tutte le numerose sostanze chimiche sequestrate, compresi i medicinali (soprattutto tranquillanti).

Figura 29: Distribuzione percentuale delle sostanze sequestrate nelle operazioni.

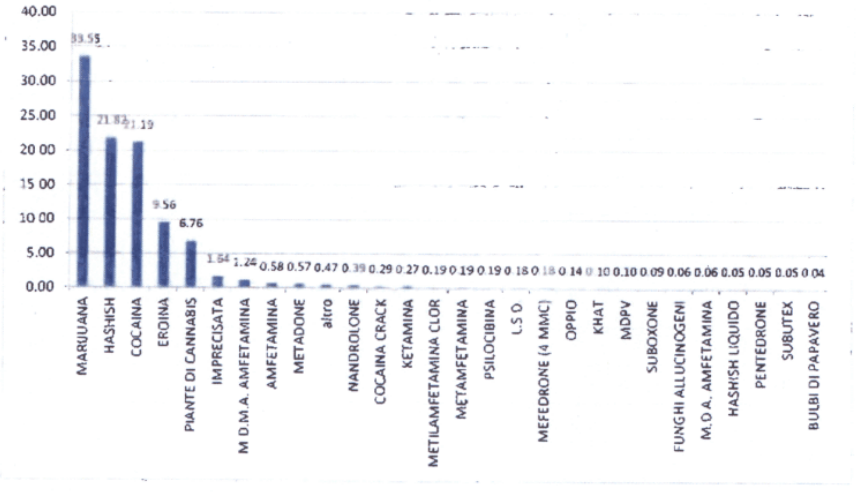


Tabella 5: Quantitativo dei Sequestri per tipo di sostanza.

SOSTANZA	*totale*		*massimo sequestro*	
	Gr.	*Dosi,Piante o Millilitri*	*Gr.*	*Dosi,Piante o Millilitri*
4 MEC	328,16	0	230	0
5APB	8	0	3,5	0
5APDB	3,3	0	3,3	0
6APB	7,3	0	3,9	0
6APDB	1,9	0	1,9	0
A PVP	16,4	0	10	0
ALPRAZOLAM	12	30	12	30
ALTRI ALLUCINOGENI	9	4	9	4
ALTRI OPPIACEI	0	7	0	7
AMFEPRAMONE PROPIONE	4,2	250	4,2	250
AMFETAMINA	3.302,424	587	212	443
BULBI DI PAPAVERO	18.210	448	12.000	228
BUPRENORFINA	0	33	0	29
CAPSULE PAPAVERO	554,45	463	476,45	239
CLONAZEPAM	0	10	0	10
COCA FOGLIE	340,68	1	260	1
COCAINA	3.865.797,113	775	226.675	98
COCAINA CRACK	1.738,688	19	500	9
COCAINA LIQUIDA	15.765,14	0	10.212,14	0
CODEINA	40,7	1	40,7	1
CONTRAMAL	0	1	0	1
D.M.T.	0,8	0	0,8	0
DEMEROL	60	0	60	0
DIAZEPAM	70	30	45	30
DOB	0	978	0	978
DROGHE MISTE	4,05	6	3,55	6
EROINA	931.129,436	213	69.129	43
FENTERMINA	0	250	0	250
FUNGHI ALLUCINOGENI	272,76	11	48,6	11
G.H.B.	0	2.200 ml	0	2.200 ml
GARDENALE	0,6	0	0,6	0
GBL	0	12.500 ml	0	12.500 ml
HASHISH	113.151.894,5	446	42.672.000	71
HASHISH LIQUIDO	5.392,84	0	5.050	0
IMPRECISATA	1.701,024	71	866	38
JWH 018	1.183,5	0	394	0

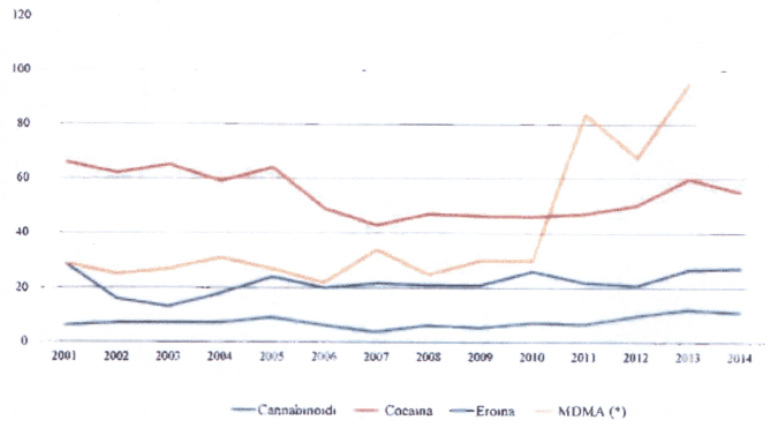
JWH 073	225,5	0	225,5	0
KETAMINA	10.498,1	4	7.140	3.000 ml
KHAT	559.812	0	69.500	0
L.S.D.	34,463	1.549	5	500
LEXOTAN	0	10	0	10
LUMINALE	0,2	0	0,2	0
M.D.A. AMFETAMINA	305,8	8	100	8
M.D.E.A. AMFETAMINA	0,1	0	0,1	0
M.D.M.A. AMFETAMINA	28.527,107	6002	21.027	3.269
MARIJUANA	33.415.774,98	1709	2.240.000	276
MDPV	820,85	0	500,8	0
MEFEDRONE (4 MMC)	2.624,395	1	1.463,25	1
MESCALINA	54,74	0	53,44	
METADONE	624,76	722	158,24	124
METAMFETAMINA	2.673,595	134	664	53
METILAMFETAMINA CLOR	3.277,725	85	951	85
METILFENIDATO	12,14	0	6,14	0
METOSSIETAMINA	8,5	0	2,8	0
MINIAS	0	2	0	2
MONOACETILMORFINA	5.012	0	5.000	0
MORFINA	110	15	108	8
NANDROLONE	22.191,9	25.919	3.000	25.110
OPPIO	106.514,37	516	74.920	504
OPTALIDON	0	10	0	10
OXYCONTIN	0	44	0	33
PENTEDRONE	171,19	0	112,3	0
PIANTE DI CANNABIS	0	121.659	0	35.000
PIANTE DI PAPAVERO	0	1046	0	800
PSILOCIBINA	16.030,14	14	8.770	10
RIVOTRIL	0,002	148	0,002	81
RIVOTRIL 2	0	0		80 ml
SALVIA DIVINORUM	149	0	149	0
SKUNK	25.088	0	25.000	0
SUBOXONE	15,49	529	14,6	111
SUBUTEX	56,359	207	56	57
TAVOR	0	36	0	20
TEMGESIC	0	3	0	3
VERONAL	0,08	0	0,08	0

1.2 Purezza delle sostanze

I dati sulla purezza delle sostanze stupefacenti derivano dalle analisi effettuate dalla Sezione Indagini sulle Droghe del Servizio Polizia Scientifica della Direzione Centrale Anticrimine della Polizia di Stato inseriti nelle schede dell'European Monitoring Centre for Drugs and Drugs Addictions. I dati sono relativi sia ai sequestri di maggiori quantitativi che ai sequestri di droga da strada.

Nel 2014, la percentuale media di principio attivo rilevata nei campioni analizzati è rimasta stabile sia per l'eroina (27%) che per i cannabinoidi (THC) (11%), per la cocaina si osserva invece una diminuzione passando dal 60% nel 2013 al 55% nel 2014. Per quanto riguarda l'MDMA, per l'anno di riferimento non è disponibile il peso in mg per pasticca/unità, l'ultimo dato disponibile è riferito all'anno 2013 con un peso di 96 mg. E' da evidenziare che le analisi vengono condotte su un campione esiguo di sostanze, questo è perciò soggetto ad elevata variabilità sia all'interno del campione che tra campioni di sostanze rilevati in periodi differenti (Figura 30, Tabella 6).

Figura 30: Percentuale media di sostanza pura riscontrata nelle sostanze rinvenute dalle FFOO negli anni dal 2001 al 2014.



(*) Per l'MDMA viene riportato il trend del peso medio in mg per pasticca/unità.

Fonte: Elaborazione su dati Ministero dell'Interno - Direzione Centrale Anticrimine della Polizia di Stato

Nella

Tabella 6 sono contenuti i valori massimi, minimi, medi e mediani di principio attivo riscontrato nelle sostanze psicoattive illegali nel 2014. La variabilità è molto elevata: dall'1% al 25% per i cannabinoidi, dal 55 all'88% per la cocaina e dal 2% al 64% per l'eroina.

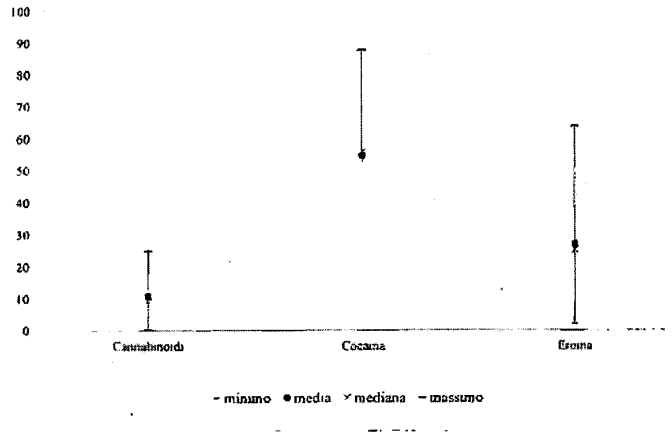
Tabella 6: Valori medi, minimi e massimi di prineipio attivo riscontrato nelle sostanze psicoattive illegali. Anno 2014

	Cannabinoidi	Cocaina	Eroina
minimo	1	55	2
media	11	55	27
mediana	11	56	26
massimo	25	88	64

(*) Per l'MDMA vengono riportati i valori del contenuto in mg per pasticca/unità.

Elaborazione su dati Ministero dell'Interno - Direzione Centrale Anticrimine della Polizia di Stato

Figura 31: Variabilità nella quantità di prineipio attivo riscontrato nelle sostanze psicoattive illegali rinvenute dalle FFOO nel 2014



(*) Per l'MDMA vengono riportati i valori del contenuto in mg per pasticca/unità.

Fonte: Elaborazione su dati Ministero dell'Interno - Direzione Centrale Anticrimine della Polizia di Stato

L'analisi della purezza delle sostanze stupefacenti può dipendere molto dal mixing della tipologia dei sequestri (grosse partite o sequestri al dettaglio), questo può causare forti differenze di percentuale di principio attivo riscontrato nelle variabili registrate.

1.3 Dimensione del mercato

Introduzione

L'Istat elabora correntemente delle stime sulla componente non osservata dell'economia, ossia quell'area che per motivi diversi sfugge all'osservazione diretta. Si tratta essenzialmente dell'economia sommersa e dell'economia illegale, quest'ultima circoscritta alle sole attività di prostituzione, commercializzazione di sostanze stupefacenti e contrabbando di sigarette. L'economia illegale è entrata per la prima volta nel calcolo degli aggregati economici con la revisione dei conti nazionale diffusa a partire da settembre del 2014, mentre l'economia sommersa è già da tempo compresa nelle stime[7].

L'inclusione di specifiche attività illegali nella stima del Pil è una decisione che è stata presa a livello europeo e rende operativo, con modalità comuni tra gli Stati membri, il principio presente nel regolamento europeo dei conti nazionali (Sec) secondo il quale le misure che esprimono il reddito di una nazione devono tener conto anche di attività vietate dalle leggi nazionali ma che hanno caratteristiche di scambio volontario tra soggetti economici[8]. L'inclusione delle attività illegali risponde, in particolare, al criterio dell'esaustività dei conti nazionali e ha l'obiettivo di accrescere la comparabilità delle stime consentendo, tra l'altro, l'utilizzo del reddito nazionale lordo ai fini del calcolo delle risorse proprie UE[9].

Stimare la dimensione economica di un fenomeno non osservato è un'attività complessa che richiede l'utilizzo di strumenti teorici e tecniche di analisi statistica appropriate per consentirne l'inserimento nei conti nazionali. L'insieme delle attività oggetto di analisi è stato, pertanto, circoscritto e le metodologie impiegate sono state finalizzate a misurare aspetti specifici del fenomeno. I metodi di stima impiegati non consentono, quindi, di misurare il volume d'affari delle organizzazioni criminali o l'insieme di operazioni economiche (legali o illegali) riconducibili a questo tipo di operatori.

---

7 L'economia sommersa deriva dall'attività di produzione di beni e servizi che pur essendo legale sfugge all'osservazione diretta in quanto connessa alla frode fiscale e contributiva.

8 Sono inserite nei conti nazionali le sole attività illegali che hanno la caratteristica di transazioni economiche e come tali comportano il mutuo consenso tra le parti. Conseguentemente, alcune azioni illegali, come i crimini contro la persona o contro la proprietà, non sono incluse nei confini della produzione e non sono inserite nella stima degli aggregati economici.

9 Alcune attività, infatti, possono essere legali e riconosciute dalle istituzioni fiscali e contributive in un paese e non in un altro. Inoltre, i redditi guadagnati dalla produzione di beni e servizi illegali possono essere impiegati per l'acquisto di beni e servizi legali mentre il risparmio generato dalle attività illegali può essere utilizzato per l'acquisizione di beni patrimoniali o per operazioni finanziarie.

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

Le fonti e il metodo di stima del mercato delle droghe

In Italia non esistono indagini statistiche dirette utili ai fini della stima del valore degli aggregati economici associati al consumo di sostanze stupefacenti. I dati di base utilizzati sono di natura pubblica ma non provengono da rilevazioni della statistica ufficiale che, sino ad ora, non ha affrontato la misurazione diretta di queste attività. Le fonti informative, pertanto, sono rappresentate da un variegato insieme di informazioni proveniente da enti pubblici, organizzazioni internazionali, associazioni private e di ricerca.

Come in altri paesi europei, anche in Italia si evidenzia una situazione piuttosto difficile riguardo alla disponibilità e alla qualità dei dati. Le fonti amministrative fornite dagli organi di polizia, dai ministeri e dalle dogane, così come le ricerche di associazioni non-profit o universitarie utilizzano spesso concetti e modalità di rilevazione tra loro molto diverse e non standardizzate.

Informazioni che rispondono a degli standard di raccolta dati sulle quantità, i prezzi e i consumatori di droga, sono deducibili principalmente dalle due agenzie internazionali EMCDDA (European Monitoring Center for Drug and Drug Addiction) e UNODC (United Nations Organization on Drug and Crime) che da molti anni monitorano il mercato della droga per diversi ordini di finalità (in particolare, controllo, prevenzione e lotta al terrorismo internazionale).

Anche in questo caso, tuttavia, la qualità del dato non è del tutto assicurata, perchè le rilevazioni sono affidate ai singoli paesi e non è possibile stabilirne il grado di accuratezza.

Coerentemente con quanto raccomandato dall'Ufficio statistico europeo (EUROSTAT), gli aggregati da stimare e le metodologie di misurazione sono definiti sulla base di criteri di prudenza. Data la scarsa qualità delle fonti informative di base, gli approcci si basano su assunzioni semplificatrici, utili per evitare eccessive disomogeneità nelle stime tra i paesi.

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

L'analisi preliminare ha consentito di classificare l'Italia come paese prevalentemente importatore di stupefacenti, con una significativa quota di commercializzazione interna e una modesta attività di ri-esportazione di cocaina e di eroina[10].

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

10 Data la non significativa produzione di sostanze stupefacenti, limitata comunque alla cannabis e ad altre droghe sintetiche, il risultato dell'attività di traffico e spaccio è considerato nei conti nazionali alla stregua di qualunque altra attività commerciale, in cui la produzione è pari al margine tra il valore della merce venduta e i costi necessari per acquistare la merce

procedendo alla stima del numero degli utilizzatori, della quantità media consumata e dei prezzi di mercato unitari.

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

Le difficoltà di misurazione hanno riguardato, in particolare, la mancanza d'indicatori esaustivi sul numero di soggetti coinvolti e il rischio della doppia contabilizzazione di fasi del processo produttivo, dalla distribuzione allo scambio finale. Tale problema, che nel contesto dei conti nazionali genera una sovrastima della domanda di beni e servizi, potrebbe essere causato da un'errata classificazione all'interno dei consumi finali di costi intermedi legali utilizzati per l'attività di produzione di beni e servizi illegali[1].

La stima del consumo di sostanze stupefacenti

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

Il punto di forza di tale approccio è che le informazioni sugli utilizzatori, la frequenza d'uso e la quantità media consumata possono essere considerate variabili piuttosto stabili nel medio periodo e confrontabili tra paesi.

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

$$HFCj = Nj * Q_{HFC}j * P_{HFC}j$$

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

Il numero dei consumatori N si ottiene utilizzando i dati d'indagini che stimano la prevalenza del consumo, in termini di tassi, per tipologia di sostanza: eroina, cocaina, cannabis, amfetamine, ecstasy e LSD. Il tasso di prevalenza annuale (*last year prevalence rate*) è un indicatore chiave dell'Osservatorio europeo (EMCDDA) e viene stimato sulla base della General Population Survey (GPS). Fornisce l'informazione sulla proporzione di soggetti che hanno fatto uso di sostanze

[1] Si può verificare, tuttavia, anche una sottostima dei flussi di produzione se le informazioni disponibili non consentono di stimare l'ammontare di produzione che si genera nell'economia legale come indotto delle attività illegali.

stupefacenti nei 12 mesi precedenti il momento della rilevazione rispetto alla popolazione di riferimento (15-64 anni).

Dal 2010, i tassi di prevalenza sono diffusi dal Dipartimento delle Politiche antidroga nella Relazione annuale al Parlamento sulle tossicodipendenze. L'analisi dei dati per tipologia di sostanza ha evidenziato alcuni problemi di qualità dell'informazione raccolta. In particolare, la rappresentazione del fenomeno non risultava coerente con quanto pubblicato da altri paesi europei[12] e rispetto ad altre fonti nazionali come, ad esempio, l'indagine sulla popolazione generale condotte dal Consiglio Nazionale delle Ricerche (CNR). Il tasso di prevalenza annuale, inoltre, può essere considerato come valore soglia minimale per la misurazione del numero di consumatori.

I dati pubblicati nella Relazione sono stati, quindi, sottoposti a verifica tenendo conto anche di altre informazioni sia nazionali che sovranazionali. In particolare, sono stati utilizzati gli indicatori sui consumatori problematici forniti dall'EMCDDA[13] e i dati sugli utenti in trattamento presso i Ser.T. per abuso di eroina come sostanza primaria per correggere il numero dei consumatori di eroina[14].

L'approccio indiretto considerato porta a stimare un numero di consumatori di eroina molto più alto rispetto a quello che si otterrebbe utilizzando gli indicatori presenti nella Relazione al Parlamento e fornisce un fattore di correzione che è stato poi applicato a tutte le tipologie di droghe[15].

In questo modo si ottiene per il 2010 un numero di consumatori per tipologia di sostanza validato e corretto in funzione di tutte le fonti disponibili sul fenomeno e coerenti con altri studi analoghi pubblicati dalla Commissione Economica Europea[16]

Poiché le indagini hanno cadenza biennale, i dati sul numero di consumatori per l'anno 2011 sono stati costruiti applicando ai dati del 2010 i tassi di variazione medi annui registrati nel periodo 2010-2012.

Per determinare la quantità media di sostanza consumata nell'anno, è necessario definire delle assunzioni relative ai comportamenti individuali di consumo.

Il numero di utilizzatori per tipologia di sostanza è stato quindi dettagliato in modo da applicare comportamenti di consumo differenziati per tre diverse tipologie di consumatori: problematici,

---

12 L'osservatorio EMCDDA riporta in tutti i bollettini di diffusione dei dati europei, la seguente nota *"The most recent general population survey reported by Italy display a wide variation in results compared with the previous surveys which may reflect methodological differences The data is provided for information, but given the lack of comparability between surveys should be treated with caution." (http://www.emcdda.europa.eu/stats13#display:/stats13/gpstab1d)*

13 Si veda "Estimated trends in the prevalence of problem and injecting drug use, rate per 1 000 population aged 15–64", EMCDDA.

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

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

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

regolari, occasionali[17]. La distinzione tra le tre diverse tipologie di consumatori è possibile prendendo a riferimento informazioni di esperti riportate in letteratura[18].

I livelli di consumo possono essere molto diversi tra un consumatore occasionale e un consumatore regolare. Inoltre, alcuni studi osservano che oggi la maggior parte dei consumatori acquista la droga al momento disponibile sul mercato rendendo, quindi, diffuso il poli-consumo, ovvero l'assunzione da parte di una stessa persona di più sostanze stupefacenti, specialmente fra i consumatori regolari e problematici[19].

Nel 2011 il numero di utilizzatori di cannabis stimati dall'Istat è di 5,5 milioni mentre 1,1 milioni sono gli utilizzatori di cocaina. I consumatori di eroina risultano 188 mila e 480 mila sono gli utilizzatori di altre sostanze chimiche (exctasy, LSD, anfetamine). La somma degli utilizzatori per sostanza non consente di stimare il numero dei consumatori di droga in quanto nelle stime una stessa persona può essere conteggiata una o più volte essendo misurato anche il poli-consumo.

Dopo aver definito il numero degli utilizzatori per tipo di sostanza e per comportamento di consumo (consumatori problematici, regolari e occasionali) è possibile pervenire alla stima della quantità di droga immessa nel mercato interno, inserendo alcune assunzioni sulla frequenza e le quantità d'uso delle diverse tipologie di consumatori. I comportamenti di consumo della popolazione, che riguardano sia la frequenza di consumo in un anno sia le dosi giornaliere, si basano su ipotesi condivise in ambito Europeo[20] e su indicazioni di esperti (Direzione Centrale Servizi Antidroga).

Il consumo in termini di valore è individuato moltiplicando le quantità consumate per i prezzi al dettaglio. Mentre i dati relativi al numero di consumatori ed alle quantità assunte richiedono un lavoro di raccordo tra fonti diverse, nonché la formulazione di ipotesi sui comportamenti di consumo, le informazioni sui prezzi appaiono più univoche e affidabili, e dunque l'elemento meno controverso tra quelli che concorrono alla determinazione della spesa.

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

Gli aggregati dell'offerta

Una volta stabilita la dimensione del mercato interno, rappresentata dalla quantità di sostanze stupefacenti consumate, si è proceduto alla stima del valore delle importazioni, delle esportazioni e

---

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

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

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

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

della produzione interna, tramite assunzioni riguardanti il grado medio di purezza delle sostanze, la quota di ri-esportazione e i prezzi di riferimento degli aggregati da stimare (prezzo di acquisto sui mercati internazionali, di vendita all'ingrosso e al dettaglio sul mercato nazionale).

Questi ultimi sono rilevati dal Ministero degli Interni e dall'agenzia delle Nazioni Unite per il controllo e la prevenzione del crimine (UNODC).

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

Ciascuna fase del processo implica un diverso ammontare di ricavi e costi mentre le transazioni che si determinano lungo la filiera consentono di stimare la distribuzione del valore aggiunto tra i vari operatori. Al fine di determinare per ciascuna tipologia di transazione l'ammontare di produzione e di valore aggiunto, si sono stimati i margini commerciali (differenza fra valore del venduto e valore dei beni da rivendere) e i costi intermedi impiegati nella produzione. In particolare, per la definizione dei margini commerciali sono stati individuati i prezzi di riferimento lungo la filiera (ottenuti sulla base di elaborazioni di dati ufficiali e informazioni fornite da esperti della DCSA, Direzione Centrale dei Servizi Antidroga) e l'entità dell'adulterazione per tipologia di sostanza stupefacente (rispetto alla quale sono forniti dati dal Ministero degli Interni). I costi intermedi sono definiti in quota rispetto al valore della produzione, non essendo disponibili informazioni puntuali sui prezzi praticati per i beni e servizi acquistati dai trafficanti.

I risultati

Come per tutte le innovazioni introdotte nell'ultima revisione dei conti nazionali diffuse a partire da settembre 2014, i calcoli analitici di base sono stati sviluppati con riguardo all'anno 2011 che ha costituito ciò che in termini tecnici si definisce anno di riferimento (o di benchmark).

Le stime effettuate rilevano che nel 2011 le attività connesse agli stupefacenti rappresentano circa il 60% del complesso delle attività illegali stimate dalla Contabilità Nazionale e pesano per circa lo 0,8% sul Pil[21]. In particolare, il consumo di sostanze stupefacenti sul territorio nazionale è stimato in 12,7 miliardi di euro, di cui circa la metà attribuibili al consumo di cocaina e un quarto all'utilizzo di derivati della cannabis (Tabella 7).

Tabella 7: Consumo di droga per tipologia di sostanze stupefacenti. Anno 2011 (valori in milioni di euro)

21 Istat (2014), I nuovi conti nazionali in Sec 2010 - Innovazioni e ricostruzione delle serie storiche (1995-2013), Nota informativa, 6 ottobre.

Tipologia di droga	Consumi finali
Eroina	1.6
Cocaina	6.4
Cannabis	3.4
Altro	1.3
Totale	**12.7**

In sintesi, l'obiettivo perseguito nella costruzione delle misure di contabilità nazionale è stato quello di stimare nel modo più preciso possibile i valori per l'anno di riferimento 2011 e adottare ipotesi prudenziali e conservative per gli anni precedenti e successivi.

Stimare il valore economico delle attività illegali è un compito molto complesso e numerose sono le difficoltà che si incontrano: le informazioni disponibili da fonti ufficiali sono limitate e i metodi di stima comportano necessariamente l'utilizzo di ipotesi che presentano un carattere di discrezionalità. Nel complesso, l'Istat ritiene che le stime presentino un livello di fondatezza accettabile e tale da migliorare l'esaustività delle misure di contabilità nazionale.

Bibliografia

European Commission, IMF, OECD, United Nations, Word Bank (2009), *System of National Accounts 2008* , Brussels/Luxembourg, New York, Paris, Washington, D.C.

Fabi et al. (2011), *Segmentazione e valutazione del mercato dal lato domanda*, in "Il mercato delle droghe: dimensione, protagonisti, politiche" a cura di G.M. Rey, C. Rossi, A. Zuliani.

Groom, C. and Davies, T. (1998), *Developing a methodology for measuring illegal activity for the UK National accounts*, Economic trends, No. 536 July.

EMCDDA (2003), *The state of the drugs problem in the European Union and Norway*, Annual Report 2003, Lisbon.

EMCDDA (2008), *Guidelines for estimating the incidence of problem drug use*, Lisbon.

EMCDDA (2011), *Annual report on the state of the drugs problem in Europe. 2011*, Lisbon.

European Commission (2013), *Further insights into aspects of the EU illicit drugs market*, Editors Franz Trautmann (Trimbos Institute), Beau Kilmer (RAND) and Paul Turnbull (ICPR).

Eurostat (1996), *European system of accounts ESA 1995*, Luxembourg.

Eurostat (2013), *European system of accounts ESA 2010*, Luxembourg.

Heij, R. de (2007), *Linking the illegal economy to National accounts*, Statistics Netherlands.

Istat (2014), *I nuovi conti nazionali in Sec 2010 - Innovazioni e ricostruzione delle serie storiche (1995-2013)*, Nota informativa, 6 ottobre.

OECD (2002), *Handbook for Measurement of the Non-Observed Economy*, Paris.

REITOX (2012), *2012 National Report to the EMCDDA. Italy.*

Rey. G.M., Rossi C., Zuliani A. (2011), *Il mercato delle droghe: dimensione, protagonisti, politiche*, Franco Angeli.

Rossi, C. (2013), *Monitoring the size and protagonists of the Drug Market: combining supply and demand data sources and estimates*, Current Drug Abuse Reviews, 6, 2013.

Rossi C. e altri (2014), *A chi compete la raccolta, l'interpretazione dei dati e lo studio della parte sommersa del 'fenomeno droga'?*, UniversItalia Editrice.

UNODC (2000-2013), *World Drug Report*, Vienna.

UNODC (2013), *Illicit flows.*

Vopravil J., Rossi C. (2014), *Illicit drug market and its economic impact*, Ebook, UniversItalia Editrice.

Capitolo 2. Dimensione della criminalità

A cura del Ministero dell'Interno- Direzione Centrale Servizi Antidroga, del Ministero della Giustizia e di Esperti

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

Nel 2014 sono state segnalate all'Autorità Giudiziaria 29.474 persone, con un decremento pari al 13,25% rispetto all'anno precedente. Più in dettaglio, è stata rilevata una diminuzione delle denunce per i reati correlati all'eroina (-13,53%), alla cocaina (-22,85%), all'hashish (-29,69%), alle droghe sintetiche (-21,99%) e alle altre droghe (-6,97%) ed un aumento per quelle relative alla marijuana (+12,76%) e alle piante di cannabis (+13,19%).

Persone segnalate		2014	% sul 2013
Tipo di denuncia	Arresto	20 752	-16,82
	Libertà	8 373	-2,32
	Irreperibilità	349	-23,30
Tipo di reato	Traffico illecito (Art.73)	26 692	-12,40
	Ass. finalizzata al traffico (Art.74)	2 776	-20,53
	Altri reati	6	-50,00
Nazionalità (prime 10)	Italiani	18.889	-15,19
	Stranieri	10.585	-9,55
	di cui:		
	Marocchini	*2 216*	*-18,26*
	Albanesi	*1 825*	*-19,90*
	Tunisini	*1 666*	*-7,44*
	Nigeriani	*915*	*22,86*
	Senegalesi	*463*	*13,76*
	Gambiani	*412*	*65,46*
	Romeni	*335*	*-7,20*
	Egiziani	*195*	*-15,72*
	Algerini	*164*	*0,00*
	Dominicani	*134*	*-25,24*
	Altre nazionalità	*2 248*	*-12,22*
Sesso	Maschile	27 162	-13,22
	Femminile	2 312	-13,57
Età	Maggiorenni	28.433	-13,05
	Minorenni	1 041	-18,35
Fasce di età	< 15	42	-12,50
	15 - 19	2 909	-18,15
	20 - 24	5 614	-15,72
	25 - 29	5 658	-13,59
	30 - 34	4 709	-13,77
	35 - 39	3 731	-10,57
	> 40	6 811	-8,58
	Totale	29.474	-13,25

La sostanza stupefacente che ha prodotto il più alto numero di denunce è stata la cocaina (9.070 casi), seguita dalla marijuana (8.076), dall'hashish (4.885), dall'eroina (4.116) e dalle piante di cannabis (1.527).

Le denunce hanno riguardato in 18.889 casi cittadini italiani (64,09%) e in 10.585 cittadini stranieri (35,91%). L'incidenza delle donne e dei minori è stata rispettivamente del 7,84% e del 3,53%.

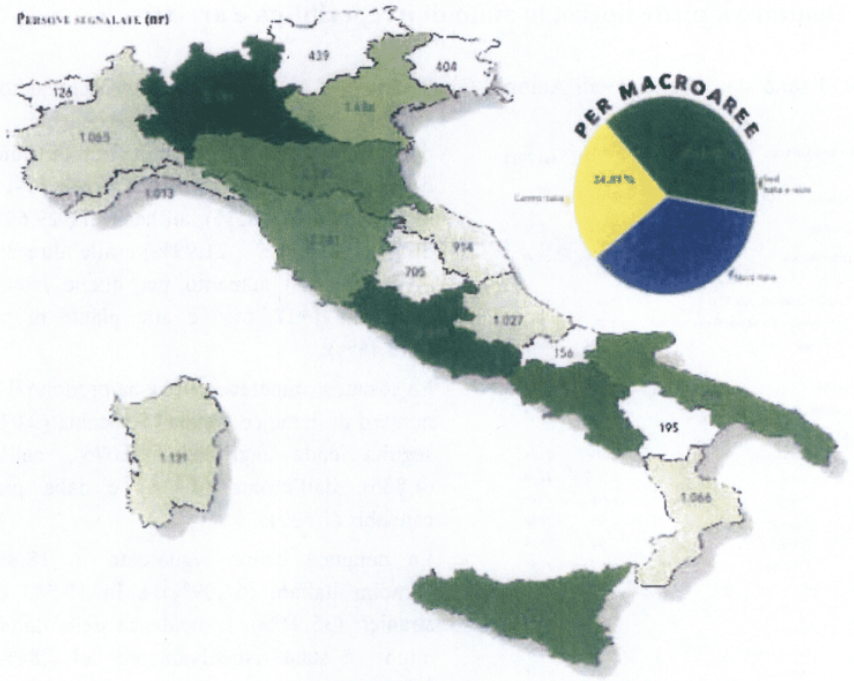
Su un totale di 29.474 informative di reato, 2.776 di esse hanno riguardato l'art. 74 del T.U. 309/90 (associazione finalizzata al traffico di stupefacenti) un numero che ben riflette l'impegno operativo e l'attenzione degli organi investigativi nei confronti della Criminalità Organizzata.

Persone segnalate: distribuzione regionale

La regione Lombardia, con un totale di 3.714 soggetti coinvolti nel traffico di stupefacenti, emerge come valore assoluto rispetto alle altre, seguita dal Lazio (3.368), dalla Campania (2.925), dalla Sicilia (2.642) e dalla Puglia (2.494). I valori più bassi in Molise (156) e Valle d'Aosta (126). Rispetto al 2013 aumentano in maniera consistente le denunce in Valle d'Aosta

(+641,18%) e in Umbria (+63,19%). I cali più vistosi, in percentuale, in Trentino Alto Adige (-37,11%) e nel Lazio (-25,96%). Prendendo in esame le macroaree, i soggetti segnalati all'Autorità Giudiziaria risultano distribuiti per il 39,52% al Sud e Isole, per il 36,47% al Nord e per il 24,01% al Centro.

Figura 32: Distribuzione regionale delle persone segnalate all'Autorità Giudiziaria. Anno 2014



Fonte: Direzione Centrale per i Servizi Antidroga – Ministero dell'Interno

STRANIERI SEGNALATI

Nel 2014 sono stati 10.585 i soggetti stranieri denunciati in Italia per reati concernenti gli stupefacenti. Questo numero, che rappresenta il 35,91% del totale dei denunciati, pur evidenziando un decremento del 9,55% rispetto all'anno precedente, appare comunque particolarmente rilevante.

Sono soprattutto marocchini (il 20,94% del totale) gli stranieri denunciati per droga a livello nazionale, seguiti da soggetti di nazionalità albanese (17,15%), tunisina (15,74%), nigeriana (8,68%) e senegalese (4,37%).

La cocaina, i derivati della cannabis e l'eroina sono le droghe maggiormente commercializzate dalle consorterie formate da stranieri (in particolare albanesi, marocchini, tunisini e nigeriani) attive nel nostro Paese. Volendo, invece, specificare l'ambito criminale in cui è prevalente una particolare etnia, sembra emergere una tendenza dei cittadini di nazionalità albanese, nigeriana

e marocchina alla partecipazione ad associazioni dedite al traffico illecito di droga mentre si confermano leader nelle attività di spaccio i cittadini di origine marocchina, i tunisina e albanese.

Stranieri segnalati: distribuzione regionale

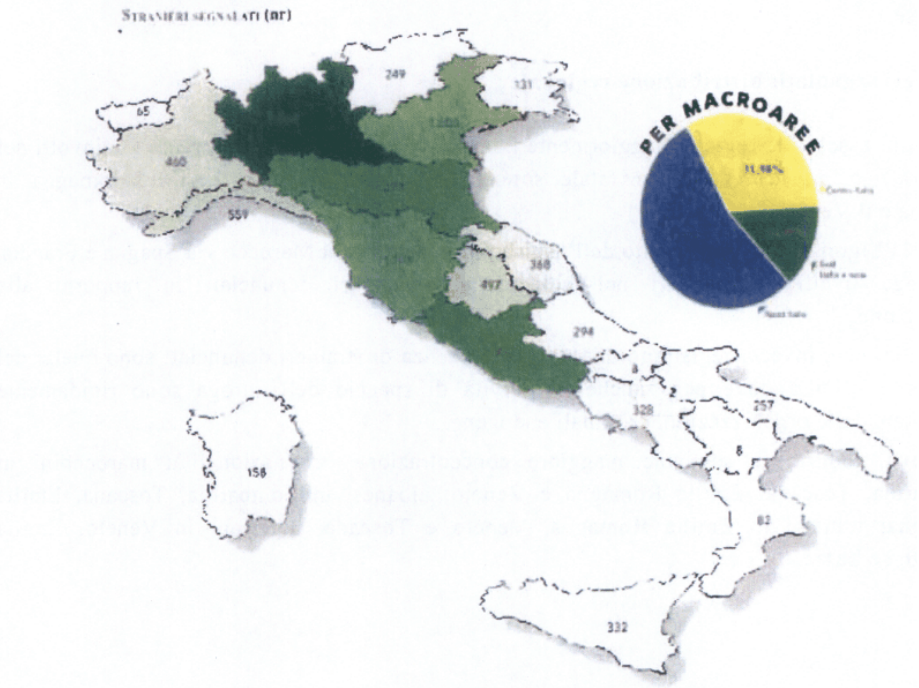
In termini assoluti le regioni maggiormente interessate dalla presenza di stranieri coinvolti nel narcotraffico, pari al 63,82% del totale, sono la Lombardia, il Lazio, l'Emilia Romagna, la Toscana e il Veneto.

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

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

Si rileva, inoltre, la seguente maggiore concentrazione per nazionalità: marocchini in Lombardia, Toscana, Emilia Romagna e Veneto; albanesi in Lombardia, Toscana, Emilia Romagna; tunisini in Emilia Romagna, Veneto e Toscana; nigeriani in Veneto, Emilia Romagna e Lazio.

Figura 33: Distribuzione regionale degli stranieri segnalati all'Autorità Giudiziaria. Anno 2014



Fonte: Direzione Centrale per i Servizi Antidroga – Ministero dell'Interno

DONNE SEGNALATE

Le donne segnalate all'Autorità Giudiziaria nel 2014 sono state 2.312 (1.466 in stato di arresto) corrispondenti al 7,84% del totale nazionale, con un decremento, rispetto all'anno precedente, del 13,57%. Fra queste, 510 sono di nazionalità straniera, in particolare romene, nigeriane, marocchine e albanesi.

La fascia di età maggiormente coinvolta è stata quella ≥ 40 anni con 721 casi.

Le segnalazioni hanno riguardato per l'89,71% il reato di traffico/spaccio e per il 10,29% quello di associazione finalizzata al traffico di stupefacenti.

Donne segnalate: distribuzione regionale

La regione Campania, con un totale di 295 donne coinvolte nel traffico di stupefacenti, emerge come valore assoluto rispetto alle altre regioni, seguita dal Lazio (270), dalla Lombardia (246), dalla Puglia e dalla Sicilia (164).

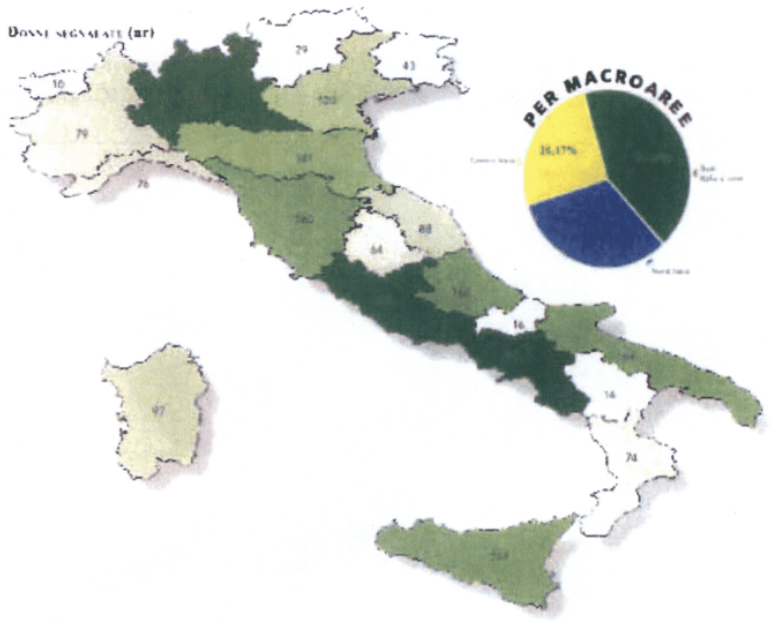
I valori più bassi in Basilicata (14) e Valle d'Aosta (10).

Rispetto al 2013 sono stati registrati aumenti consistenti di denunce in Valle d'Aosta (+900%), in Umbria (+82,86%), in Friuli Venezia Giulia (+43,33) e in Abruzzo (+25,58).

I cali più vistosi, in percentuale, nel Lazio (-34,31%), nella Toscana (-30,74%), nella Campania (-28,57%) e in Liguria (-22,45).

Prendendo in esame le macroaree le donne segnalate all'Autorità Giudiziaria nel 2014 risultano distribuite per il 42,65% al Sud e Isole, per il 32,18% al Nord e per il 25,17% al Centro.

Figura 34: Distribuzione regionale delle donne segnalate all'Autorità Giudiziaria. Anno 2014



Fonte: Direzione Centrale per i Servizi Antidroga – Ministero dell'Interno

MINORI SEGNALATI

I minori segnalati all'Autorità Giudiziaria nel 2014 sono stati 1.041 (424 in stato di arresto) pari al 3,53% del totale delle persone segnalate a livello nazionale, con un decremento del 18,35% rispetto all'anno precedente.

Come evidenziato nella seguente tabella, le denunce, 42 delle quali sono a carico di quattordicenni, presentano incrementi costanti man mano che ci si avvicina alla soglia della maggiore età. Tra i denunciati 188 sono di nazionalità straniera, in particolare tunisini, romeni, albanesi e marocchini.

Relativamente al tipo di reato, 1.015 minori sono stati segnalati per l'art. 73 (traffico/spaccio) e 26 per l'art. 74 (associazione finalizzata al traffico).

Minori segnalati: distribuzione regionale

La regione Toscana, con un totale di 110 minori coinvolti nel traffico di stupefacenti, emerge in termini assoluti rispetto alle altre, seguita dalla Lombardia (106), dal Lazio (92), dalla Puglia (79), dal Veneto (76), dalla Sicilia (73) e dalla Campania (67).

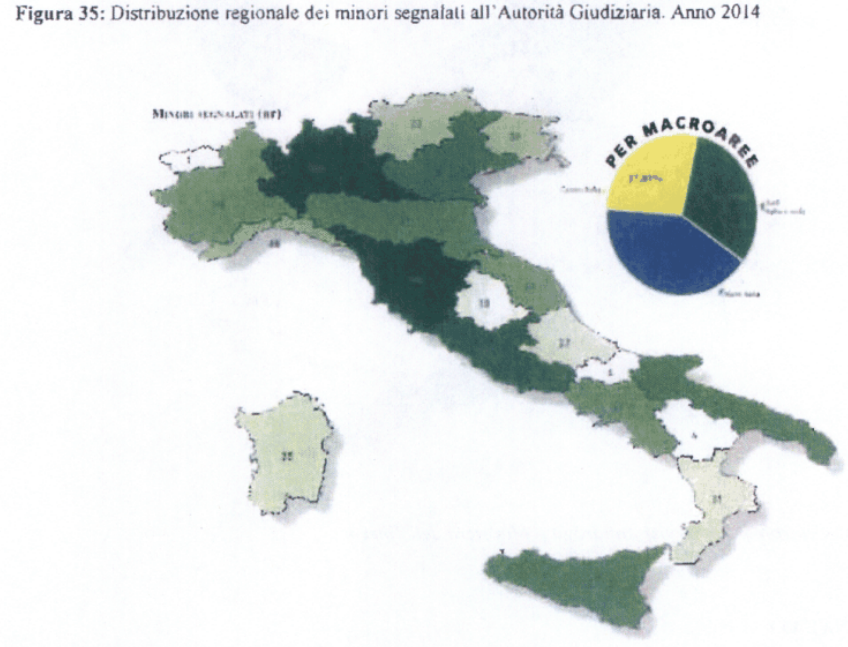
I valori più bassi in Basilicata (6) e in Valle d'Aosta (1). Rispetto al 2013 sono stati registrati aumenti consistenti di denunce in Umbria (+260%), in Calabria (+72,22%), nelle Marche (+55,26%) e in Abruzzo (+22,73%).

I cali più vistosi, in percentuale, in Molise

(-45,45%), in Sardegna (-42,62%), in Lombardia (-41,11%) e in Trentino Alto Adige (-37,74%).

Prendendo in esame le macroaree i minori segnalati all'Autorità Giudiziaria nel 2014 risultano distribuiti per il 41,57% al Nord, per il 31,40% al Sud e Isole e per il 27,03% al Centro.

Figura 35: Distribuzione regionale dei minori segnalati all'Autorità Giudiziaria. Anno 2014



Fonte: Direzione Centrale per i Servizi Antidroga – Ministero dell'Interno

Denunce per sostanza: cocaina

Nel 2014 sono risultate in calo sia le operazioni di contrasto al traffico (-21,87%) che le denunce (-22,85%). Di segno negativo anche il dato dei sequestri (-21,90%), in linea con il trend che, negli ultimi anni, ha visto la stabilizzazione della domanda di questa specifica sostanza.

Nel complesso le operazioni rivolte al contrasto della cocaina sono state 4.758 e le denunce 9.070, mentre la sostanza sequestrata è risultata pari a kg 3.883,30.

Tra le 9.070 persone denunciate per i delitti aventi per oggetto la cocaina, 736 (8,11%) sono state donne e 100 (1,10%) minori.

I cittadini stranieri coinvolti sono stati 3.479, corrispondenti al 38,36% del totale dei denunciati per cocaina.

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

Rispetto al tipo di reato le denunce hanno riguardato per l'83,54% il traffico/spaccio e per il 16,45% quello più grave di associazione finalizzata al traffico.

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

La cocaina sequestrata nel corso delle operazioni antidroga è stata, il più delle volte, rinvenuta occultata sulla persona (523 casi), nelle abitazioni (436), in auto (209), in lettere o pacchi postali (94), nel bagaglio (91) e nel corpo in cavità rettale o ingerita (61).

I sequestri più significativi sono stati effettuati nel porto di Gioia Tauro (RC) per complessivi kg 441,58, al porto di Vado Ligure (SV) per kg 160,03, al porto di Genova per kg 154,09 e a Desenzano del Garda (BS) per kg 140.

Denunce per sostanza: eroina

Nel 2014 i sequestri di eroina in Italia sono risultati in aumento. Si è passati da kg 884,284 del 2013 a kg 931,129 del 2014 (+5,30%). In diminuzione le operazioni e le denunce relative a questa sostanza, che sono state rispettivamente 2.220 (-13,72%) e 4.116 (-13,53%).

Tra le 4.116 persone denunciate per eroina, 466 (11,32%) sono donne e 34 (0,83%) minori. I cittadini stranieri coinvolti sono stati 2.059, corrispondenti al 50,02% del totale dei denunciati per eroina.

Sono quelle tunisina, marocchina, albanese, nigeriana e pakistana, le nazionalità straniere maggiormente coinvolte nel traffico e nello spaccio dell'eroina in Italia.

Relativamente al tipo di reato le denunce hanno riguardato per il 91,11% il traffico/spaccio e per l'8,89% quello più grave di associazione finalizzata al traffico.

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

L'eroina sequestrata nel corso delle operazioni antidroga è stata il più delle volte rinvenuta occultata sulla persona (240 casi), nelle abitazioni (182), in autovetture (94), nelle cavità corporee (58) e nei bagagli (23).

I sequestri più significativi sono avvenuti nel Porto di Ancona (kg 69,13), a S. Giuliano Milanese (MI) (kg 55), a Cerea (VR) (kg 41,50), a Milano (kg 41,50) e a Padova (kg 40).

Denunce per sostanza: cannabis

Il 2014 ha portato un rilevante incremento nei sequestri di hashish (+211,29%) ed un aumento in quelli di marijuana (+15,93%) sul territorio nazionale. Per la marijuana il segno è positivo

sia per le operazioni (+11,75%) che per le segnalazioni all'Autorità Giudiziaria (+12,76%); sono, invece, entrambi di segno negativo per l'hashish, rispettivamente con -28,80% e con -29,69%. Nel complesso le operazioni di polizia finalizzate al contrasto dei derivati della cannabis sono state 11.528; le denunce per hashish 4.885, quelle per la marijuana 8.076 e quelle per la coltivazione di piante 1.527. I sequestri, invece, hanno raggiunto la soglia di kg 113.157,29 per l'hashish e di kg 33.440,86 per la marijuana.

Tra le 14.488 persone denunciate per condotte concernenti i derivati della cannabis, 939 (6,48%) sono donne e 855 (5,90%) minori. I responsabili di nazionalità straniera sono 4.458, corrispondenti al 30,77% del totale dei denunciati per questo tipo di sostanze.

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

Rispetto al tipo di reato le denunce hanno riguardato per il 95,51% il traffico/spaccio e per il 4,47% il reato più grave di associazione finalizzata al traffico.

Dall'esame dei casi in cui la provenienza è stata puntualmente accertata, si rileva che il mercato italiano è stato rifornito prevalentemente dall'hashish proveniente dal Marocco e dalla marijuana albanese.

I sequestri più significativi sono stati effettuati, per la resina di cannabis, nelle acque antistanti l'isola di Pantelleria (TP) (complessivamente kg 70.966 all'esito di due operazioni aeronavali) e, per la marijuana, a Roma (RM) (kg 2.240) e nel Porto di Catania (CT) (kg 2.062).

I quantitativi di cannabis sequestrati erano per lo più occultati in abitazioni (1.829 casi), sulla persona (1.349 casi), all'interno di corrispondenza postale (597 casi) e in auto (353 casi).

Denunce per sostanza: droghe sintetiche

Nel 2014, in Italia, i sequestri di droghe sintetiche in dosi nel loro complesso hanno registrato un incremento del 23,99%, mentre quelle rinvenute in polvere evidenziano un decremento pari al 56,32%. Le operazioni dirette al contrasto delle droghe sintetiche sono state 222 e le denunce 305, mentre le dosi sequestrate ammontano a 9.344 unità.

Il sequestro più significativo è stato quello relativo a 3.269 pastiglie di ecstasy, eseguito a Firenze nel mese di ottobre, mentre a Peschiera del Garda (VR), nel mese di gennaio sono stati sequestrati kg 21,03 di ecstasy.

Delle 305 persone denunciate per attività illecite aventi per oggetto le droghe sintetiche, 30 (9,84%) sono donne e 10 (3,28%) minori. I cittadini stranieri coinvolti sono stati 127, corrispondenti al 41,64% del totale dei denunciati per questo tipo di sostanze.

Le nazionalità straniere maggiormente coinvolte nei traffici e nelle attività di spaccio sono quelle filippina (48), cinese (27), bengalese (7), vietnamita (6), romena e tunisina (4).

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

Relativamente al tipo di reato, le denunce hanno riguardato, per il 97,38%, le condotte di traffico/spaccio e, per il 2,62%, il reato più grave di associazione finalizzata al traffico.

Anche nel 2014 il mercato olandese ha rivestito un ruolo essenziale nelle operazioni di approvvigionamento delle piazze di spaccio nazionali. Non a caso le principali direttrici d'ingresso di questo stupefacente provengono da quel Paese, oltreché dalla Spagna e dalla

Svizzera. Fra le droghe sintetiche sequestrate i quantitativi più significativi appartengono al gruppo dell'ecstasy.

Quadro riepilogativo

Sostanze stupefacenti sequestrate

		Cocaina (kg)	Eroina (kg)	Hashish (kg)	Marijuana (kg)	Droghe sintetiche (kg)	Altre droghe (kg)	Piante di cannabis (nr)	Droghe sintetiche (nr)	Altre droghe (nr)	Totali (kg)	Totali (nr)
Andamento quinquennale	2010	3 847	944	20 455	5 505	50	698	72 538	78 904	6 396	31.499	157.838
	2011	6.348	813	20 326	10 924	50	994	1 008 236	16 582	16 318	39.457	1.041.136
	2012	5 306	940	21 917	21 527	68	428	4 122 619	22 727	27 231	50.187	4.172.577
	2013	4 972	884	36 351	28 846	97	952	894 890	7 536	16 528	72.103	918.954
	2014	3 883	931	113 157	33 441	43	743	121 659	9 344	30 841	152.198	161.844
Ripartizione geografica (2014)	Italia Nord	1 584	524	7 577	3 396	36	357	10 165	3 159	27 858	13.474	41.182
	Italia Centro	361	186	5 095	5 518	4	363	18 911	4 182	1 076	11.528	24.164
	Italia Sud e isole	1 939	220	80 192	24 527	2	23	92 583	2 003	1 907	106.904	96.493
	Acque Internazionali	-	-	20 292	-	-	-	-	-	-	20.292	-

Persone segnalate all'Autorità Giudiziaria

		Nazionalità		Età		Sesso		Fasce di età							Totale
		Italiani	Stranieri	Maggiorenni	Minorenni	Maschi	Femmine	< 15	15 - 19	20 - 24	25 - 29	30 - 34	35 - 39	40	
Andamento quinquennale	2010	27 173	12 164	38 188	1 149	35 960	3 377	42	3 620	8 247	8 220	6 637	4 869	7 702	39.337
	2011	24 433	12 793	36 033	1 193	34 038	3 188	44	3 568	7 606	7 458	6 427	4 526	7 597	37.226
	2012	23 124	12 381	34 225	1 280	32.484	3 021	62	3 464	7 286	6 972	5 747	4 534	7 440	35.505
	2013	22 272	11 702	32 699	1 275	31 299	2 675	48	3 554	6 741	6 548	5 461	4 172	7 450	33.974
	2014	18 889	10 585	28 433	1 041	27 162	2 312	42	2 959	5 614	5 658	4 709	3 731	6 811	29.474
Ripartizione geografica (2014)	Italia Nord	5 026	5 710	10 307	429	9 992	744	19	1 103	2 006	2 094	1 824	1 334	2 356	10.736
	Italia Centro	3 694	3 374	6 789	279	6.486	582	12	730	1 [illegible]	1 440	1 205	897	1 460	7.068
	Italia Sud e isole	10 169	1 467	11 312	324	10 650	986	11	1.065	2 280	2 115	1 678	1 499	2 988	11.636
	Acque Internazionali	-	34	25	9	34	-	-	11	4	9	2	1	7	34

2.2 Stima del costo della criminalità

Stimare quanto costa il contrasto e la repressione del "fenomeno droga" non è cosa semplice in quanto la raccolta dei dati è eseguita in alcuni casi in modo aggregato senza la possibilità di rintracciare la specifica voce di spesa, quindi è necessario adottare delle riproporzioni che possono indicativamente restituire il costo della specifica componente all'interno della macro voce economica.

La stima comprende tre componenti di spesa: la prima componente sono i costi dei detenuti "droga correlati"; la seconda componente sono i costi della pubblica sicurezza "droga correlati", la terza componente sono i costi dei procedimenti giudiziari "droga correlati".

La stima è effettuata sulla base dei dati provenienti da fonti amministrative: Ministero di Giustizia, Dipartimento Amministrazione Penitenziaria, Ragioneria Generale dello Stato, Istat.

Stima dei costi droga correlati della Giustizia italiana

Lo studio ha esaminato solo i costi diretti relativi al fenomeno droga per tre settori della giustizia penale: 1) i costi di detenzione 2) i costi sostenuti dalle forze dell'ordine e 3) i costi dei tribunali penali.

La raccolta dei dati e l'analisi dei costi sono state compiute in conformità a una serie d'indicatori, con l'obiettivo di determinare la quota di giustizia penale del bilancio nazionale dedicata agli interventi derivanti dal mercato delle droghe e dalla attuale legislazione.

La stima dei costi è stata realizzata al fine di fornire una comprensione generale dell'impatto economico o "peso" attribuibili al contrasto e repressione del fenomeno droga sul bilancio nazionale e di rapportare questo costo rispetto al PIL e alla spesa media pro-capite. I costi per i tre settori considerati, polizia, magistratura e prigioni, sono stati successivamente normalizzati per il PIL e per la popolazione residente al fine di fornire una dimensione comparabile degli stessi per gli anni osservati e la possibilità di comparazione con altri paesi, come in corso nel progetto europeo "Alice rap".

Per il settore di detenzione, l'analisi condotta permetta di determinare il costo dei detenuti per "legge droga". La stima per la detenzione è stata ottenuta moltiplicando il numero di detenuti per reati legati alla droga per il costo medio giornaliero per un detenuto. Il costo giornaliero di tutti i detenuti droga è stato moltiplicato per 365, per ottenere una stima del totale annuo.

La stima sui costi delle forze dell'ordine è stata ottenuta dividendo il costo totale degli stipendi per il personale stabile dei corpi di polizia dipendente dalle pubbliche amministrazioni (esclusa la polizia penitenziaria i cui costi sono già inclusi nella stima per la detenzione) per il numero totale di delitti denunciati dalle forze di polizia all'autorità giudiziaria. Il costo medio risultante per reato è stato poi moltiplicato per il numero di reati relativi alla normativa sugli stupefacenti.

Per il settore giudiziario, la stima è stata ottenuta, dividendo il totale dei costi del personale dipendente ed estraneo all'amministrazione della magistratura ordinaria per tutti i procedimenti penali e civili ottenendo il costo medio per ogni procedimento, successivamente moltiplicato per i procedimenti penali "droga". Questa stima è solamente indicativa per tre motivi: il primo, perché non è possibile un calcolo accurato della spesa penale, i capitoli di spesa per i tribunali sono composti sia dai costi dei tribunali penali sia da quelli civili; il secondo perché è stato considerato non il costo totale della giustizia ma solo i compensi della magistratura ordinaria quindi una parte

dei costi sostenuti dal sistema giudiziario. Infine se si avesse l'indicazione sul costo di un procedimento droga la stima sarebbe più precisa. La stima deve essere considerata a titolo indicativo.

I dati sono stati raccolti da fonti istituzionali nazionali. Le principali fonti di dati accessibili e gli oggetti cercati sono elencati di seguito:

- ISTAT (popolazione, PIL prezzi correnti; reati registrati dalla polizia; numero procedimenti penali 309/1990).
- Ragioneria Generale dello Stato (numero personale Corpi di Polizia; Costo personale Corpi di Polizia; costo personale Magistratura ordinaria)
- Direzione Amministrativa Penitenziaria (numero totale di detenuti; numero detenuti 309/1990; Costo giornaliero detenuti).
- DCSA (Direzione centrale servizi antidroga) (Denunciati legge 309 1990 articolo 73 sostanza primaria "Cannabis")
- Ministero della Giustizia (Numero procedimenti penali; numero procedimenti civili)

E' stato possibile raccogliere tutti i dati per gli anni dal 2008 al 2012.

Costi della reclusione

I dati relativi alla detenzione per un paese sono una preoccupazione importante ed è uno dei principali problemi che qualsiasi indagine su tematiche criminalità-correlate deve affrontare. I costi di detenzione attribuibili alla droga sono chiaramente legati al numero totale di detenuti (tra cui i detenuti in attesa di giudizio), condannati per reati legati alla droga. Questo indicatore è comunemente noto come la *prison stock*. Di solito, il numero totale dei detenuti comprende le categorie standard di detenuti, come le persone detenute in un istituto penale a una determinata data e, più specificamente, detenuti in custodia cautelare e prigionieri condannati.

Il costo stimato per la detenzione per reati legati alla droga è stato ottenuto moltiplicando il numero di giorni-persona di persone detenute per motivi legati alla droga per il costo medio al giorno per i diversi anni presi in considerazione. Per prevalenza riportata in un giorno specifico, i numeri sono stati moltiplicati per 365 per ottenere una stima media del totale annuo. La stima per il 2014 non è stata effettuata in quanto non disponibile il costo giornaliero per detenuto (Tabella 8).

Tabella 8: Costi annuali di detenzione.

	2008	2009	2010	2011	2012	2013
(Costo medio giornaliero per singolo detenuto)	152,05	120,95	116,67	119,01	124,73	123,78
DETENUTI LEGGE DROGA	23.505	26.931	28.199	27.459	26.160	24.273
COSTO DETENUTI DROGA PER ANNO	**1.304.486.366**	**1.188.916.124**	**1.200.841.725**	**1.192.781.890**	**1.190.971.932**	**1.096.646.858**

Fonte: Ministero della Giustizia, Direzione Amministrativa Penitenziaria

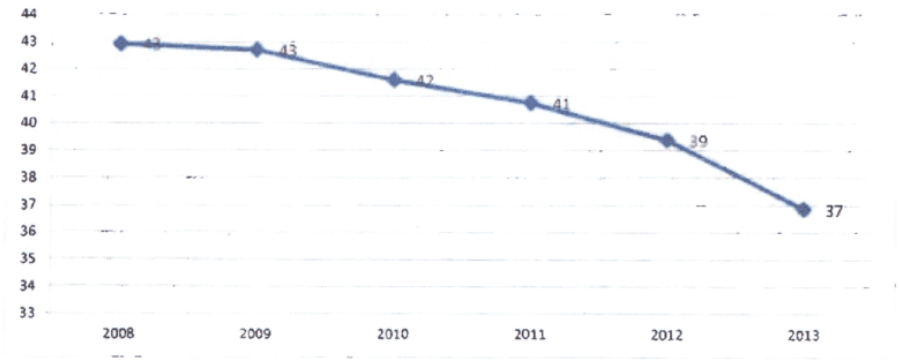
La spesa per i detenuti droga negli anni presi in considerazione è particolarmente elevata, l'anno in cui si registra la spesa più alta è il 2008, mentre la spesa più bassa è del 2013, questo decremento non corrisponde a un calo dei detenuti droga, bensì da una riduzione del costo giornaliero per detenuto (Tabella 9, Figura 36).

Tabella 9: Costo penitenziario.

	Costo detenuti droga	Costo detenuti totale	% spesa detenuti droga sul totale dei detenuti
2008	1.304.486.366,25	3.040.693.619,25	42,9
2009	1.188.916.124,25	2.785.439.191,25	42.7
2010	1.200.841.725,45	2.888.084.181,00	41,6
2011	1.192.781.890,35	2.927.982.203,25	40,7
2012	1.190.971.932,00	3.025.187.076,05	39,4
2013	1.096.646.858,10	2.976.845.253,30	36,8

Fonte: nostre elaborazioni Ministero della Giustizia, Direzione Amministrativa Penitenziaria

Figura 36: Spesa percentuale dei detenuti droga sul totale della spesa per detenuti.



Fonte: Elaborazioni esperti sui dati del Ministero della Giustizia e della Direzione Amministrativa Penitenziaria.

Costi Polizia

Diverse fonti di dati sono state utilizzate per stimare i costi attribuibili al contrasto e alla repressione del fenomeno droga da parte dei corpi di polizia.

La stima è stata ottenuta dividendo il costo totale degli stipendi dei corpi di polizia (esclusi i costi del personale di polizia penitenziaria che ovviamente è già conteggiato per la stima dei costi di detenzione) per il numero totale di tutti i crimini denunciati dalle forze di polizia all'autorità

giudiziaria (Figura 37). Il costo medio risultante per crimine è il stato moltiplicato per il numero di reati relativi alla normativa sugli stupefacenti (Tabella 10).

Tabella 10: Costi di Polizia.

	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Tot. personale dipendente dalle P. A. CORPI DI POLIZIA	333 492	330 816	328 786	324 071	324 086	320.404	316 717
Personale stabile dipendente dalle P. A. CORPI DI POLIZIA	331 614	325 664	325.376	320.031	318 853	314.728	313 245
Tot costo personale dipendente e estraneo all'amm ne CORPI DI POLIZIA	16 514.000.000	16 619 000 000	17 168 000 000	17 033.000 000	17 947.000 000	17 106.000 000	16 894 000.000
MINISTERO DELLA GIUSTIZIA personale POLIZIA PENITENZIARIA	41.405	40 717	40.291	39 18	39.978	39 807	39 366
MINISTERO DELLA GIUSTIZIA COSTO POLIZIA PENITENZIARIA	1 958.968.589	1.945 660 340	1 985.092.677	2 015 128 441	1 988.532 988	2 016 009 880	2.006 085.859
Personale stabile dipendente dalle P. A. CORPI DI POLIZIA (esclusa la Polizia Penitenziaria)	290.209	284.947	285.085	280.851	278.875	274.921	273.879
Tot. costo personale dipendente e estraneo all'amm.ne CORPI DI POLIZIA (esclusa la Polizia Penitenziaria)	14.555.031.411	14.673.339.660	15.182.907.323	15.017.871.559	15.958.467.012	15.089.990.120	14.887.914.141

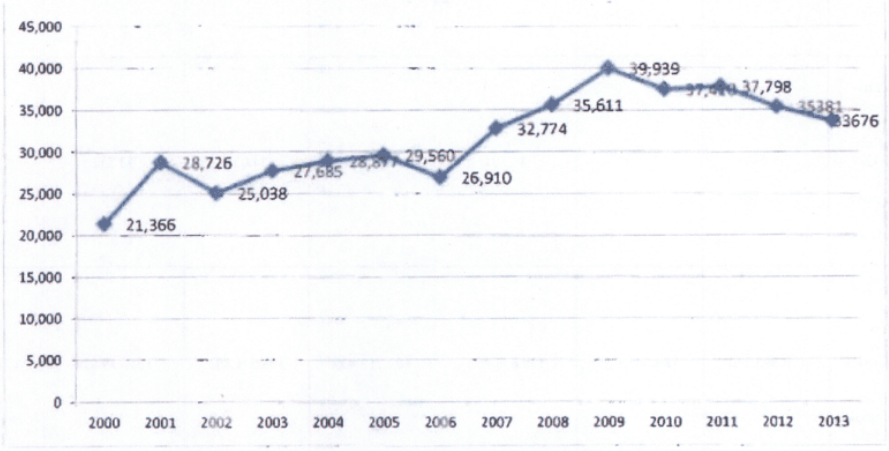
N. delitti denunciati dalle Forze di Polizia all'A G.	2 933.146	2 709 888	2 629 831	2.621 019	2 763.012	2.818.834	2.892.155
N. delitti denunciati dalle Forze di Polizia all'A G. sulla Normativa sugli stupefacenti	34.439	34 082	34.101	32.761	34.034	33 852	33.578
Stima Dei Costi Droga Relativi All'attività Di Contrasto Dei Corpi Di Polizia	**170.895.253**	**184.545.178**	**196.876.652**	**187.713.439**	**196.571.881**	**181.219.024**	**172.849.097**
Segnalazioni all'A. G. per art. 73 e tipologia di sostanza CANNABIS							14.986
Stima Dei Costi Droga Relativi All'attività Di Contrasto Art. 73 (Cannabis) Dei Corpi Di Polizia							77 143.265
% sul totale della stima dei costi di Polizia per droga attribuibile a denunciati art. 73 - cannabis							44,63

Fonte: Ragioneria Generale dello Stato, Istat, Direzione Centrale Servizi Antidroga

Solo per il 2013 si è cercato di stimare il numero di reati art. 73 DPR 309/90 che avessero come sostanza primaria rinvenuta la cannabis. Ovviamente questa stima deve essere interpretata con moderazione e come informazione indicativa di una possibile stima dei costi di contrasto e repressione per questo tipo di sostanza. Il problema principale nel creare questa tipologia di stime è che sono costruite sulla base di dati provenienti da fonti amministrative, che non tengono in considerazione esigenze di ricerca e di valutazione costi/efficacia delle politiche.

Forse, nei prossimi anni, tramite una raccolta più specifica di informazioni su alcune attività dei corpi di polizia, si potrà rilasciare valori in dettaglio che potrebbero risultare utili alla pianificazione di strategie di contrasto.

Figura 37: Reati per violazione delle leggi in materia di stupefacenti e sostanze psicotrope con sentenza irrevocabile per anno di iscrizione al Casellario (valori assoluti)



Fonte: Istat

Costi dei Tribunali

Come per la stima dei costi droga correlati ai corpi di polizia, anche la stima dei costi relativi al sistema giudiziario è stata costruita utilizzando diverse fonti di dati.

Bisogna evidenziare che la stima sui costi dei tribunali è solo indicativa e fortemente sottostimata, in quanto non è stato possibile reperire le informazioni necessarie per un'attenta e meticolosa analisi. I costi dei tribunali sono accorpati tra spese per il civile e quelle per il penale, questo comporta l'impossibilità di definire esattamente il carico di spesa per i procedimenti droga.

La stima è stata ottenuta dividendo il totale delle spese per i salari della magistratura ordinaria per il totale dei procedimenti civili e penali, la media risultante del costo per ogni procedimento è stata moltiplicata per il numero dei procedimenti relativi alla normativa sugli stupefacenti (

Tabella 11).

Tabella 11: Procedimenti PENALI e CIVILI per tipologia di ufficio.

Procedimenti PENALI con autore noto ISCRITTI negli uffici giudiziari per tipologia di ufficio					
Ufficio	*Anno 2008*	*Anno 2009*	*Anno 2010*	*Anno 2011*	*Anno 2012*
TOTALE GENERALE	3.277 951	3 410.326	3 503.415	3 329.781	3.366 529
Procedimenti CIVILI Definiti					
Ufficio	*Anno 2008*	*Anno 2009*	*Anno 2010*	*Anno 2011*	*Anno 2012*
Corte di Appello	129 681	141.112	149.838	148 839	160 879
Corte Suprema di Cassazione	33 928	31.251	28 963	32 949	25.012
Giudice di pace	1.632.629	1.706 922	1.747.840	1 561.543	1 512.217
Tribunale ordinario	2 779 293	2 800.435	2.742.081	2 702 744	2.761.232

Tribunale per i minorenni	63 948	68.348	66 877	65 657	65 265
Totale	4 639 479	4.748 068	4 735 599	4 511 732	4 524.605
TOTALE Procedimenti penali autore noto ISCRITTI negli uffici giudiziari + procedimenti civili Definiti	**7.917.430**	**8.158.394**	**8.239.014**	**7.841.513**	**7.891.134**
Procedimenti 309/90 INIZIO AZIONE PENALE+ARCHIVIATI	55.244	53.674	47.755	45.500	41.881
Totale Costi Personale dipendente ed estraneo all'amministrazione della MAGISTRATURA ORDINARIA	1.561.124.041	1.569.140.367	1.635.955.912	1.561.632.093	1.723.497.303
COSTO MEDIO PROCEDIMENTO CALCOLATO SUL TOTALE DEI COSTI DEL PERSONALE DELLA MAGISTRATURA ORDINARIA	197.18	192.33	198.56	199.15	218.41
STIMA COSTI Procedimenti 309/90 INIZIO AZIONE PENALE+ARCHIVIATI	10.892.769	10.323.360	9.482.333	9.061.295	9.147.201

Fonte: Ministero della Giustizia - Direzione Generale di Statistica, Ragioneria Generale dello Stato, ISTAT

Costi totali

Sommando le stime si ottiene la stima totale di quanto lo Stato spende per il contrasto e la repressione del fenomeno droga. Le stime prodotte per gli anni dal 2008 al 2012 registrano una spesa media di 1,4 miliardi, tradotta nello 0,08 del PIL e una spesa media pro-capite di quasi 24 euro.

La spesa più alta si è registrata nel 2008 di 1,5 miliardi (

Tabella 12).

Secondo una stima presentata nella Relazione al Parlamento del 2012 "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"[22], la stima fornita nella Relazione al Parlamento è di 600milioni superiore a quella prodotta in questo documento, ovviamente come abbiamo esplicitato la stima dei costi per i tribunali è fortemente sottostimata. Quindi se applicassimo la stessa proporzione percentuale per calcolare i costi dei tribunali, condizionando l'analisi alla stima

22 Relazione al Parlamento 2012 Sull'uso di sostanze stupefacenti e sulle tossicodipendenze in Italia. Dati relativi all'anno 2011 e primo semestre 2012 - elaborazioni 2012, SINTESI *http://www.politicheantidroga.it/media/569561/file%20cumulativo_light.pdf*

statisticamente più robusta in nostro possesso, che è quella per i costi di detenzione, arriveremmo ad una stima di costo per il contrasto e la repressione di 2miliardi e mezzo di euro per il 2012.

Tabella 12: Costo totale.

	2008	2009	2010	2011	2012
COSTO DETENUTI DROGA PER ANNO (IN €)	1.304.486.366,25	1.188.916.124,25	1.200.841.725,45	1.192.781.890,35	1.190.971.932,00
STIMA DEI COSTI DROGA RELATIVI ALL'ATTIVITÀ DI CONTRASTO DEI CORPI DI POLIZIA	184.545.177,62	196.876.652,01	187.713.438,99	196.571.881,08	181.219.023,73
STIMA COSTI Procedimenti 309/90 INIZIO AZIONE PENALE+ARCHIVIATI (TOTALE SALARI MAGISTRATURA ORDINARIA)	10.892.769,06	10.323.360,22	9.482.333,03	9.061.294,71	9.147.201,22
TOTALE COSTI GIUSTIZIA DROGA	1 499 924 312,93	1 396 116.136,47	1 398.037 497,47	1.398.415 066,14	1 381.338 156,95
Prodotto Interno Lordo ai prezzi di mercato	1.632.933.400.000	1.573.655.100.000	1.605.694.400.000	1.638.857.300.000	1.615.131.200.000
POPOLAZIONE residente al 1° gennaio	59.619.290	60.045.068	60.340.328	59.433.744	59.394.207
% COSTI GIUSTIZIA DROGA SUL PIL	0,092	0,089	0,087	0,085	0,086
SPESA PROCAPITE COSTI GIUSTIZIA DROGA	25.16	23,25	23,17	23,53	23,26

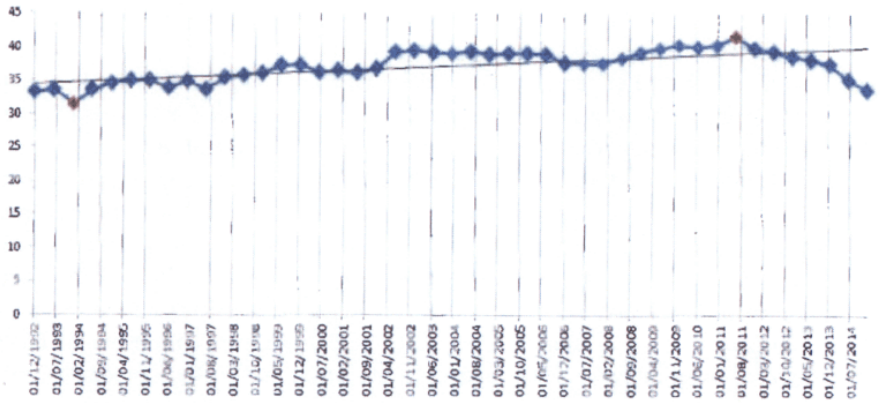
2.3 Stima della popolazione coinvolta nel mercato illegale di sostanze stupefacenti

Negli ultimi venti anni, circa un detenuto su tre entra in carcere ogni anno per la violazione dell'art. 73 D.P.R. 309/1990, come si vede dalla Figura 38. La diminuzione dei detenuti, per violazione

della normativa antidroga, nel 2013 e 2014 è legata probabilmente sia alle scelte effettuate per la scarsa ricettività delle carceri italiane, sia alle modifiche della legge per la sentenza di incostituzionalità di febbraio 2014. Tuttavia, si registra l'aumento in percentuale che è costante e consistente dal 2006 al 2012.

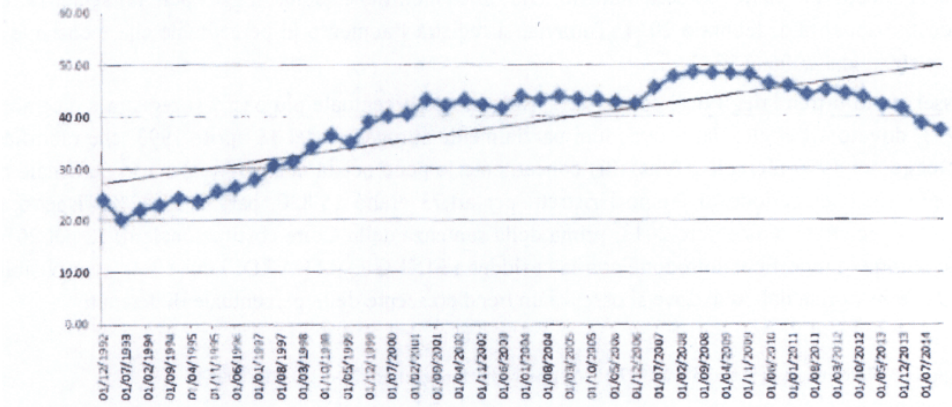
Osservando il trend degli ingressi per art. 73 il valore percentuale più basso si registra a dicembre 1993, dovuto all'effetto del referendum parzialmente abrogativo del 18 aprile 1993, che modificò la legge del 1990 (Jervolino-Vassalli) concernente le pene per la detenzione per uso personale di droghe, in quel periodo di tempo i ristretti per art.73 erano 15.820, pari al 31,42%, rispetto al 37,33% registrato a dicembre 2013, prima della sentenza della Corte costituzionale n. 32 del 2014 che abroga le modifiche introdotte con la cosiddetta FINI-GIOVANARDI i cui effetti sono visibili nella serie storica dal 2006 dove si osserva un trend crescente della percentuale di detenuti.

Figura 38: Percentuale di detenuti dal 1992 al 2014 per violazione dell'art. 73 del D.P.R. 309/90.



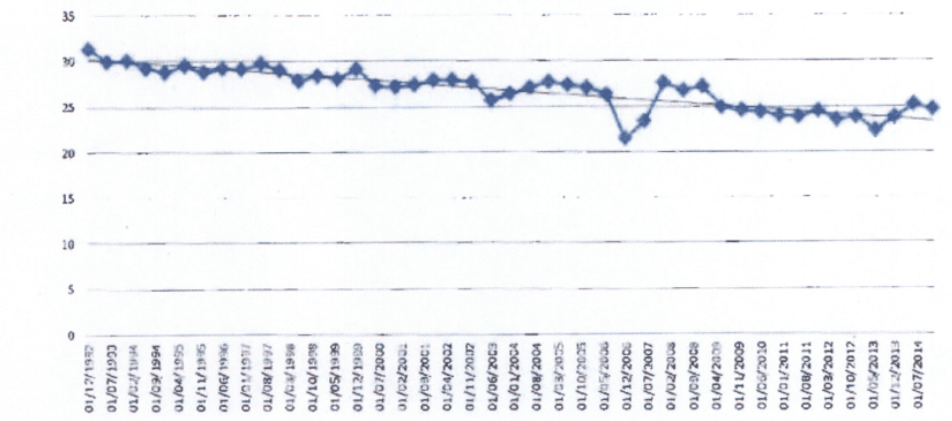
Anche la popolazione straniera detenuta per art. 73, nello stesso arco temporale passa da un 20,09% a dicembre 1993 al 41,50 a dicembre 2013 quindi in 20 anni raddoppia la sua incidenza percentuale sui detenuti per art. 73 (Figura 39).

Figura 39: Andamento percentuale di stranieri per art. 73 sul totale detenuti ristretti per art. 73.



In questi anni mediamente un terzo dei detenuti è stato considerato tossicodipendente dal Sistema penitenziario (Figura 40), anche se si registra una diminuzione del 5,5%. Questo decremento è dovuto in parte a come sono cambiate le sostanze d'uso e la loro assunzione; altro elemento è la modifica della modalità per diagnosticare la dipendenza all'interno dei penitenziari, ricordiamo che dal 2009 in poi, la rilevazione avviene attraverso le Regioni, tramite i SerT presenti in carcere o collegati. Non si tratta però di una mera questione di riorganizzazione dei flussi informativi, bensì di un cambiamento dei criteri di classificazione dei detenuti tossicodipendenti. Infatti, seguendo le linee di indirizzo del Dipartimento Politiche Antidroga, la classificazione avviene attraverso diagnosi, utilizzando un unico strumento diagnostico (ICD IX): per "uniformare" le procedure ed avere maggiore "omogeneità". Questo nuovo assetto organizzativo ha comportato una ulteriore suddivisione tra "dipendenti" e "assuntori senza dipendenza", con ripercussioni sul piano giudiziario, ossia con la possibile conseguenza di restringere l'accesso alle misure alternative ai soli assuntori classificati "dipendenti".

Figura 40: Percentuale di tossicodipendenti sul totale dei detenuti.



La popolazione straniera detenuta, dal 1992 al 2014, è raddoppiata (

Figura 41). Infatti si è passati dal 15,3% al 32,6% del 2014 con dei picchi nel 2007. Questo incremento è in parte dovuto all' aumento dei tossicodipendenti stranieri, che negli stessi anni sono triplicati passando dal 11,3 del 1992 al 30,0% del 2014 (Figura 42).

Figura 41: Percentuale di detenuti stranieri sul totale dei detenuti.

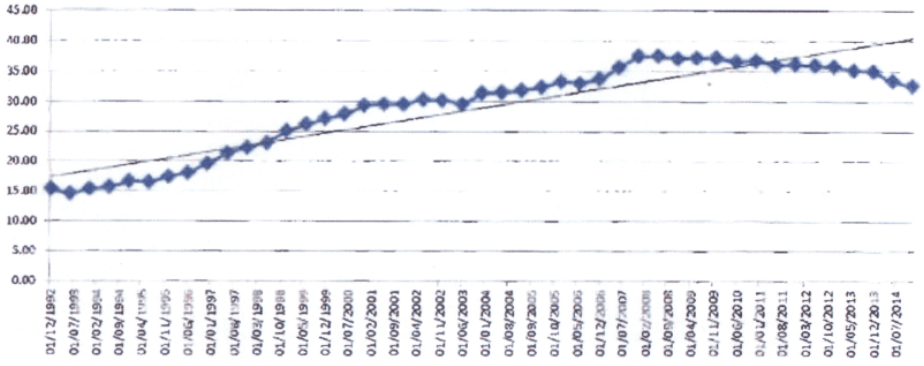
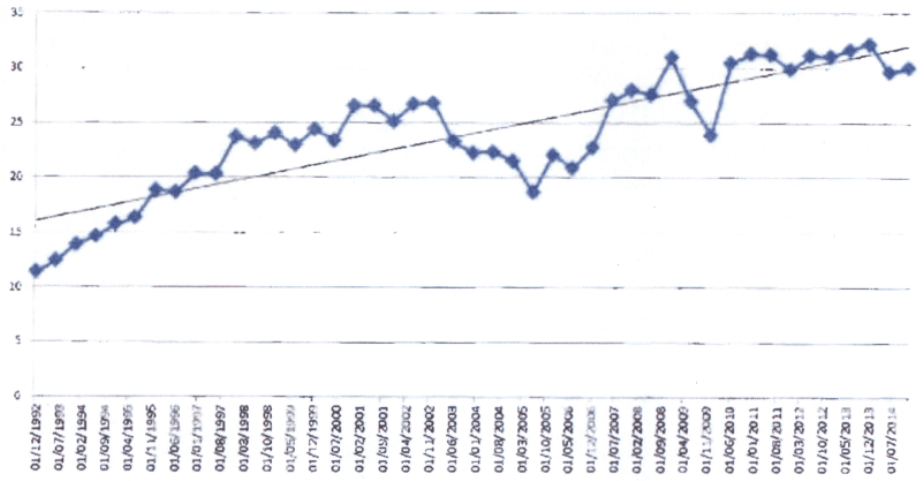
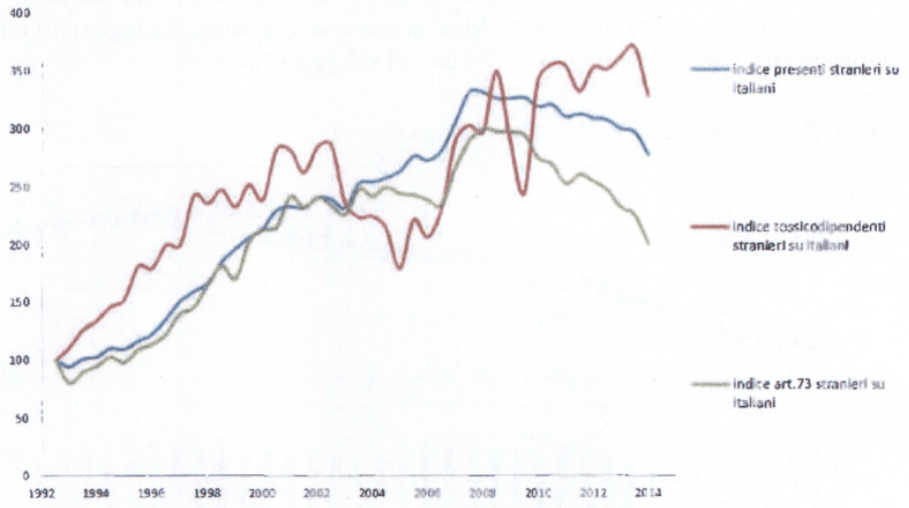


Figura 42: Percentuale di tossicodipendenti stranieri sul totale dei tossicodipendenti.



Anche analizzando i numeri indici della presenza straniera nelle carceri, dei tossicodipendenti stranieri su italiani e gli stranieri reclusi per art. 73 su italiani nel periodo dal 1992 al 2014, si registrano trend crescenti con valori circa tre volte superiori a quelli del 1992 anno base per l'indice (Figura 43).

Figura 43: Confronto mediante numeri indice con base nel 1992.



Analizzando i detenuti per articolo 73 si registra che solo un terzo è stato condannato mentre i due terzi sono, fino al 2008, ancora in fase di procedimento giuridico, negli anni successivi si sale fino a superare la metà. Inoltre si osservano gli effetti della sentenza della Corte costituzionale n. 32 del 2014 che abroga le modifiche introdotte con la cosiddetta legge FINI-GIOVANARDI del 2006, infatti, si osserva una diminuzione nel 2014 di circa 5mila detenuti per questo reato rispetto all'anno precedente (Figura 44).

Il numero di condannati rispetto ai detenuti per gli art. 73, 74 e 73 e 74 hanno registrato un incremento dal 2006 al 2014, in particolare per l'art. 73 dove i condannati sui detenuti per quest'articolo sono passati da un terzo a due terzi. L'effetto della sentenza della corte costituzionale ha avuto effetto solo sui condannati per art.73.

Figura 44: Totale detenuti per art. 73 e condannati.

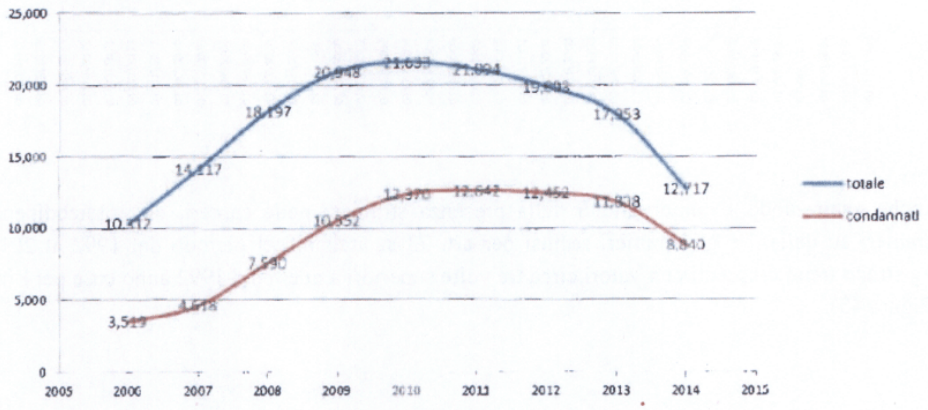


Figura 45: Totale detenuti per art. 74 di cui condannati.

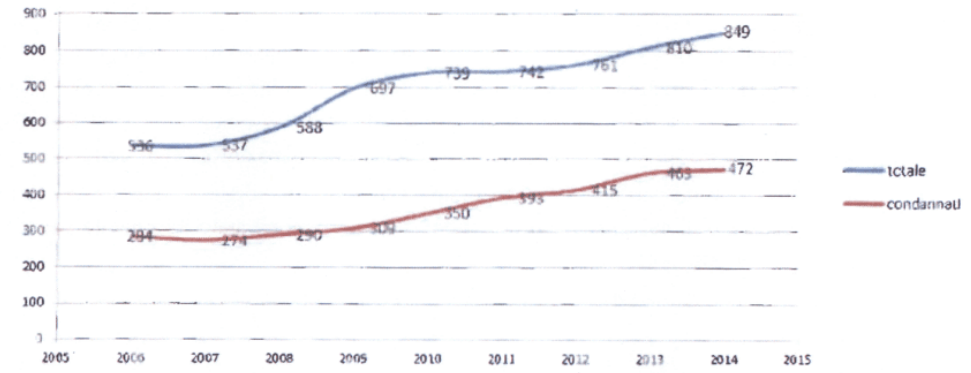
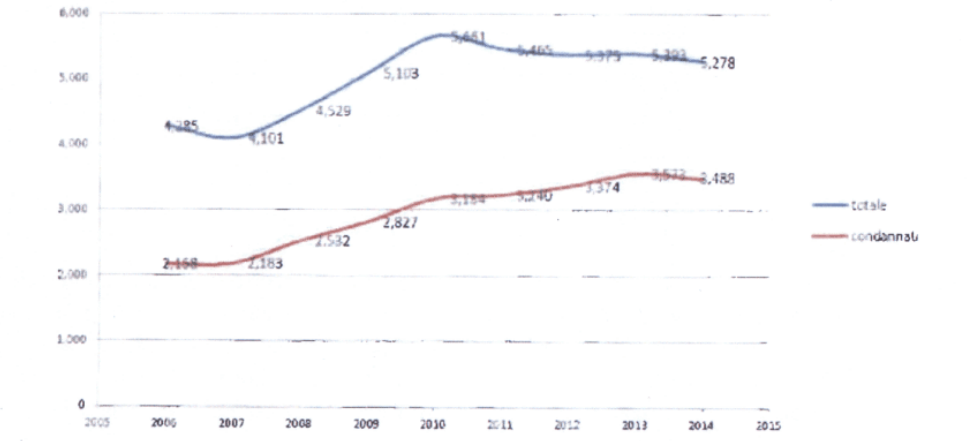


Figura 46: Totale detenuti per art. 73 e 74 di cui condannati.



Dal confronto delle tre figure si può chiaramente vedere che la diminuzione dei detenuti per art.73 è principalmente influenzata dall'impatto della sentenza della Corte costituzionale n. 32 del 2014, che ovviamente non ha causato modifiche della legge per quanto riguarda l'art.74, che anzi ha un trend crescente, come il 73 e 74.

L'analisi esplorativa approfondita dei dati DAP mette chiaramente in luce molti aspetti e legami con le leggi e le politiche, ma gli stessi dati, forniti in altro modo, permettono di conoscere e stimare altri aspetti del fenomeno "droga".

Stima dei soggetti coinvolti nella criminalità come lavoratori nel mercato delle droghe

Il personale che lavora nel mercato di sostanze stupefacenti costituisce una "popolazione nascosta", di cui una parte è costituita da coloro che sono stati identificati e incarcerati ex art.73 del T.U.

309/90 e successive modifiche (legge sulle droghe), da parte delle forze dell'ordine.

I dati sugli incarcerati, forniti dal Dipartimento Amministrazione Penitenziaria (DAP) secondo uno schema adatto, possono essere sfruttati per stimare tutto il personale coinvolto nel mercato delle droghe. Come è stato fatto in precedenza per il progetto europeo "New methodological tools for policy and programme evaluation", (Mascioli e Rossi, 2015) si utilizza lo schema dei modelli "cattura-ricattura"(C-R) riportato nelle linee guida dell'EMCDDA (*http://www.emcdda.europa.eu/html.cfm/index1421EN.html*) e nel libro di Rey et al, 2011.

Questo approccio è basato su una lista generale (anonima) di soggetti identificati (ovvero incarcerati); per ciascuno di essi è rilevato il numero di volte in cui è stato incarcerato per art.73 nell'arco dell'intero periodo di osservazione (un anno).

Un esempio dello schema di dati da utilizzare è riportato nella Tabella 13.

Tabella 13: Schema di una lista di dati elementari relativi ai soggetti catturati-ricatturati

Numero identificativo del soggetto	Numero di identificazioni nel periodo
1	2
2	3
3	1
4	1
...	...

Per la stima del numero totale di soggetti (nascosti e identificati) occorre specificare un modello di cattura ricattura che descriva, in modo adeguato, il processo che genera i dati relativi alle catture. Tale modello dipenderà strettamente dalla popolazione o gruppo di interesse e dalle fonti informative disponibili. Si usano modelli diversi a seconda di come i dati vengono generati, differenziati in base alla tipologia dei soggetti identificati (italiani, stranieri; uomini, donne) nel caso in esame.

I dati elementari, di cui alla precedente lista di Tabella 1, vanno riepilogati in una tabella di sintesi, dove, per ciascun anno e ciascuna categoria, i soggetti catturati vengono raggruppati in base al numero di catture subite nell'anno. Quella che segue è la tabella elaborata dal DAP per il 2012 (Tabella 14); il DAP ha fornito le analoghe tabelle dal 2009 al 2014, riportate nel seguito.

I dati consentono la stima della "popolazione", per ciascuna categoria, utilizzando un'appropriata formula matematica ("stimatore").

Lo stimatore utilizzato, il più valido dal punto di vista scientifico, è quello "*di Zelterman*":

$$\hat{N}_Z = \frac{n}{1-\exp(-2n_2/n_1)}$$

dove la popolazione totale da stimare, in gran parte nascosta, è indicata con $\hat{N}_Z$; mentre n, al numeratore, è il totale dei soggetti osservati (l'ultima riga della tabella 2 per ogni sottopopolazione

di interesse: italiani, stranieri, donne o totale); al denominatore, nella funzione esponenziale, n_2 rappresenta il numero di soggetti con due ingressi in carcere e n_1 il numero di soggetti con un solo ingresso.

$\hat{N}_Z$ è basato sulle frequenze singole n_1 e n_2. Si preferisce non usare i dati relativi a individui identificati molte volte (3 o più) per la stima di probabilità di cattura nel periodo ($2n_2/n_1$), perché considerati individui troppo dissimili da quelli mai identificati, che interessa stimare.

Ad esempio, se si vuole stimare la popolazione totale di italiani coinvolti nell'offerta di sostanze nel 2012, si deve calcolare:

- Il rapporto $2n_2/n_1=0,028$ (probabilità di cattura nel periodo);
- Il valore di $1- \exp(-2n_2/n_1)=0,028$ (casualmente uguale al valore precedente);
- Il rapporto $n/0,028 = 11.204 / 0,028 = 399.517 = \hat{N}_Z$.

Si può concludere che i dati ci permettono di stimare il numero totale di italiani coinvolti nel commercio delle sostanze che rischiano di essere identificati e condannati per ex l'art.73 in 399.517.

Tabella 14: Soggetti entrati in carcere con ascritto il reato di cui all'art. 73 del T.U. 309/90.

Numero di ingressi per soggetto	2012			
	italiani	stranieri	Totale	di cui donne
1	11.039	8.674	19.713	1.471
2	157	198	355	15
3	8	6	14	1
4 e oltre	-	-	0	-
Totale soggetti	*11.204*	*8.878*	*20.082*	*1 487*

Fonte: Dap - Ufficio per lo Sviluppo e la Gestione del Sistema Informativo Automatizzato - SEZIONE STATISTICA

Analoghe stime possono essere prodotte per anni diversi e per categorie diverse di soggetti. Nella Tabella 15 compaiono le stime delle diverse popolazioni nei diversi anni. Come si può osservare le modifiche della legge modificano i dati osservati e le conseguenti stime delle popolazioni (cambia la loro definizione), effetto palese nel 2014.

Con la sentenza n. 32/2014 della Corte costituzionale, che ha dichiarato l'incostituzionalità delle modifiche alla normativa sugli stupefacenti introdotte nel 2006, sono state riportate in vigore le norme previgenti del DPR n. 309/90 e modifiche ante 2006, con la distinzione delle sostanze stupefacenti in droghe "pesanti" e "leggere" e la diversificazione delle pene previste dall'articolo 73. Nell'ipotesi della "lieve entità" del fatto le pene sono state ulteriormente ridimensionate. I condannati ai sensi dell'articolo 73 hanno potuto beneficiare, nel caso di droghe leggere, della rideterminazione della pena e della eventuale scarcerazione, se detenuti.

Pur non essendo propriamente un provvedimento "svuotacarcere", la sentenza della Corte costituzionale ha avuto un impatto sulla popolazione detenuta: alla fine dell'anno 2014 la percentuale di detenuti presenti con ascritto il reato di cui all'articolo 73 è arrivata al 34%, il valore più basso riscontrato dal 2000.

Tabella 15: Stime puntuali ottenute con lo stimatore di Zelterman per le popolazioni coinvolte nel mercato delle sostanze.

Anno	Italiani	stranieri	totale	donne
2009	375.735	177.744	527.185	53.047
2010	425.583	187.207	589.497	64.130
2011	400.632	191.096	569.486	43.039
2012	399.517	198.937	567.674	73.659
2013	399.160	194.337	558.628	47.666
2014	322.533	114.781	352.731	34.925

Naturalmente occorre indicare anche dei limiti di attendibilità delle stime (il c.d. intervallo di confidenza al 95%, che misura la precisione della stima) riportati nella Tabella 16.

Tabella 16: Stime di intervallo al 95% delle diverse popolazioni.

Intervalli di confidenza al 95% - CI95%				
Anno	Italiani	stranieri	totale	donne
2009	(339777-420438)	(161945-197108)	(491843-568174)	(40530-77180)
2010	(381562-481361)	(167824-211836)	(544954-642184)	(46963-101740)
2011	(356165- 458080)	(170516-217522)	(523958-217522)	(32690-63384)
2012	(345915-473166)	(174930-230819)	(514717-633052)	(49077-149135)
2013	(339648-484419)	(168714-229405)	(501043-631481)	(32128-93449)
2014	(264647-413409)	(100600-133805)	(315245-400596)	(22419-80525)

Come si vede gli intervalli di confidenza sono più ampi per gruppi con numero di dati inferiore, come nel caso delle donne e, in proporzione, aumentano di ampiezza rispetto al valore stimato dopo il 2012, quando il numero di ingressi in carcere diminuisce.

Come si è detto sopra, la popolazione detenuta al 31 dicembre 2014, senza distinzione di reato, è per lo più composta da uomini (96%); le donne costituiscono solo il 4%.

E' interessante ora notare che la percentuale di ingressi di donne in carcere per ex art.73, come riportato nella Figura 47, è molto più alta (intorno al 7%). Significa che l'ex art.73 è la causa che interviene maggiormente nella carcerazione delle donne.

Analogamente possiamo verificare l'andamento della percentuale di stranieri detenuti sul totale per ex art.73 (Figura 48) sin dal 1992. Come si vede anche questa percentuale è maggiore di quella della popolazione straniera su quella complessiva in carcere, senza distinguere per imputazione. L' ex art.73 è la causa più frequente di carcerazione per gli stranieri. Anche in questo caso c'è una diminuzione della percentuale dopo il 2009 (attualmente 37%), ma solo del 23% anziché del 30% come per tutta la popolazione detenuta.

Esaminando ora le *stime* sulla complessiva popolazione (nascosti + noti), è importante anche qui verificare la percentuale di donne (Figura 49). Come si vede, è ancora maggiore di quella relativa ai soli individui entrati in carcere per ex art.73 (attorno all'8% anche se oscillante). Questo fatto può avere varie spiegazioni: il ruolo svolto dalle donne potrebbe essere meno perseguibile di quello

svolto dagli uomini; oppure le donne potrebbero tenere comportamenti più prudenti o essere più protette dall'organizzazione di appartenenza; o beneficiare di trattamenti più laschi da parte delle forze dell'ordine.

Per completare l'analisi si possono calcolare le probabilità di cattura delle diverse popolazioni (Tabella 17). Come si vede gli stranieri hanno probabilità maggiori degli altri mentre la probabilità di cattura per le donne è minore.

Si riportano di seguito le tabelle dei dati fornite dal DAP per la stima nei vari anni.

Figura 47: Andamento della percentuale di donne entrate carcere per l'ex art.73 dal 2009 al 2014.

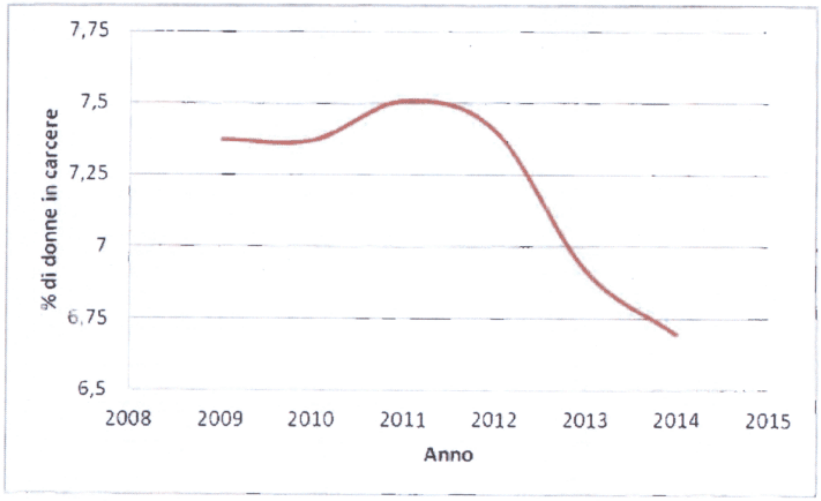


Figura 48: Percentuale di detenuti stranieri in carcere per art.73 rispetto al totale dei detenuti per art. 73.

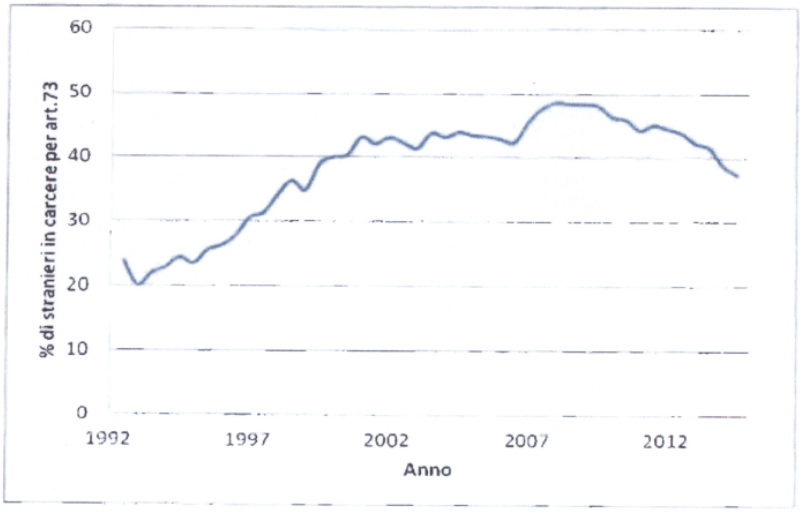


Figura 49: Andamento della percentuale di donne stimate coinvolte nel mercato delle sostanze dal 2009 al 2014

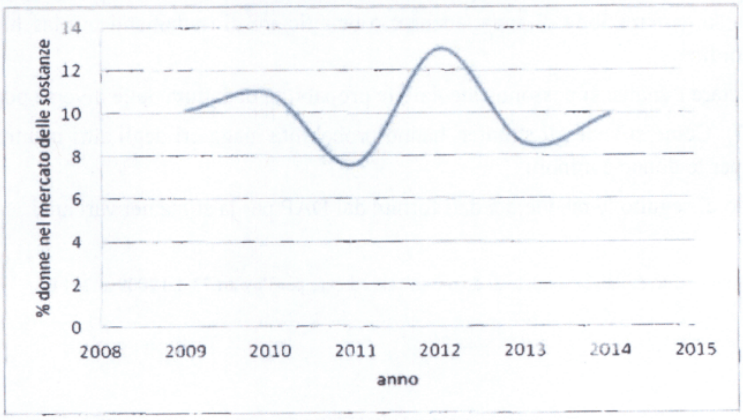


Tabella 17: Probabilità di cattura in percentuale delle diverse popolazioni coinvolte nel mercato delle sostanze.

Anno	italiani	stranieri	totale	donne
2009	4	7	5	4
2010	4	6	4	3
2011	4	5	4	4
2012	3	5	4	2
2013	3	4	3	3
2014	2	6	4	3

Appendice: dati utilizzati forniti dal Dap per la stima nei diversi anni.

Tabella 18.

Numero di ingressi per soggetto	2009			
	italiani	stranieri	totale	di cui donne
1	15.501	11.331	26.832	1.995
2	334	387	721	39
3	12	17	29	-
4 e oltre	1	1	2	-
Totale soggetti	*15.848*	*11.736*	*27.584*	*2.034*

Tabella 19.

Numero di ingressi per soggetto	2010			
	italiani	stranieri	totale	di cui donne
1	15.203	9.915	25.118	1.867
2	282	278	560	28
3	12	16	28	-
4 e oltre	2	-	2	-
Totale soggetti	*15.499*	*10.209*	*25.708*	*1.895*

Tabella 20.

Numero di ingressi per soggetto	2011			
	italiani	stranieri	totale	di cui donne
1	13.650	9.610	23.260	1.747
2	241	255	496	37
3	9	10	19	1
4 e oltre	-	2	2	-
Totale soggetti	*13.900*	*9.877*	*23.777*	*1.785*

Tabella 21.

Numero di ingressi per soggetto	2012			
	italiani	stranieri	totale	di cui donne
1	11.039	8.674	19.713	1.471
2	157	198	355	15
3	8	6	14	1
4 e oltre	-	-	0	-
Totale soggetti	*11.204*	*8.878*	*20.082*	*1.487*

Tabella 22.

Numero di ingressi per soggetto	2013			
	italiani	stranieri	totale	di cui donne
1	9.784	7.770	17.554	1.219
2	123	162	285	16
3	4	5	9	-
4 e oltre	-	-	-	-
Totale soggetti	*9.911*	*7.937*	*17.848*	*1.235*

Tabella 23.

Numero di ingressi per soggetto	2014			
	italiani	stranieri	totale	di cui donne
1	7.058	6.342	13.400	903
2	79	186	265	12
3	3	11	14	1
4 e oltre	-	-	-	-
Totale soggetti	*7.140*	*6.539*	*13.679*	*916*

2.4 Procedimenti giudiziari per reati connessi all'offerta di droga

I soggetti che arrivano alla condanna definitiva per crimini legati alla "droga" sono prevalentemente maschi adulti che hanno commesso il reato soprattutto in età compresa tra 25 e 34 anni. Sebbene questi reati siano molto meno frequenti tra le donne, essendo il rapporto maschi/femmine superiore a 13, quelle che li commettono in prevalenza sono in età compresa tra i 35 e i 54 anni per cittadinanza italiana e tra 25 e 34 anni per la cittadinanza estera, come riportato in

Tabella 24. E' importante osservare che è molto frequente la cittadinanza estera e nella classe 25-34 tra i maschi è superiore alla cittadinanza italiana.

Tabella 24: Condannati con sentenza definitiva per i reati di cui agli art. 73 e/o 74 del D.P.R. 309/1990, per sesso, classe di età e cittadinanza, negli anni 2013 e 2014[23]

anno 2013												
Cittadinanza	Maschi						Femmine					
	meno di 18	18-24	25-34	35-54	55 e oltre	n.a.	meno di 18	18-24	25-34	35-54	55 e oltre	n.a.
ESTERA	130	2.092	3.551	1.805	52	319	2	86	151	108	10	12
ITALIANA	212	3.201	3.305	3.289	376	623	5	263	304	368	42	56
Totale	342	5.293	6.856	5.094	428	942	7	349	455	476	52	68
anno 2014												
Cittadinanz	Maschi						Femmine					
	meno	18-24	25-34	35-54	55 e	n.a.	meno	18-24	25-34	35-54	55 e	n.a.

23 La rilevazione potrebbe discostarsi dai dati reali a causa del fenomeno dell'arretrato nell'alimentazione del sistema da parte degli uffici n.a = Non applicabile· per alcuni soggetti non è stato possibile indicare l'età perché non è presente la data del commesso reato

a	di 18				oltre		di 18				oltre	
ESTERA	68	1.122	2.064	1.1	39	213	2	50	92	71	3	15
ITALIANA	162	1.874	1.772	1.854	232	321	5	145	150	192	30	34
Totale	230	2.996	3.836	2.954	271	534	7	195	242	263	33	49

Fonte: Sistema Informativo del Casellario. " Non è consentito l'utilizzo dei dati per finalità diverse da quelle istituzionali

Sia per il 2013 che per il 2014 le distribuzioni dei paesi d'origine dei condannati per crimini legati alla droga sono abbastanza simili. Tra i condannati maschi italiani la grande maggioranza proviene da Sicilia, Lombardia, Lazio e Campania. Mentre i maschi nati all'estero sono prevalentemente provenienti da Marocco, Tunisia e Albania. Le donne italiane condannate provengono prevalentemente dalle stesse regioni, mentre le donne straniere da Nigeria, Marocco e Romania. I paesi africani che seguono, in particolare per i maschi, sono quelli affetti dall'ingresso delle rotte della cocaina nell'Africa occidentale (Golfo di Guinea) e percorso verso il mar Mediterraneo, sia per 2013 che per il 2014. Situazione analoga è stata osservata che per i dati forniti dalla DCSA che sono coerenti.

Sia nelle condanne emesse nel 2013 che nel 2014 il reato prevalente è sempre quello definito dall'art. 73 del D.P.R. 309/1990. Dai dati si evince come per la maggior parte dei crimini legati alla droga i tempi tra la data del reato e la sentenza definitiva sono entro due anni sia per gli italiani che per gli stranieri (75%). Pochissimi sono i casi in cui il soggetto viene condannato per entrambi gli articoli 73 e 74 del D.P.R 309/1990.

Tabella 25: Condannati con sentenza definitiva per i reati di cui agli artt.73 e/o 74 del DPR 309/1990, per sesso, cittadinanza e luogo di nascita. Anno 2013

2013				
LUOGO DI NASCITA	ITALIANI		STRANIERI	
	MASCHI	FEMMINE	MASCHI	FEMMINE
ITALIA				
ABRUZZO	273	51	0	0
BASILICATA	92	7	0	0
CALABRIA	634	32	0	0
CAMPANIA	1.300	138	0	0
EMILIA ROMAGNA	351	63	0	0
FRIULI VENEZIA GIULIA	141	20	0	0
LAZIO	1.123	93	1	0
LIGURIA	241	38	0	0
LOMBARDIA	1.342	114	2	1
MARCHE	205	30	0	0
MOLISE	46	6	0	0
PIEMONTE	353	36	0	0
PUGLIA	1.062	81	1	0
SARDEGNA	579	41	0	0
SICILIA	1.616	97	2	0
TOSCANA	299	42	0	0

TRENTINO ALTO ADIGE	89	13	0	0
UMBRIA	74	16	0	0
VALLE D'AOSTA	12	1	0	0
VENETO	389	53	0	0
TOTALE	**10.221**	**972**	**6**	**1**
ALTRI PAESI				
MAROCCO	1	0	2.082	41
TUNISIA	3	0	1.400	7
ALBANIA	2	0	1.047	20
NIGERIA	0	0	457	65
SENEGAL	0	0	249	2
EGITTO	0	0	190	0
GAMBIA	0	0	174	2
ALGERIA	1	0	172	0
REPUBBLICA DOMINICANA	2	0	111	28
ROMANIA	1	0	99	32
TOTALE	**10**	**0**	**5.981**	**197**

Fonte: Sistema Informativo del Casellario. " Non è consentito l'utilizzo dei dati per finalità diverse da quelle istituzionali"

Tabella 26: Condannati con sentenza definitiva per i reati di cui agli artt.73 e/o 74 del DPR 309/1990, per sesso, cittadinanza e luogo di nascita. Anno 2014

2014				
LUOGO DI NASCITA	ITALIANI		STRANIERI	
	MASCHI	**FEMMINE**	**MASCHI**	**FEMMINE**
ITALIA				
ABRUZZO	80	13	0	0
BASILICATA	33	4	0	0
CALABRIA	446	18	0	0
CAMPANIA	747	68	0	0
EMILIA ROMAGNA	160	28	0	0
FRIULI VENEZIA GIULIA	73	8	0	0
LAZIO	664	58	1	0
LIGURIA	138	16	0	0
LOMBARDIA	700	63	2	1
MARCHE	99	18	0	0
MOLISE	20	4	0	0
PIEMONTE	202	19	0	0
PUGLIA	489	40	1	0
SARDEGNA	352	31	0	0
SICILIA	1.043	57	2	0
TOSCANA	167	26	0	0
TRENTINO ALTO ADIGE	60	5	0	0
UMBRIA	45	5	0	0

VALLE D'AOSTA	11	3	0	0
VENETO	258	33	0	0
TOTALE	**5.787**	**517**	**6**	**1**
ALTRI PAESI				
MAROCCO	2	0	1.161	23
TUNISIA	2	0	763	4
ALBANIA	0	1	625	12
NIGERIA	1	0	296	31
SENEGAL	0	0	150	1
EGITTO	1	0	104	0
GAMBIA	0	0	168	1
ALGERIA	0	0	91	0
REPUBBLICA DOMINICANA	1	2	76	19
ROMANIA	0	0	83	31
TOTALE	**7**	**3**	**3.517**	**122**

Fonte: Sistema Informativo del Casellario. " Non è consentito l'utilizzo dei dati per finalità diverse da quelle istituzionali"

Sia nel 2013 che nel 2014 le regioni dove si commettono più crimini legati alla droga, come valore assoluto, sono la Lombardia e la Sicilia. Gli stranieri maschi che li commettono in queste regioni sono molti di più degli italiani. Mentre nel 2013 le donne italiane sono quasi il doppio delle straniere in Lombardia, nel 2014 si registra lo stesso fenomeno però nella Regione Lazio.

Per il 2013, sono più dell'8% i luoghi del reato sconosciuti. Per valutare l'impatto regionale occorre tener presente la popolazione residente nelle regioni. La Figura 50 mostra l'andamento da cui si vede che la Lombardia, il Lazio e l'Emilia Romagna sono le regioni che nel 2013 hanno un impatto maggiore per persona residenti dai reati, mentre la Campani, il Piemonte, il Veneto e la Puglia hanno un impatto dei reati minore per residente.

Si potrebbe approfondire utilizzando figure analoghe per rappresentare l'andamento per i maschi, le femmine e per gli stranieri anche per il 2014.

La Figura 51 mostra l'andamento del rapporto Maschi/Femmine italiani per regione e la Figura 52 Maschi/Femmine stranieri per regione nel 2013. Come si vede, tranne per qualche regione del meridione, il rapporto tra gli stranieri è maggiore che tra gli Italiani. Analoghe figure si possono fare per il 2014, ma, in generale, il fenomeno non è diverso e ci può essere un'influenza dell'arretrato come riportati nella nota 1.

Sia nel 2013 che nel 2014, con riferimento alla recidività, la maggior parte dei soggetti condannati, italiani e stranieri, con sentenza definitiva non sono recidivi. La maggior parte dei soggetti viene condannato definitivamente in primo grado.

Il numero di soggetti stranieri condannati definitivamente in secondo grado è sempre inferiore al numero degli italiani.

Tabella 27: Condannati con sentenza definitiva per i reati di cui agli art. 73 e/o 74 del D.P.R. 309/1990 per cittadinanza tipo reato e anno commesso reato, negli anni 2013 e 2014

anno 2013						
Anno del reato	Italiani			Stranieri		
	solo Art. 73	solo Art. 74	Artt. 73 e 74	solo Art. 73	solo Art. 74	Artt. 73 e 74
2013	3.631	5	0	3.249	2	0
2012	3.196	13	0	2.244	11	0
2011	1303	20	0	712	10	0
2010	798	19	0	366	9	0
2009	563	67	0	283	11	0
2008	461	35	0	241	21	0
anni precedenti	1288	81	1	791	48	1
anno reato non presente	617	107	2	321	27	0
anno 2014						
Anno del reato	Italiani			Stranieri		
	solo Art. 73	solo Art. 74	Artt. 73 e 74	solo Art. 73	solo Art. 74	Artt. 73 e 74
2014	1.945	1	0	1.958		0
2013	2.016	4	0	1.356	8	0
2012	820	18	0	553	2	0
2011	472	32	0	214	2	0
2010	360	16	0	128	16	0
2009	230	18	0	87	6	0
2008	185	20	0	83	3	0
anni precedenti	300	39	0	199	11	1
anno reato non presente	346	15		223	7	0

Fonte: Sistema Informativo del Casellario "Non è consentito l'utilizzo dei dati per finalità diverse da quelle istituzionali"

Se si considera in dettaglio la recidività, si osserva che i minori non presentano questa caratteristica, mentre per gli adulti si ha nel 2013, una recidività del 20% degli italiani e del 22% degli stranieri in primo grado e del 33% degli italiani e del 23% degli stranieri in secondo grado.

Per il 2014 si ha una recidività del 20% degli italiani e del 23% degli stranieri in primo grado e del 37% degli italiani e del 29% degli stranieri in secondo grado, assolutamente non trascurabile che sarebbe utile approfondire.

Tabella 28: Condannati con sentenza definitiva per i reati di cui agli art. 73 e/o 74 del D.P.R. 309/1990 per sesso, cittadinanza e regione del commesso reato, negli anni 2013 e (2014)

2013				
Regione del commesso reato	ITALIANI		STRANIERI	
	MASCHI	FEMMINE	MASCHI	FEMMINE
ABRUZZO	312	59	98	6
BASILICATA	56	3	3	
CALABRIA	456	34	29	3

CAMPANIA	836	92	126	6
EMILIA ROMAGNA	606	85	989	46
FRIULI VENEZIA GIULIA	165	25	72	5
LAZIO	1.202	96	718	46
LIGURIA	285	39	421	20
LOMBARDIA	1.587	130	2.004	75
MARCHE	270	34	221	8
MOLISE	45	5	5	
PIEMONTE	360	26	539	15
PUGLIA	783	54	125	10
SARDEGNA	540	41	36	6
SICILIA	1.222	77	110	6
TOSCANA	322	44	525	21
TRENTINO ALTO	102	14	240	9
UMBRIA	93	19	207	11
VALLE D'AOSTA	24	4	9	1
VENETO	373	45	739	31
luogo reato non presente	934	71	399	40
TOTALE	**9.639**	**926**	7.216	325

Fonte. Sistema Informativo del Casellario " Non è consentito l'utilizzo dei dati per finalità diverse da quelle istituzionali"

Figura 50: Confronto regionale dei reati e dei residenti in percentuale.

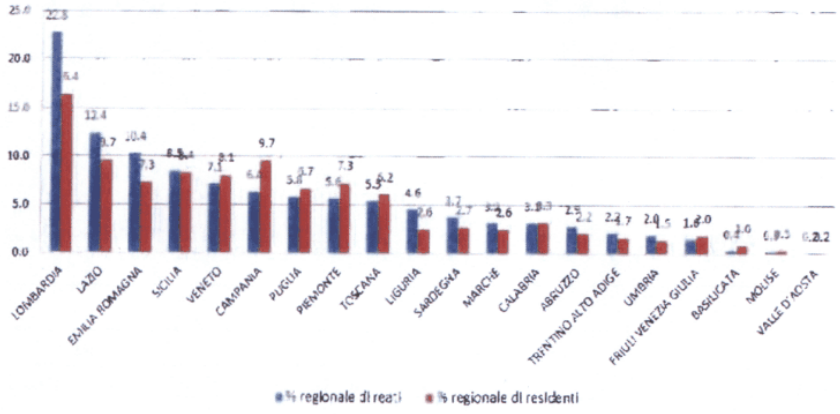


Figura 51: Rapporto Maschi su Femmine tra gli Italiani.

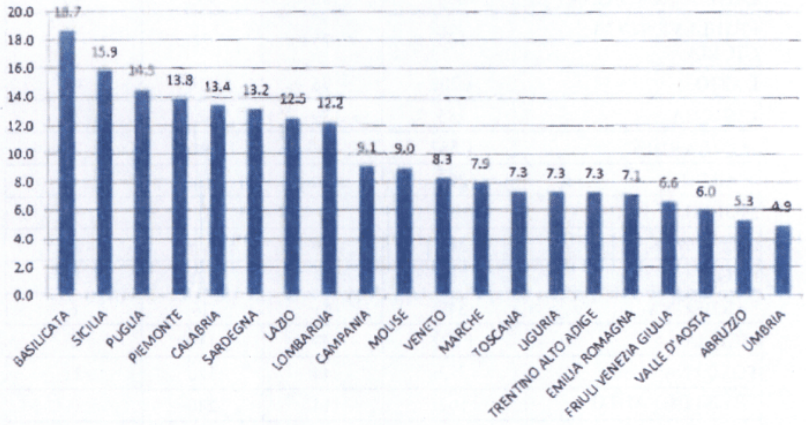


Figura 52: Rapporto Maschi su Femmine tra gli stranieri.

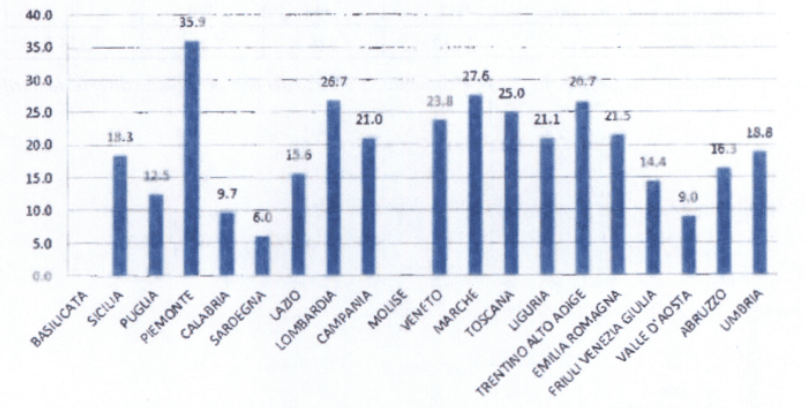


Tabella 29: Condannati con sentenza definitiva per i reati di cui agli art. 73 e/o 74 del D.P.R. 309/1990 per sesso, cittadinanza e regione del commesso reato, negli anni (2013) e 2014

2014				
LUOGO DI NASCITA	ITALIANI		STRANIERI	
	MASCHI	FEMMINE	MASCHI	FEMMINE
ABRUZZO	107	18	55	2
BASILICATA	17	1		
CALABRIA	349	14	20	3
CAMPANIA	516	51	104	12
EMILIA ROMAGNA	273	34	523	27
FRIULI VENEZIA GIULIA	97	8	45	7
LAZIO	695	70	477	38

LIGURIA	164	22	301	18
LOMBARDIA	770	74	1.084	31
MARCHE	130	19	151	4
MOLISE	26	4	1	
PIEMONTE	206	15	169	13
PUGLIA	391	33	106	3
SARDEGNA	335	25	35	5
SICILIA	789	36	85	5
TOSCANA	196	27	251	10
TRENTINO ALTO	77	8	162	5
UMBRIA	57	4	135	13
VALLE D'AOSTA	14	3	3	
VENETO	254	27	451	14
luogo reato non presente	486	39	256	16
TOTALE	5.463	493	4.158	210

Tabella 30: Condannati con sentenza definitiva per i reati di cui agli artt.73 e/o 74 del DPR 309/1990, per cittadinanza, recidività e tipo dell'autorità giudicante negli anni 2013 e 2014

2013				
AUTORITA' GIUDICANTE	ITALIANI		STRANIERI	
	RECIDIVI	NON	RECIDIVI	NON
G.I P TRIBUNALE PER I MINORENNI	0	1	0	1
G U.P. TRIBUNALE PER I MINORENNI	0	61	0	23
TRIBUNALE PER I MINORENNI	0	36	0	32
Totale autorità 1°grado(Minorenni)	**0**	**98**	**0**	**56**
SEZIONE DI CORTE DI APPELLO PER I MINORENNI	3	104	0	51
G.I P. TRIBUNALE	507	2 295	300	1.256
G U.P TRIBUNALE	353	1 569	151	722
TRIBUNALE	691	2.462	753	2.358
CORTE DI ASSISE	3	6	0	3
Totale autorità 1°grado(Maggiorenni)	**1.554**	**6.332**	**1.204**	**4.339**
CORTE DI APPELLO	1.171	2 347	561	1 836
CORTE DI ASSISE DI APPELLO	0	18	0	9
Totale autorità 2°grado(Maggiorenni)	**1.171**	**2.365**	**561**	**1.845**
TOTALE	2.728	8.899	1.765	6.291

2014				
AUTORITA' GIUDICANTE	ITALIANI		STRANIERI	
	RECIDIVI	NON	RECIDIVI	NON
G I P TRIBUNALE PER I MINORENNI	0	1	0	0
G.U P. TRIBUNALE PER I MINORENNI	0	39	0	16
TRIBUNALE PER I MINORENNI	0	33	0	24
Totale autorità 1°grado(Minorenni)	**0**	**73**	**0**	**40**
SEZIONE DI CORTE DI APPELLO PER I MINORENNI	1	76	2	28
G I P. TRIBUNALE	325	1 489	160	811

G.U P. TRIBUNALE	196	1 094	114	539
TRIBUNALE	478	1.306	517	1.369
CORTE DI ASSISE	2	3	1	4
Totale autorità 1°grado(Maggiorenni)	**999**	**3.889**	**791**	**2.719**
CORTE DI APPELLO	543	928	317	795
CORTE DI ASSISE DI APPELLO	0	4	1	0
Totale autorità 2°grado(Maggiorenni)	**543**	**932**	**318**	**795**
TOTALE	**1.543**	**4.970**	**1.111**	**3.582**

Fonte: Sistema Informativo del Casellario. " Non è consentito l'utilizzo dei dati per finalità diverse da quelle istituzionali"

Naturalmente dal casellario è possibile avere molte altre informazioni di grande interesse. Per esempio, si è appurato che l'art. 73 del D.P.R. 309 /1990 risulta essere tra i primi reati per numerosità per i quali si procede a condanna definitiva.

Per considerare i reati più frequenti, in sintesi si ha:

- dal 2010 al 2014 al primo posto sempre per l'art. 186 codice della strada (guida sotto l'influenza dell'alcool);
- dal 2010 al 2013 al secondo posto l'art. 73 e terzo nel 2014;
- dal 2010 al 2013 al terzo posto l'art. 624 c.p. (furto) e secondo nel 2014. Quest'ultimo è uno dei reati più diffuso tra i tossicodipendenti che accedono al carcere e che sarebbe importante approfondire nel futuro.

Bibliografia

Mascioli F., Rossi C. (2015). Useful supply indicators for evaluating law enforcement efficacy, the sizeof the drug market and other issues, *Proceedings of the Eighth ISSDP Conference*, 189-209.

Rey G.M., Rossi C, Zuliani A. *Il mercato delle droghe: dimensione, protagonisti e politiche*. Marsili editori, Venezia, 2011.

Capitolo 3. Le nuove sostanze

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

3.1 Sistema di Allerta Precoce

Premesse

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

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

Principali attività

Si descrivono attività messe in campo dal Sistema Nazionale di Allerta Precoce ed i risultati ottenuti nel corso dell'anno 2014. Si riportano le segnalazioni ricevute (input), relative all'identificazione di nuove sostanze o nuovi fenomeni sul territorio italiano e internazionale, le comunicazioni trasmesse (output) differenziate per tipologia di informazione: Informative, Preallerte ed Allerte di vario grado, Comunicazioni OEDT con informazioni provenienti dall'Osservatorio Europeo sulle Droghe e le Tossicodipendenze, Allerte diramate dall'OEDT, comunicazioni indirizzate a specifici destinatari. In Tabella 1 si riporta la numerosità delle attività svolte nell'anno.

Tabella 31: Numerosità delle attività condotte dal Sistema Nazionale di Allerta Precoce nel corso del 2014 per tipologia (in ingresso – input, e in uscita – output, secondo il mese di registrazione.

	Input	Output			
Anno 2014	Segnalazioni	Informative	Allerte	Comunicazioni OEDT	Altro
Gennaio	22	1	1	0	0
Febbraio	29	0	2	0	1
Marzo	33	3	0	2	1
Aprile	30	2	3	4	0
Maggio	12	1	1	0	0

Giugno	23	2	2	1	0
Luglio	11	0	0	1	0
Agosto	15	0	0	1	0
Settembre	15	1	1	0	0
Ottobre	14	0	0	0	0
Novembre	12	0	0	0	0
Dicembre	13	0	0	2	1
Totale	**229**	**10**	**10**	**11**	**3**

3.1.1 Segnalazioni in ingresso – input

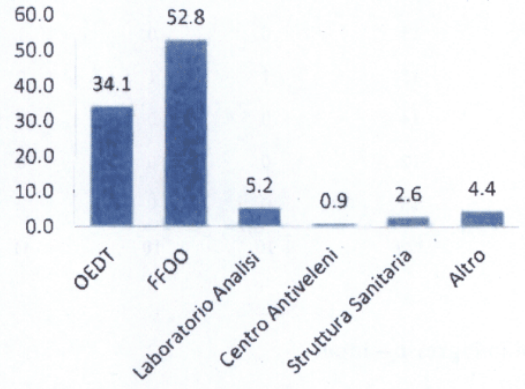
Oltre la metà delle 229 segnalazioni registrate dal Sistema nel 2014 è giunta dalle Forze dell'Ordine (52,8%), circa un terzo dall'OEDT (34,1%), i laboratori di analisi hanno contribuito per il 5,2% del totale. Nel 4,4% dei casi le segnalazioni sono pervenute da Osservatori Regionali, media, altro. In misura minore, le segnalazioni sono pervenute da pronto soccorso o dipartimenti delle dipendenze (2,6%) e da Centri Antiveleni (0,9%) (Tabella 32; Figura 53).

Tabella 32: Segnalazioni giunte al Sistema Nazionale di Allerta Precoce nel corso del 2014, secondo la tipologia del segnalante. Numerosità (N) e percentuale (%).

	N	%
OEDT	78	34,1
FFOO	121	52,8
Laboratorio*	12	5,2
Centro Antiveleni	2	0,9
Struttura Sanitaria	6	2,6
Altro	10	4,4
Totale	**229**	**100**

*Tossicologia clinica, tossicologia forense, Agenzia delle Dogane, Università, Enti di ricerca, aziende sanitarie

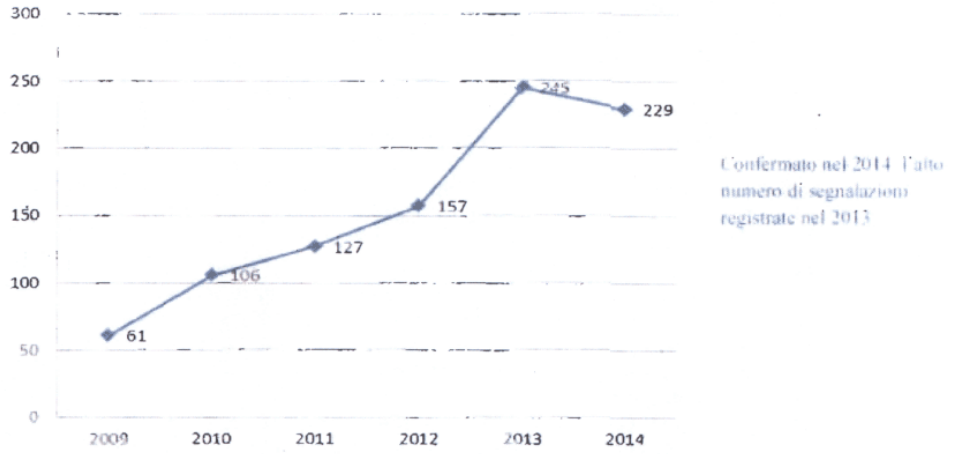
Figura 53: Segnalazioni giunte al Sistema Nazionale di Allerta Precoce nel corso del 2014 secondo il segnalante – percentuale.



Le segnalazioni (229) ricevute dal Sistema di Allerta nel corso del 2014, risultano in aumento (+275%) rispetto al 2009, quando le segnalazioni erano state 61, rispetto al 2010 (+116%), quando le segnalazioni erano state 106, rispetto al 2011 (+80%) e al 2012 (+46%), come evidenziato dal trend riportato nella Figura 2. Risultano invece in leggero calo (-7%) rispetto al 2013, che dall'inizio delle attività del Sistema di Allerta, ha fatto registrare il picco massimo di segnalazioni (245). Resta comunque confermato l'elevato numero di segnalazioni annue (> 200) anche nel 2014. Tale incremento potrebbe essere correlabile a diversi aspetti. A partire dal 2009, la visibilità del Sistema di Allerta a livello nazionale è aumentata grazie alle attività di formazione e informazione sul territorio, che hanno stimolato la segnalazione da parte di strutture varie. Dal febbraio 2010 inoltre, l'attività di sensibilizzazione del network dei centri collaborativi, operata dal Sistema sul tema dei cannabinoidi e dei catinoni sintetici, ha contribuito a coinvolgere maggiormente le unità segnalanti attraverso un assiduo invio da parte del Sistema di informazioni utili all'individuazione di queste nuove molecole sia in materiali da sequestro che in materiali biologici oltre che di casi di intossicazione correlati alla loro assunzione. Per aumentare la capacità di identificazione di tali nuove sostanze da parte dei laboratori dei centri collaborativi di Sistema, è stata supportata nel 2010 e nel 2012, conclusa nel 2014, la distribuzione realizzata dall'Istituto Superiore di Sanità degli standard analitici di riferimento. La ricaduta positiva di queste iniziative è evidente nell'incremento delle segnalazioni sostenute da accertamenti analitici.

Per quanto riguarda la tipologia di segnalazioni, nel 2014 risulta diminuito il numero di segnalazioni per casi clinici, un dato che tuttavia non correla con il numero reale di casi di intossicazione da nuove sostanze psicoattive (NSP) identificati nello stesso anno, ma prevalentemente con un momentaneo allungamento dei tempi necessari per l'accertamento della diagnosi definitiva rispetto agli anni precedenti, anche in relazione all'aumentato numero di NSP disponibili sul mercato e alla complessa acquisizione di standard analitici.

Figura 54: Segnalazioni ricevute dal Sistema Nazionale di Allerta Precoce dal 2009 al 2014 – numerosità.



3.1.2 Comunicazioni in uscita - output

Nel corso del 2014, il Sistema Nazionale di Allerta Precoce ha prodotto una serie di comunicazioni destinate ai centri collaborativi (output), classificate secondo la tipologia di seguito riportata:

- **Informative**: comunicazioni che il Sistema invia al network di centri collaborativi e che non presentano carattere di urgenza. Esse sono finalizzate ad informare le unità del network e per inoltrare al network degli esperti le segnalazioni provenienti dai centri collaborativi. Le Informative hanno inoltre l'obiettivo di condividere le informazioni analitiche e cliniche per agevolare l'identificazione delle nuove molecole e il riconoscimento di eventuali intossicazioni acute che pervengono ai Dipartimenti di Emergenza.

Allerte: avvisi a carattere di urgenza che implicano un'azione coordinata tra tutte le strutture competenti per l'attivazione e l'implementazione di opportune procedure di risposta al fenomeno segnalato. Secondo la gravità dell'oggetto dell'allerta e quindi, del potenziale rischio per la salute pubblica, i documenti in uscita vengono definiti come Pre-allerta, Allerta di grado 1, 2 o 3 secondo criteri predefiniti.

- Criteri e definizioni

- **Pre-allerta:** comparsa di una nuova sostanza psicoattiva, di una nuova modalità di consumo, un nuovo agente da taglio/adulterante in Europa e/o in Italia. Non ci sono casi clinici registrati in Europa né in Italia. Non ci sono decessi. Informazioni in attesa di conferma. Possibilità di ricevere ulteriori informazioni che potrebbero esitare in un'Allerta;
- **Allerta di grado 1**: comparsa di una nuova sostanza psicoattiva, di una nuova modalità di consumo, un nuovo agente da taglio/adulterante in Europa o in Italia. Informazioni analiticamente confermate. Non ci sono casi clinici, né in Europa o in Italia. Condizioni di disagio sociale (preoccupazioni, ansie, allarmi sociali);
- **Allerta di grado 2**: comparsa di una nuova sostanza psicoattiva, di una nuova modalità di consumo, un nuovo agente da taglio/adulterante in Europa o in Italia. Informazioni analiticamente confermate. Casi clinici verificatisi in Europa o in Italia. Rischio di danni alla salute (disturbi temporanei, non potenzialmente letali) e rischio di diffusione di sostanze tossiche nel mercato illecito e dei consumi. Non ci sono decessi;
- **Allerta di grado 3:** comparsa di una nuova sostanza psicoattiva, di una nuova modalità di consumo, un nuovo agente da taglio/adulterante in Europa e/o in Italia. Informazioni analiticamente confermate. Casi clinici osservati e documentati in Europa o in Italia. Condizioni di rischio di gravi danni per la salute (malattie invalidanti, decessi).

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

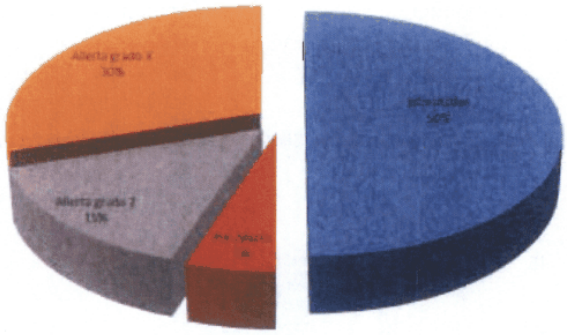
- Comunicazioni OEDT: comunicazioni nelle quali il Sistema di Allerta raggruppa ed inoltra al network dei centri collaborativi le segnalazioni relative all'individuazione di nuove molecole sul territorio della UE che l'OEDT ha trasmesso senza carattere di urgenza ai Punti Focali Nazionali nel corso dei ogni mese.

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

3.1.3 Comunicazioni in uscita nel 2014

Nel 2014 le comunicazioni inviate dal Sistema Nazionale di Allerta Precoce al network di output sono state 34 di cui 10 Informative, 10 Allerte (inclusa una Pre-Allerta) e 11 Comunicazioni OEDT.

Figura 55: Comunicazioni in uscita inviate nel 2014 dal Sistema Nazionale di Allerta Precoce secondo la tipologia – percentuale.



Nel corso del 2014, le Informative trasmesse al Network del Sistema di Allerta hanno riguardato l'identificazione per la prima volta sul territorio italiano di nuove sostanze psicoattive: 3,4-diclorometilfenidato (3,4-CTMP), etilfenidato, alfa-metiltriptamina (AMT), dimetocaina, MPA e alfa-PVT in materiali posti sotto sequestro in Italia o acquistati online. Un'informativa ha riguardato l'identificazione nel nostro paese della molecola difenidina non ancora identificata in altri paesi europei. Anche sostanze tradizionali e sostanze naturali sono state oggetto di specifiche comunicazioni. Informative hanno riguardato la rilevazione di particolari tagli/adulteranti/diluenti rilevati in sostanze "tradizionali": l'antibiotico metronidazolo in campione di eroina e il tetramisolo/levamisolo in numerosi sequestri di cocaina anche nel 2014. Sono stati segnalati sequestri di MA (metamfetamina) e di MDMA (3,4-metilendiossimetamfetamina) ad elevata percentuale di principio attivo o in miscela con nuove sostanze psicoattive. Una novità ha riguardato l'identificazione in un reperto di una miscela di più sostanze psicoattive quali fenetilamine, catinoni e triptamine (4-FA, 4-MEC, bk-PMMA, bk-MDMA, 5-MeO-MIPT, 5-MeO-DALT).

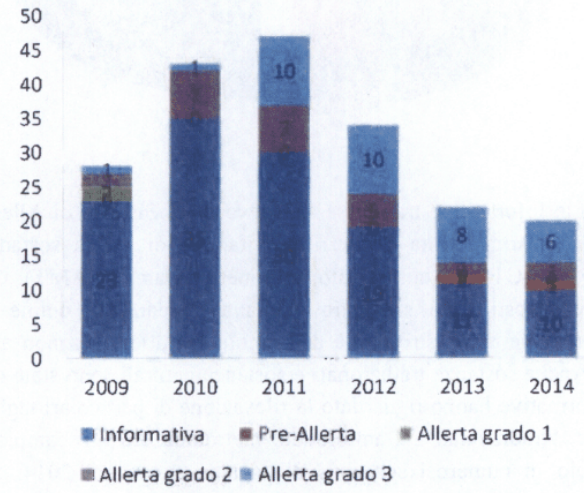
Infine sono state registrate e circolarizzate informazioni sull'identificazione di materiali di origine vegetale contenenti sostanze psicoattive, quali la mitraginina in reperti sotto forma di polvere e l'identificazione per la prima volta sul territorio italiano, della molecola bufotenina, in semi di forma circolare.

Per quanto riguarda le Allerte emanate nel corso del 2014, una ha riguardato l'aggiornamento sui sequestri di catinoni sintetici segnalati in Italia dal gennaio 2013 al gennaio 2014; una ha riguardato un caso di grave intossicazione acuta in paziente pediatrico a seguito dell'assunzione di cannabis; una ha riportato le numerose identificazioni di fenetilammine in materiali posti sotto sequestro in Italia; un'altra è stata relativa all'identificazione del cannabinoide sintetico AM-694 in campione urinario di soggetto ricoverato per trauma maggiore; un'altra ancora si è riferita alla registrazione dal 2011 al 2014, di altri 11 casi accertati di intossicazione acuta da uso/abuso di anticolinergici assunti in associazione con altre sostanze. Tre Allerte si sono riferite a casi di intossicazione e/o decesso registrati in Europa e trasmessi dall'Osservatorio Europeo, correlati alle molecole AH-7921 e MT-45 (oppioidi sintetici), al para-metil-4-metilaminorex; e infine a cannabinoidi sintetici negli Stati Uniti.

E' stata inoltre trasmessa al network del Sistema di Allerta, una Pre-Allerta relativa all'identificazione in Italia di metorfano (stereochimica non nota) in numerosi nuovi sequestri di eroina e in 3 reperti sequestrati in prossimità di soggetti deceduti.

Il Sistema di Allerta tiene monitorato l'andamento delle comunicazioni di output a partire dal 2009, anno di inizio delle attività del Sistema (Figura 56).

Figura 56: Comunicazioni di output inviate dal Sistema Nazionale di Allerta Precoce negli anni 2009-2014 – numerosità.



Il numero di comunicazioni di output inviate dal Sistema risulta diminuito negli anni per la scelta di aggregare segnalazioni di fenomeni o molecole analoghe tra loro, in un unico documento. Un esempio è fornito dalle numerose segnalazioni di sequestri di catinoni sintetici e fenetilammine registrate negli ultimi due anni, raggruppate nelle due rispettive Allerte, riportate nel precedente paragrafo.

3.1.4 Reporting Form indirizzati all'Osservatorio Europeo (OEDT)

Attraverso il documento denominato Reporting Form e per tramite del Punto Focale Nazionale, il Sistema di Allerta trasmette all'Osservatorio Europeo sulle Droghe e le Tossicodipendenze (OEDT) attraverso schede appositamente strutturate per il Sistema di Allerta europeo, la comparsa di molecole individuate per la prima volta sul territorio italiano. Nel 2014, i Reporting Form inviati all'OEDT sono stati 33, corredati da dati analitici e, dove possibile, da foto dei reperti. Dei 33 Reporting Form inviati nel 2014, 22 riportavano l'identificazione di Nuove Sostanze Psicoattive (NSP) quali cannabinoidi sintetici (8), fenetilammine (6), catinoni sintetici (4), triptamine (4); gli altri 11 erano relativi a molecole di altra tipologia quali la difenidina, l'etilfenidato, la quetiapina, il pirazolam. In

Tabella 33 viene riportato l'elenco completo dei Reporting Form trasmessi all'Osservatorio Europeo dal 2010 ad oggi (101 in totale).

Tabella 33: Reporting Form, relativi alle molecole identificate per la prima volta sul territorio italiano a seguito di casi di intossicazione (clinico) e/o sequestro (analitico),trasmessi all'Osservatorio europeo dal 2010.

N	DATA INVIO A EMCDDA	MOLECOLA	TIPOLOGIA /FAMIGLIA
1	08/07/2010	Mefedrone	Analitico/Catinoni
2	09/07/2010	JWH-081 - JWH-250	Analitico/Cannabinoidi
3	03/08/2010	Butylone	Analitico/Catinoni
4	05/10/2010	JWH-250	Analitico/Cannabinoidi
5	03/12/2010	JWH-122	Analitico/Cannabinoidi
6	15/03/2011	3-FMC	Analitico/Catinoni
7	17/05/2011	4-FMC	Analitico/Catinoni
8	29/08/2011	JWH-019	Analitico/Cannabinoidi
9	29/09/2011	JWH-210	Analitico/Cannabinoidi
10	29/09/2011	4-MEC	Analitico/Catinoni
11	29/09/2011	4-FA	Analitico/Feneilammine
12	29/09/2011	Methylone	Analitico/Catinoni
13	04/11/2011	Pentedrone	Analitico/Catinoni
14	09/11/2011	α-PVP	Analitico/Catinoni
15	01/12/2011	RCS-4 (C4)	Analitico/Cannabinoidi
16	21/12/2011	RCS-4 ortho isomer	Analitico/Cannabinoidi
17	09/12/2011	Butylone	Analitico/Catinoni
18	09/12/2011	Ethylcathinone	Analitico/Catinoni
19	13/12/2011	Butylone	Clinico/Catinoni
20	14/12/2011	4-MEC	Clinico/Catinoni
21	27/01/2012	WIN48098	Analitico/Cannabinoidi
22	27/01/2012	WIN 55212-2	Analitico/Cannabinoidi
23	27/01/2012	CRA-13	Analitico/Cannabinoidi
24	27/01/2012	AM-679	Analitico/Cannabinoidi
25	27/01/2012	Methylenedioxy	Analitico/Cannabinoidi
26	27/01/2012	JWH-203	Analitico/Cannabinoidi
27	27/01/2012	CP47 497-(C8)	Analitico/Cannabinoidi
28	09/02/2012	JWH-022	Analitico/Cannabinoidi
29	09/02/2012	AM-2201	Analitico/Cannabinoidi
30	14/03/2012	MDAI	Analitico/Feneilammine
31	14/03/2012	Methoxetamine	Analitico/Altro
32	14/03/2012	Methoxetamine	Clinico/Cannabinoidi
33	20/03/2012	JWH-122	Clinico/Cannabinoidi
34	20/03/2012	JWH-019 - JWH-073 - JWH-122	Clinico/Cannabinoidi
35	29/07/2012	JWH-307	Analitico/Cannabinoidi
36	29/07/2012	AM-2233	Analitico/Cannabinoidi
37	29/07/2012	RCS-4	Analitico/Cannabinoidi
38	04/01/2013	PMA/PMMA	Clinico/Feneilammine
39	08/01/2013	2-AI	Analitico/Feneilammine
40	08/01/2013	6-APDB	Analitico/Feneilammine
41	08/01/2013	MDPV	Clinico/Catinoni
42	08/01/2013	4-MEC	Clinico/Catinoni
43	08/01/2013	Mefedrone/Pentedrone	Clinico/Catinoni
44	13/03/2013	25-NBOMe	Analitico/Feneilammine
45	13/03/2013	2C-B	Analitico/Feneilammine
46	13/03/2013	2C-H	Analitico/Feneilammine
47	02/05/2013	4-MA	Analitico/Feneilammine
48	12/09/2013	NMP	Clinico/Altro
49	21/09/2013	Methoxetamine	Clinico/Altro
50	26/09/2013	Tropicamide	Clinico/Altro
51	03/07/2013	DOC	Analitico/Feneilammine
52	03/07/2013	DOB	Analitico/Feneilammine
53	12/08/2013	Methoxetamine	Clinico/Altro
54	12/08/2013	6-APB	Clinico/Feneilammine
55	12/08/2013	APB	Clinico/Feneilammine
56	12/08/2013	APB	Analitico/Feneilammine
57	12/08/2013	5-APDB	Analitico/Feneilammine
58	12/08/2013	5-APDB	Analitico/Feneilammine
59	30/08/2013	6-MAPB	Analitico/Altro
60	27/09/2013	5-FUR	Analitico/Cannabinoidi
61	27/09/2013	AKB48 (APINACA)	Analitico/Cannabinoidi
62	22/10/2013	25H-NBOMe	Analitico/Feneilammine
63	22/10/2013	2C-C-NBOMe	Analitico/Feneilammine
64	20/11/2013	MAM-2201	Clinico/Cannabinoidi
65	06/12/2013	2C-E	Clinico/Feneilammine
66	06/12/2013	2C-B	Clinico/Feneilammine
67	06/12/2013	AKB-48F	Clinico/Cannabinoidi
68	16/12/2013	Benzydamine	Analitico/Altro
69	15/01/2014	Diphenidine	Analitico/Altro
70	16/01/2014	3-MMC	Analitico/Catinoni
71	24/01/2014	Hydroxyzine	Analitico/Altro
72	06/03/2014	3,4-CTMP	Analitico/Altro
73	06/03/2014	Ethylphenidate	Analitico/Altro
74	25/03/2014	5-MeO-DALT	Analitico/Triptamina
75	25/03/2014	5-MeO-MiPT	Analitico/Triptamina
76	25/03/2014	bk-PMMA	Analitico/Catinoni
77	07/04/2014	5F-PB22	Analitico/Cannabinoidi
78	07/04/2014	MAM-2201	Analitico/Cannabinoidi
79	07/04/2014	STS-135	Analitico/Cannabinoidi
80	07/04/2014	AKB-48F	Analitico/Cannabinoidi
81	15/04/2014	AMT	Analitico/Triptamina
82	15/04/2014	Dimethocaine	Analitico/Altro
83	15/04/2014	α-PVT	Analitico/Altro
84	15/04/2014	MPA	Analitico/Altro
85	05/05/2014	Orphenadrine	Analitico/Altro
86	05/05/2014	Quetiapine	Analitico/Altro
87	05/05/2014	2-PEA	Analitico/Feneilammine
88	05/05/2014	5F-AMBICA	Analitico/Cannabinoidi
89	05/06/2014	5-EAPB	Analitico/Altro
90	05/06/2014	Dimethylone	Analitico/Catinoni
91	05/06/2014	Apica	Analitico/Cannabinoidi
92	16/06/2014	Pyrazolam	Analitico/Altro
93	16/06/2014	4-FMA	Analitico/Feneilammine
94	16/06/2014	25B-NBOMe	Analitico/Feneilammine
95	16/06/2014	PMA-2	Analitico/Feneilammine
96	16/06/2014	2C-E	Analitico/Feneilammine
97	16/06/2014	2C-P	Analitico/Feneilammine
98	16/06/2014	AB-FUBINACA	Analitico/Cannabinoidi
99	16/06/2014	BB-22 (QUCHIC)	Analitico/Cannabinoidi
100	25/09/2014	Butylone	Analitico/Triptamina
101	30/10/2014	ox 2C-B	Analitico/Catinoni

3.1.5 Le collaborazioni

Il Sistema Nazionale di Allerta Precoce si avvale della collaborazione di strutture di diversa tipologia, sia a livello nazionale che internazionale.

3.1.5.1 Il network dei centri collaborativi

Il numero di centri collaborativi definiti di II livello (Early Expert Network per la consultazione rapida, costituito da forze dell'ordine, tossicologie forensi, centri antiveleni, laboratori universitari ecc.), è aumentato in modo considerevole rispetto al 2009, anno di inizio delle attività del Sistema, passando da 30 a 171 centri. Ciò ha contribuito ad aumentare la visibilità e l'operatività del Sistema sul territorio nazionale e ad incrementare il numero di segnalazioni che giungono all'attenzione del Sistema. Il Sistema di Allerta si avvale inoltre di un network costituito da 227 strutture ospedaliere che collaborano o hanno collaborato con il Centro Antiveleni di Pavia per la raccolta dei casi nel 2014.

3.1.5.2 Collaborazione con l'Arma dei Carabinieri

Nel 2014 continua la collaborazione con l'Arma dei Carabinieri. La collaborazione fa parte di un accordo, sottoscritto a dicembre 2012 tra la Presidenza del Consiglio dei Ministri - Dipartimento Politiche Antidroga (DPA), e l'Arma dei Carabinieri. Attraverso tale accordo, i Reparti Investigazioni Scientifiche (RIS) ed i Laboratori Analisi Sostanze Stupefacenti (LASS) dell'Arma dei Carabinieri (coordinati dal Ra.C.I.S.) sono entrati a far parte del network dei centri collaborativi del Sistema Nazionale di Allerta Precoce. L'obiettivo era quello di supportare il Sistema tramite l'identificazione di nuove droghe e di nuove modalità di consumo attraverso l'analisi dei sequestri effettuati sul territorio.

La novità e varietà delle NSP hanno richiesto un aggiornamento specifico del personale specializzato nell'analisi delle droghe, pertanto, il Dipartimento Politiche Antidroga ha promosso un progetto ad hoc, denominato "R.I.S. – N.E.W.S.", il cui obiettivo generale è quello di sostenere una più tempestiva individuazione delle nuove sostanze psicoattive sul territorio italiano.

Il percorso formativo

Il percorso di formazione organizzato dall'Arma dei Carabinieri in collaborazione con il Dipartimento Politiche Antidroga e il Sistema Nazionale di Allerta Precoce è stato realizzato presso le sedi dei RIS di Roma, Parma e Messina, attraverso lezioni tenute da esperti del settore sia esterni che interni alle Forze dell'Ordine.

Ad oggi sono state realizzate tre edizioni di aggiornamento, una delle quali nel settembre del 2014. I corsi hanno visto la partecipazione di 87 militari dell'Arma: "Analisti di laboratorio specializzati in chimica" – "personale R.I.S." - e "Operatori di Laboratorio Analitico" – "personale L.A.S.S."

L'ultima tappa del percorso formativo è programmata per giugno 2015.

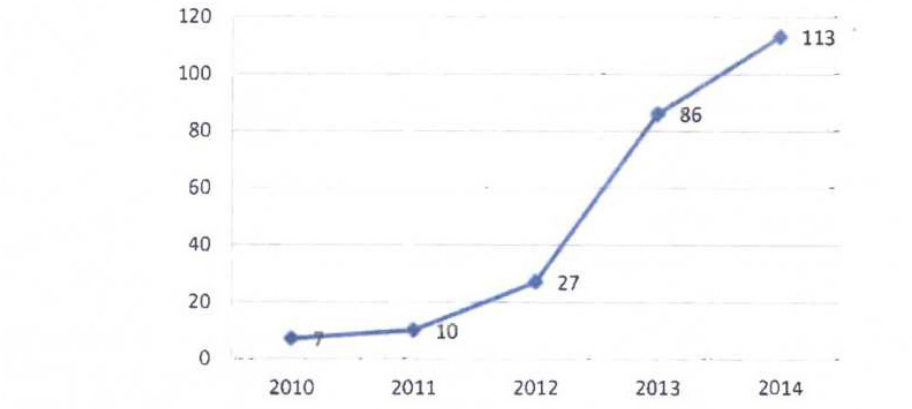
L'aggiornamento ha condotto all'ingresso di numerose strutture dell'Arma dei Carabinieri tra Laboratori Analisi Sostanze Stupefacenti (L.A.S.S.) e laboratori dei R.I.S. nel network dei centri collaborativi del Sistema.

L'aumento delle segnalazioni

A seguito dell'accordo di collaborazione e del percorso formativo, il Sistema di Allerta ha registrato un aumento delle segnalazioni giunte dall'Arma dei Carabinieri, passate dalle 44 registrate nel triennio 2010-2012, alle 86 del 2013 ed alle 113 del 2014 (

Figura 57).

Figura 57: Trend delle segnalazioni giunte dall'Arma dei Carabinieri negli anni 2010-2014 – numerosità



Le segnalazioni hanno riguardato l'analisi di reperti di droghe tradizionali nei quali sono state riscontrate percentuali anomale di principio attivo e/o tagli/adulteranti, ma anche l'identificazione di nuove sostanze psicoattive alcune delle quali individuate per la prima volta sul territorio italiano. È questo il caso di 29 nuove molecole segnalate dall'Arma dei Carabinieri tra le 33 totali segnalate al Sistema nel 2014, contro le 10 delle 17 segnalate nel 2013.

3.1.6 Fenomeni oggetto di osservazione

I fenomeni oggetto di osservazione del Sistema di Allerta sono molteplici.

- Sostanze nuove non ancora conosciute (sui sequestri, sui campioni biologici di pazienti, su prodotti acquistati online o in esercizi commerciali);
- Sintomi inattesi e atipici manifestati dopo l'assunzione;
- Partite anomale delle droghe "classiche" (% di principio attivo o altri componenti aggiuntivi);
- Nuovi tagli e/o adulteranti;
- Nuove modalità di consumo;
- Intossicazioni acute da nuove sostanze psicoattive o "decessi a grappolo" droga correlati;
- Variazioni dell'incidenza delle infezioni droga correlate (HIV, HBV, HCV, TBC, MST);
- Monitoraggio web per la prevenzione dell'offerta di droghe.

Sostanze nuove non conosciute

Dal 2009 a marzo 2015, sono state registrate dal Sistema Nazionale di Allerta Precoce 456 molecole (Tabella 4), di cui:

- 138 cannabinoidi sintetici
- 77 catinoni sintetici

- 90 fenetilamine
- 19 triptamine
- 35 farmaci vari
- 12 molecole a struttura azepanica
- 17 oppioidi sintetici (di cui 7 analoghi del fentanil)
- 5 piperazine
- 5 analoghi della ketamina
- 3 analoghi della fenciclidina (PCP)
- 55 altre molecole di varia tipologia (sintetiche, sostanze naturali, ecc.)

Le segnalazioni relative a tali molecole sono giunte dall'Osservatorio Europeo di Lisbona, dai laboratori italiani e dai centri clinici afferenti al Sistema Nazionale di Allerta Precoce. Si tratta di molecole identificate in materiali provenienti da sequestri, in campioni biologici di soggetti intossicati, in campioni acquistati online o in esercizi commerciali, in campioni raccolti in casi di intossicazione.

Tabella 34: Molecole registrate dal Sistema Nazionale di Allerta Precoce dal 2009 al marzo 2015 elencate per nome, mese ed anno di segnalazione

N	Nome	Mese-Anno	N	Nome	Mese-Anno
1	Isopropylphenidate	mar-15	51	Acetyl fentanyl	set-14
2	HDMP-28	mar-15	52	3F-phenmetrazine	set-14
3	1p-LSD	mar-15	53	4F-PEP	set-14
4	Tapentadolo	feb-15	54	alfa-PBT	set-14
5	4F-PBP	feb-15	55	ADB-CHMINACA	set-14
6	FUB-144	feb-15	56	MDMB-CHMICA	set-14
7	25I-NB34MD	feb-15	57	W-18	set-14
8	5-DBFPV	feb-15	58	5F-SDB-005	set-14
9	4-FEC	feb-15	59	Deschloroetizolam	set-14
10	1-(2,3-dihydro-1H-inden-5-yl)-2-phenyl-2-(pyrrolidinyl-1-yl)ethan-1-one	gen-15	60	NM-2201	set-14
11	ADAMANTYL-THPINACA	gen-15	61	Butyrfentanyl	set-14
12	2-cloro-4,5-MDMA	gen-15	62	MET	ago-14
13	N-methyl-bk-MMDA-2	gen-15	63	4-MeO-alpha-PBP	ago-14
14	bk-IVP	gen-15	64	5-MeO-NiPT	ago-14
15	U-47700	gen-15	65	2-EAPB	ago-14
16	NSI-189	gen-15	66	Clephedrone	ago-14
17	Clonazolam	gen-15	67	AB-FUBINACA 2-fluorobenzyl isomer	ago-14
18	Nifoxipam	gen-15	68	Bufotenina	ago-14
19	5F-MDMB-PINACA	gen-15	69	Metronidazolo	lug-14
20	AMB-FUBINACA	dic-14	70	FUB-AKB48	lug-14
21	5F-AMB-PICA	dic-14	71	MN-018	lug-14
22	Flibanserin	dic-14	72	3-MEC	lug-14
23	5F-APP-PICA	nov-14	73	4-fluoropentedrone	giu-14
24	4-MeO-α-PEP	nov-14	74	EG-018	giu-14
25	MDPHP	nov-14	75	Dipentilone	giu-14
26	APP-FUBINACA	nov-14	76	NPDPA	giu-14
27	5F-APP-PINACA	nov-14	77	NEDPA	giu-14
28	MMQ	ott-14	78	JWH-071	giu-14
29	Flubromazolam	ott-14	79	5F-AMB	giu-14
30	Afloqualone	ott-14	80	4-metilpentedrone	giu-14
31	4-methyl-N,N-diethylcathinone	ott-14	81	2-MMC	mag-14
32	5-APB NBOMe	ott-14	82	2C-P	mag-14
33	4-MMA NBOMe	ott-14	83	BB-22	mag-14
34	4EA-NBOMe	ott-14	84	5F-AMBICA	apr-14
35	3,4-DMA NBOMe	ott-14	85	2NE1	apr-14
36	5-MeO-EIPT	ott-14	86	Psilocibina	apr-14
37	3-CMC	ott-14	87	Psilocina	apr-14
38	DALT	ott-14	88	4-acetossi-n,n-DMT	apr-14
39	CUMYL-5FPINACA	ott-14	89	AB-CHMINACA	apr-14
40	5-MeO-EIPT	ott-14	90	4-bromoamfetamina	apr-14
41	4F-PV9	ott-14	91	AM-2201 analogo benzimidazolico	apr-14
42	Adrafinil	set-14	92	Alprazolam tiazolobenzofenone derivato	apr-14
43	CUMYL-PICA	set-14	93	3-metossimetcatinone	mar-14
44	CUMYL-THPINACA	set-14	94	4-fluoro-N-isopropilnorpentedrone	mar-14
45	CUMYL-5FPICA	set-14	95	2-metossiamfetamina	mar-14
46	ADB-CHMICA	set-14	96	4'-chloro-α-PPP	mar-14
47	CUMYL-PINACA	set-14	97	Mesembrine	mar-14
48	CUMYL-BICA	set-14	98	Eutilone	mar-14
49	PV 9	set-14	99	β-propilmetcatinone	mar-14
50	3,4-MDPA	set-14	100	α-PHP	mar-14

N	Nome	Mese-Anno	N	Nome	Mese-Anno
101	4-fluoro-butirfentanil	mar-14	151	2-FMC	ott-13
102	α-etilaminopentiofenone	mar-14	152	Venlafaxine	ott-13
103	Dimetilone	feb-14	153	Sibutramine	ott-13
104	4-fluorometamfetamina (4-FMA)	feb-14	154	Gabapentin	ott-13
105	Metilendiossiamfetamina (MDA)	feb-14	155	Rimonabant	ott-13
106	2,4,5,-trimetossiamfetamina (TMA-2)	feb-14	156	Methallylescaline	ott-13
107	Mepirapim	feb-14	157	C30-NBOMe	ott-13
108	1-(3,4-dimethylphenyl)-2-	feb-14	158	4-methylaminorex p-methyl derivative	ott-13
109	JWH-018 indazole analog	feb-14	159	AM-1248 isomero azepano	set-13
110	FDU-PB-22	feb-14	160	bk-MPA	set-13
111	4-bromoethcathinone (4-BEC)	feb-14	161	LY2183240	set-13
112	3,4-dimethoxy-alpha-PVP; 3,4-DMeO-α-	feb-14	162	6-MAPB	set-13
113	Aminopirina	feb-14	163	Trenbolone	set-13
114	4-metilaminofenazone	feb-14	164	3C-E	set-13
115	N-ethyl-4-methylnorpentedrone	gen-14	165	3C-P	set-13
116	PB-22 indazole analogue	gen-14	166	25iP-NBOMe	set-13
117	5F-PB-22 indazole analogue	gen-14	167	25I-NBMD	set-13
118	Tramadol	gen-14	168	Mescalina	ago-13
119	N-methyl-2C-B	gen-14	169	Metossietamina Bromo Derivato	ago-13
120	2-MeO-diphenidine	gen-14	170	Diclazepam	ago-13
121	6-Bromo-MDMA	gen-14	171	W-15	ago-13
122	Difenidina	dic-13	172	Nitracaina	ago-13
123	FUB-PB-22	dic-13	173	JWH-412 5-fluoropentyl derivative	ago-13
124	5F-SDB-006	dic-13	174	Proscalina	ago-13
125	SDB-006	dic-13	175	Tadalafil	lug-13
126	1-(Cyclohexylmethyl)-2-[(4-ethoxyphenyl)methyl]-N,N-diethyl-1H-benzimidazol-5-carboxamide	dic-13	176	PMKA	lug-13
127	A-796,260 isomer	dic-13	177	βk-PBDB	lug-13
128	N-(2-Methoxyethyl)-N-(1-methylethyl)-2-(1-pentyl-1H-indol-3-yl)-4-thiazol-methanamine	dic-13	178	Escalina	lug-13
129	N,N-Diethyl-2-(1-pentyl-1H-indol-3-yl)-4-thiazol-methanamine	dic-13	179	Mephtetramine	lug-13
130	Lysergic acid 2,4-dimethylazetidide (LSZ)	dic-13	180	5-EAPB	lug-13
131	MT-45	dic-13	181	AL-Allilescalina	lug-13
132	Butorphanol	dic-13	182	Mebroqualone	lug-13
133	Orfenadrina	dic-13	183	5F-AB-PINACA	lug-13
134	βk-2C-B	nov-13	184	JTE-907	lug-13
135	M5FPIC	nov-13	185	2-(2,3-dimethoxyphenyl)-N-(3,4,5-trimethoxybenzyl)ethanamine	lug-13
136	ADB_PINACA	nov-13	186	3-[2-(2-methoxybenzylamino)ethyl]-1H-quinazoline-2,4-dione (RH-34)	lug-13
137	ADB-Fubinaca	nov-13	187	AB-FUBINACA	lug-13
138	5-Meo-DALT	nov-13	188	4-MeO-α-PVP	giu-13
139	5-Meo-MIPT	nov-13	189	4-methylbuphedrone, N-benzyl derivative	giu-13
140	embutramide	nov-13	190	A-836,339	giu-13
141	N-methyl-2-aminoindan	nov-13	191	Eticatinone	mag-13
142	AM-2201_indazole_analogue	nov-13	192	Fenacetina	mag-13
143	4-MMA	nov-13	193	α-PVT	mag-13
144	Benzidamina	nov-13	194	AB-PINACA	mag-13
145	AM-6527_5-fluoropentyl derivative	nov-13	195	TFMPP	mag-13
146	Ocfentanil	ott-13	196	Idrossizina	mag-13
147	Atomoxetine	ott-13	197	N-Methyl-2-pyrrolidone (NMP)	mag-13
148	6-EAPB	ott-13	198	N-ethyl-1-phenyl-butane-2-amine	mag-13
149	Difenidramina	ott-13	199	URB-597	apr-13
150	25N-(BOMe)2	ott-13	200	25H-NBOMe	apr-13

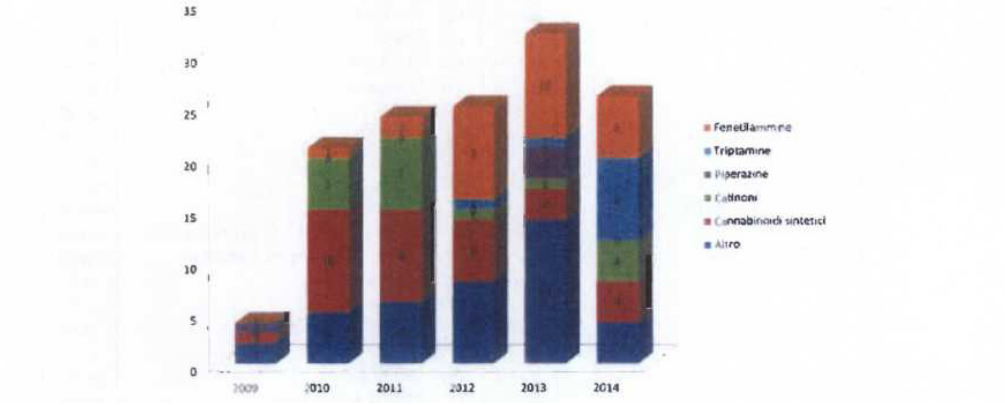
N	Nome	Mese-Anno	N	Nome	Mese-Anno
201	3,4-dichloromethylphenidate	apr-13	251	1-(5-Fluoropentil)-3-(2-metilbenzoil)indolo	lug-12
202	UR-144 heptyl derivative ((1-heptyl-1H-indol-3-yl)(2,2,3,3-tetramethylcyclopropyl)-methanone)	apr-13	252	JWH-122 pentenil 2-metilindolo derivato	lug-12
203	Clorochina	apr-13	253	JWH-122 pentenil derivato	lug-12
204	JWH-145	apr-13	254	MAM-2201 cloropentil analogo	lug-12
205	JWH-030	apr-13	255	3,4-Metilendiossi-N,N-dimetilamfetamina	lug-12
206	JWH-307 bromo derivato	apr-13	256	JWH-018 carbossamide derivato	lug-12
207	2,5-dimetossi-4-etiltenetilamina (2C-E)	apr-13	257	APICA	lug-12
208	4-bromo-2,5-dimetossiamfetamina (DOB)	apr-13	258	25I-NBOMe	giu-12
209	4-cloro-2,5-dimetossiamfetamina (DOC)	apr-13	259	MPHP	giu-12
210	5F-PB22	mar-13	260	STS-135	giu-12
211	Flubromazepam	mar-13	261	5-MeO-MET	giu-12
212	EAM-2201	feb-13	262	4-HO-DPT	giu-12
213	Carfentanil	feb-13	263	UR-144(-2H)	giu-12
214	JWH-368	feb-13	264	Zopiclone	giu-12
215	A-834,735	gen-13	265	5-(2-Aminopropil)indolo (5-IT)	giu-12
216	2C-H (2-(2,5-dimetossifenil)etanamina)	gen-13	266	APINACA	mag-12
217	2C-B	gen-13	267	2,4,5-TMMC	mag-12
218	5-MAPB	gen-13	268	1-Fenil-2-(piperidin-1-il)butan-1-one	mag-12
219	4-fluorocatinone	gen-13	269	4-AcO-DALT	apr-12
220	Quetiapina	dic-12	270	LSD	apr-12
221	4-metil-fendimetrazina	dic-12	271	A-796,260	apr-12
222	4-metilaminorex-4-metil derivato	dic-12	272	25D-NBOMe	apr-12
223	25N-NBOMe	dic-12	273	Benzocaina	apr-12
224	25G-NBOMe	dic-12	274	5FUR-144	mar-12
225	25E-NBOMe	dic-12	275	3-MeO-PCP	mar-12
226	2C-N	dic-12	276	4-Fluoroefedrina	mar-12
227	2C-G	dic-12	277	1-Etinil-1-cicloesanolo (ECX)	mar-12
228	UR-144 N-(5-cloropentil) derivato	dic-12	278	4-Amino-3-fenil-butanoic acid (Phenibut)	mar-12
229	25B-NBOMe	dic-12	279	MAM-2201	mar-12
230	4-cloroamfetamina (4-CA)	dic-12	280	2-Fluoro-N-metil-amfetamina - (2-FMA)	mar-12
231	Isobutanoilfentanil	dic-12	281	6-APDB	mar-12
232	4-HTMPIPO	nov-12	282	5-APDB	mar-12
233	JWH-018 quinolinecarboxamide	nov-12	283	Alfa-metiltriptamina (AMT)	mar-12
234	AB-005 isomero azepan	nov-12	284	JWH-370	feb-12
235	2-AI	ott-12	285	UR-144	feb-12
236	AB-005	ott-12	286	MDMA	feb-12
237	AM-2201 analogo Indazolecarboxamide	ott-12	287	URB754	feb-12
238	AKB-48F	set-12	288	1-(Tiofen-2-il)propan-2-amina	feb-12
239	AM-1248	set-12	289	Clobenzorex (o-clorobenzilamfetamina)	feb-12
240	N-Etiketamina	set-12	290	Fenilpropanolamina (PPA)	feb-12
241	5-(2-Aminopropil)-2,3-diidro-1H-indene	set-12	291	2-Fluoroamfetamina	feb-12
242	4-Idrossiamfetamina	set-12	292	1-(3-Metilbenzilpiperazina)	feb-12
243	3-Metilmetcatinone (3-MMC)	set-12	293	3-Fluoro-isometcatinone (3-FiMC)	feb-12
244	2-MeO-Ketamina	ago-12	294	Trans-CP 47,497-C8 omologo	feb-12
245	Pirazolam	ago-12	295	1-Cicloesil-x-metossibenzolo	feb-12
246	4-AcO-DPT	ago-12	296	N-Propilamfetamina	feb-12
247	AH-7921	ago-12	297	3-(p-metossibenzoil)-N-metilindolo	feb-12
248	JWH 018 N-(5-cloropentil) derivato	ago-12	298	N-idrossi MDA (MDOH)	feb-12
249	JWH 018 N-(5-bromopentil) derivato	ago-12	299	Popper (Nitrito di isopropile)	gen-12
250	1-(5-Fluoropentil)-3-(2-etilbenzoil)indolo	lug-12	300	HU-331	gen-12

N.	Nome	Mese-Anno	N.	Nome	Mese-Anno
301	Scopolamina	dic-11	351	2C-C-NBOMe	giu-11
302	Atropina	dic-11	352	Colofonia in hashish	giu-11
303	1-Fenil-1-propanamina	dic-11	353	OMMA	giu-11
304	AM-694 - cloro derivato	dic-11	354	Metanandamide	mag-11
305	α-Pirrolidinobutirrofenone (α-PBP)	dic-11	355	AM-1220-azepane-derivato	mag-11
306	3-Amino-1-fenil-butane (3-APB)	dic-11	356	AM-1220	mag-11
307	AM-2232	dic-11	357	5-HTTP	mag-11
308	Etizolam	dic-11	358	JWH-007	mag-11
309	Etilfenidato	nov-11	359	Tropicamide	mag-11
310	Camfetamina	nov-11	360	Diazepam	apr-11
311	JWH-022	nov-11	361	(2-metossifenil)(1-pentil-1H-indol-3-il)metanone	apr-11
312	4-Metilbufedrone (4-Me-MABP)	nov-11	362	N-Etilamfetamina	apr-11
313	WIN 55,212-2	nov-11	363	α-Pirrolidinopentiofenone (α-PVP)	apr-11
314	AM-679	nov-11	364	DMMA	apr-11
315	CP 47,497-C8-omologo	nov-11	365	Metorfano	mar-11
316	Propossifene	nov-11	366	3-FMC	mar-11
317	Paracetamolo	ott-11	367	Derivato JWH-250	mar-11
318	bk-MDDMA	ott-11	368	5-IAI	mar-11
319	Benzilpiperidina	ott-11	369	JWH-182	mar-11
320	4-EMC	ott-11	370	1-Pentil-3-(1-adamantoil)indolo	feb-11
321	Desomorfina	ott-11	371	JWH-251	feb-11
322	4-BMC (Brefedrone)	set-11	372	N,N-dimetilamfetamina	feb-11
323	Isopentedrone	set-11	373	AM-2201	gen-11
324	WIN 48,098 (Pravadoline)	set-11	374	MPA	gen-11
325	Pirovalerone	set-11	375	CRA-13	gen-11
326	Dipipanone	set-11	376	4-MeO-PCP	gen-11
327	Sildenafil	ago-11	377	Desossi-D2PM	dic-10
328	Metilone (MDMCAT; MDMC; bk-MDMA)	ago-11	378	5-APB	dic-10
329	4-fluoroamfetamina (4-FA)	ago-11	379	BMDB	dic-10
330	Metamfetamina	ago-11	380	BMDP	dic-10
331	N-Etilbufedrone	ago-11	381	Arecoline	nov-10
332	Org-29647	ago-11	382	Dibutilone	nov-10
333	Org-27569	ago-11	383	MDPBP	nov-10
334	Org-27759	ago-11	384	3-MeO-PCE	nov-10
335	AM-2233	ago-11	385	3-(4-Idrossimetilbenzoil)-1-pentilindolo	nov-10
336	JWH-307	ago-11	386	Metossetamina	nov-10
337	Caffeina (in eroina)	ago-11	387	PMMA	ott-10
338	Benzoin isopropil etere (BIE)	lug-11	388	JWH-019	ott-10
339	Pseudoefedrina	lug-11	389	JWH-203	ott-10
340	Nandrolone	lug-11	390	3,4-DMMC	ott-10
341	JWH-412	lug-11	391	JWH-250	ott-10
342	JWH-387	lug-11	392	Desossipipradrolo	ott-10
343	Fenazepam	lug-11	393	JWH-200	set-10
344	Ayauasca (NN-DMT)	lug-11	394	Butilmedil	set-10
345	Ayauasca (Armina; Harmine)	lug-11	395	Diltiazem	set-10
346	4-APB	giu-11	396	Etafedrina	set-10
347	6-APB	giu-11	397	JWH-210	set-10
348	RCS-4(C4)	giu-11	398	Pentedrone (β-etil-metcatinone)	set-10
349	Ostarina	giu-11	399	5-MeO-DPT	set-10
350	JWH-122 fluoropentil derivato	giu-11	400	Pentilone	set-10

N	Nome	Mese-Anno	N	Nome	Mese-Anno
401	M-ALPHA	set-10	429	N-benzil-1-feniletilamina	mar-10
402	Isomero nafirone	ago-10	430	JWH-073	feb-10
403	Variante C8 + C2 del CP-47,497	ago-10	431	JWH-018	feb-10
404	4MBC	ago-10	432	GHB	gen-10
405	MPPP	ago-10	433	2C-B-BZP	gen-10
406	Bufilone	ago-10	434	Pregabalin	dic-09
407	JWH-015	lug-10	435	4-MA	dic-09
408	MPBP	lug-10	436	JWH-200	dic-09
409	JWH-122	lug-10	437	3-FMA	nov-09
410	AM-694	lug-10	438	Etaqualone	nov-09
411	4-Metiletcatinone (4-MEC)	lug-10	439	Metamfepramone	nov-09
412	Bufedrone	lug-10	440	Flefedrone (4-FMC; 4-fluorometcatinone)	nov-09
413	JWH-073 mefilderivato	lug-10	441	Mitragynina (Mitragyna Speciosa)	nov-09
414	Dimetocaina DMC	giu-10	442	Bromo-Dragonfly	ott-09
415	DMAA	giu-10	443	Levamisolo	ott-09
416	iso-Etcatinone	giu-10	444	Metedrone (bk-PMMA)	ott-09
417	pFBT	giu-10	445	2-PEA	ott-09
418	Nafirone	giu-10	446	MDPV	ago-09
419	JWH-081	giu-10	447	DNP (2,4-dinitrofenolo)	ago-09
420	RCS-4 (JWH-018 analogo)	mag-10	448	4-AcO-DMT	ago-09
421	Fentanil	mag-10	449	PMA	lug-09
422	4-FMA	mar-10	450	Petidine/Demerol	lug-09
423	Mefedrone (4-MMC)	mar-10	451	Nortramadol (O-Desmetiltramadol)	giu-09
424	Metamizolo (novalgina)	mar-10	452	Ketamina	giu-09
425	pFPP	mar-10	453	mCPP	giu-09
426	MDAI	mar-10	454	Piperonale	giu-09
427	β-Me-PEA	mar-10	455	TMA-6	giu-09
428	N,N-dimetilfenetilamina	mar-10	456	Carbarile	mag-09

Le molecole identificate sul territorio italiano e segnalate per la prima volta al Sistema di Allerta, vengono registrate e suddivise per gruppi strutturali chimici. Nel corso del 2014 le molecole segnalate per la prima volta sono state 26, "Nuove Sostanze Psicoattive" (NSP) ma anche sostanze note ma non ancora registrate dal Sistema di Allerta. La Figura 58 riporta il trend delle nuove molecole identificate in Italia nel corso degli anni (2009-2014).

Figura 58: Numerosità delle molecole identificate in Italia e segnalate per la prima volta al Sistema Nazionale di Allerta Preeoce (anni 2009-2014).



Sintomi inattesi e atipici osservati dopo l'assunzione

La presenza di sempre nuove sostanze psicoattive ha modificato molto la tipologia dei quadri di presentazione dei pazienti con intossicazione nei servizi d'urgenza del nostro sistema sanitario nazionale (SSN). I medici del soccorso extra-ospedaliero, del pronto soccorso e dei reparti di cura (es. psichiatria) si trovano oggi a dover effettuare diagnosi e trattamento di intossicazioni spesso gravi e/o letali, poco conosciute e definite, peraltro in situazione di pressoché completa assenza di test analitici utilizzabili con i tempi dell'urgenza.

Casi di intossicazione acuta in Italia - le Allerte del 2014

Nel 2014 il Sistema Nazionale di Allerta Precoce ha segnalato 11 nuovi casi accertati di intossicazione acuta da uso/abuso di anticolinergici. Le segnalazioni sono giunte a seguito dell'attivazione di una prima Allerta grado 2 lanciata nel 2011 e relativa a sei casi accertati di intossicazione acuta con sindrome anticolinergica grave correlati all'assunzione di stramonio in Italia. Le 11 nuove intossicazioni da uso/abuso di anticolinergici (causa principale del quadro clinico), associati ad assunzione di altre sostanze, fra cui THC e ketamina, indicando una continuità nel tempo di questa tipologia di casi. I casi segnalati nel 2014 si sono verificati nel 2011 (1 caso), 2012 (6 casi), 2013 (2 casi) e 2014 (2 casi).

Nel corso del 2014 è stata registrata anche una grave intossicazione acuta in soggetto pediatrico a seguito di esposizione a cannabis.

Casi di intossicazione acuta da NSP in Italia nel 2014 – attività in corso

Il coordinamento degli aspetti clinico-tossicologici del NEWS, affidato al Centro Antiveleni di Pavia - Centro Nazionale di Informazione Tossicologica (CAV Pavia) dell'IRCCS Fondazione Salvatore Maugeri, ha consentito anche nel 2014, attraverso un'attività dedicata, di identificare nuovi casi di intossicazioni da NSP che hanno dovuto ricorrere ai servizi d'urgenza del Sistema

Sanitario Nazionale (SSN). Tale attività è stata svolta grazie al network dei servizi ospedalieri d'urgenza e dei laboratori di tossicologia del SSN (in particolar modo il Laboratorio di Tossicologia Analitica Clinica – IRCCS Fondazione Policlinico San Matteo di Pavia) che collaborano con il CAV di Pavia. Al 31 dicembre 2014 i servizi del SSN che partecipano al network del NEWS sono 227, distribuiti in tutte le regioni italiane. In particolare, nel 2014 sono stati inclusi fra i centri del network anche servizi di medicina interna, psichiatria, pediatria e neuropsichiatria infantile: ciò per iniziare a cercare di monitorare il fenomeno anche in relazione alle intossicazioni pediatriche e alle manifestazioni psichiatriche acute e croniche.

Le richieste di consulenza provenienti dai Servizi dell'Urgenza hanno riguardato prevalentemente casi di difficile inquadramento diagnostico-terapeutico, e per questi si è provveduto ad approfondire la diagnostica clinico-strumentale e tossicologica per la ricerca di NSP. Nei casi selezionati sono stati recuperati e centralizzati a Pavia i campioni biologici (e, ove disponibili, i campioni delle sostanze assunte) per effettuare analisi tossicologiche di secondo livello presso i laboratori dell'IRCCS Fondazione Maugeri di Pavia e dell'IRCCS Policlinico San Matteo di Pavia.

Oltre alle classiche sostanze d'abuso (oppioidi classici, cocaina, etanolo, THC, amfetamine), per ogni paziente, sono state ricercate in modo specifico in media più di 200 nuove molecole: MDMA; buprenorfina; metadone; cannabinoidi sintetici (incluse più di 100 molecole della serie JWH/AM; 19 della serie UR144/XLR11; 13 della serie JWH250/RCS8); catinoni sintetici (20 molecole appartenenti al gruppo dei Mefedroni/Metcatinoni e 12 appartenenti al gruppo MDPV/MDPBP); GHB; GBL; ketamina; metossietamina; 6-monoacetilmorfina; 4-fluoroamfetamina; metamfetamine; anticolinergici (atropina e scopolamina); barbiturici; benzodiazepine e analoghi; benzofurani (5-APB/6-APB); caffeina; dimetiltriptamina; fenciclidina; fenetilamine (serie 2C: 2-C-I, 2-C-T7, 2-C-B, 2C-E, DOB); fentanili; levamisolo/tetramisolo; MDA (3,4-metilenediossiamfetamina); MDAI (5,6-metilenediossi-2aminoindano); metorfano; PMMA-PMA; poppers (alchil nitriti); yohimbina.

3.1.6.1 La casistica studiata nel 2014

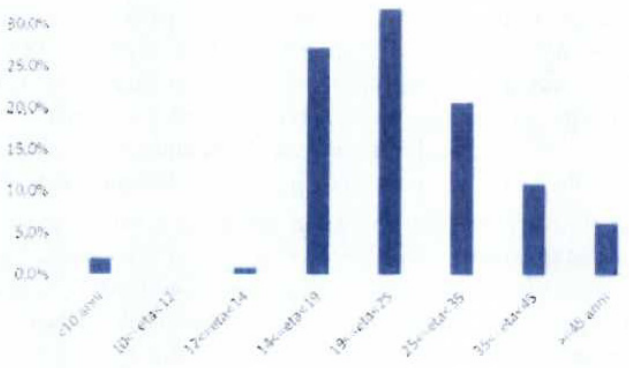
Fra i casi di difficile inquadramento clinico afferiti ai servizi d'urgenza del SSN per i quali è stata chiesta consulenza specialistica al CAV di Pavia, nel 2014 sono stati selezionati 256 pazienti con una sintomatologia giudicata dallo specialista del CAV come:

- riferibile all'assunzione di sostanze d'abuso poco note, oppure
- non strettamente correlabile alla sostanza d'abuso riferita in anamnesi, oppure
- riferibile a effetti di sostanze eccitanti/allucinogene anche in assenza di un sospetto anamnestico di consumo di sostanze d'abuso.

La distribuzione regionale dei 256 è stata la seguente: Emilia Romagna (70), Lombardia (45), Piemonte (42), Liguria (24), Veneto (20), Lazio (11), Marche (8), Trentino Alto Adige (7), Friuli Venezia Giulia (5), Sicilia (5), Umbria (4), Abruzzo (3), Sardegna (3), Valle d'Aosta (3), Puglia (2), Toscana (2), Basilicata (1) e Campania (1). Tale distribuzione non ha significato statistico-epidemiologico in quanto dipende da numerose variabili (es. n. di consulenze richieste dalla singola regione, popolazione residente).

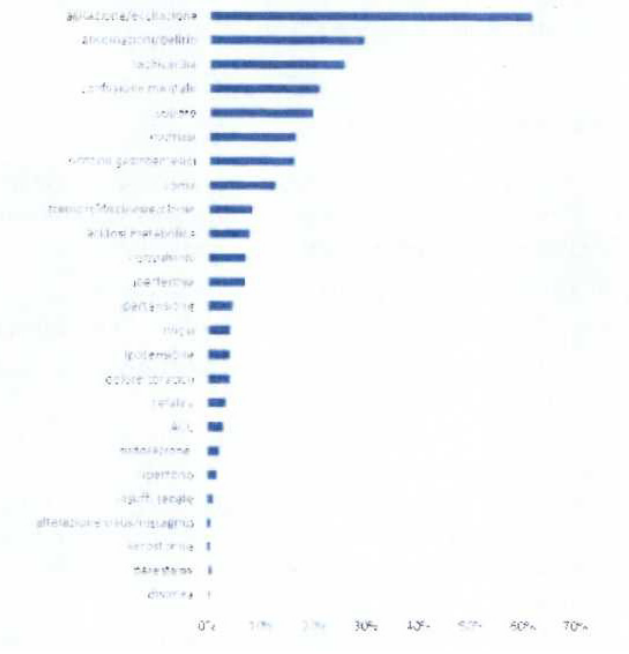
La distribuzione dei 256 casi per età (Figura 59) indica una maggior frequenza di intossicazione acuta da NSP fino ai 25 anni di età (circa il 60% dei casi), ma un interessamento non trascurabile di persone fra i 25 e i 50 anni di età.

Figura 59: Distribuzione per età dei 256 casi di intossicazione indagati nel 2014.



Le principali manifestazioni cliniche registrate in queste intossicazioni al momento della presentazione in pronto soccorso sono di tipo eccitatorio (agitazione/eccitazione, allucinazioni/delirio, tachicardia) associati, in alcuni casi, a neurodepressione fino al coma (Figura 8).

Figura 60: Manifestazioni cliniche dei 256 casi all'accettazione nei servizi d'urgenza.



Le principali sostanze riferite in anamnesi o assunte nei 256 pazienti sono risultate essere: cannabis (N = 51), cocaina (33), ecstasy-MDMA (25) [queste prime tre sostanze sono state frequentemente assunte in associazione a nuove sostanze psicoattive], oppiodi (22), ketamina (20), amfetamine (14), LSD (14), profumatori per ambiente/incensi (6), integratori alimentari/energy drink (5), mescalina (4), catinoni (2), GHB/GBL (2), kratom (2) e ibogaina (2). Alcuni pazienti hanno riferito l'assunzione di fenetilammine (serie 2C), difenidina, semi di stramonio e kamboo. In 93 casi (36.3%) il paziente non ha riferito/non è stato in gradi di riferire la tipologia di sostanze assunte.

In 246 casi (96.1%) è stato possibile analizzare i campioni biologici dei pazienti (campionamento e trasferimento del campione in urgenza): in 24 (9.8%) di questi 246, le analisi sono state eseguite in urgenza in relazione alla gravità del caso clinico, e in alcune circostanze è stato possibile reperire e analizzate anche il prodotto assunto o i suoi residui.

L'approfondimento clinico-anamnestico e i risultati delle analisi tossicologiche hanno permesso di identificare in numerosi casi la presenza di sostanze diverse rispetto a quelle dichiarate in anamnesi dal paziente.

Ad esempio, nei casi in cui il paziente non è stato in grado di riferire la sostanza assunta (n=93) sono state identificate le seguenti sostanze: levamisolo (7), ketamina (5), cocaina (5), MDMA (5), GHB (3), oppioidi (3), amfetamine/metamfetamine (2), metadone (2), metossietamina (2), PMA/PMMA (2), serie 2C (2), atropina (1), caffeina (1) e metilone (1).

Valutazione dei risultati delle analisi tossicologiche di secondo livello

Nel 2014 la gestione dei campioni biologici ha comportato interventi specifici per

- reperimento dei campioni in urgenza: in 222 casi i campioni sono stati recuperati dal CAV di Pavia tramite corriere espresso
- analisi tossicologica in urgenza in relazione alla gravità del caso: è stata effettuata per 24 pazienti
- analisi tossicologica di screening e di conferma (246 pazienti)
- organizzazione di specifica seroteca-urinoteca per ulteriori e future analisi tossicologiche

Nei laboratori di Tossicologia Clinica e Sperimentale (CAV di Pavia, Fondazione Maugeri) e di Tossicologia clinica analitica (Fondazione Policlinico San Matteo) è stato possibile effettuare test di rapidi di screening su urine (metodi ELISA o EMIT) e analisi di conferma (metodi cromatografici) sui campioni di 246 pazienti, rilevando le positività riportate in Tabella 35.

Tabella 35: Sostanze d'abuso rilevate ai test analitici effettuati su 246 pazienti con clinica compatibile con intossicazione acuta da NSP.

Positività per droghe d'abuso "classiche" ai test di screening	Positività per NSP alle analisi di screening e di conferma
- 63 THC	- 23 per MDMA (22 su urina + 1 su sangue)
- 33 cocaina	- 17 per ketamina su urina (1 anche su sangue)
- 13 amfetamine	- 7 per metossietamina su urina (2 anche sul prodotto)
- 15 oppiacei	- 13 per amfetamina/metamfetamina su urina
- 21 MDMA	- 8 per fenetilamina 2C-I su urina
- 10 metadone	- 4 per GHB su urina (3 anche su sangue)
- 2 per LSD su urina	- 4 per cannabinoidi sintetici (1 per JWH-210+JWH-122 su sangue e per JWH-210+JWH-122+JWH-018 sul prodotto; 2 per 5F-APINACA su sangue e prodotto; 1 per JWH-081 su capello)
	- 3 per catinoni su urina (1 per MDPV, 2 per metilone)
	- 3 per caffeina su urina
	- 3 per metorfano/isomeri su urina
	- 2 per PMA/PMMA su urina
	- 2 per fenetilamina 2C-E su urina
	- 1 per atropina su urina
	- 1 per DMT su urina
	- 1 per mitraginina su urina e nel prodotto
	- 1 per psilocina su urina e psilocibina e psilocina nel prodotto
	- 1 per difenidina su urina e nel prodotto
	- 1 per ajmacilina e yohimbina/composti strutturalmente simili nel prodotto
	- 30 casi di intossicazione da cocaina tagliata con levamisolo

I campioni biologici sono stati analizzati utilizzando differenti metodiche di laboratorio (EMIT, ELISA, GC/MS, LC/MS, HPLC) anche in funzione della matrice biologica disponibile. Le positività riscontrate dai due laboratori possono, in alcuni casi, non essere riferite alla stesso paziente oppure non confrontabili.

Fra le positività riscontrate nei casi di intossicazione acuta da NSP identificati dal Centro Antiveleni di Pavia, vi sono 35 casi (Tabella 36) non ancora trasmessi con specifiche segnalazioni del NEWS in quanto non sono ancora terminati tutti gli accertamenti per verificare la presenza/assenza di altre sostanze d'abuso. Tali casi verranno trasmessi dal sistema nel 2015.

Tabella 36: Casi di intossicazione da NSP identificati nel 2014 e non ancora trasmessi attraverso specifiche segnalazioni del Sistema Nazionale di Allerta Precoce.

FAMIGLIA	MOLECOLA	NUMERO DI CASI
Serie 2C	2C-I	8
	2C-E	2
Metossietamina	-	9
Catinoni	MDPV	3
	Mefedrone + MDPV	1
	Metilone	2
Cannabinoidi sintetici	Apinaca	2
	JWH-018, JWH-122, JWH-210 (deuterium)	1
Difenidina		1
Dimetiltriptamina (DMT)		1
Mitraginina		1
MXE + PMA/PMMA		1
PMA/PMMA		1
PMA/PMMA + MDMA		1
Psilocina/psilocibina		1
TOTALE		35

Casi ad evoluzione letale

Nel 2014 sono stati registrati 10 casi ad evoluzione letale che hanno riguardato pazienti con età compresa tra 19 e 48 anni, tutti di sesso maschile. I casi si sono verificati in Lombardia (5 casi), Piemonte (1), Puglia (1), Trentino Alto-Adige (1), Umbria (1) e Veneto (1). Le sostanze dichiarate sono state eroina (4), cocaina (2), metamfetamina (1) e ecstasy (1); in 2 casi la sostanza non è stata dichiarata.

Le indagini analitiche di secondo livello eseguite presso i laboratori di Pavia (in 4 casi eseguite in urgenza) hanno rilevato le seguenti positività in sangue e urine: cocaina (2), oppiacei (1), MDMA (1) e MDMA+PMA/PMMA (1). Le analisi tossicologiche hanno evidenziato la positività in urine anche per venlafaxina (1 caso), tramadolo (1), risperidone, idrossi-risperidone, buprenorfina e nor-buprenorfina (1). In 2 casi la ricerca di fentanili (sospettata clinicamente) è risultata negativa.

La causa del decesso è stata ricondotta in 1 caso a shock settico in paziente tossicodipendente e in 1 caso a intossicazione acuta da PMA/PMMA e MDMA. Nei restanti casi il decesso è stato determinato da una insufficienza multiorgano da possibile causa tossica.

In conclusione si può rilevare che:

- Il fenomeno delle NSP è di grande rilevanza clinico-tossicologica e costituisce un nuovo problema di salute pubblica sicuramente molto impegnativo: per poterlo fronteggiare dal punto di vista sanitario occorrono sicuramente nuove procedure e una nuova operatività del SSN.
- I test di screening consentono oggi di individuare con metodi semplici (es. ELISA) oltre alle classiche sostanze d'abuso (oppiacei, cocaina, amfetamine, THC, MDMA, buprenorfina, metadone) anche numerose nuove sostanze psicoattive fra cui ketamina, LSD, GHB, cannabinoidi sintetici (principalmente appartenenti alla serie JWH) e catinoni sintetici. L'impiego corretto di queste metodiche può contribuire a migliorare le possibilità diagnostiche del SSN.
- Il modello operativo in ambito clinico-tossicologico attraverso un CAV specializzato non solo consente un ottimale supporto specialistico per la diagnosi e cura dei pazienti, ma ha anche confermato, come negli anni precedenti, di fornire dati essenziali per il NEWS e per attività di prevenzione e regolatoria.
- L'interazione promossa dal NEWS fra sanità e altre Amministrazioni dello Stato (es. RIS-Arma dei Carabinieri, Agenzia delle Dogane, Polizia Scientifica) ha consentito una migliore e più rapida conoscenza del fenomeno, della sua continua variazione, e una condivisione di dati che consente una migliore e più rapida azione di prevenzione e di intervento (anche clinico).

3.1.7 Monitoraggio delle Nuove Sostanze Psicoattive

I cannabinoidi sintetici - molecole prodotte in laboratorio che agiscono sugli stessi recettori su cui agisce il principio psicoattivo della cannabis mimandone gli effetti sono oggetto di osservazione e di allerte sia in Italia che in Europa dal 2009. Il fenomeno è sotto monitoraggio da parte del Sistema di Allerta. Nel 2014 è stata registrata l'identificazione del cannabinoide sintetico AM-694 in campione urinario di un soggetto ricoverato per trauma maggiore; non sono stati segnalati nuovi casi di intossicazione acuta da cannabinoidi sintetici lasciando invariato il numero totale di 43 intossicazioni registrate ad oggi dal Sistema. Nonostante le segnalazioni di questa tipologia di prodotti possano sembrare in diminuzione, cannabinoidi sintetici di diversa tipologia sono stati rilevati in alcuni casi di intossicazione in corso di valutazione (dati non ancora diffusi dal CAV di Pavia e dal N.E.W.S.). Dall'inizio del 2014 sono inoltre stati registrati 11 nuovi sequestri di cannabinoidi sintetici, portando a 135 il numero delle segnalazioni complessive ad oggi registrate dal Sistema a partire dal 2010. Tra i nuovi sequestri, quasi la metà (6) erano relativi a cannabinoidi sintetici di nuova generazione per la prima volta identificati in Italia e non inclusi nelle Tabelle del D.P.R.309/90 e s.m.i. Nello specifico si trattava delle molecole 2NE1; 5F-AMBICA; AB-FUBINACA; BB-22; AKB48 (APINACA); AKB-48F.

Anche i catinoni sintetici, sostanze ad effetto stimolante, sono in continuo monitoraggio ed oggetto di allerta sia in Italia che in Europa sin dal 2009. Nel 2014 il Sistema non ha segnalato nuove intossicazioni correlate, o correlabili, all'assunzione di questa tipologia di sostanze, attestandosi ad un totale di 8 i casi segnalati in Italia dal 2009.

Similmente ai cannabinoidi sintetici, tuttavia, alcuni catinoni sintetici sono stati rilevati in casi di intossicazione in corso di valutazione (dati non ancora diffusi dal CAV di Pavia e dal N.E.W.S.).

Si continuano inoltre a registrare numerosi sequestri di catinoni sintetici effettuati sul territorio italiano: 76 nuove segnalazioni dall'inizio del 2014 relative a sequestri effettuati tra il 2013 e gennaio 2015 dove i catinoni più frequentemente rilevati sono stati il 4-metiletcatinone (4-MEC) con 16 segnalazioni; il 3-metilmetcatinone (3-MMC; n=13); il 3,4-metilendiossipirovalerone (MDPV; n= 11); metilone (n=7); pentedrone (n=5); alfa-PVP (n=5); mefedrone (n=4).

Diverse segnalazioni pervenute al Sistema nel 2014 riguardano fenetilammine. Le fenetilammine rappresentano una classe di molecole ad azione psicoattiva e stimolante piuttosto ampia che include anche l'amfetamina, la metamfetamina e la 3,4-metilendiossimetamfetamina (o MDMA, anche nota come ecstasy), molecole controllate dalla Convenzione Internazionale del 1971. Le fenetilammine si distinguono in diversi sottogruppi in funzione della sostituzione sull'anello aromatico, sulla catena alchilica e/o sull'azoto. Gli anni 2013-2014 sono stati caratterizzati dalla presenza sul territorio italiano di numerose nuove fenetilammine della serie denominata "NBOMe". Si tratta di fenetilammine dove sull'atomo di azoto è presente un gruppo 2-metossibenzilico, una modifica strutturale che conferisce effetti non solo stimolanti ma anche allucinogeni. Si tratta di molecole molto potenti tanto che molti dei prodotti sequestrati (contenenti ad esempio 25I-NBOMe, 25B-NBOMe, 25C-NBOMe), erano francobolli ("blotters"), o altri supporti cartacei tipicamente utilizzati per adsorbire e dosare allucinogeni ad elevata potenza, molecole attive a dosi anche sub-molari. Delle 63 segnalazioni giunte dall'inizio del 2014 relative a sequestri di fenetilamine effettuati nel corso del 2013-2014, 20 erano sotto forma di francobolli, i rimanenti 43 erano sotto forma di compresse o polvere. Alcuni casi di intossicazione da fenetilamine (prevalentemente della classe 2-C) sono stati identificati e verificati analiticamente nel 2014: è stato previsto di poter diffondere la relativa segnalazione al sistema nel 2015, una volta terminate le procedure analitiche necessarie per confermare/escludere la contemporanea presenza di altre sostanze d'abuso.

Confermando la tendenza registrata nel 2013, sia ketamina che metossietamina sono state identificate in numerosi casi di intossicazione, anche molto gravi. Anche per queste intossicazioni è prevista la diffusione delle relative segnalazioni al sistema nel 2015, una volta terminate le procedure analitiche necessarie per confermare/escludere la contemporanea presenza di altre sostanze d'abuso. Nel periodo di riferimento sono stati registrati un sequestro di metossietamina e tre di ketamina sul territorio italiano.

3.1.8 Partite anomale di droghe "classiche"

Cannabis con elevate percentuali di principio attivo

Anche nel corso del 2014 numerose segnalazioni provenienti dalle Forze dell'Ordine hanno riguardato sequestri di cannabis e derivati con elevate percentuali del principio attivo Δ9-Tetraidrocannabinolo (THC). Si è trattato nello specifico di 24 segnalazioni giunte da varie Regioni d'Italia, relative a cannabis, infiorescenze, hashish, con percentuali di THC tra il 6% e il 44% con un picco del 60% in reperti sotto forma di olio.

Metamfetamina ed ecstasy con elevate percentuali di principio attivo

Nel corso del 2014 il Network del Sistema di Allerta è stato informato circa segnalazioni di metamfetamina e di ecstasy (3,4-metilediossimetamfetamina o MDMA), sequestrate dalle Forze

dell'Ordine nel periodo 2013-2014 con elevate percentuali di principio attivo o in miscela con nuove sostanze psicoattive. Si è trattato nello specifico di 11 segnalazioni giunte da varie Regioni d'Italia da parte dell'Arma dei Carabinieri, relative a sequestri di metamfetamina e di MDMA ad elevata percentuale di principio attivo (fino al 94%) e di una preparazione denominata "Ya-Ba" costituita da metamfetamina e caffeina. Per la prima volta in Italia è stata individuata MDMA in copresenza con l'antipsicotico quetiapina e MDMA in reperti contenenti anche la fenetilammina 2C-E o con la PMMA.

Eroina ad elevata percentuale di principio

Nel 2014 il Sistema di Allerta ha registrato anche sequestri di eroina (diacetilmorfina) ad elevata percentuale di principio attivo.

3.1.9 Nuovi tagli e/o adulteranti

Le segnalazioni giunte al Sistema negli ultimi anni di attività evidenziano che le sostanze da taglio/adulteranti incontrate per l'eroina sono risultate essere varie, tra cui paracetamolo, caffeina, metorfano, clorochina, metronidazolo. Tetramisolo/levamisolo, dipirone, amminopirina, benzocaina, fenacetina, lidocaina, diltiazem, benzocaina, idrossizina, ibuprofene, acido borico, sono invece i tagli/adulteranti riscontrati per la cocaina.

Eroina e metorfano

Nel 2014 il Sistema Nazionale di Allerta Precoce ha continuato a registrare numerose segnalazioni provenienti dai centri collaborativi relative ad eroina adulterata con metorfano. A partire dalle prime segnalazioni datate luglio 2010, le segnalazioni complessive ad oggi ammontano a 74. Si tratta di eroina anomala, in alcuni casi con una percentuale di principio attivo al di sopra della media e adulterata con metorfano di cui però non è nota la stereochimica. Questa carenza rappresenta un problema da affrontare sia perché alcuni decessi di assuntori di droga negli ultimissimi anni sono riconducibili alla copresenza di questo adulterante, sia perché è necessario verificare nei fatti quale delle due forme miscelata all'eroina è responsabile di effetti così gravi. Ad oggi, nei rarissimi casi in cui reperti di eroina adulterata con metorfano sono stati analizzati con una opportuna tecnica chirale, è stato identificato il solo destrometorfano.

> Si ricorda che le differenti caratteristiche tossicologiche hanno portato alla tabellazione della sola forma levogira essendo il levometorfano un oppioide molto potente. Il destrometorfano è un sedativo non soggetto al controllo per legge, ma possibile oggetto di uso ricreazionale non privo di rischi. Secondo quanto riportato nella letteratura medica internazionale, infatti, il consumo ricreazionale di destrometorfano è correlato a casi documentati di decesso (J Anal Toxicol, 33 (2), 99-103, 2009).

Cocaina e tetramisolo/levamisolo

Nel 2014 sono continuamente pervenute al Sistema di Allerta segnalazioni di sequestri di cocaina (29 reperti) contenenti tetramisolo/levamisolo, un antielmintico usato principalmente in veterinaria ma correlato in letteratura a casi di agranulocitosi negli assuntori di cocaina. Risulta pertanto importante continuare a monitorare la circolazione di partite di cocaina così adulterata e tenere alta l'attenzione dei servizi clinici d'urgenza sulla possibilità di riscontrare questa patologia soprattutto in assuntori abituali di cocaina. Ad oggi, non sono pervenute al Sistema segnalazioni relative a casi di agranulocitosi nel nostro Paese, ma per contro non è stato possibile escludere che si siano verificati casi che non è stato possibile ricondurre all'uso di cocaina. Tra i tanti adulteranti disponibili, una buona parte della cocaina pervenuta all'analisi continua ad essere tagliata con tetramisolo/levamisolo. Una possibile ragione di questa scelta è stata ipotizzata attraverso una ricerca condotta nel centro collaborativo dell'Università di Firenze e pubblicata nello scorso anno su una rivista internazionale. È stato rilevato che nell'uomo il principale metabolita del levamisolo è l'aminorex, molecola con proprietà allucinogene ed amfetamino-simili, che quindi può amplificare gli effetti della cocaina (*Bertol E. et al. Determination of aminorex in human urine samples by GC-MS after use of levamisole. J Pharm Biomed Anal 2011 55(5):1186-1189 doi: 10.1016/j.jpba.2011.03.039. Epub 2011 Apr 6*).

3.1.10 Monitoraggio web per la prevenzione dell'offerta di droghe

Nell'ambito del Sistema di Allerta, è attivo il monitoraggio della rete Internet per l'identificazione e segnalazione alle Forze dell'Ordine, dell'offerta di sostanze psicoattive al fine di prevenirne l'offerta. Nel 2014 le Forze dell'Ordine hanno segnalato l'identificazione di nuove sostanze psicoattive proprio in prodotti acquistati attraverso la rete Internet, confermando che questa modalità di acquisto è utilizzata anche in Italia. Relativamente a questi prodotti, il Raggruppamento Carabinieri Investigazioni Scientifiche – Reparto Investigazioni Scientifiche di Parma, ha individuato e segnalato la molecola 3,4-diclorometilfenidato (3,4-CTMP) sotto forma di compresse vendute come standard di laboratorio, il Laboratorio Analisi Sostanze Stupefacenti - Carabinieri di Milano, ha segnalato l'identificazione delle molecole etilfenidato, metiopropamina e fenetilamina (con benzocaina e caffeina come eccipienti) in materiale posto sotto sequestro a Milano e acquistato via Internet.

3.1.11 Strumenti di aggiornamento

Al fine di tenere costantemente aggiornato il network dei centri collaborativi del Sistema di Allerta ed altri partner sia italiani che internazionali, il Sistema di Allerta utilizza strumenti informativi differenziati a seconda delle finalità, dei destinatari e della specificità dei contenuti. Di seguito si riporta una sintesi descrittiva di tali strumenti:

- **Nuovo Database Istituzionale N.E.W.S.**: è stato realizzato un nuovo database istituzionale del Sistema Nazionale di Allerta Precoce (National Early Warning System – N.E.W.S.) nato dall'esigenza di memorizzare, strutturare e organizzare le informazioni che il Sistema raccoglie durante la propria attività, nonché le azioni che il Sistema intraprende

per gestirle a livello interno, nazionale e internazionale. Il database istituzionale ha un duplice obiettivo: intende essere lo strumento attraverso il quale sistematizzare le informazioni raccolte dal Sistema al fine di renderle comprensibili, interrogabili e georeferenziate nel tempo. Esso intende inoltre essere uno strumento di supporto alla gestione del attività stessa del Sistema di Allerta, impegnato in frequenti comunicazioni e aggiornamenti rivolti al proprio network dei centri collaborativi e all'Osservatorio Europeo sulle Droghe e le Tossicodipendenze.

Il database è suddiviso in tre distinte sezioni: analitica, clinica, operativa. Nella sezione analitica sono presenti soprattutto informazioni relative alle molecole segnalate (forma, struttura, peso molecolare, ecc.), ai metodi analitici utilizzati per rilevarle e alle risultanze analitiche relative ai materiali sequestrati e/o dai campioni raccolti; nella sezione clinica sono presenti informazioni relative ai casi di intossicazione acuta o di decessi correlati alla molecola segnalata, con registrazione dei segni e sintomi riportati e delle risultanze delle analisi di laboratorio condotte sui campioni biologici esaminati. Infine, nella sezione operativa vengono registrate le attività del Sistema Nazionale di Allerta Precoce.

Il Database Istituzionale N.E.W.S., pur ancora in fase di valutazione, è stato presentato alla comunità scientifica internazionale in occasione del 14th Annual meeting of the Reitox Early Warning System Network che si è tenuto presso la sede dell'Osservatorio Europeo EMCDDA, il 4 giugno 2014 a Lisbona in Portogallo.

- **Presentazione a congressi ed eventi nazionali ed internazionali**: nel corso del 2014 la struttura organizzativa ed operativa, nonché i dati di attività del Sistema di Allerta, sono stati presentati in diversi incontri nazionali ed internazionali, al fine di condividere le informazioni raccolte e di promuovere la conoscenza del Sistema. Di seguito vengono elencati gli eventi nazionali ed internazionali cui hanno preso parte i rappresentanti del Sistema, con i relativi contributi scientifici (relazioni, poster, abstract):

  - Rimondo C. Il modello organizzativo dell'EWS. Presentazione Orale. Congresso Internazionale New Drugs 2014. 14-15 Maggio 2014, Roma.
  - Macchia T. Problematiche analitiche e soluzioni: l'esempio italiano. Presentazione Orale. Congresso Internazionale New Drugs 2014. 14-15 Maggio 2014, Roma.
  - Locatelli C. Problematiche cliniche e soluzioni: l'esempio italiano. Presentazione Orale. Congresso Internazionale New Drugs 2014. 14-15 Maggio 2014, Roma.
  - Croatian delegation's visit to the National Early Warning System (N.E.W.S.) and the Verona Addiction Department. 19 Maggio 2014, Verona.
  - Vecchio S, Giampreti A, Petrolini VM, Chiara F, Crevani M, Strano Rossi S, Rimondo C, Seri C, Buscaglia E, Serpelloni G, Aloise M, Locatelli CA. Drug-facilitated sexual assaults in Italy: Preliminary data of the Violence And Date Rape Drug project. Abstract 184. XXXIV International Congress of the EAPCCT. 27-30 May 2014, Brussels, Belgium. Clinical Toxicology vol. 52 no. 4 2014.
  - Locatelli CA, Lonati D, Buscaglia E, Papa P, Petrolini VM, Vecchio S, Giampreti A, Seri C, Rimondo C, Roda E, Coccini T, Macchia T, Serpelloni G.

Prevalence of analytically confirmed intoxications by new psychotoxic substances in Italy: Data from Pavia Poison Centre and National Early Warning System. Abstract 167. XXXIV International Congress of the EAPCCT. 27-30 May 2014, Brussels, Belgium. Clinical Toxicology vol. 52 no. 4 2014.

- Serpelloni G, Rimondo C, Seri C, Cavallini M, Strano Rossi S, Bortolotti F, Gottardo R, Musile G, Tagliaro F. Methorphan in street heroin: issues and challenges of the identification of a chiral compound in cases of opiate overdose in Italy. Poster. 2014 NIDA International Forum. June 13-16, 2014, San Juan, Puerto Rico.
- Serpelloni G, Rimondo C, Seri C, Cavallini M, Strano Rossi S, Bortolotti F, Gottardo R, Musile G, Tagliaro F. Methorphan in street heroin: issues and challenges of the identification of a chiral compound in cases of opiate overdose in Italy. Poster. Antidotes in Depth 2014 – Clinical Toxicology, Substances of Abuse and Chemical Emergencies. 18-20 Giugno 2014. Pavia, Italia.
- G Serpelloni. Nuove sostanze d'abuso: una sfida per il SSN. Oral Presentation. Antidotes in Depth 2014 - Clinical Toxicology, Substances of Abuse and Chemical Emergencies. 18-20 June 2014. Pavia.
- C Rimondo. Nuove sostanze d'abuso: i risultati del NEWS. Oral Presentation. Antidotes in Depth 2014 - Clinical Toxicology, Substances of Abuse and Chemical Emergencies. 18-20 June 2014. Pavia.
- T Macchia. La ricerca scientifica sulle nuove sostanze d'abuso. Oral Presentation. Antidotes in Depth 2014 - Clinical Toxicology, Substances of Abuse and Chemical Emergencies. 18-20 June 2014. Pavia.
- C Locatelli. Abuso di farmaci. Oral Presentation. Antidotes in Depth 2014 - Clinical Toxicology, Substances of Abuse and Chemical Emergencies. 18-20 June 2014. Pavia.
- Corso di aggiornamento per il personale specializzato effettivo dei RIS e dei LASS addetto alle analisi di droghe. Sedi di Messina, 11-12 Settembre 2014; Parma, 8-9 Settembre 2014; Roma, 4-5 Settembre 2014.
- Locatelli CA, Lonati D, Buscaglia E, Papa P, Petrolini VM, Mazzoleni M, Vecchio S, Giampreti A, Seri C, Rimondo C, Roda E, Coccini T, Macchia T, Serpelloni G. Prevalence of analytically confirmed intoxications by new psychotoxic substances in Italy: Data from Pavia Poison Centre and National Early Warning System. Abstract. 68° Congresso Nazionale SIAARTI, 22-25 Ottobre 2014, Venezia.
- Schicchi A, Petrolini VM, Lonati D, Buscaglia E, Vecchio S, Giampreti A, Rimondo C, Seri C, Serpelloni G, Coccini T, Papa P, Ricevuti G, Locatelli CA. Acute intoxications by synthetic cannabinoids in the emergency system: the italian cases series. Abstract. 5th Italian GREAT Network Congress. Rome, Italy, October 13–17, 2014.
- Schicchi A, Petrolini VM, Lonati D, Buscaglia E, Vecchio S, Giampreti A, Rimondo C, Seri C, Serpelloni G, Coccini T, Papa P, Ricevuti G, Locatelli CA. Le intossicazioni acute da cannabinoidi sintetici nel sistema dell'emergenza-

urgenza: la casistica italiana. Abstract. IX Congresso Nazionale SIMEU. Torino, 6-8 Novembre 2014.

- Vecchio S, Giampreti A, Petrolini VM, Lonati D, Buscaglia E, Strano Rossi S, Rimondo C, Seri C, Serpelloni G, Locatelli CA. Violenza e droghe da stupro: dati preliminari del progetto Vard (Violence and Date Rape Drugs). Abstract. IX Congresso Nazionale SIMEU. Torino, 6-8 Novembre 2014.

- **Pubblicazioni scientifiche:** nel corso del 2014 sono state realizzate pubblicazioni scientifiche che mettono in luce il contributo della ricerca scientifica nell'attività del Sistema.

- Merola G., Fu H.,Tagliaro F., Macchia T. and McCord B.R. Chiral separation of 12 cathinone analogs by cyclodextrin-assisted capillary electrophoresis with UV and mass spectrometry detection. Electrophoresis, Special Issue: Forensic Analysis Volume 35, Issue 21-22, pages 3231-3241. November 2014. DOI: 10.1002/elps.201400077
- G. Serpelloni, C.Rimondo. Scientific update and National Action Plan on New Psychoactive Substances. Italian Journal on Addiction, Vol 4, N° 1 (2014).
- C. Rimondo, C. Seri, G. Valvo, M. Cavallini, M. Brunetto, G.Serpelloni. The National Early Warning System: organization, functioning and collaborations. Italian Journal on Addiction, Vol 4, N° 1 (2014).
- C. Locatelli, D. Lonati, V.M. Petrolini, A. Giampreti, S. Vecchio, E. Buscaglia, T. Cuccini, M. Aloise, F. Chiara, E. Cortini, P. Papa, G. Serpelloni. Clinica delle intossicazioni acute da "nuove sostanze psicoattive e tossiche" identificate nel triennio 2010-2013. Italian Journal on Addiction, Vol 4, N° 1 (2014).
- Papa P, Rocchi L, Rolandi L, Valli A, Lonati D, Buscaglia E, Locatelli C. Ricerca e identificazione di nuove sostanze psicoattive in casi di sospetta intossicazione in Italia. Italian Journal on Addiction. Vol 4, N° 1 (2014).
- Lonati D, Buscaglia E. Papa P, Valli A, Coccini T, Giampreti A, Petrolini VM, Vecchio S, Serpelloni G, Locatelli CA. MAM-2201 (Analytically Confirmed) Intoxication After "Synthacaine" Consumption. Ann Emerg Med. 2014 Feb 12.

3.1.12 Aggiornamento normativo

Il 2014 ha visto un aggiornamento normativo in riferimento al Testo Unico delle leggi in materia di disciplina degli stupefacenti e sostanze psicotrope, prevenzione, cura e riabilitazione dei relativi stati di tossicodipendenza (DPR 309/90 e s.m.i.). Nello specifico, nel maggio 2014 è stato convertito in Legge, con modificazioni, il Decreto-Legge 20 marzo 2014, n. 36, recante disposizioni urgenti in materia di disciplina degli stupefacenti e sostanze psicotrope, prevenzione, cura e riabilitazione dei relativi stati di tossicodipendenza, di cui al Decreto del Presidente della Repubblica 9 ottobre 1990, n. 309 e s.m.i., nonché di impiego di medicinali meno onerosi da parte del Servizio Sanitario Nazionale (14G00090), pubblicato nella Gazzetta Ufficiale n.115 del 20-5-2014. Il provvedimento è entrato in vigore il 21 maggio 2014 ed include la Tabella I che elenca le sostanze stupefacenti, la quale va a sostituire la Tabella I del Decreto-Legge 20 marzo 2014. Nella

nuova Tabella I risultano incluse anche le nuove sostanze segnalate attraverso il Sistema di Allerta. Tali sostanze erano state precedentemente inserite nella Tabella I del DPR 309/90 dal Ministero della Salute, sulla base delle evidenze e della documentazione scientifica raccolte nell'ambito delle attività di monitoraggio del Sistema Nazionale di documentazione integrata dai pareri formali dell'Superiore di Sanità e del Centro Antiveleni di Pavia. Dopo aver sentito il parere favorevole del Consiglio Superiore di Sanità e il parere favorevole espresso dal Dipartimento Politiche Antidroga, il Ministero della Salute aveva ritenuto di dover procedere al citato aggiornamento della tabella I a tutela della salute pubblica.

Infine, con Decreto 10 febbraio 2015, il Ministero della Salute ha aggiornato le tabelle delle sostanze stupefacenti e psicotrope, di cui al decreto del Presidente della Repubblica 9 ottobre 1990, n. 309 e successive modificazioni, con l'inserimento nella tabella I di tre nuove sostanze psicoattive (precedentemente segnalate dal Sistema di Allerta), e più precisamente 4-iodo-2,5-dimetossi-N-(-2-metossibenzil) fenetilammina (25I-NBOMe) e 3,4-dicloro-N-[(1- (dimetilammino)cicloesil)metil] benzamide (AH-7921), 1-cicloesil-4-(1,2-difeniletil)-piperazina (MT-45) (GU Serie Generale n.48 del 27-2-2015).

3.2 Procedura di aggiornamento delle tabelle delle sostanze sotto controllo

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

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

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

1. *Le sostanze stupefacenti o psicotrope sottoposte alla vigilanza ed al controllo del Ministero della salute e i medicinali a base di tali sostanze, ivi incluse le sostanze attive ad uso farmaceutico, sono raggruppate, in conformità ai criteri di cui all'articolo 14, in cinque tabelle, allegate al presente testo unico. Il Ministero della salute stabilisce con proprio decreto il completamento e l'aggiornamento delle tabelle con le modalità di cui all'articolo 2, comma 1, lettera e), numero 2).*

2. *Le tabelle di cui al comma 1 devono contenere l'elenco di tutte le sostanze e dei preparati indicati nelle convenzioni e negli accordi internazionali e sono aggiornate tempestivamente anche in base a quanto previsto dalle convenzioni e accordi medesimi ovvero a nuove acquisizioni scientifiche.*

L'Ufficio Centrale Stupefacenti del Ministero della salute, una volta acquisite informazioni relative all'avvenuto aggiornamento degli elenchi internazionali o all'esistenza di nuove acquisizioni scientifiche in materia di droghe, è tenuto ad avviare l'istruttoria per l'aggiornamento delle tabelle, raccogliendo tutta la documentazione relativa alla sostanza che potrebbe essere inserita nelle tabelle allegate al Testo Unico. Successivamente richiede formalmente il parere tecnico di competenza all'Istituto Superiore di Sanità, ai sensi dell'articolo 2, comma 1, lettera e), numero 2)

del Testo Unico. Se tale parere identifica la sostanza come psicoattiva e avente capacità di indurre dipendenza, l'Ufficio Centrale Stupefacenti trasmette una relazione tecnica al Consiglio Superiore di Sanità, sempre ai sensi dell'articolo 2, comma 1, lettera e), numero 2) del Testo Unico, che ne valuta l'eventuale inserimento in una delle quattro tabelle degli stupefacenti. Per le sostanze aventi attività farmacologica e terapeutica, deve essere anche valutato l'inserimento nella tabella dei medicinali stupefacenti. Il decreto di aggiornamento delle tabelle è successivamente pubblicato nella Gazzetta Ufficiale della Repubblica italiana e inserito nella successiva edizione della Farmacopea ufficiale.

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

1. vengono modificate le liste delle sostanze classificate a livello internazionale come stupefacenti o psicotrope;
2. una sostanza diventa oggetto di abuso;
3. una nuova sostanza viene immessa sul mercato clandestino;
4. quando viene registrato un nuovo medicinale ad azione stupefacente o psicotropa;
5. altri casi.

1) Gli organismi internazionali (WHO – OMS, ONU, etc.) sulla base di evidenze scientifiche aggiornate e in accordo con le convenzioni internazionali in materia di droghe, possono segnalare che determinate sostanze possono indurre dipendenze e sono da ritenersi dannose per la tutela della salute pubblica. Ad esempio, in occasione della 58° sessione della Commission on Narcotic Drugs (marzo 2015), su segnalazione dell'OMS circa la pericolosità di 13 sostanze e la raccomandazione di schedulazione delle stesse, l'UNODC ha posto all'Ordine del giorno una discussione in seno alla CND. A seguito di votazione in sede di assemblea plenaria, alcune di queste sostanze sono state poste sotto controllo internazionale e di conseguenza ogni Paese ha dovuto provvedere a porre sotto controllo le sostanze, secondo la propria normativa nazionale vigente. L'Ufficio Centrale Stupefacenti del Ministero della salute ha infatti attivato la procedura di aggiornamento delle tabelle solo per le sostanze 25B-NBOMe (2C-B- NBOMe) e 25C-NBOMe (2C-C- NBOMe) e Metilone (beta-cheto MDMA), in quanto le altre sostanze oggetto della schedulazione erano già sotto controllo.

2) Un esempio di sostanza avente proprietà farmacologiche che è divenuta oggetto di abuso è il Nandrolone.

La sostanza in questione è uno steroide anabolizzante iniettabile (Nandrolone decanoato). Una delle caratteristiche principali di questo farmaco, conosciuto sin dagli anni '60, è la lunga durata d'azione. Una volta iniettato, il rilascio del Nandrolone prosegue per 15-20 giorni. E' uno degli steroidi anabolizzanti più abusati in ambito sportivo. Strutturalmente simile al testosterone il Nandrolone si distingue per avere un atomo di carbonio in meno in posizione 19 (è conosciuto anche come 19-nortestosterone). Tale modifica esalta le proprietà anabolizzanti e diminuisce gli effetti androgeni. Proprio per queste proprietà farmacologiche sono stati accertati concreti pericoli di indurre grave dipendenza psichica.

Pertanto, con decreto del Ministero della salute 11 giugno 2010, pubblicato nella G.U. n. 145 del 24 giugno 2010, la sostanza Nandrolone è stata posta sotto controllo, con effetto dal 9 luglio 2010, come sostanza psicotropa. Tale sostanza è stata inserita tra gli stupefacenti su richiesta della "Commissione per la vigilanza ed il controllo sul doping e per la tutela della salute nelle attività sportive" e su parere positivo dei competenti organi consultivi del Ministero della salute.

3) Attraverso il Sistema di allerta rapido (NEWS – New Early Warning System) sono state individuate numerose nuove sostanze di sintesi immesse sul mercato clandestino e sequestrate sul territorio nazionale. Il Ministero della salute ha un ruolo operativo all'interno di tale Sistema e riceve dal NEWS comunicazioni di vario genere che vanno dalle Allerte (grado I, II, III, a gravità crescente), alle informative e alle comunicazioni OEDT (queste ultime vengono trasmesse dall'Osservatorio sulle tossicodipendenze di Lisbona a ogni punto focale della rete REITOX dell'Unione Europea). Il sistema individua nuove sostanze psicoattive presenti sul territorio dell'Unione Europea in vari modi: a seguito di sequestri, quale causa presunta di decessi, intossicazioni, accessi al DEA, etc. Le comunicazioni vengono trasmesse in forma di relazione tecnico-scientifica al Ministero della salute per i seguiti di competenza. Se una sostanza è nuova e pericolosa per la tutela della salute, a seguito degli opportuni accertamenti, questa può divenire oggetto di inserimento nelle tabelle delle sostanze stupefacenti o psicotrope. In questo modo sono stati emanati numerosi decreti di inserimento nelle Tabelle degli stupefacenti. Di seguito si riportano i decreti emanati con procedura avviata fino a tutto il 2014, con le relative sostanze:

1- Decreto del Ministero della salute del 10 febbraio 2015 - Aggiornamento delle tabelle contenenti l'indicazione delle sostanze stupefacenti e psicotrope, di cui al decreto del Presidente della Repubblica 9 ottobre 1990, n. 309 e successive modificazioni. Inserimento nella tabella I delle sostanze 4-iodo-2,5-dimetossi-N-(-2-metossibenzil) fenetilammina (25I-NBOMe) e 3,4-dicloro-N-[(1- (dimetilammino)cicloesil)metil] benzamide (AH-7921), 1-cicloesil-4-(1,2-difeniletil)-piperazina (MT-45).

2- Decreto del Ministero della salute del 08/01/2015 - Aggiornamento delle tabelle contenenti l'indicazione delle sostanze stupefacenti e psicotrope, di cui al decreto del Presidente della Repubblica 9 ottobre 1990, n. 309 e successive modificazioni e integrazioni. Inserimento nella Tabella IV delle sostanze etizolam e meprobamato e nella Tabella dei medicinali, Sezione D, dei medicinali ad uso parenterale a base di lormetazepam.

3- Decreto del Ministero della salute del 25 giugno 2013 - Aggiornamento delle tabelle contenenti l'indicazione delle sostanze stupefacenti e psicotrope, di cui al decreto del Presidente della Repubblica 9 ottobre 1990, n. 309 e successive modificazioni e integrazioni. Inserimento nella Tabella I delle sostanze 6- (2-aminopropil) benzofurano (6-APB); 5-(2-aminopropil)benzofurano (5-APB); 6-(2-aminopropil)-2,3-diidrobenzofurano (6-APDB) e 5-(2-aminopropil)-2,3-diidrobenzofurano (5-APDB).

4- Decreto del Ministero della salute del 10 dicembre 2012 Aggiornamento delle tabelle contenenti l'indicazione delle sostanze stupefacenti e psicotrope, di cui al decreto del Presidente della Repubblica 9 ottobre 1990, n. 309 e successive modificazioni e integrazioni. Inserimento nella Tabella I della sostanza 5-IT o 5-(2-aminopropil)indolo.

5- Decreto del Ministero della salute del 24 ottobre 2012 - Aggiornamento delle tabelle contenenti l'indicazione delle sostanze stupefacenti e psicotrope. Inserimento nella Tabella I delle sostanze: Metossietamina, 4-Metilamfetamina, CP 47,497, CP 47.497-omologo C8, 4-Fluoroamfetamina e 5,6-Metilendiossi-2-aminoindano.

6- Decreto del Ministero della salute del 11 giugno 2012 - Aggiornamento delle tabelle contenenti l'indicazione delle sostanze stupefacenti e psicotrope, di cui al decreto del Presidente della Repubblica 9 ottobre 1990, n. 309 e successive modificazioni e integrazioni. Inserimento nella Tabella I delle sostanze 6-monoacetilmorfina o 6-MAM e 3-monoacetilmorfina o 3-MAM e sostituzione della denominazione chimica degli analoghi di struttura della sostanza Butilone.

7- Decreto del Ministero della salute del 29 dicembre 2011- 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.

8- Decreto del Ministero della salute del 16 giugno 2010 - 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 delle sostanze denominate JWH-018, JWH-073 e Mefedrone.

4) Quando viene provata l'efficacia farmacologica di un nuova entità chimica, deve anche essere verificato il rischio di indurre dipendenza, al pari di altre sostanze con la stessa azione terapeutica. Ad esempio il Tapentadolo, un analgesico con una azione centrale che agisce come agonista sul recettore μ-oppioide e come un inibitore della ricaptazione della noradrenalina è stato registrato come medicinale nel 2010. Tale medicinale è stato approvato per il trattamento a lungo termine del dolore cronico severo sia negli USA che in Europa. L'efficacia del Tapentadolo è stata studiata anche in soggetti affetti da polineuropatia diabetica periferica: anche in questo sottogruppo di pazienti il farmaco è risultato efficace e ben tollerato a dosaggi variabili. Il Tapentadolo si è dimostrato molto utile anche nel dolore neuropatico. In Italia il Tapentadolo è stato prima incluso tra le sostanze sotto controllo come stupefacenti, su richiesta della azienda farmaceutica proprietaria dell'AIC e, successivamente il Tapentadolo è stato inserito nell'allegato III-bis relativo ai farmaci che usufruiscono delle modalità prescrittive semplificate previste per la terapia del dolore.

1 - Decreto del Ministero della salute del 7 maggio 2010 - 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. Inserimento della sostanza tapentadolo.

2- Decreto del Ministero della salute del 31 marzo 2011 - 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 tapentadolo nell'allegato III-bis. e dei composti medicinali a base di tapentadolo, limitatamente alle forme farmaceutiche diverse da quella parenterale, nella tabella II, sezione D.

5) Altri casi di tabellazione.

Per registrazione di medicinali a base di nuove sostanze attive (estratto titolato di THC):

a) Decreto del Ministero della salute del 23 gennaio 2013 Aggiornamento delle tabelle contenenti l'indicazione delle sostanze stupefacenti e psicotrope, di cui al decreto del Presidente della Repubblica 9 ottobre 1990, n. 309 e successive modificazioni e integrazioni. Inserimento nella Tabella II, Sezione B, dei medicinali di origine vegetale a base di Cannabis (sostanze e preparazioni vegetali, inclusi estratti e tinture).

Per segnalazione di eventi avversi fatali da parte di cittadini:

b) Decreto del Ministero della salute del 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.

In applicazione di nuove leggi dello Stato (Legge 15 marzo 2010, n. 38):

c) Decreto del Ministero della salute del 31 marzo 2010 - Aggiornamento delle tabelle contenenti l'indicazione delle sostanze stupefacenti e psicotrope e relative composizioni medicinali, di cui al decreto del Presidente della Repubblica del 9 ottobre 1990, n. 309 e successive modificazioni ed integrazioni, con sostituzione della Tabella II, sezione D del Testo Unico.

Bibliografia

UNODC- "Early Warning Advisory on New Psychoactive Substance" NEWSLETTER on New Psychoactive Substances May 2015 Vol.4

UNODC- "World drug report". United Nations: Vienna, 2014

Iversen L., White M. & Treble R. "Designer psychostimulants: Pharmacology and differences". Neuropharmacology 2014; 87C:59-65

Levissianos S. "The UNODC Early Warning Advisory (EWA) on New Psychotropic Substances (NPS)-New trends in novel psychoactive substances". 2014. Rome. United Nations Office on Drugs and Crimes

UNODC- "Global Synthetic Drugs Assessment. Amphetamine-type stimulants and new psychoactive substances" 2014.

EMCDDA- "New psychoactive substances in Europe. An update from the EU Early Warning System". March 2015

UNODC- "The challenge of new psychoactive substances". UNODC Scientific NPS Report (2013) www.unodc.org/documents/scientific/NPS_Report.pdf.

Legenda

UNODC - United Nations Office on Drugs and Crimes

EMCDDA - European Monitoring Centre on Drugs and Drug Addiction

NSP - Nuove Sostanze Psicoattive

NEWS - National Early Warning System

PARTE II. DOMANDA DI SOSTANZE: USO E PROBLEMATICHE

Capitolo 1. Potenzialità e limiti delle rilevazioni

A cura dell' ISTAT

1.1 Nota metodologica

La prevalenza del consumo di droghe nella popolazione generale è uno dei cinque indicatori chiave dell'European Monitoring Centre for Drug and Drug Addiction (EMCDDA) utilizzato per la valutazione e il monitoraggio delle politiche che l'Unione Europea e gli Stati membri attuano per contrastare il fenomeno della tossicodipendenza. Numerosi soggetti pubblici e privatirilevano informazioni sul fenomeno per specifiche finalità legate essenzialmente ad esigenze di monitoraggio delle proprie attività ma è, tuttavia, difficile stimare la quota di popolazione che consuma droghe.Per colmare il gap conoscitivo,lo strumento consigliato a livello internazionale è rappresentato dalle indagini sulla popolazione.

I principali obiettivi delle indagini sul consumo di droghe nella popolazione sono:

- monitorare all'interno dei singoli paesi i livelli e i modelli di consumo di sostanze illecite e di altre sostanze psicoattive;
- individuare il profilo delle persone maggiormente esposte al rischio di consumo dal punto di vista socio-demografico e territoriale;
- fornire la base conoscitiva per la normativa e le politiche di contrasto alla droga.

Nonostante le indagini sul consumo di droga nella popolazione siano condotte in tutti i paesi europei secondo le linee guida dell'EMCDDA, esse sono particolarmente difficili da realizzare perché affrontano temi molto sensibili, potenzialmente illegali e oggetto di stigma sociale.

I limiti di queste indaginisono ben noti in letteratura;tutte infatti, in varia misura, risentono di criticità legate principalmente alla "mancata risposta" soprattutto da parte di quanti consumano più frequentemente droghe, al cosiddetto "'under-reporting" tra quanti dichiarano di farne uso e, più in generale,alla reticenza a riferire di assumere sostanze stupefacenti. Riguardo a quest'ultimo punto, sono stati condotti numerosi studi che hanno comparato quanto riferito dai rispondenti con test (effettuati ad esempio con analisi delle urine). Dall'analisi comparativa emerge che l'affidabilità delle risposte fornite è inversamente associata allo stigma sociale e alle eventuali sanzioni penali previste per il consumo delle diverse sostanze. Un'altra criticità è il "mis-reporting of frequency", vale a dire la difficoltà da parte di quanti dichiarano di consumare droghe a riferire la frequenza di consumo nel mese o nell'anno precedente, sia per problemi di memoria sia per reticenza a rispondere. Questi fattori determinano una distorsione che può agire in entrambe le direzioni, vale a dire può produrre la sovrastima o la sottostima del consumo. É evidente come questa distorsione precluda la possibilità di avere unaquantificazione complessiva affidabile del volume di sostanze stupefacenti consumate e della relativa spesa.

Inoltre, un limite comune a tutte le Indagini di popolazione riguarda l'esclusione dal disegno di campionamento di alcuni gruppi di popolazione, tra i quali è più frequente l'uso di sostanze stupefacenti. Il campione è, infatti,estratto dalla popolazione residente e questo esclude tutti i soggetti residenti in convivenze (in particolare le carceri) e gli homelesstra i quali,come molti studi dimostrano, è sensibilmente più elevata la quota di consumatori problematici.

Tutto questo ha un impatto potenzialmenterilevante sulla qualità dei dati raccolti esulla loro effettiva utilizzabilità per le politiche e per le analisi comparative.

In Italia il primo studio sulla popolazione è stato condotto nel 2001-2002 dal Consiglio Nazionale delle Ricerche (CNR) che ha successivamente replicato l'indagine ogni due anni fino al 2013 - 2014.

Nel 2010 il Dipartimento delle politiche antidroga a sua volta ha avviato un'indagine di popolazione autonoma.Nel 2014 in Italia sono state quindi condotte due indagini sul consumo di sostanze psicotrope nella popolazione adulta:

- *General Population Survey* (GPS) condotta dal Dipartimento Politiche Antidroga (DPA) nella popolazione di 18-64 anni residente in Italia.

- *Italian Population Survey on Alcohol and other Drugs* (IPSAD) condotta dall'Istituto di Fisiologia Clinica del Consiglio Nazionale delle Ricerche (CNR).

Entrambe le indagini sono state condotte con la stessa tecnica di rilevazione, vale a dire con l'invio postale di un questionario che i rispondenti hanno compilato autonomamente. Presentano, pertanto, i limiti connessi a questa tecnica di rilevazione, in primo luogo il basso tasso di risposta cui può essere associato un effetto distorsivo sulle stime prodotte. La scelta di condurre indagini postali è giustificata da una serie di vantaggi. In primo luogo questi studi hanno costi considerevolmente minori e ben si prestano a rilevare informazioni sensibili perché garantiscono al rispondente la riservatezza e la possibilità di scegliere il momento in cui compilare il questionario. Tra i punti di debolezza, oltre all'elevata mancata risposta, occorre considerare che l'indagine postale non consente di accertare se il rispondente sia effettivamente quello selezionato, né di controllare la correttezza delle risposte. Inoltre, come per tutte le tecniche che prevedono l'autosomministrazione, l'assenza di un intervistatore che dia istruzioni su come rispondere comporta la necessità di strutturare il questionario con quesiti più semplici da interpretare e con una sequenza che agevoli il percorso cognitivo del rispondente. Tale compito, particolarmente arduo in una indagine che tocca temi sensibili, è indispensabile per ridurre quanto più possibile gli errori non campionari. Per entrambe le indagini ci sono margini di miglioramento da questo punto di vista.

Nel 2014 per la General PopulationSurvey (GPS) si registra un tasso di risposta del 16,9% (8.465 rispondenti su 52.351), che si riduce al 16,4% per la presenza di 136 questionari inutilizzabili (perché bianchi, duplicati o privi dell'età del rispondente e del comune di residenza necessari per il calcolo dei pesi campionari). I questionari utili per l'indagine sono quindi stati 8.329.

Per la *Italian Population Survey on Alcohol and other Drugs* (IPSAD) il campione teorico della popolazione 15-74 è 23.306 mentre quello della popolazione 15-64 anni è di19.411. Il tasso di risposta, al netto dei questionari scartati a causa di inconsistenze, è rispettivamente pari al 33% (7.709 rispondenti) e al 34% (6.589 rispondenti).Il tasso di risposta è in ambedùe i casi molto basso.

Sulla base di una ricognizione effettuata dall'Istat sulle indagini relative al consumo di droga condotte in alcuni paesi, emerge che nella maggior parte dei casi le tecniche di rilevazione adottate sono stateoggetto di revisione critica e spesso sono state implementate strategie di raccolta delle informazioni alternative o complementari.

In particolare è stato studiato l'effetto della scelta della tecnica di rilevazione sulla copertura campionaria, sul tasso di risposta, sulla disponibilità a rispondere e sui costi.

Considerando questi aspetti, la tecnica che garantisce i migliori livelli di performance, sembra essere quella del questionario auto-somministrato con tecniche CASI (computer assisted self interview) e ACASI (audio computer assisted self interview) per le quali si osserva un livello più alto di disponibilità a fornire risposte su temi sensibili anche rispetto alla classica tecnica del questionario autosomministrato paper and pencil, che pure garantisce al rispondente la protezione dell'anonimato e aumenta la disponibilità a riferire comportamenti stigmatizzati. (Turner et al., 1998; Tourangeau e Smith 1996; Johnson et al. 2001; Decorte et al. 2009).

In alcuni paesi (Olanda e Germania) i metodi di raccolta delle informazioni sono stati integrati con indagini web. I risultati, per ciò che concerne il tasso di risposta, sono stati tuttavia negativi (Decorte et al. 2009).

L'indagine telefonica presenta invece maggiori criticità, rispetto alle altre tecniche, sia per la copertura campionaria sia per il tasso di risposta ma soprattutto per una minore disponibilità da parte dei rispondenti a rilasciare informazioni. Rispetto a quest'ultimo aspetto anche le indagini face to face (PAPI e CAPI) non assicurano un buon livello di performance.

La scelta della tecnica di somministrazione del questionario può avere un effetto molto rilevante anche sulla stima della prevalenza del consumo di stupefacenti perché influisce sulla veridicità delle risposte. Uno studio comparativo condotto in Olanda mostra forti differenze tra i dati provenienti da indagini CAPI e CASI; in particolare la prevalenza diuso della cannabis tra i 15-24 anni nel mese precedente risulta pari al 6,5% per gli intervistati con tecnica CAPI(n = 490) e 12% con la tecnica CASI (n = 660)(van Laar et al.2012).

Il costo della rilevazione è il principale criterio di scelta della tecnica di raccolta dei dati per molti paesi. Per questo motivo, nonostante il basso tasso di risposta, l'Italia,che ha scelto l'indagine postale, presenta i tassi di risposta più bassi tra tutti i paesi che conducono indagini sul consumo di droghe (circa il 34% per l'IPSAD e 16,4% per GPS). In Germania, con la stessa tecnica, si raggiunge un tasso di risposta di circa il 50% e l'integrazione con altri metodi di raccolta (CATI eWeb) attuata dal 2006 non ha portato significativi miglioramenti.

Anche in Australia si raggiunge circa il 50% nel 2013 (quota analoga al 2010) ma in questo caso utilizzando un questionario autocompilato con tecnica "drop and collect". Nel corso degli anni in Australia la tecnica di rilevazione è stata modificata; nel 1998 si svolgeva con mixed mode (40 % con interviste diretta e 60% "drop and collect") ma a partire dal 2001 la percentuale delle interviste diretta è stata ridotta con l'introduzione progressivo del metodo CATI che è stato poi definitivamente abbandonato dal 2010, anno dal quale viene utilizzata solo la tecnica drop and collect.

In Usa e UK, per migliorare il tasso di risposta e la qualità dei dati, si è scelto di utilizzare le tecniche più costose CASI e ACASI, combinate con CATI e CAPI per i quesiti meno sensibili. Ciò ha consentito di raggiungere un tasso di risposta superiore al 70%. Negli USA agli intervistati viene inoltre corrisposto, dal 2002, un compenso di $ 30. L'effetto del compenso è stato importante nel

primo anno di applicazione con un tasso di risposta del 78,5% (il più alto a partire dal 2000) che è poi progressivamente diminuitoattestandosi intorno al 74% negli anni successivi.

Francia e Olanda (che dal 2009 ha adottato la tecnica CASI), nonostante metodi diversi di raccolta dei dati, raggiungono un tasso di risposta superiore al 60 per cento.

In assenza di altri strumenti che consentano di stimare la consistenza del fenomeno dell'uso di sostanze e di tracciare i profili e i modelli di consumo, le indagini sulla popolazione si confermano come una fonte importante nonostante i limiti evidenziati.

Come si è visto, in altri paesi sono state sperimentate e utilizzate diverse tecniche di rilevazione con la finalità di migliorare il tasso di risposta e l'affidabilità dei dati. É risultato evidente che, in generale, le indagini condotte con questionario autosomministrato favoriscono la disponibilità dei rispondenti che si sentono più garantiti sull'anonimato. I tassi di risposta più elevati si ottengono quando l'auto-somministrazione viene proposte con tecniche più costose, vale a dire le indagini CASI (computer assisted self interview) e ACASI (audio computer assisted self interview) anche in combinazione con CAPI e CATI per i quesiti non sensibili.

Dai riferimenti presenti in letteratura e dall'analisi comparativa delle indagini condotte nei diversi paesi, risulta che, oltre la tecnica di rilevazione, altri fattori hanno un impatto significativo sulla performance delle indagini.

Un'adeguata progettazione del questionario può senz'altro favorire una maggiore collaborazione dei rispondenti, aumentare la veridicità delle risposte e migliorare la qualità complessiva.

Tra i fattori che influenzano il tasso di risposta e l'affidabilità delle informazioni raccolte, non è secondario l'ente o soggetto responsabile dell'indagine che non dovrebbe essere collegato o coincidere con autorità giudiziarie o politiche e dovrebbe apparire agli occhi dei cittadini come super partes e in grado di tutelare la loro privacy.

Per quanto riguarda le strategie di rilevazione, particolare rilievo hanno gli aspetti comunicativi. In particolare la denominazione dell'indagine, che dovrebbe essere riferita a temi più ampi relativi a condizioni di salute o agli stili di vita. La presentazione dell'indagine deve essere studiata e curata per rassicurare sulla riservatezza delle informazioni e limitare quanto più possibile la reticenza e la diffidenza dei rispondenti. Le istruzioni per la compilazione del questionario devono essere uno strumento di facile e immediata consultazione e possibilmente essere integrate con delle FAQ. Nello strutturare la rilevazione particolare attenzione deve essere data agli aspetti e alle procedure per garantire la riservatezza delle informazioni e l'anonimato dei rispondenti. I cittadini devono sentirsi realmente tutelati. Molto importanti anche le procedure per ridurre la quota di mancati contatti,da attuare con la massima accuratezza secondo le linee guida condivise (attenta predisposizione delle informazioni relative ai recapiti del campione estratto - reiterazione dei tentativi di contatto in orari e giorni diversi, piano di solleciti efficace ecc.). Nella fase di rilevazione devono essere approntate tutte le misure per il supporto ai rispondenti (Numero verde per chiarimenti sulla riservatezza dei dati e sul questionario). Per migliorare la collaborazione dei rispondenti sarebbe opportuno anche prevedere benefici per i rispondenti. Infine occorre che il processo di acquisizione dei dati sia strettamente monitorato e accompagnato da procedure di sollecito molto accurate e reiterate e daun efficace sistema di monitoraggio che permetta di individuare le criticità nel momento in cui si presentano e non a posteriori.

Per quanto riguarda le indagini condotte in Italia molti di questi fattori sono stati tenuti sotto controllo ma non al punto di garantire una qualità soddisfacente. Per queste ragioni è opportuno

intraprendere un rigoroso lavoro scientifico per ristrutturare il disegno dell'indagine sulla popolazione adulta. Si tratta di affrontare con specifiche sperimentazioni tutte le criticità evidenziate: la scelta della tecnica di rilevazione, la progettazione del questionario in modo da ridurre il carico sui rispondenti e favorire la veridicità delle risposte, la verifica della qualità del questionario attraverso test cognitivi, test comparativi tra diverse tecniche, studi controllati di comparazione tra quanto riferito dai rispondenti sul consumo di droghe e test clinici sugli stessi. Queste attività dovrebbero essere integrate con indagini pilota che consentirebbero anche di testare le strategie di comunicazione e contatto con i rispondenti.

Si tratta di un progetto particolarmente ambizioso e al tempo stesso oneroso, in termini di risorse umane e finanziarie, per il quale occorrerà procedere preliminarmente con uno studio di fattibilità, per il quale ci si potrà avvalere anche delle esperienze già condotte.

Capitolo 2. Prevalenza e incidenza di uso

A cura del Consiglio Nazionale delle Ricerche, del Dipartimento Politiche Antidroga, di Esperti, dell'Istituto Superiore di Sanità e del Ministero della Difesa

2.1 Analisi sui dati disponibili sulla popolazione generale

Nel presente paragrafo si prende in analisi l'indicatore GPS, descritto nella nota metodologia introduttiva della Relazione (**L'approccio quantitativo secondo la metodologia europea**), relativo al consumo di droga nella popolazione generale. Tale consumo può essere misurato attraverso indagini rappresentative che permettano di stimare la percentuale della popolazione che fa uso di certe sostanze in determinati periodi di tempo. Potrebbero offrire, in caso di rappresentatività del campione rilevato, e non solo pianificato, informazioni utili sui modelli di consumo, sulle caratteristiche socio-demografiche dei consumatori, sulla percezione dei rischi e sulla disponibilità delle sostanze. In Italia lo studio di popolazione generale sul consumo di stupefacenti è stato avviato nel 2001 con continuità e periodicità biennale. La percentuale dei rispondenti, in assenza di ulteriori verifiche al momento in corso, può non rappresentare la popolazione generale, ma una sua sotto-popolazione. Tutti i risultati che si riportano riguardano quindi tale sotto-popolazione ed il confronto delle evidenze rispetto al loro andamento temporale è per questo motivo da considerare come indicativo nelle tendenze.

2.1.1 Indagine GPS-DPA 2014

La popolazione oggetto di studio è costituita da soggetti in età 18-64 anni, residenti in Italia al momento della rilevazione, tale popolazione è stata stratificata per classe di età (18-24 anni, 25-34 anni, 35-64 anni) e per macro area geografica (Italia nord-occidentale, nordorientale, centrale, meridionale e insulare). Le distribuzioni assolute e percentuali della popolazione di riferimento (al 1° gennaio 2012), secondo la ripartizione geografica di residenza e la classe di età.

Il piano di campionamento delle unità statistiche è stato definito considerando come variabili di stratificazione le fasce di età 18-24 anni, 25-34 anni e 35-64 anni all'interno della popolazione obiettivo. La dimensione campionaria è stata definita in modo tale da avere stime significative per ciascuno strato definito in precedenza. Sulla base del modello di campionamento delle unità statistiche predisposto per l'indagine, sono state inizialmente selezionate le unità statistiche di primo stadio (comuni), distinguendo i comuni autorappresentativi (di grande dimensione, con una popolazione superiore ai 100.000 abitanti) dai comuni non-autorappresentativi (con 1.000 – 100.000 abitanti). Per ciascun comune estratto si è proceduto alla selezione delle unità statistiche di secondo stadio (residenti).

Nella Tabella 1 e nella Tabella 2 sono indicate le distribuzioni dei soggetti campionati secondo la classe di età e l'area geografica di appartenenza. Nel complesso, il campione di soggetti da intervistare è risultato pari a 52.351 residenti.

Tabella 1: Distribuzione dei soggetti da intervistare secondo il piano di campionamento, per età e ripartizione geografica. Anno 2014

Ripartizione geografica	18-24	25-34	35-64	Totale
Italia nord-occidentale	1.227	2.230	8.433	**11.890**
Italia nord-orientale	1.046	1.939	7.296	**10.281**
Italia centrale	1.221	2.193	7.905	**11.319**
Italia meridionale	1.519	2.321	7.269	**11.109**
Italia insulare	1.016	1.565	5.171	7.752
Totale	**6.029**	**10.248**	**36.074**	**52.351**

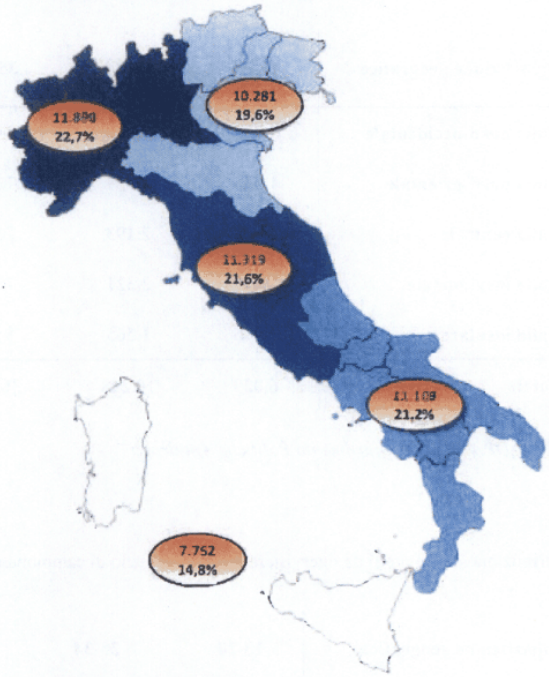
Fonte: Studio GPS-DPA 2014 – Dipartimento Politiche Antidroga

Tabella 2: Distribuzione dei soggetti da intervistare secondo il piano di campionamento, per età e ripartizione geografica. Anno 2014

Ripartizione geografica	18-24	25-34	35-64	Totale
Italia nord-occidentale	2,3%	4,3%	16,1%	**22,7%**
Italia nord-orientale	2,0%	3,7%	13,9%	**19,6%**
Italia centrale	2,3%	4,2%	15,1%	**21,6%**
Italia meridionale	2,9%	4,4%	13,9%	**21,2%**
Italia insulare	1,9%	3,0%	9,9%	**14,8%**
Totale	**11,5%**	**19,6%**	**68,9%**	**100,0%**

Fonte: Studio GPS-DPA 2014 – Dipartimento Politiche Antidroga

Figura 1: Distribuzione del campione di indagine per area geografica. Anno 2014



Fonte: Studio GPS-DPA 2014 – Dipartimento Politiche Antidroga

Strumento di indagine

Per la raccolta dei dati necessari per rispondere agli obiettivi dell'indagine è stato predisposto un questionario postale da autocompilare. Attraverso questo strumento si chiedeva all'intervistato di esprimersi, sia in termini di esperienza che in termini di opinione, in merito a quattro ambiti ben definiti:

a) lo stile di vita: attività fisica e tempo libero, stato di salute, uso di tabacco, di alcol, di energy drink e di farmaci (sedativi, tranquillanti, barbiturici, benzodiazepine, steroidi anabolizzanti);

b) consumo di sostanze psicoattive: hashish e/o marijuana, ecstasy, amfetamine/metamfetamine (eccitanti, stimolanti, Speed, ...), GHB/GBL, eroina, altri oppiacei, allucinogeni (funghi, mescalina, sintetici, LSA, metossietamina), LSD, sostanze inalanti (colle, solventi, popper), cocaina e/o crack, ketamina, altri stimolanti (piperazine, feniletilamine, 6-APB), cannabinoidi sintetici (Spice, JWH, K2), catinoni sintetici (mefedrone o 4MMC, 4MEC, BK-MDMA, ...), altre sostanze (salvia divinorum, kratom, magic mint, ...), con riferimento a diversi intervalli temporali, ovvero:

- almeno una volta nella vita
- almeno una volta negli ultimi 12 mesi
- almeno una volta negli ultimi 30 giorni.

c) il gioco d'azzardo negli ultimi 12 mesi: poker con denaro in palio, gratta e vinci, giochi al casinò, giochi con i dadi con denaro in palio, scommesse sportive, Bingo, scommesse ippiche o su altri animali, giochi elettronici (slot machines, video-poker, ...) con denaro in palio, lotto, scommesse in internet o giochi on-line con denaro in palio;

d) la percezione del rischio di salute legato al consumo di sostanze psicoattive e il grado di approvazione o disapprovazione nell'assumere determinati comportamenti. Rispetto al questionario utilizzato nella precedente edizione dell'indagine (GPS-DPA 2012), sono state aggiunte due scale validate in letteratura: la prima per la valutazione del consumo problematico di cannabis (scala CAST2 – .Cannabis Abuse Screening Test), la seconda per la valutazione del comportamento di gioco al fine di determinare l'indice di gravità (scala SOGS3 – South Oaks Gambling Screen).

Le operazioni di stampa del questionario, della lettera di accompagnamento e della busta preaffrancata per il ritorno del questionario compilato sono state affidate a Poste Italiane S.p.A.. I nominativi dei soggetti campionati dal DPA sono stati trasmessi, secondo un tracciato concordato, a Poste Italiane S.p.A., che ha provveduto alla stampa del suddetto materiale, al controllo della completezza/qualità degli indirizzi da utilizzare per la spedizione ed alla successiva postalizzazione dei questionari. Sono compresi anche i residenti di età 65-79 anni, sui quali è stata condotta un'indagine parallela sul comportamento di addiction da gioco d'azzardo.

Adesione allo studio e qualità dei dati

Lo studio di popolazione generale 18-64 anni è stato condotto nel primo semestre 2014 mediante invio del questionario postale a 52.351 cittadini italiani. In totale i questionari compilati pervenuti al

Dipartimento per le Politiche Antidroga ammontano a 8.465, con una percentuale di adesione allo studio pari al 16,9%, di cui 136 inutilizzabili ai fini delle elaborazioni.

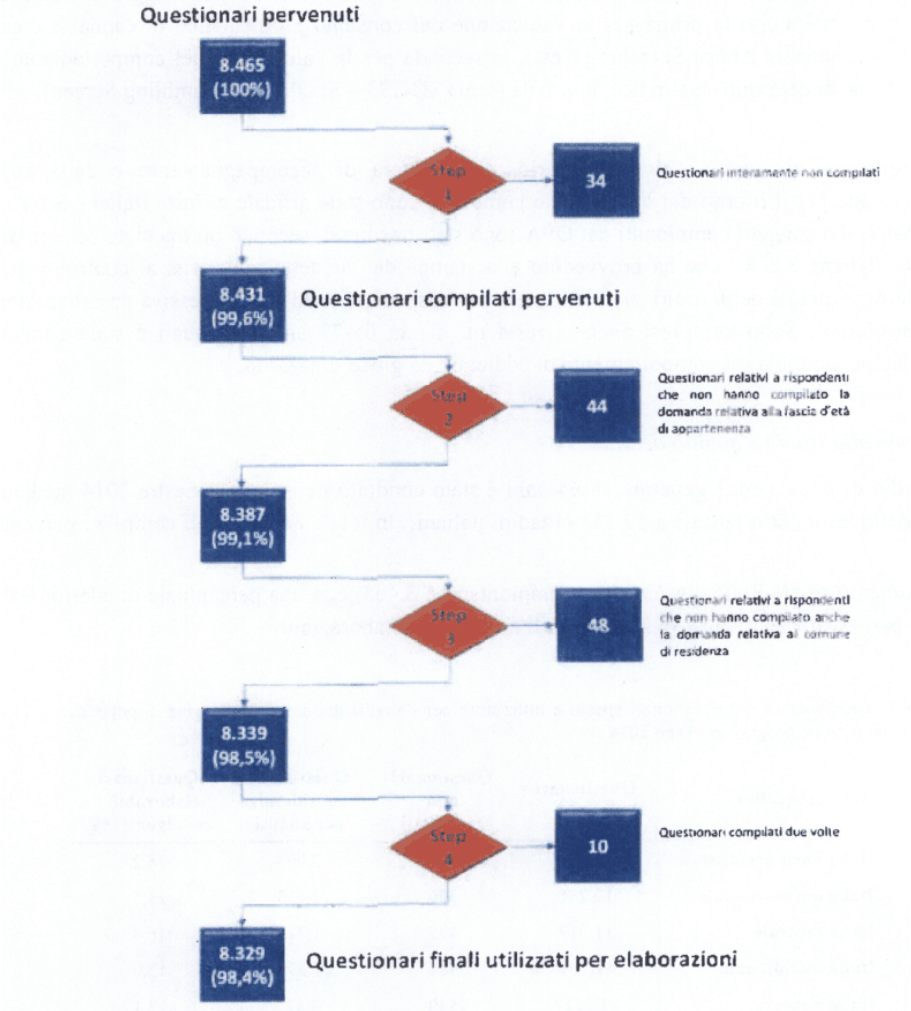
Tabella 3: Distribuzione dei questionari spediti e utilizzabili per l'analisi dei dati nell'indagine di popolazione 18-64 anni, per ripartizione geografica. Anno 2014

Area geografica	Questionari spediti	Questionari non recapitati	Questionari considerati per analisi	Questionari elaborabili / consegnati (%)
Italia nord-occidentale	11.890	373	2.093	18,2
Italia nord-orientale	10.281	350	2.136	21,5
Italia centrale	11.319	475	1.780	16,4
Italia meridionale	11.109	484	1.378	13,0
Italia insulare	7.752	540	942	13,1
Totale	**52.351**	**2.222**	**8.329**	**16,6**

Fonte: Studio GPS-DPA 2014 – Dipartimento Politiche Antidroga

Osservando le percentuali dei questionari elaborabili sul totale dei questionari consegnati nelle varie aree geografiche, si osserva che i soggetti residenti nel nord-est evidenziano un tasso di corretta compilazione maggiore (21,5%), mentre i rispondenti del sud Italia e delle isole presentano le percentuali minori (rispettivamente 13,0% e 13,1%). Su un totale di 52.351 questionari spediti, 2.222 sono risultati inesitati, con le seguenti motivazioni: indirizzo destinatario insufficiente, indirizzo destinatario inesistente, destinatario irreperibile, destinatario sconosciuto, destinatario trasferito, destinatario deceduto, questionario rifiutato dal destinatario.

Figura 2: Procedura di controllo qualità dei dati dell'indagine GPS-DPA 18-64 anni. Anno 2014



Fonte: Studio GPS-DPA 2014 – Dipartimento Politiche Antidroga

Occorre osservare che la bassa percentuale di rispondenti e, quindi, di dati rilevati rende il campione rilevato non rappresentativo della popolazione generale.

Sintesi dei principali risultati osservati (rispondenti)

In totale i questionari compilati pervenuti al Dipartimento per le Politiche Antidroga ammontano a 8.465, con una percentuale di adesione allo studio pari al 16,9%. Dopo un'accurata procedura di

controllo di qualità dei questionari pervenuti, il campione finale di rispondenti considerato per le analisi è rappresentato da 8.329 residenti, 56,1% dei quali femmine, con una frequenza maggiore di rispondenti nella classe d'età 35-64 anni.

Il 56,8% dei rispondenti risulta essere coniugato al momento dell'intervista, ed il 43,4% dichiara di vivere con il partner e figlio/i. La maggior parte dei rispondenti possiede un livello di istruzione medio-alto (41,6% diploma di scuola media superiore; 23,5% laurea) e risulta occupata al momento dell'indagine (56,5%).

Considerando gli stili di vita, emerge una maggiore percentuale di maschi che praticano regolarmente attività fisica, propensione in diminuzione all'aumentare dell'età. Differenze di genere si osservano anche in relazione alla frequenza settimanale di pratica delle attività fisiche: è maggiore la percentuale di maschi che praticano attività sportiva con una certa frequenza (più di due volte a settimana) (44,4% contro 39,2% delle femmine). Associato alla maggiore pratica sportiva dei maschi, risulta un maggior consumo di integratori idrosalinici nei trenta giorni precedenti l'intervista (10,4% maschi contro 7,0% femmine), spesso legati allo svolgimento di attività fisica.

Rispetto alle attività praticate nel tempo libero, emergono differenze tra i generi: i maschi preferiscono navigare in internet (50,9%); mentre le femmine prediligono passeggiare (53,9%) e ascoltare musica o leggere (52,4%).

In relazione al ricorso alle strutture socio-sanitarie, nei dodici mesi precedenti l'indagine, risulta un accesso maggiore tra le femmine, soprattutto presso i consultori familiari, e nelle età più giovani (18-24 anni e 25-34 anni). Analizzando questi risultati per area geografica, risulta che al nord-ovest c'è un maggior accesso al pronto soccorso e ai centri di assistenza psicologica/psichiatrica, mentre al sud e nelle isole vi è un ricorso maggiore alla guardia medica e all'assistenza domiciliare. Il ricorso alla degenza ospedaliera, nel medesimo periodo, riguarda maggiormente le femmine, specialmente per quanto riguarda i ricoveri programmati (8,3% contro 6,1% maschi).

Il 28,6% della popolazione ha fumato negli ultimi 12 mesi; il fenomeno riguarda in misura maggiore i maschi in ciascuna fascia d'età considerata (in totale 33,0% dei maschi contro 25,0% delle femmine). Oltre il 60% della popolazione inizia a consumare tabacco tra i 15 e i 19 anni.

I soggetti che nell'ultimo anno hanno utilizzato una sigaretta elettronica contenente nicotina sono pari al 5,0%, con prevalenza maggiore tra i maschi (6,4% contro 3,9% delle femmine). Coloro che hanno fumato nell'ultimo mese rappresentano l'1,7% della popolazione.

Relativamente al consumo di bevande alcoliche, si stima che solo una minoranza della popolazione di età 18-64 anni, pari al 12,3%, non ha mai assunto alcolici nel corso della propria vita, mentre il 58,7% non ha bevuto alcolici nei 30 giorni prima dell'indagine. Come osservato per il tabacco,

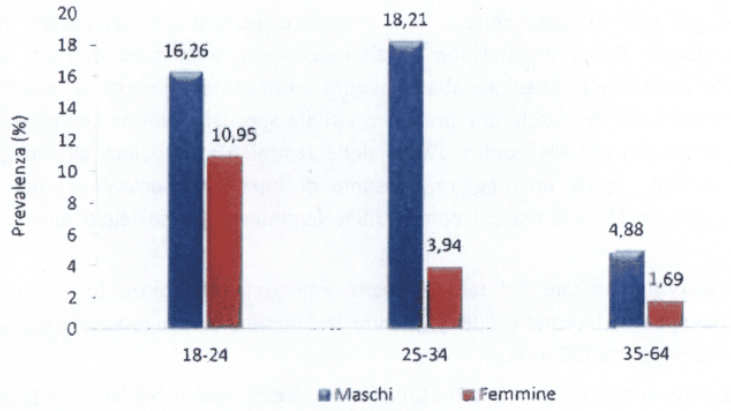
anche per queste bevande i maschi consumano di più e con maggiore frequenza (ultimi 30 giorni).

In relazione alle aree geografiche, il consumo di bevande alcoliche nei 30 giorni precedenti l'intervista risulta minore nell'area meridionale/insulare (51,6%). L'età di primo consumo di alcolici

nella maggior parte dei casi è tra i 15 e i 19 anni (60,9%). Negli ultimi trenta giorni si è ubriacato il 4,2% dei maschi contro l'1,4% delle femmine; con frequenza maggiore nella popolazione più giovane (18-24 anni), sia tra i maschi che tra le femmine.

Più della metà della popolazione ha sentito parlare del fenomeno "happy hour" (71,1% dei maschi e 69,2% delle femmine), in misura maggiore tra i giovani 25-34enni e in Italia settentrionale. La partecipazione agli happy hour nei trenta giorni precedenti l'intervista, maggiore tra i maschi tra i 25 e i 34 anni, diminuisce all'aumentare dell'età.

Figura 3: Consumo (prevalenza %) di energy drink nella popolazione rispondente 18- 64 anni negli ultimi 30 giorni, per genere e fascia d'età. Anno 2014



Fonte: Studio GPS-DPA 2014 – Dipartimento Politiche Antidroga

Il consumo di energy drink nei trenta giorni precedenti l'intervista risulta maggiore tra i maschi, in tutte le fasce d'età considerate. L'assunzione di queste sostanze avviene per lo più occasionalmente, per entrambi i generi. La prima assunzione di energy drink avviene prevalentemente tra i 15 e i 19 anni.

Il consumo di farmaci caratterizza maggiormente il genere femminile (Tabella 4), con prevalenza maggiore per le benzodiazepine e per i sedativi o tranquillanti in tutti i tre periodi temporali considerati. L'assunzione di farmaci cresce con l'aumentare dell'età, ad eccezione degli steroidi anabolizzanti e dei sedativi o tranquillanti. Nel confronto tra le aree geografiche, i sedativi o tranquillanti risultano più consumati in Italia nord-occidentale, analogamente al consumo di benzodiazepine. Queste sostanze registrano consumi nettamente inferiori nell'area meridionale/insulare, e superiori nell'area nord-ovest.

Tabella 4: Consumo di farmaci (prevalenza %) nella popolazione rispondente 18-64 anni. Anno 2014

Farmaci	In tutta la vita			Negli ultimi 12 mesi			Negli ultimi 30 giorni		
	M	F	Tot	M	F	Tot	M	F	Tot
Sedativi o tranquillanti	8,25	11,97	10,31	3,57	5,36	4,56	2,44	3,43	2,99
Barbiturici	0,44	0,86	0,67	0,11	0,41	0,28	0,09	0,35	0,23
Benzodiazepine	14,62	21,95	18,68	5,70	9,67	7,90	3,88	6,17	5,14
Steroidi anabolizzanti	0.25	0,35	0,31	0,08	0,26	0,18	0.04	0,02	0,03

Fonte: Studio GPS-DPA 2014 – Dipartimento Politiche Antidroga

L'analisi generale dell'andamento dei consumi di sostanze stupefacenti negli ultimi 12 mesi, riferiti alla popolazione rispondente in età 15-64 anni, mostra un aumento generale dei consumatori, in controtendenza rispetto al trend osservato nelle ultime edizioni dello studio (2010 e 2012), soprattutto per la cannabis (hashish o marijuana) e per le sostanze stimolanti (ecstasy e/o amfetamine/metamfetamine) (Figura 13.2). Naturalmente vale quanto detto sopra sul confronto da prendere solo come indicazione e non stima statistica corretta.

La conoscenza di persone che fanno uso di sostanze stupefacenti tra i rispondenti rappresenta il maggior fattore di rischio di assunzione di sostanze illecite da parte generale delle popolazione rispondente 18-64 anni (OR=10,4). Aver fumato tabacco o aver assunto bevande alcoliche almeno una volta nei 12 mesi precedenti l'intervista, rappresentano altri elementi favorevoli al consumo (rispettivamente, OR=6,2 e OR=5,0). Anche essere giocatori d'azzardo patologici, secondo la definizione della scala SOGS, nei 12 mesi precedenti l'indagine, rappresenta un fattore di rischio per il consumo di sostanze illecite (OR=2,1). Infine, i soggetti più giovani presentano un maggior rischio di essere consumatori di sostanze illecite nell'ultimo anno (OR=3,7 per i 18-24enni, OR=3,0 per i 25-34enni) rispetto ai soggetti più adulti.

La prevalenza di gioco nella popolazione 18-64 anni risulta pari a 62,6%, con un valore maggiore nella popolazione maschile (66,9%). Analizzando i dati secondo la fascia d'età, circa il 70,0% dei soggetti da 18 a 34 anni negli ultimi 12 mesi ha partecipato ad almeno uno dei giochi considerati nell'indagine, dato questo che scende al 59,1% nella fascia più adulta. I residenti nell'area meridionale/insulare si caratterizzano per una prevalenza di gioco maggiore (69,0%), a fronte di una forte omogeneità rilevata nelle altre aree d'Italia.

La valutazione del comportamento di gioco, per i soggetti che hanno riposto indicando la partecipazione negli ultimi 12 mesi ad almeno uno dei giochi elencati, è stato valutato attraverso il calcolo di un indice di gravità. Questo è stato stimato tramite la somministrazione della versione italiana validata del questionario South Oaks Gambling Screen (SOGS). Utilizzando questa scala di misura, è stato possibile identificare una quota di giocatori problematici e a rischio di gioco patologico pari al 2,1% ed una quota di giocatori d'azzardo patologici pari all'1,9%. Si stima, quindi, che circa il 4% dei giocatori rispondenti di 18-64 anni abbia un approccio problematico o addirittura patologico al gioco d'azzardo, manifestato nei 12 mesi precedenti l'intervista. Si registra, inoltre, una significativa associazione tra tipologia di giocatore e uso di sostanze stupefacenti consumate nei 12 mesi precedenti l'indagine. Provare ecstasy, eroina, cocaina o amfetamine/metamfetamine, anche una sola volta nella vita, sono attività completamente

disapprovate mentre provare occasionalmente hashish o marijuana viene disapprovato con minore forza.

L'attività indicata con minore disapprovazione risulta bere più di due bicchieri di vino/birra al giorno (19,3%). Tutti questi comportamenti trovano una disapprovazione maggiore tra le femmine, e nella popolazione più adulta (35-64 anni). L'uso di sostanze illecite è percepito maggiormente pericoloso tra i non consumatori rispetto ai consumatori e in percentuale lievemente superiore tra le femmine. In generale, l'eroina risulta la sostanza percepita come più dannosa in uguale misura dalle femmine (84,7%) e dai maschi (83,5%).

2.1.2 Indagine IPSAD®-CNR 2013-2014

Gli aspetti metodologici

Obiettivi conoscitivi

L'Italian Population Survey on Alcohol and other Drugs (IPSAD®) è una ricerca sui comportamenti d'uso di alcol tabacco e sostanze illegali nella popolazione italiana. La popolazione target dello studio è costituita dai residenti iscritti nelle liste anagrafiche dei vari comuni italiani. Il disegno dello studio è stato strutturato in stretto accordo con le linee guida fornite dall'Osservatorio Europeo per le Droghe e le Tossicodipendenze (OEDT-EMCDDA) di Lisbona così da poter anche di soddisfare il debito informativo del Paese relativamente al primo dei cinque indicatori epidemiologici chiave proposti dal Consiglio d'Europa.

Il primo studio è stato condotto dall'Istituto di Fisiologia Clinica del Consiglio Nazionale delle Ricerche (IFC-CNR) nel biennio 2001-2002, poi ripetuto nei bienni 2003-2004, 2005-2006, 2007-2008, 2010-2011 e 2013-2014. L'indagine consiste nella somministrazione di un questionario postale anonimo ad un campione rappresentativo della popolazione generale di età compresa tra i 15 e i 74 anni[24], campione estratto in maniera casuale dalle liste anagrafiche dei comuni selezionati nell'ambito del disegno campionario. Il questionario IPSAD®, oltre alle caratteristiche socio-culturali degli intervistati (genere, età, stato civile, livello d'istruzione, condizione abitativa e lavorativa), rileva le condizioni di salute, gli stili di vita e i consumi di sostanze psicoattive (tabacco, alcol, psicofarmaci, doping e altre sostanze psicotrope illecite). Nello specifico vengono studiate le esperienze d'uso delle sostanze nella vita, negli ultimi 12 mesi e negli ultimi 30 giorni.Il questionario somministrato contiene, inoltre, vari strumenti standardizzati per la rilevazione dei disturbi dell'alimentazione e del sonno, della dipendenza da lavoro, del gioco d'azzardo e dell'uso

[24] Rileva la scelta del CNR di estendere l'indagine sulla popolazione generale anche alla faseia di età 15-17 anni. Tra gli utilizzatori di sostanze appartenenti a tale classe d'età risultano prevalenti infatti coloro che hanno abbandonato la scuola, come si evince dalle indagini nelle comunità e servizi a bassa soglia (riportate in altra sezione della Relazione) e, ancora più chiaramente, dai dati sui minorenni in carcere per reati contro la legge (anch'essi in seguito riportati). La conoscenza di un segmento così importante di popolazione non sarebbe rilevabile con la sola indagine studentesea.

problematico di internet. L'indagine 2013-2014 è stata condotta su un campione iniziale di circa 23.500 residenti di età compresa tra i 15 e i 74 anni, con un tasso di rispondenza finale pari a circa il 35%.

Campionamento

Per l'indagine 2013-2014, non potendo costruire la lista nazionale di tutti i residenti in Italia attingendo dalle anagrafi degli oltre 8.000 comuni italiani, si è proceduto all'elaborazione di un elenco parziale, costituito dalle liste anagrafiche dei comuni selezionati nell'ambito del campione.

In una prima fase i comuni sono stati suddivisi in metropolitani (centro dell'area metropolitana) e non metropolitani. Sono stati considerati come metropolitani i comuni di Torino, Milano, Venezia, Genova, Bologna, Firenze, Roma, Napoli, Bari e Palermo. I comuni non metropolitani sono stati suddivisi per regione e rispetto alla popolazione residente, distinguendo comuni fino a 10.000 abitanti e comuni di dimensioni superiori.

I comuni metropolitani sono stati inclusi nel campione con certezza e considerati strati a se stanti. Rispetto ai comuni non metropolitani, per ogni regione ed entro le diverse soglie di popolazione residente, sono stati estratti con probabilità proporzionale alla dimensione demografica uno o più comuni, in base alla dimensione demografica complessiva dell'area territoriale. Acquisite le liste anagrafiche dei comuni selezionati, i residenti sono stati stratificati per genere e fascia di età (15-17, 18-19, 20-24, 25-29, esuccessive fasce quinquennali) ed entro ogni strato così costituito i nominativi sono stati campionati in maniera casuale semplice a quota variabile. Questo procedimento ha permesso un notevole abbattimento dei tempi di realizzazione dell'indagine, anche se ha reso necessaria una procedura di ponderazione al fine di ottenere le stime nazionali. La procedura di ponderazione si è basata su una post-stratificazione secondo età e genere in accordo con la distribuzione della popolazione generale[25]. Per quanto riguarda la dimensione campionaria, dato che gli indicatori da rilevare sono disomogenei e comprendono prevalenze di consumo relative a sostanze sia di grande diffusione, come ad esempio l'alcol, sia molto contenute come l'eroina, un disegno di campionamento che assicuri prefissati livelli di precisione per tutte le stime prodotte non è attuabile. Si è deciso di adottare quindi una strategia basata su una valutazione degli errori delle stime a livello nazionale dell'uso di eroina negli ultimi dodici mesi. La dimensione del campione teorico in termini di residenti, prefissato a livello nazionale, in base ai criteri riferiti alla strategia di cui sopra, è pari almeno a 7.000 soggetti.

Procedure per lo svolgimento dello studio

L'indagine 2013-2014 ha visto due fasi di invio dei questionari: la prima nel mese di ottobre 2013 per l'intero campionee la seconda nel mese di febbraio 2014, limitatamente ai non rispondenti al primo invio. Nelle buste erano contenuti, insieme a una lettera di presentazione dello studio (nel caso di soggetti di età compresa tra i 15 e i 17 anni indirizzata sia al minore sia ai genitori), le istruzioni, il questionario da compilare, una busta pre-affrancata da utilizzare per restituire il questionario debitamente compilato e una cartolina postale preaffrancata, da spedire

25http //demo.istat it/pop2013/index html

separatamente,con riportato il nome del mittente, e la scelta di partecipare o meno allo studio e, in quest'ultimo caso, la motivazione.

La cartolina preaffrancata svolge l'importante funzione di escludere le persone che non intendono partecipare, evitando di re-inviare il materiale nella fase di sollecito. La procedura è stata strutturata al fine di rendere anonima e gratuita la partecipazione allo studio e permettere la distinzione dei rispondenti al primo invio così da procedere al secondo invio.

La busta del secondo invio riportava lo stesso materiale del primo, stampato in modo tale da rendere distinguibili le due fasi di somministrazione, unitamente ad una lettera di sollecito per la partecipazione. Le buste sono state inviate all'IFC-CNR, dove si è proceduto all'apertura delle stesse e allarimozione del materiale da non utilizzarsi (questionari non compilati, istruzioni, lettere di presentazione, etc.). L'acquisizione dei dati presenti sui questionari cartacei è stata effettuata da operatori IFC-CNR tramite una specifica strumentazione OCR (Optical Character Recognition), utilizzando lo scanning software ReadSoft Forms.

Procedura di verifica dell'acquisizione e analisi affidabilità del database

La tecnologia OCR consente di memorizzare automaticamente le informazioni 'scritte' attraverso un'opportuna conversione dei dati basata sul riconoscimento ottico dei caratteri. Il questionario è stato, infatti, definito graficamente in maniera standardizzata tramite la progettazione di un Template Cartaceo (TC)) in cui le informazioni scritte, da acquisire come dati, sono state strutturate in 'aree di lettura' comprensibili per lo scanner e relativo software.Le fasi del processo di lavorazione con OCR hanno previsto lo scanning delle informazioni presenti (scan), l'interpretazione dei dati riconosciuti (interpret), la verifica della bontà degli stessi (verify) mediante postazioni PC monitorate da operatori.

L'output finale (transfer) è stato restituito nei formati elettronici standard, idonei all'import su database e all'elaborazione. Per il processo di verifica della qualità dei dati, sono stati estratti campioni di questionari compilati da acquisire nuovamente allo scanner e da sottoporre alle fasi di lavorazione OCR. Se i risultati dell'output della seconda acquisizione OCR sono stati congruenti con i risultati della prima, il controllo qualità è stato ritenuto eseguito con successo. Al fine di ridurre il numero delle variabili "not valid" e identificare i falsi missing, spesso generati da un eccessivo/insufficiente annerimento delle caselle presenti nel questionario cartaceo, sono stati verificati i valori di risposta acquisiti su set di variabili, suddivise nelle principali aree di interesse (genere, età, alcol, cannabis, ecc.), risalendo dai valori dell'output dati elettronico alla corrispondente scannerizzazione del questionario. Una volta ottenuto il set completo di dati, prima di procedere con le analisi, è stata verificata la consistenza delle risposte fornite nei questionari. Sono stati eliminati i questionari che presentavano: più del 50% di mancata risposta, risposte sistematiche (per esempio aver risposto sempre allo stesso item in colonna), risposte incongruenti (per esempio: aver usato tutte le sostanze 40 o più volte negli ultimi 30 giorni), inconsistenza di almeno una risposta sull'uso di sostanze (per esempio aver risposto di aver fatto uso nei dodici mesi e non nella vita).

I consumi di sostanze psicoattive

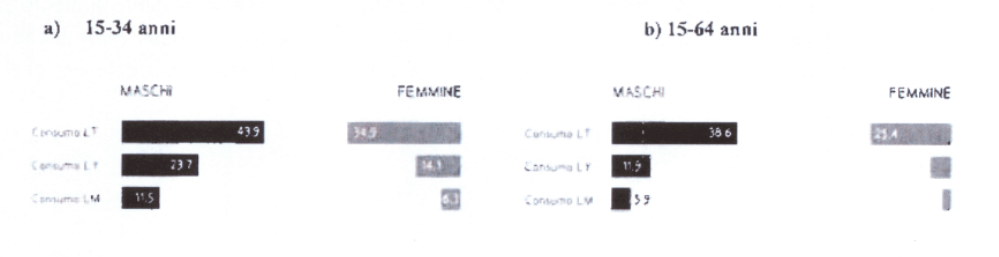
Si stima che circa il 10% degli italiani,con età compresa tra i15 e i 64 anni, abbia assunto di recente almeno una sostanzaillegale, ovvero nel corso dell'ultimo anno. Talecomportamentoriguardapoco

meno di 4 milioni di persone, di questi l'87% ha consumato solo una sostanza, mentre il restante 13% due o più. Il consumo di almeno una sostanza illegale ha riguardatocirca il 20% dei giovani adulti 15-34enni, coinvolgendone più di 2milioni e mezzo e tra questila percentuale dei policonsumatori è sovrapponibile a quella della popolazione generale (13%), interessando oltre 330mila 15-34enni. Tra i maschi si rileva una maggiore diffusione del consumo di sostanze psicoattive: a ogni consumatrice corrispondono quasi 2 consumatori (maschi 12,5%; femmine 7,1%),ma è nelle fasce di età più giovani che si concentra la maggior prossimità alle sostanze (24,6%maschi contro il 14,5% delle femmine).

Il consumo di cannabis

Nella popolazione generale tra i 15 e i 64 anni, il 32% ha provato cannabis almeno una volta nella vita, poco più di 12milioni e mezzo di persone. La prevalenza è pari quasi al 40% se si considera la fascia d'età 15-34anni, coinvolgendo oltre 5milioni di sperimentatori tra i giovani.Dalla rilevazione IPSAD®2013-2014 emerge che, tra le sostanze psicoattive illecite, la cannabis è stata anche la sostanza maggiormente utilizzata dalla popolazione generale negli ultimi dodici mesi, ovvero dal 9,2% dei 15-64enni, che corrisponde a più di 3 milioni e mezzo di italiani di pari età. Il consumo nell'ultimo mese, definito consumo corrente, ha riguardato oltre un milione e mezzo di persone (4,4%) e sono quasi 400mila coloro che hanno riferito di aver consumato cannabis di frequente, ovvero 20 o più volte nei 30 giorni antecedenti lo svolgimento dello studio (i cosiddetti frequent users) (pari all'1% dei 15-64enni).La cannabis è generalmente più diffusa tra la popolazione più giovane (15-34enni): tra questi, circa 2 milioni e mezzo hanno consumato nell'ultimo anno (consumo recente: 19%), quasi 1 milione e 200mila nell'ultimo mese (8,9%) e quasi 250mila sono frequent users (1,9%).

Figura 4: Stime di prevalenza dei residenti italiani che hanno consumato cannabis. Anno 2013-2014



LT= LifeTime (almeno una volta nella vita); LY= Last Year (almeno una volta negli ultimi dodici mesi); LM= Last Month (almeno una volta negli ultimi trenta giorni)
IPSAD®2013-2014

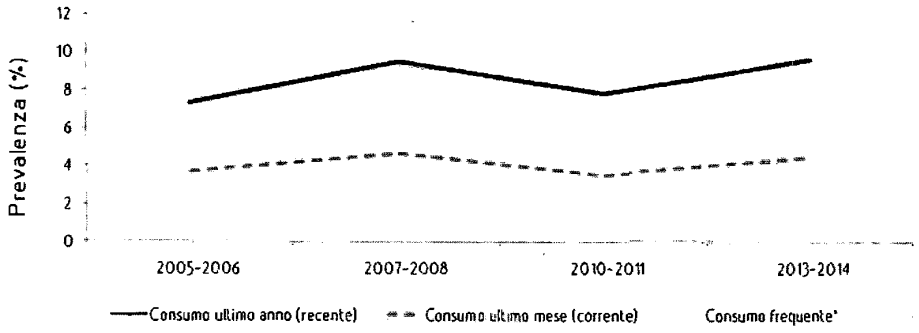
In generale, il 31% degli italiani tra i 15 e i 64 anni, indipendentemente dall'aver o meno consumato cannabis, ritiene che sia facile potersi procurare la sostanza. Tra chi ha consumato cannabis di recente è il 71% a riferire una maggiore facilità di reperimento, e il 63% e il 53% ritiene rispettivamente la casa degli amici e la strada luoghi privilegiati per procurarsi cannabis.

Tra i consumatori correnti il 18% ha speso 50 euro o più nell'ultimo mese per acquistare la sostanza mentre il 54% riferisce di non averne spesi.

Trend dei consumi di cannabis(tassi standardizzati[26])

Dal confronto dei tassi standardizzati, si osserva nell'ultima rilevazione un leggero incremento rispetto alla precedente, per quanto riguarda sia il consumo recente sia quello corrente, mentre più stabile risulta il tasso riferito ai frequent users.

Figura 5: Andamento temporale della prevalenza di consumo di cannabis nella popolazione 15-64 anni (tassi standardizzati)

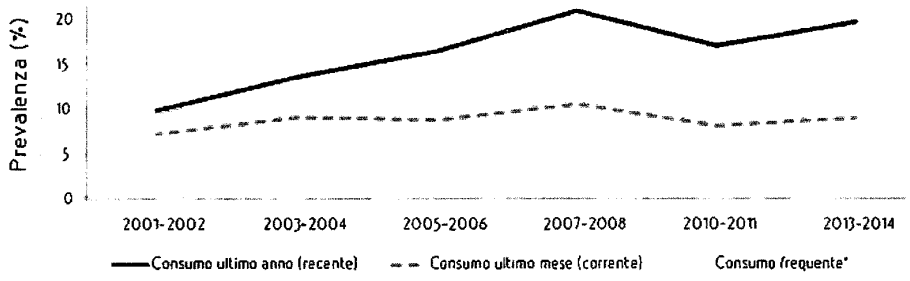


Consumo frequente*= 20 o più volte negli ultimi trenta giorni
IPSAD®

Per quanto riguarda il consumo recente da parte dei 15-34enni si osserva un costante aumento dal 2002 sino all'anno 2008, per stabilizzarsi nelle indagini successive. Stesso andamento, anche se con variazioni decisamente più ridotte, si osserva in riferimento al consumo corrente e a quello frequente.

26 I valori riportati nei grafici si riferiscono a tassi standardizzati e quindi risultano differenti dalle prevalenze riportate

Figura 6: Andamento temporale della prevalenza di consumo di cannabis nella popolazione 15-34 anni (tassi standardizzati)



Consumo frequente*= 20 o più volte negli ultimi trenta giorni
IPSAD®

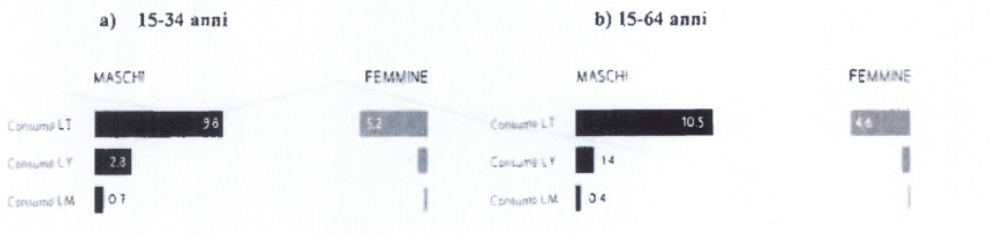
Il consumo problematico di cannabis

Il 15% dei consumatori recenti con età compresa tra i 15 e i 64 anni ha risposto positivamente ad almeno 3 dei 6 quesiti del test di screening CAST (si veda box), con una prevalenza che tra i maschi risulta più elevata (il 18% dei maschi e il 9% delle femmine). Tale quota corrisponde a poco più dell'1% della popolazione italiana 15-64enne, che raggiunge il 2,7% se si fa riferimento ai 15-34enni. La quota di consumatori problematici risulta in leggero aumento rispetto alla rilevazione precedente (IPSAD®2010-2011: circa il 12%).

Il consumo di cocaina

La cocaina è, dopo la cannabis, la sostanza illecita più diffusa. Si stima che quasi 3milioni italiani l'abbiano usata almeno una volta nella vita (7,6%) e poco più di 430mila italiani ne abbiano fatto uso nell'ultimo anno (1,1%), 240mila dei quali sono 15-34enni, con una prevalenza pari dell'1,8%. Sono i maschi a far rilevare prevalenze più elevate (1,4% contro lo 0,7% delle femmine), e tra i 15-34enni si osservano prevalenze più di tre volte superiori rispetto alle coetanee (2,8% vs 0,8%). Nell'ultimo mese sono stati circa 120mila i 15-64enni ad aver consumato cocaina (0,3%), oltre la metà dei quali è rappresentato da giovani adulti (0,8% dei 15-34enni).

Figura 7: Stime di prevalenza dei residenti italiani che hanno consumato cocaina. Anno 2013-2014



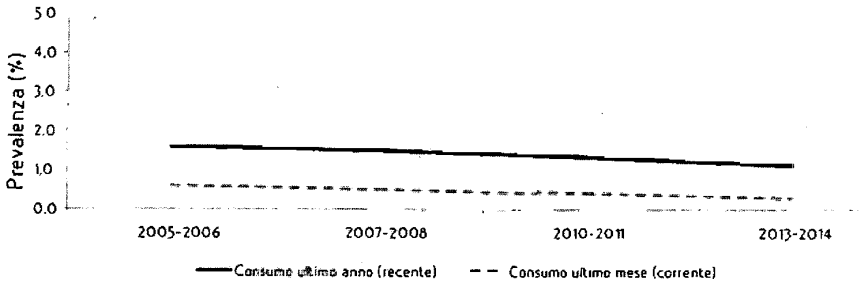
LT= LifeTime (almeno una volta nella vita); LY= Last Year (almeno una volta negli ultimi dodici mesi); LM= Last Month (almeno una volta negli ultimi trenta giorni).
IPSAD®2013-2014

Il 12% degli italiani ritiene che la cocaina sia possibile reperirla facilmente e, tra i consumatori recenti, questa opinione è condivisa da oltre il 73%. Sia la strada sia la casa degli amici sono considerati i luoghi dove è facile reperirla (50%), così come in discoteca o direttamente attraverso uno spacciatore (rispettivamente per il 47% e il 44% dei consumatori).

Trend dei consumi di cocaina (tassi standardizzati[27])

Rispetto alle precedenti rilevazioni il consumo recente di cocaina è in costante diminuzione, mentre quello corrente, pur evidenziando un andamento in lieve flessione, presenta valori tendenzialmente più stabili, senza rilevanti differenze tra le indagini.

Figura 8: Andamento temporale della prevalenza di consumo di cocaina nella popolazione 15-64 anni (tassi standardizzati)

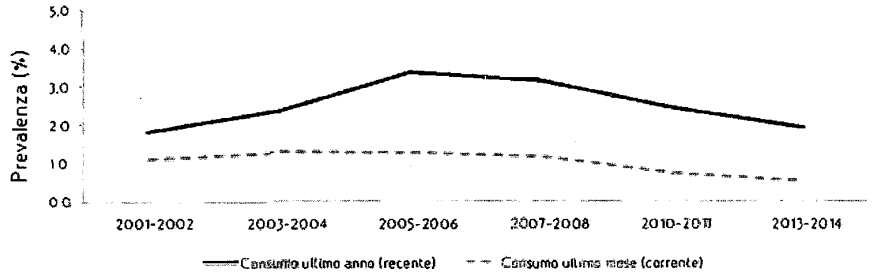


IPSAD®

27 I valori riportati nei grafici si riferiscono a tasso standardizzati e quindi risultano differenti dalle prevalenze riportate

Tra i giovani adulti dal 2002 al 2006 si rileva un costante aumento delle prevalenze riferite al consumo recente, mentre negli anni successivi, anche per questa fascia d'età, si osserva una tendenza decrescente. Abbastanza stabile dal 2002 al 2008 risulta il consumo riferito all'ultimo mese, mentre nelle ultime due indagini si assiste a una leggera flessione.

Figura 9: Andamento temporale della prevalenza di consumo di cocaina nella popolazione 15-34 anni (tassi standardizzati)

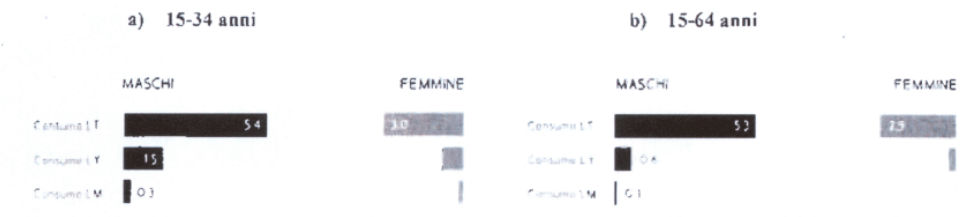


IPSAD®

Il consumo di stimolanti

Il consumo almeno una volta nella vita degli stimolanti (amfetamine, ecstasy, MDMA, ecc.) ha coinvolto oltre un milione e mezzo di italiani di 15-64 anni (4,1%), mentre il consumo recente degli stimolanti si attesta allo 0,5%, coinvolgendo circa 180mila persone, 155mila delle quali hanno un'età compresa tra i 15 e i 34 anni (che corrisponde all'1,2% della popolazione di pari età). Anche in questo caso, le prevalenze maschili risultano superiori a quelle delle coetanee.Rispetto ai consumi recenti, le prevalenze in entrambe le fasce d'età si riducono: sono poco più di 30mila i 15-64enni che hanno consumato stimolanti nel mese antecedente la compilazione del questionario (0,1%), dei quali quasi 26mila sono giovani adulti(0,2%).

Figura 10: Stime di prevalenza dei residenti italianiche hanno consumato stimolanti. Anno 2013-2014



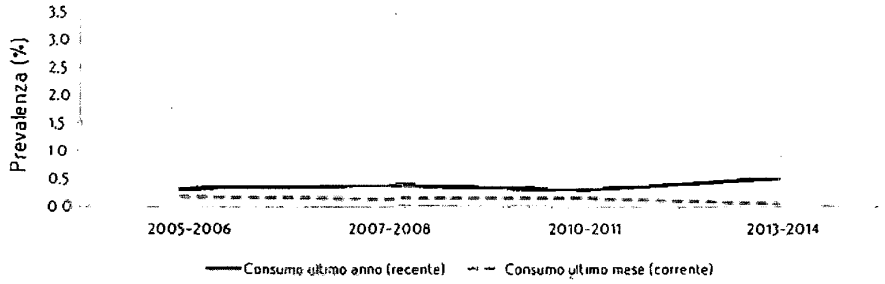
LT= LifeTime (almeno una volta nella vita); LY= Last Year (almeno una volta negli ultimi dodici mesi); LM= Last Month (almeno una volta negli ultimi trenta giorni).
IPSAD®2013-2014

Se tra la popolazione generale di 15-64 anni il 9% ritiene che gli stimolanti si possano reperire facilmente,tra i consumatori recentila quota di chi condivide questa opinione raggiungeil 52%, riferendo la discoteca (77%), le manifestazioni pubbliche (43%) e tramite uno spacciatore (33%) i luoghi privilegiati per il reperimento.

Trend dei consumi di stimolanti (tassi standardizzati[28])

Per quel che riguarda il consumo recente si evidenziano lievi incrementi nell'ultima rilevazionementre il consumo corrente presenta valori pressoché costanti nelle varie rilevazioni.

Figura 11: Andamento temporale della prevalenza di consumo di stimolantinella popolazione 15-64 anni (tassi standardizzati)

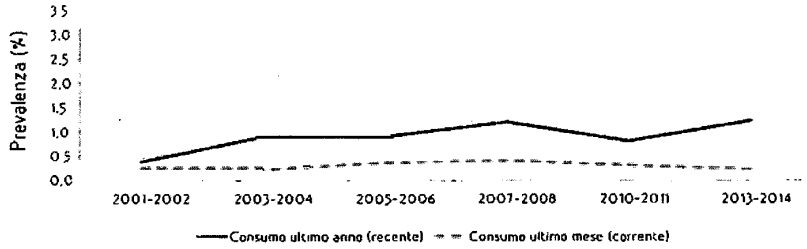


IPSAD®

I tassi standardizzati riferiti al consumo recente di stimolanti da parte dei 15-34enni evidenziano variazioni più importanti tra il 2002 e il 2008. Sebbene si osservi una diminuzione nel 2011, le prevalenze aumentano nuovamente nel 2014.I consumi correnti invece restano più stabili nel corso degli anni.

28 I valori riportati nei grafici si riferiscono a tasso standardizzati e quindi risultano differenti dalle prevalenze riportate

Figura 12: Andamento temporale della prevalenza di consumo di stimolantinella popolazione 15-34 anni (tassi standardizzati)

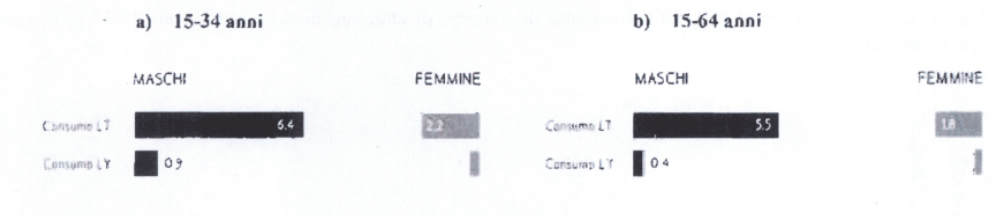


IPSAD®

Il consumo di allucinogeni

Il consumo nella vita di allucinogeni (LSD, funghi allucinogeni, ketamina, ecc.) ha coinvolto quasi un milione e mezzo di italiani (3,7%), quasi un terzo dei quali di età compresa tra i 15 e i 34 anni (4,3%). Il consumo recente di allucinogeni è pari allo 0,3% e ha riguardato quasi 120mila soggetti, consumo che tra i 15-34enni ha interessato poco più di 90mila individui (0,7%). È soprattutto tra questi ultimi che i maschi risultano in quota quasi doppia a quella delle coetanee. Nella popolazione totale, invece, le prevalenze per genere risultano abbastanza simili.

Figura 13: Stime di prevalenza dei residenti italianiche hanno consumato allucinogeni. Anno 2013-2014



LT= LifeTime (almeno una volta nella vita); LY= Last Year (almeno una volta negli ultimi dodici mesi)
IPSAD®2013-2014

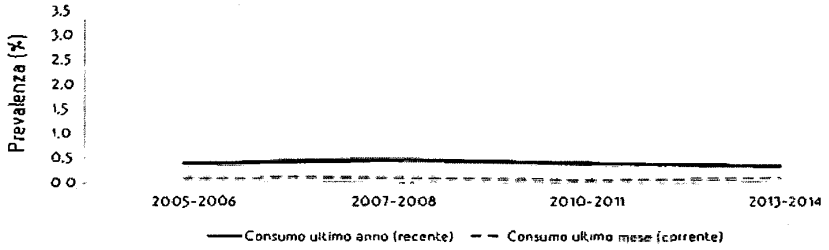
Il 5% della popolazione generale ritiene che gli allucinogeni siano di facile reperimento, per raggiungere il 61% tra chi li ha assunti nel corso degli ultimi 12 mesi. Discoteca emanifestazioni

pubbliche (entrambe 50%) sono i luoghi identificati dai consumatori recenti per il reperimento di allucinogeni, a seguire lo spacciatore (45%) e la strada (35%).

Trend dei consumi di allucinogeni (tassi standardizzati[29])

Dal 2008 il consumo recente di allucinogeni segna una lieve e costante diminuzione, mentre risulta sostanzialmente stabile l'andamento segnato dal consumo corrente.

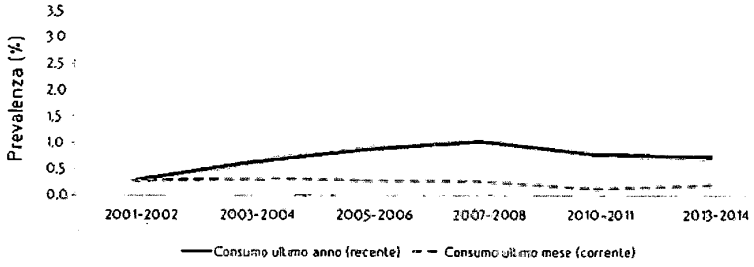
Figura 14: Andamento temporale della prevalenza di consumo di allucinogeni nella popolazione 15-64 anni (tassi standardizzati)



IPSAD®

Anche tra i 15-34enni, dopo un costante aumento dal 2002 al 2008, si è assistito a un decremento delle prevalenze dal 2011. Rispetto al consumo corrente, invece, le prevalenze sono state costanti sino alle ultime due rilevazioni: indagini nelle quali hanno segnato lievi variazioni.

Figura 15: Andamento temporale della prevalenza di consumo di allucinogeni nella popolazione 15-34 anni (tassi standardizzati)



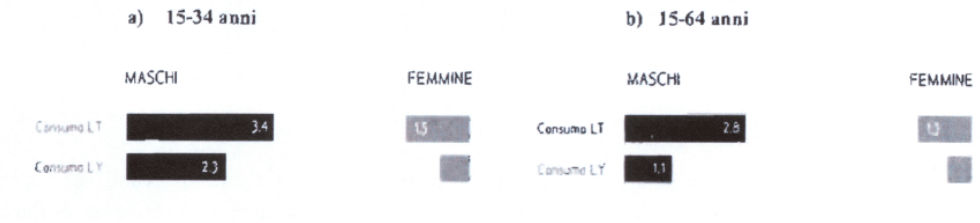
IPSAD®

29 I valori riportati nei grafici si riferiscono a tasso standardizzati e quindi risultano differenti dalle prevalenze riportate.

Il consumo di eroina

Il consumo di eroina (inclusi altri oppiacei, quali oppio, morfina, metadone, ecc.) almeno una volta nella vita ha coinvolto quasi 800mila italiani tra i 15 e i 64 anni (2%), meno della metà dei quali giovani adulti: poco più di 300mila, pari al 2,5% della popolazione 15-34enne. Negli ultimi 12 mesi il consumo di eroina ha riguardato lo 0,8%della popolazione generale, circa 320mila persone. Come rilevato per le altre sostanze, la quota maschile risulta superiore a quella femminile, in particolare tra i giovani adulti.Tra questi ultimi il consumo recente di eroina ha interessato circa 190mila persone.

Figura 16: Stime di prevalenza dei residenti italianiche hanno consumato eroina. Anno 2013-2014



LT= LifeTime (almeno una volta nella vita); LY= Last Year (almeno una volta negli ultimi dodici mesi)
IPSAD®2013-2014

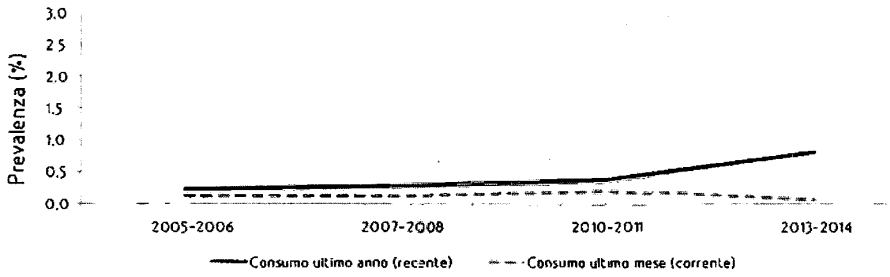
Tra la popolazione generale il 5% ritiene sia facile poter reperire eroina etra i consumatori recenti la percentuale raggiunge il 20%.Lo spacciatore è indicato come il tramite attraverso il quale, chi ha consumato eroina negli ultimi dodici mesi, pensa di poter reperire la sostanza (26%); seguono, entrambe al 15%, le manifestazioni pubbliche e la strada.

Trend dei consumi di eroina (tassi standardizzati[30])

Se il consumo recente di eroina dal 2006 al 2011 ha fatto registrare un lieve costante aumento, soprattutto nell'ultima rilevazione, quello corrente si mantiene stabile nel corso degli anni, con una lieve riduzione negli ultimi anni di indagine.

30 I valori riportati nei grafici si riferiscono a tassi standardizzati e quindi risultano differenti dalle prevalenze riportate

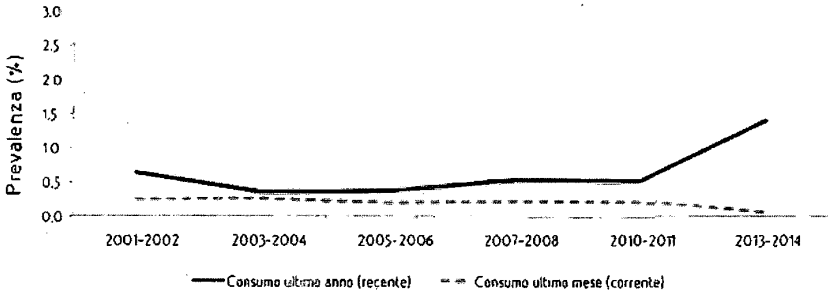
Figura 17: Andamento temporale della prevalenza di consumo di eroina nella popolazione 15-64 anni (tassi standardizzati)



IPSAD®

Stessa tendenza si riscontra anche nella fascia d'età più giovane: i consumi recenti sono quasi triplicati negli ultimi anni. Il consumo corrente, al contrario, dopo anni di andamento costante, nell'ultima indagine fa rilevare una lieve flessione.

Figura 18: Andamento temporale della prevalenza di consumo di eroina nella popolazione 15-34 anni (tassi standardizzati)



IPSAD®

Indagine IPSAD® 2013-2014: campione, rispondenti e non rispondenti

L'indagine IPSAD® nell'edizione 2013-2014 è stata condotta a partire da un campione di 23.306 residenti in Italia e di età compresa tra i 15 ed i 74 anni.

Di seguito è riportata la distribuzione per area geografica, genere e fasce di età decennali del campione teorico di residenti estratti dalle liste anagrafiche dei comuni selezionati per l'indagine.

Distribuzione per genere, classe di età ed area territoriale del campione teorico

Area territoriale	Genere	Classe di età 15-24	25-34	35-44	45-54	55-64	65-74	Totale
Centro	Maschio	385	333	410	400	322	365	2.215
	Femmina	370	339	412	407	346	424	2.298
Nord	Maschio	881	756	1 011	973	770	881	5.272
	Femmina	861	780	955	946	799	999	5.340
Sud-Isole	Maschio	864	663	684	685	564	570	4 030
	Femmina	851	683	680	688	593	656	4.151
Totale	Maschio	2.130	1.752	2.105	2.058	1.656	1.816	11 517
	Femmina	2.082	1.802	2.047	2 041	1.738	2.079	11.789
	Totale	4.212	3.554	4.152	4 099	3 394	3.895	23.306

La conduzione dello studio ha previsto due ondate di invio dei questionari, la prima a tutto il campione, la seconda limitata ai non rispondenti, ovvero a quei residenti che non avessero spedito la cartolina nominativa con la quale comunicavano l'adesione oppure la volontà di non partecipare. I questionari complessivamente ricevuti sono stati 8.133, pari ad una rispondenza del 34,9%. In tabella è riportata la distribuzione per genere e fasce di età rilevate dai questionari ricevuti[31].

Distribuzione per genere e classe di età dei partecipanti allo studio IPSAD rilevata dal questionario ricevuto	Classe di età 15-24	25-34	35-44	45-54	55-64	65-74	Totale
Genere							
Maschio	471	527	544	673	627	677	3.519
Femmina	752	814	742	828	611	443	4.190
Totale	1 223	1 341	1 286	1.501	1.238	1.120	7.709

Nella conduzione complessiva dello studio, viste le tematiche affrontate, sono stati privilegiati gli aspetti

31 In 404 questionari ricevuti non era presente l'informazione sul genere e/o l'età

di tutela dell'anonimato dei rispondenti, con l'obiettivo primario di stimolare la partecipazione allo studio stesso.

Per questo motivo i questionari inviati non riportavano nessuna informazione che potesse in alcun modo far percepire al rispondente un qualche tentativo di individuazione della persona, come ad esempio una codifica dell'area territoriale di residenza. Negli studi IPSAD® precedenti, in cui i questionari venivano stampati in maniera differente da zona a zona, non era infatti infrequente la ricezione di questionari mancanti delle pagine codificate, ad indicare da un lato l'attenzione dei partecipanti e dall'altro il possibile effetto disincentivante a partecipare ad indagini che già di per se presentano tassi di rispondenza non elevati. Nello studio IPSAD® la valutazione della rispondenza a livello di area territoriale può comunque essere fatta considerando le cartoline inviate dai partecipanti separatamente dal questionario, che, per l'indagine 2013-2014,sono state complessivamente 7.369, di cui 5.683 riportanti la partecipazione allo studio, come riportato nella tabella seguente.

Distribuzione per genere, classe di età ed area territoriale dei partecipanti allo studio IPSAD rilevata dalla cartolina ricevuta

		Classe di età						
Area territoriale	Genere	15-24	25-34	35-44	45-54	55-64	65-74	Totale
Centro	Maschio	68	69	79	111	111	159	597
	Femmina	99	76	102	120	92	86	575
Nord	Maschio	163	129	183	233	218	335	1.261
	Femmina	248	180	246	278	248	234	1.434
Sud-Isole	Maschio	135	125	116	145	173	234	928
	Femmina	192	131	144	169	136	116	888
Totale	Maschio	366	323	378	489	502	728	2.786
	Femmina	539	387	492	567	476	436	2.897
	Totale	905	710	870	1.056	978	1.164	5.683

In termini di comunicazione della partecipazione all'indagine si osserva una minor attenzione, seppur lieve, da parte dei residenti dell'Italia meridionale/insulare.

Il problema dei non rispondenti è comunque di non poco conto in indagini particolari come lo studio IPSAD®in quanto è possibile che la propensione a partecipare, e quindi a rispondere ai quesiti posti, sia anche legata alle tematiche oggetto di studio, generando quella condizione denominata autoselezione del campione (dei rispondenti). In buona sostanza il rischio è che chi ha risposto al questionario si differenzi da chi non ha risposto non solo perché ha effettivamente partecipato all'indagine, ma anche perché ha altre caratteristiche diverse, comprendendo tra queste quelle oggetto di studio. L'approccio standard per correggere le stime in condizione di autoselezione del campione prevede l'utilizzo di metodi di calibrazione delle stime stesse. Si tratta di procedure che mettono in relazione caratteristiche note a livello di popolazione con quanto rilevato dall'indagine sulle stesse caratteristiche, in maniera tale da

definire una struttura di pesi adeguata per le stime[32,33,34]. Per lo studio IPSAD® l'utilizzo di tali procedure può però non risultare ottimale vista la totale anonimizzazione del questionario. Quello che può essere fatto, e che è in corso in quanto oggetto di ricerca, è l'analisi comparata dei tassi di partecipazione rilevati tramite le cartoline e le caratteristiche territoriali dei rispondenti e dei non rispondenti, con l'obiettivo di valutare se la propensione a partecipare sia in qualche modo legata a situazioni territoriali più o meno compromesse, misurate ad esempio tramite indici di deprivazione socio-economica[35] od altri indicatori strutturati di contesto.

Il danno associato al consumo di una o più sostanze psicoattive (indicatori FUS e PDS)

Gli indicatori Frequency of Use Score (FUS) e Poly-Drug Score (PDS) rappresentano, rispettivamente, la frequenza globale del consumo di una o più droghe e la misura del danno che l'assunzione di queste provoca alla salute. La definizione di questi indicatori, si basa sulla classificazione delle conseguenze negative sulla salute fatta da Van Amsterdam (Van Amsterdam et al. 2010)[36], il quale ha assegnato un punteggio di danno a ciascuna sostanza considerandone la tossicità acuta, la tossicità cronica e la dipendenza.Per ogni utilizzatore, il FUS si ottiene sommando le frequenze d'uso di tutte le sostanze usate, mentre il PDS si ottiene facendo la somma "pesata" delle frequenze d'uso di tutte le sostanze usate, utilizzando come "pesi" i punteggi di Van Amsterdam. La descrizione più dettagliata di questi indicatori si può trovare in Mammone et al. 2014[37].

Gli indicatori FUS e PDS sono stati calcolati, per le rilevazioni condotte dal 2005 al 2014, sul campione di italiani tra i 15 e i 34 anni e tra i 15 e i 64 anni che hanno riferito di aver consumato almeno una sostanza illecita[38] nel corso dei 30 giorni antecedenti alla compilazione del questionario. Al trend degli indicatori FUS e PDS è stato affiancato quello relativo alla prevalenza d'uso di almeno una sostanza.

Questi indicatori, tra il 2005 e il 2014 hanno avuto un andamento altalenante. I giovani adulti tra i 15 e i 34 anni mostrano un andamento nel tempo abbastanza simili a quelli dei 15-64enni rispetto agli indicatori di frequenza globale e danno. La prevalenza d'uso dei giovani adulti, tuttavia, è nettamente più alta per tutto il periodo di osservazione. Ciò significa che, nonostante l'uso sia più diffuso tra i giovani adulti, le loro modalità e frequenze d'uso non sono più dannose per la salute di quelle dei 15-64enni. Questa situazione si è mantenuta invariata nel tempo, con l'unica

32 Deville J.C., C E Särndal. 1992 Calibration Estimators in Survey Sampling. *Journal of the American Statistical Association*, 87:367-382

33 Kott, Phillip S. 2006. "Using Calibration Weighting to Adjust for Nonresponse and Coverage Errors" Survey Methodology 32(2) 133–142

34 http://www.istat.it/it/strumenti/metodi-e-strumenti-it/metodi-di-elaborazione/biblio-estimation

35 Caranci N., et al 2010 L'indice di deprivazione italiano a livello di sezione di censimento: definizione, descrizione e associazione con la mortalità Epidemiologia e Prevenzione 34(4): 167-176

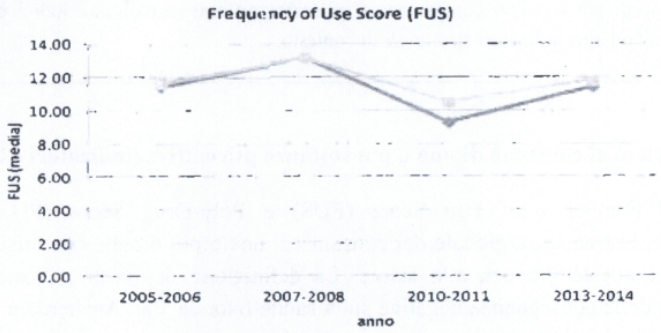
36 Van Amsterdam J, Opperhuizen A, Koeter M, van den Brink W. Ranking the Harm of Alcohol, Tobacco and Illicit Drugs for the Individual and the Population Eur Addict Res 2010,16:202-207.

37 Mammone, A , Fabi, F , Colasante, E , Siciliano, V., Molinaro et al (2014) New indicators to compare and evaluate harmful drug use among adolescents in 38 European countries. Nordic Studies on Alcohol and Drugs 31, 343-58

38 Cannabis, eroina, cocaina, stimolanti, allucinogeni

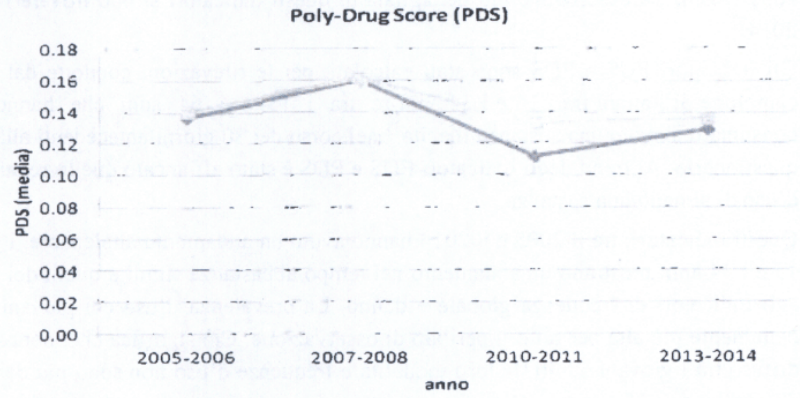
eccezione della rilevazione 2011 in cui gli indicatori di danno e frequenza globale dei 15-34enni risultano leggermente più bassi di quelli dei 15-64enni.

Figura 19: Andamento temporale del FUS. Popolazione italiana 15-34 anni e 15-64 anni. Anni 2005-2014



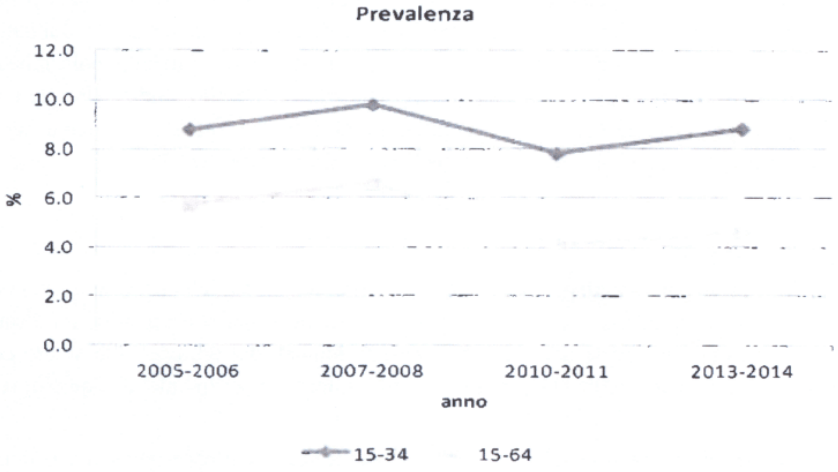
IPSAD®

Figura 20: Andamento temporale del PDS. Popolazione italiana 15-34 anni e 15-64 anni. Anni 2005-2014



IPSAD®

Figura 21: Andamento temporale della prevalenza. Popolazione italiana 15-34 anni e 15-64 anni. Anni 2005-2014



IPSAD®

2.2 Analisi sui dati sulla popolazione studentesca

2.2.1 Indagine SPS- DPA 2014

La realizzazione di indagini sul consumo di sostanze psicotrope nella popolazione scolastica, oltre a soddisfare un fabbisogno informativo indispensabile per il monitoraggio del fenomeno, costituisce la base per la pianificazione di ulteriori interventi di approfondimento e di completamento del profilo conoscitivo sulla popolazione giovanile per la pianificazione di opportuni interventi di prevenzione. Le prime attività di ricerca sono state condotte all'inizio degli anni '80 dal Gruppo Pompidou del Consiglio di Europa, con l'obiettivo di sviluppare metodologie e strumenti standard per le indagini nelle scuole. Ad inizio anni '90, il Swedish Council for Information on Alcohol and Other Drugs (CAN), sulla base dell'esperienza maturata dal Gruppo Pompidou, ha avviato un progetto per valutare l'interesse da parte di ricercatori europei per la realizzazione di un'indagine nelle scuole sul consumo di tabacco, alcol ed altre sostanze psicotrope. Dopo un lungo processo di pianificazione dello studio nel 1995 è stata avviata la prima indagine nelle scuole rivolta agli studenti di età 15 e 16 enni (European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs – ESPAD). Tutti gli Stati aderenti allo studio hanno prodotto un National Report, sulla base del quale è stato predisposto il primo report ESPAD, che caratterizzò il primo protocollo standard europeo per le indagini nelle scuole secondarie superiori sul consumo di tabacco, alcol e droga.

2.2.1.1 Obiettivi Generali

In continuità con gli studi condotti negli anni precedenti, ed in conformità con l'obiettivo generale dello studio standard europeo, la finalità generale dell'indagine sul consumo di sostanze

stupefacenti nella popolazione scolastica, è quella di monitorare nel tempo il fenomeno, sia dal punto di vista quantitativo (prevalenza di consumo) che in termini qualitativi (caratteristiche dei consumatori di sostanze psicotrope e modifiche di tipi di consumo e di sostanze). L'utilizzo di strumenti e protocolli standard europei permette inoltre di effettuare un confronto dei dati rilevati a livello nazionale sul consumo di tabacco, alcol e sostanze stupefacenti nella popolazione scolastica con i risultati riscontrati negli altri Paesi europei che aderiscono allo studio. Un'ulteriore finalità delle informazioni raccolte è quella di ottemperare al debito informativo annuale nei confronti dell'Osservatorio Europeo sulle Droghe e sulle Tossicodipendenze (EMCDDA).

2.2.1.2 Obiettivi Specifici

Declinando il principale obiettivo dell'indagine, riferito alla stima della prevalenza di consumatori di sostanze psicotrope ed alla descrizione delle caratteristiche dei consumatori, sono stati definiti alcuni obiettivi specifici, parte dei quali direttamente mutuati dal protocollo di studio europeo ed altri oggetto di interesse dell'Ente promotore dello studio (Dipartimento di Sociologia e Diritto dell'Economia, Università di Bologna).

Un obiettivo specifico dell'indagine riguarda la valutazione dell'esperienza d'uso delle diverse sostanze nella vita degli studenti, al fine di osservare la diffusione del consumo; è stato indagato inoltre l'uso riferito agli ultimi 12 mesi, quale fotografia di coloro che hanno avuto contatto con la sostanza nell'ultimo anno; è stato rilevato, infine, il consumo negli ultimi 30 giorni, al fine di analizzare quella parte di popolazione scolastica che utilizza la sostanza frequentemente, come previsto dall'EMCDDA.

L'obiettivo generale di confrontare le stime di prevalenza con altre realtà europee sulla base dell'utilizzo di protocolli standard, si coniuga perfettamente con i precedenti obiettivi specifici. Le prevalenze del consumo di sostanze secondo i tre archi temporali di riferimento (nella vita, nell'ultimo anno, nell'ultimo mese), trovano infatti possibilità di confronto diretto, sia a livello nazionale tra le differenti aree geografiche dell'Italia, sia in un contesto geografico più ampio, a livello europeo e mondiale.

Piano di Campionamento

Analizzando il piano di campionamento per l'indagine SPS 2014, il collettivo da rappresentare è caratterizzato dagli studenti di età 15-19 anni frequentanti gli istituti di scuola media superiore pubblici, operanti in Italia all'epoca della rilevazione. Le unità di campionamento sono le seguenti:

a) unità elementari d'indagine oggetto di rilevazione tramite questionario auto-compilato on-line: studente di 15-19 anni frequentante gli istituti di scuola media superiore;

b) unità di campionamento di primo stadio: istituto di scuola media superiore;

c) unità di campionamento di secondo stadio: "classe" attiva nell'ambito di un istituto di scuola media superiore.

Le unità di primo stadio (istituti scolastici) sono stratificati congiuntamente in base all'area geografica di appartenenza (Nord- Ovest, Nord Est, Centro, Sud e Isole) ed alla tipologia di istituto scolastico (licei ed istituti ex-magistrali, istituti tecnici, istituti professionali, istituti e licei artistici). Le unità di secondo stadio (classi all'interno dell'istituto estratto) sono state classificate per anno di corso attivo nell'ambito dell'istituto (1°, 2°, 3°, 4°, 5° anno di corso).

Scuole Partecipanti Allo Studio

Complessivamente hanno partecipato allo studio 438 istituti scolastici di secondo grado, corrispondenti ad una percentuale di partecipazione, rispetto alle scuole previste dal piano di campionamento (619), pari al 70,8%. Nella tabella che segue viene riportata la distribuzione delle scuole partecipanti, secondo l'area geografica di ubicazione e la tipologia di istituto.

Tabella 5: Distribuzione degli istituti scolastici che hanno partecipato all'indagine, secondo l'area geografica e la tipologia di istituto. Anno 2014

Area geografica	Licei ed ex-magistrali	Istituti tecnici	Istituti professionali	Istituti e licei artistici	Totale
Italia nord-occidentale	44	36	17	10	107
Italia nord-orientale	28	28	17	9	82
Italia centrale	21	28	13	8	70
Italia meridionale/insulare	67	54	39	19	179
Totale	**160**	**146**	**86**	**46**	**438**

Fonte: Studio SPS-DPA 2014 – Dipartimento Politiche Antidroga

La partecipazione delle scuole allo studio risulta inferiore nell'Italia centrale (61,9%), e nell'Italia meridionale/insulare (66,8%), mentre la partecipazione più alta si osserva nell'Italia nord-orientale (83,7%). Con riferimento alla tipologia di istituto, ha partecipato all'indagine una percentuale maggiore di istituti tecnici e licei (rispettivamente 74,5% e 72,7%), rispetto a quanto rilevato per gli istituti e licei artistici (59,0%).

Tabella 6: Percentuali di partecipazione delle scuole sul totale scuole campionate, secondo l'area geografica e la tipologia di istituto. Anno 2014

Area geografica	Licei ed ex-magistrali	Istituti tecnici	Istituti professionali	Istituti e licei artistici	Totale
Italia nord-occidentale	81,5	87,8	65,4	52,6	**76,4**
Italia nord-orientale	87,5	87,5	81,0	69,2	**83,7**
Italia centrale	50,0	80,0	59,1	57,1	**61,9**
Italia meridionale/insulare	72,8	61,4	69,6	59,4	**66,8**
Totale	72,7	**74,5**	**68,8**	**59,0**	**70,8**

Fonte: Studio SPS-DPA 2014 – Dipartimento Politiche Antidroga

Tabella 7: Distribuzione degli studenti partecipanti all'indagine, secondo l'area geografica e la tipologia di istituto. Anno 2014

Area geografica	Licei ed ex-magistrali	Istituti tecnici	Istituti professionali	Istituti e licei artistici	Totale
Italia nord-occidentale	3.692	2.939	1.252	772	**8.655**
Italia nord-orientale	2.248	2.168	1.431	810	**6.657**
Italia centrale	1.787	2.290	1.016	667	**5.760**
Italia meridionale/insulare	5.812	4.366	2.319	1.353	**13.850**
Totale	**13.539**	**11.763**	**6.018**	**3.602**	**34.922**

Fonte: Studio SPS-DPA 2014 – Dipartimento Politiche Antidroga

Ha partecipato all'indagine una percentuale maggiore di studenti dell'Italia settentrionale (nel nord-est 84,9% e nel nord-ovest 77,3%), rispetto a quanto osservato nell'Italia centrale (63,7%) e nel sud/isole (64,6%). Il grado di partecipazione degli studenti risulta inferiore negli istituti artistici e negli istituti professionali (rispettivamente 57,7% e 60,2%) rispetto a quanto rilevato tra gli studenti frequentanti gli istituti tecnici ed i licei (rispettivamente 75,0% e 76,9%).

Considerazioni sui tassi di risposta

Nella Relazione al Parlamento del 2010 è riportato per esteso il disegno della prima rilevazione SPS, il piano di campionamento, la percentuale di adesione delle scuole campionate (80% a livello nazionale) e degli studenti (75% a livello nazionale) suddivisi per territorio e tipo di scuola. Questa informazione non è presente nelle Relazioni successive, ma la percentuale di adesione delle scuole scende fino al 70,8% a livello nazionale nel 2014, con una situazione molto diversificata per territori e istituti scolastici. Risulta: nel nord-est 83,7% e nel nord-ovest 76,4%; nell'Italia centrale 61,9%; nel sud/isole 66,8%, riducendo la rappresentatività. Infatti, per l'Italia centrale e il sud/isole anche la percentuale di studenti aderenti è particolarmente bassa: nel nord-est 84,9% e nel nord-ovest 77,3%, nell'Italia centrale 63,7% e nel sud/isole 64,6%. La percentuale è inferiore negli Istituti e Licei artistici 59%. (nord-est 69,2, nord-ovest 52,6, Italia centrale 57,1, sud/isole 59,4).

Considerando assieme tutti i livelli di risposta si ottiene la percentuale di adesione totale di studenti che è: nel nord-est 71,1, nel nord-ovest 59,1, nell'Italia centrale 39,4 e nel sud/isole 43,2, poco rappresentativa negli ultimi due territori. Si deve osservare che l'indagine del 2014 è meno rappresentativa della prima indagine del DPA (2010), dove il numero di studenti rispondenti era analoga nel nord-est e nel nord-ovest, ma più alta nell'Italia centrale (51,7%) e nel sud/isole (47,1%). Considerando, in particolare, gli Istituti e Licei artistici, l'adesione delle scuole era nel 2010: nel nord-est 81%, nel nord-ovest 72,6%, nell'Italia centrale 69,3% e nel sud/isole 62,9%.

La stima delle prevalenze dei consumatori nei diversi anni, derivata dalle indagini, per essere confrontata correttamente, dovrebbe corrispondere a campioni ugualmente rappresentativi in ogni indagine e non diversi in parte dell'Italia. In ogni caso è utile analizzare i risultati ottenuti e tenerne conto nella programmazione di nuove indagini.

2.2.1.3 Analisi dei risultati

L'indagine ha coinvolto complessivamente 31.661 studenti in età dai 15 ai 19 anni, equamente distribuiti tra maschi e femmine. Il campione risulta equamente distribuito tra le diverse età, pur presentando una lieve diminuzione delle quote corrispondenti alle età 15 e 19 anni (dovuta anche alla maggiore proporzione di studenti partecipanti eliminati, in particolare nelle classi quinte). L'analisi della qualità delle informazioni raccolte è stata effettuata applicando alcuni criteri, per l'esclusione dei questionari "non affidabili" o relativi a fasce di età esterne al target dello studio (15-19 anni).

Inizialmente, sono stati esclusi i questionari relativi a studenti con età maggiore di 19 anni ed inferiore a 15 anni, successivamente sono stati esclusi i questionari relativi a studenti che non avevano compilato nessuna domanda inerente ai consumi di sostanze stupefacenti. Infine, sono stati individuati ed esclusi i records relativi agli studenti che avevano indicato di consumare tutte le sostanze indagate e quelli corrispondenti ai questicnari in cui è stata compilata la droga civetta (sostanza inesistente), da sola o in associazione con altre sostanze psicotrope.

Tabella 8: Distribuzione (%) degli studenti che hanno compilato il questionario, secondo il genere e l'età. Anno 2014

	ETÀ											
Genere	**15 anni**		**16 anni**		**17 anni**		**18 anni**		**19 anni**		**Totale**	
	N	**%**	**N**	**%**	**N**	**%**	**N**	**%**	**N**	**%**	**N**	**%col**
Masehi	3.165	20,2%	3.283	20,9%	3.297	21,0%	3.127	19,9%	2.817	18,0%	15.689	49,6%
Femmine	2.962	18,5%	3.250	20,3%	3.325	20,8%	3.439	21,5%	2.996	18,8%	15.972	50,4%
Totale	**6.127**	**19,4%**	**6.533**	**20,6%**	**6.622**	**20,9%**	**6.566**	**20,7%**	**5.813**	**18,4%**	**31.661**	**100,0%**

Fonte: Studio SPS-DPA 2014 – Dipartimento Politiche Antidroga

Il 39,6% degli studenti frequenta scuole presenti nell'Italia meridionale/insulare, il 25,0% scuole dell'Italia nord-occidentale, il 18,9% dell'Italia nord-orientale, mentre il 16,5% dei rispondenti è rappresentato da studenti delle scuole dell'Italia centrale. Non si evidenziano differenze rilevanti nelle distribuzioni per genere ed età nelle diverse aree geografiche.

Tabella 9: Distribuzione (%) degli studenti che hanno compilato il questionario, secondo l'età e l'area geografica. Anno 2014

Area geografica	**15 anni**	**16 anni**	**17 anni**	**18 anni**	**19 anni**	**%col**
Italia nord-occidentale	20,2	20,0	20,7	20.9	18,3	**25,0**
Italia nord-orientale	18,0	20,1	21,1	21,3	19,5	**18,9**
Italia centrale	18,7	21,1	21,0	20.7	18,5	**16,5**
Italia meridionale/insulare	19,8	21,1	20,9	20,4	17,8	**39,6**
Totale	**19,4**	**20,6**	**20,9**	**20,7**	**18,4**	**100,0**

Fonte: Studio SPS-DPA 2014 – Dipartimento Politiche Antidroga

Il 40,1% degli studenti frequenta licei ed istituti ex-magistrali, il 33,6% istituti tecnici, il 16,0% istituti professionali, mentre il 10,3% dei rispondenti è rappresentato da studenti degli istituti e licei artistici.

Tabella 10: Distribuzione (%) degli studenti che hanno compilato il questionario, secondo l'età e la tipologia di istituto. Anno 2014

Istituto	15 anni	16 anni	17 anni	18 anni	19 anni	%col
Licei ed ex-magistrali	20,5	20,4	20,1	20,3	18,7	**40,1**
Istituti tecnici	19,5	21,3	21,0	20,5	17,6	**33,6**
Istituti professionali	15,8	18,9	21,7	23,3	20,3	**16,0**
Istituti e licei artistici	19,8	22,1	22,5	19,0	16,7	**10,3**
Totale	**19,4**	**20,6**	**20,9**	**20,7**	**18,4**	**100,0**

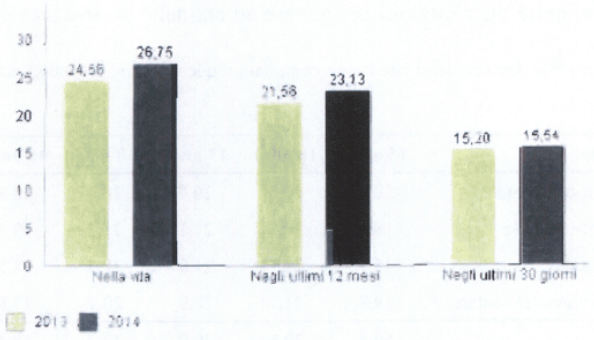
Fonte. Studio SPS-DPA 2014 – Dipartimento Politiche Antidroga

2.2.1.4 Consumo di sostanze stupefacenti: Cannabis (Marijuana O Hashish)

Nell'ultimo decennio, la sostanza illecita maggiormente consumata dagli studenti italiani di 15-19 anni risulta essere la cannabis, con una prevalenza che si attesta su valori superiori al 20% (consumo negli ultimi 12 mesi).

Si rileva che, nel 2014, la cannabis: è stata consumata almeno una volta nella vita dal 26,7% degli studenti italiani, con una prevalenza che si riscontra in aumento rispetto al 2013 (24,6%). Il 23,1% riferisce di averla provata almeno una volta nel corso dell'anno antecedente l'indagine (21,6% nel 2013), mentre il 15,5% sostiene di aver assunto cannabis almeno una volta negli ultimi 30 giorni (15,2% nel 2013).

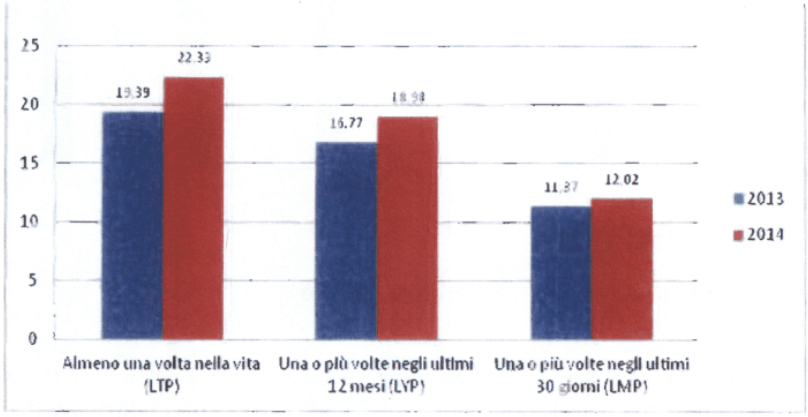
Figura 22: Prevalenza (%) di consumatori di cannabis (marijuana o hashish) nella popolazione scolastica 15-19 anni, secondo tre distinti intervalli temporali di consumo. Anni 2013-2014



Fonte: Studi SPS-DPA 2013-2014 – Dipartimento Politiche Antidroga

Considerando, in particolare, la prevalenza per le femmine, nel 2013 e nel 2014, si ottiene un aumento più netto rispetto a tutta la popolazione scolastica indagata (Figura 23). In particolare, per LTP si ha un aumento del 15,16%, per LYP del 13,18% e per LMP del 5,72%.

Figura 23: Prevalenza (%) di consumatori di cannabis (marijuana o hashish) nella popolazione scolastica femminile 15-19 anni, secondo tre distinti intervalli temporali di consumo. Anni 2013-2014

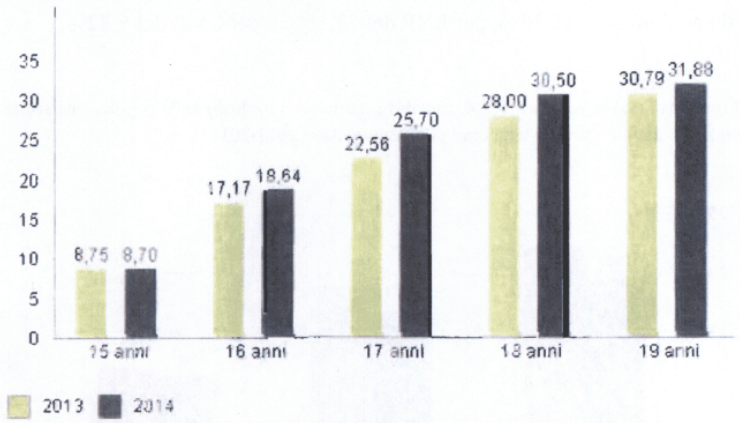


Fonte: Studi SPS-DPA 2013-2014 – Dipartimento Politiche Antidroga

Concentrando l'attenzione sui consumi negli ultimi 12 mesi, si osserva un incremento sia per i maschi sia per le femmine, con una propensione maggiore nelle femmine (16,8% nel 2013 vs 19,0% nel 2014) rispetto ai coetanei maschi (26,3% nel 2013 vs 27,0% nel 2014). Nel 2014, i consumatori di cannabis, come già emerso nel 2013, aumentano in frequenza al crescere dell'età dei soggetti, in entrambi i generi: tra i maschi, le prevalenze di consumatori almeno una volta negli ultimi 12 mesi passano dal 9,8% dei 15enni al 37,5% dei 19enni, mentre tra le studentesse si passa dal 7,6% al 25,5%. Sia nei maschi che nelle femmine, le prevalenze dei consumatori aumentano progressivamente, soprattutto nel passaggio dai 15 ai 16 anni.

Questo aspetto conferma quanto osservato e riportato in studi scientifici recenti e in un rapporto della Commissione europea dove risulta che l'età di primo uso di cannabis più frequente è proprio 15 anni in diversi paesi e in Italia.

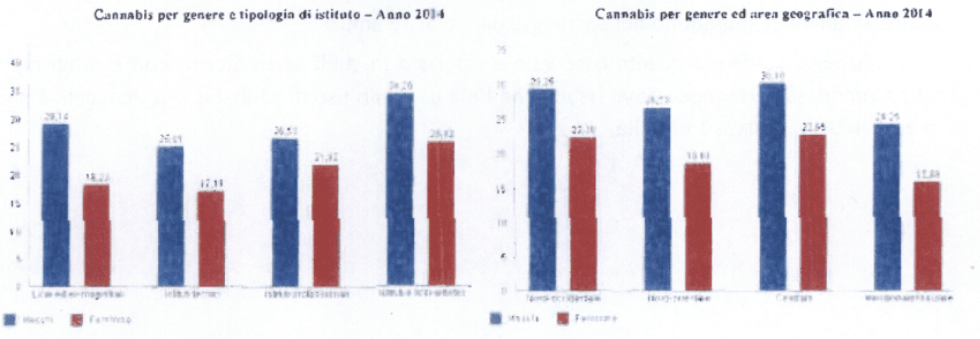
Figura 24: Prevalenza (%) di consumatori di cannabis (marijuana o hashish) negli ultimi 12 mesi nella popolazione scolastica 15-19 anni, secondo l'età. Anni 2013-2014



Fonte: Studi SPS-DPA 2013-2014 – Dipartimento Politiche Antidroga

Per quanto riguarda la frequenza di assunzione, si rileva che in entrambi i generi prevale il consumo occasionale di cannabis, circoscritto a 1-9 volte nel corso dell'ultimo anno (68,2% per le femmine e 56,5% per i maschi). Il 33,3% degli studenti maschi consumatori ed il 21,9% delle studentesse consumatrici, riferisce di aver utilizzato cannabis più assiduamente, 20 o più volte negli ultimi 12 mesi; non trattandosi di una classe chiusa, la percentuale riguarda anche il consumo assiduo (giornaliero o più che giornaliero importante da riconoscere) che però non rileva con questo tipo di questionario.

Figura 25: Prevalenza (%) di consumatori di cannabis (marijuana o hashish) negli ultimi 12 mesi nella popolazione scolastica 15-19 anni, secondo il genere, la tipologia di istituto e l'area geografica. Anni 2011-2014



Fonte: Studi SPS-DPA 2011-2014 – Dipartimento Politiche Antidroga

Con riferimento alle diverse aree geografiche e tipologie di istituto scolastico, si nota una frequenza di consumatori negli ultimi 12 mesi più elevata nell'Italia centrale, sia per i maschi (30,1%) che per le femmine (22,6%) e negli istituti e licei artistici (34,3% nei maschi, 25,8% nelle femmine).

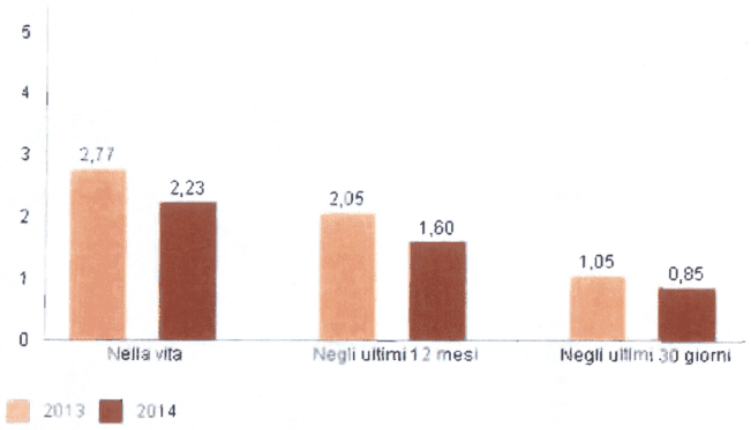
Nell'ultimo biennio, si osserva un generale aumento della frequenza dei consumatori di cannabis, in tutte le aree geografiche italiane ed in tutte le tipologie di scuole considerate, ad eccezione degli istituti tecnici nei quali si nota una stabilità del dato rilevato. Gli aumenti più consistenti nella prevalenza di consumatori di cannabis negli ultimi 12 mesi si rilevano in particolare negli istituti professionali dell'Italia nord-orientale (+27,4%) e negli istituti e licei artistici ubicati nel Centro Italia (+42,4%) e nel Sud ed Isole (+37,4%).

2.2.1.5 Consumo di sostanze stupefacenti: Cocaina e/o crack

Nell'ultimo decennio, la prevalenza degli studenti italiani consumatori di cocaina e/o crack (consumo negli ultimi 12 mesi precedenti l'indagine), un andamento dei consumi non regolare dal 2011 al 2014 (decrescente, crescente, decrescente).

Nel 2014, il 2,2% degli studenti italiani riferisce di aver assunto cocaina e/o crack almeno una volta nella vita e l'1,6% dichiara di aver consumato la sostanza nel corso dell'ultimo anno. Il consumo recente di cocaina e/o crack, riferito ai 30 giorni antecedenti la somministrazione del questionario, è stato dichiarato dallo 0,9% degli studenti. Rispetto al 2013, si osserva una lieve diminuzione dei consumatori in tutti e tre gli intervalli temporali di riferimento (consumo almeno una volta nella vita LTP, consumo negli ultimi 12 mesi LYP, consumo negli ultimi 30 giorni LMP).

Figura 26: Prevalenza (%) di consumatori di cocaina e/o crack nella popolazione scolastica 15-19 anni, secondo tre distinti intervalli temporali di consumo. Anni 2013-2014

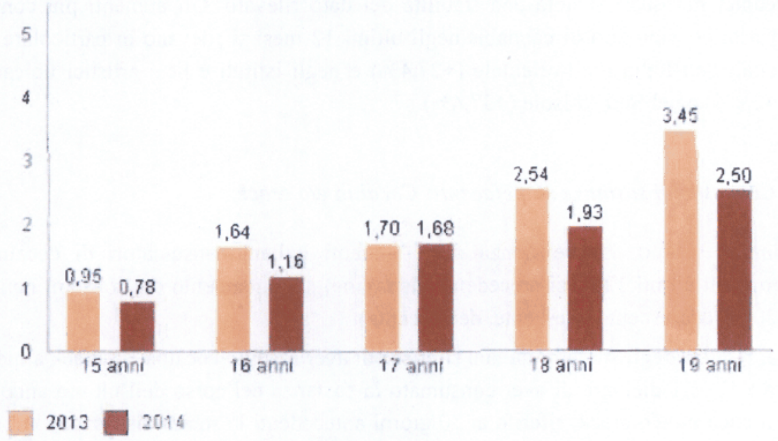


Fonte. Studi SPS-DPA 2013-2014 – Dipartimento Politiche Antidroga

Si rilevano prevalenze percentuali circa doppie nei maschi rispetto alle femmine, in tutti e tre gli indicatori analizzati (LTP, LYP e LMP).

La riduzione del consumo di cocaina e/o crack tra il 2013 ed il 2014, appare più marcata nei maschi rispetto alle coetanee femmine, considerando sia il consumo una volta nella vita (LTP), sia il consumo negli ultimi 12 mesi (LYP).

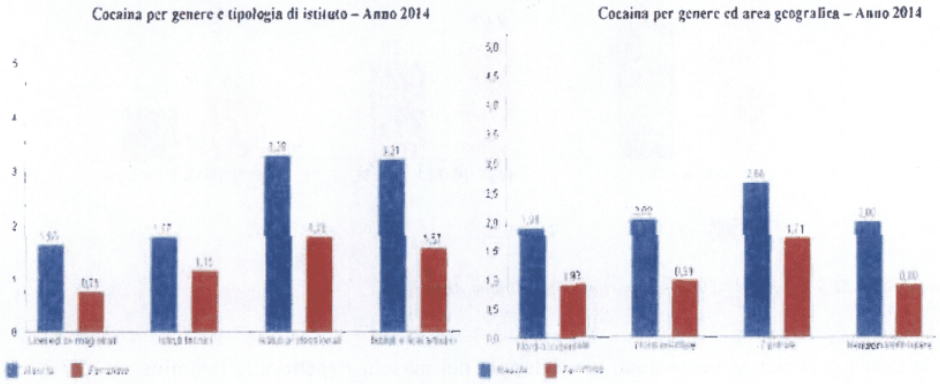
Figura 27: Prevalenza (%) di consumatori di cocaina e/o crack negli ultimi 12 mesi nella popolazione scolastica 15-19 anni, secondo l'età. Anni 2013-2014



Fonte: Studi SPS-DPA 2013-2014 – Dipartimento Politiche Antidroga

Come per il consumo di cannabis, i consumatori di cocaina e/o crack aumentano con il crescere dell'età: gli studenti che hanno riferito un consumo negli ultimi 12 mesi passano dallo 0,8% dei 15enni all'1,2% dei 16enni, dall'1,7% dei 17enni all'1,9% dei 18enni, fino ad arrivare al 2,5% dei 19enni. Rispetto allo studio condotto nel 2013, si osserva un calo nella prevalenza dei consumi in tutte le età considerate.

Figura 28: Prevalenza (%) di consumatori di cocaina e/o crack negli ultimi 12 mesi nella popolazione scolastica 15-19 anni, secondo il genere, la tipologia di istituto e l'area geografica. Anni 2011-2014



Fonte: Studi SPS-DPA 2011-2014 – Dipartimento Politiche Antidroga

Con riferimento alle diverse aree geografiche, si notano prevalenze percentuali, riferite al consumo negli ultimi 12 mesi, significativamente più elevate nelle scuole dell'Italia centrale, sia per i maschi (2,7%) che per le femmine (1,7%).

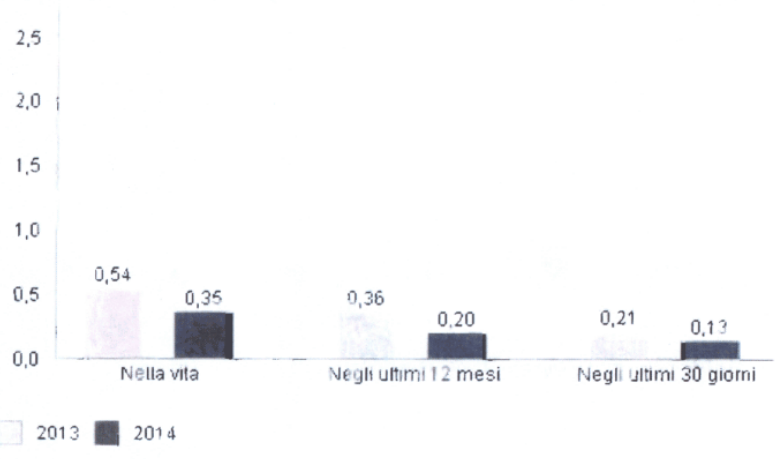
Le analisi condotte per tipologia di istituto scolastico, mostrano prevalenze percentuali notevolmente più elevate, in particolare per i maschi, negli istituti professionali (maschi 3,3%, femmine 1,8%) e negli istituti e licei artistici (maschi 3,2%, femmine 1,6%). Le percentuali di consumatori di cocaina e/o crack più basse si riscontrano, invece, nei licei ed istituti ex-magistrali, sia per i maschi (1,6%) sia per le femmine (0,8%).

2.2.1.6 Consumo di sostanze stupefacenti: Eroina

Secondo le indicazioni riportate dagli studenti italiani contattati negli studi condotti dal 2010 ad oggi, la percentuale degli studenti che hanno assunto eroina una o più volte negli ultimi 12 mesi sembra, dal 2011 al 2014, in lieve propensione alla contrazione dei consumi, più marcata per i maschi nell'ultimo anno.

Nel 2014, l'eroina è stata consumata almeno una volta nella vita dallo 0,35% degli studenti italiani, mentre lo 0,20% riferisce di averne consumata nel corso dell'anno antecedente lo studio. Lo 0,13% degli studenti, infine, sostiene di aver assunto eroina almeno una volta negli ultimi 30 giorni. Rispetto alla rilevazione del 2013 si evidenzia un ulteriore calo in tutti e tre i periodi di osservazione (0,54% contro 0,35% per LTP, 0,36% contro 0,20% per LYP e 0,21% contro 0,13% per LMP).

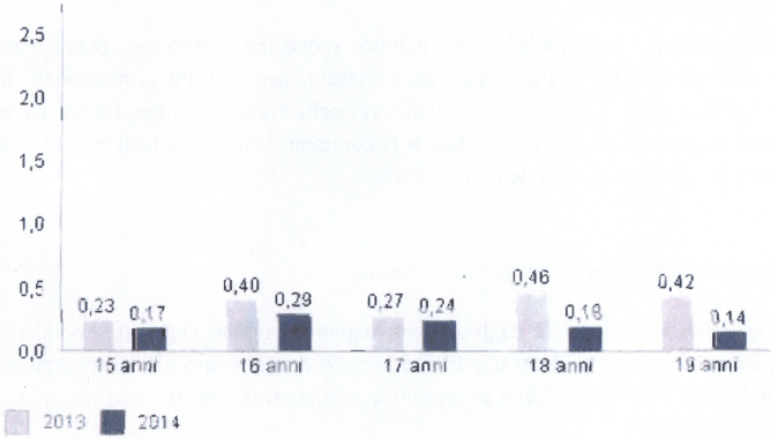
Figura 29: Prevalenza (%) di consumatori di eroina nella popolazione scolastica 15-19 anni, secondo tre distinti intervalli temporali di consumo. Anni 2013-2014



Fonte: Studi SPS-DPA 2013-2014 – Dipartimento Politiche Antidroga

Gli studenti di genere maschile presentano una prevalenza più elevata rispetto alle coetanee in tutti e tre gli intervalli temporali di riferimento (LTP, LYP e LMP).

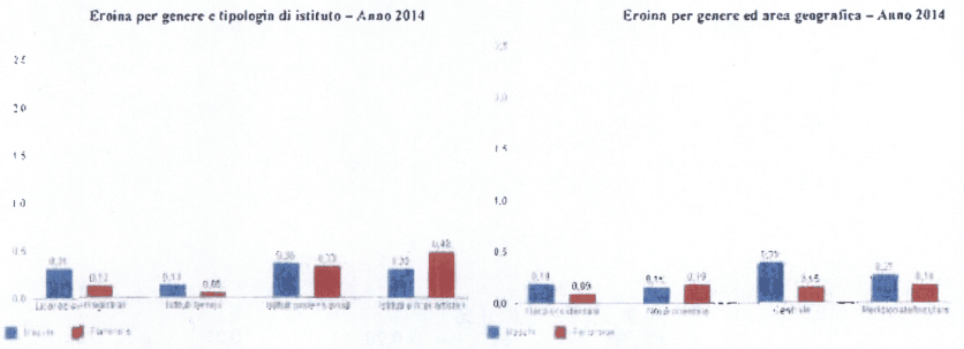
Figura 30: Prevalenza (%) di consumatori di eroina negli ultimi 12 mesi nella popolazione scolastica 15-19 anni, secondo l'età. Anni 2013-2014



Fonte: Studi SPS-DPA 2013-2014 – Dipartimento Politiche Antidroga

Risultati interessanti emergono anche dal confronto secondo l'età dei soggetti consumatori di eroina negli ultimi 12 mesi, che consente di evidenziare il calo nell'ultimo biennio dei consumatori, in particolare tra i 18-19enni.

Figura 31: Prevalenza (%) di consumatori di eroina negli ultimi 12 mesi nella popolazione scolastica 15-19 anni, secondo il genere, la tipologia di istituto e l'area geografica. Anni 2011-2014



Fonte: Studi SPS-DPA 2011-2014 – Dipartimento Politiche Antidroga

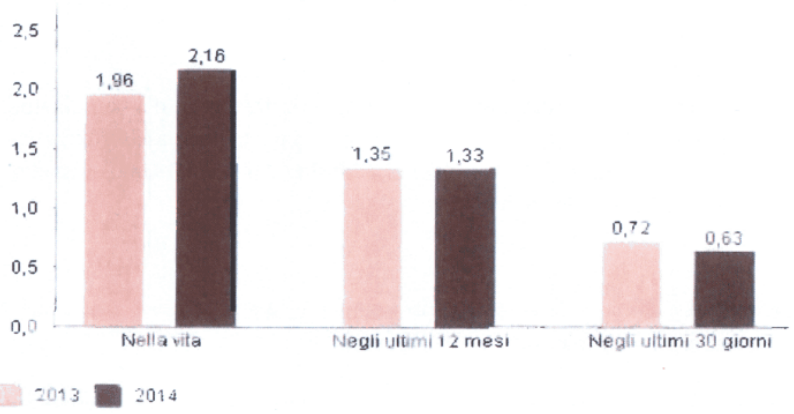
Analizzando nel dettaglio quanto rilevato nelle diverse aree geografiche, si notano, per gli studenti maschi, frequenze più basse di consumatori di eroina negli ultimi 12 mesi nell'Italia settentrionale (0,2%), mentre più alta risulta la prevalenza riscontrata negli studenti dell'Italia centrale (0,4%). Per le femmine si riscontrano frequenze più basse nel Nord-Ovest (0,1%) rispetto alle altre aree geografiche indagate (0,2%).

Nell'ultimo biennio, si osserva una generale riduzione delle frequenze di consumatori di eroina, in tutte le aree geografiche italiana ed in tutte le tipologie di scuola considerate, ad eccezione degli istituti e licei artistici nei quali si nota un lieve aumento del valore della prevalenze, in particolare nel Nord-Ovest e nel Centro Italia.

2.2.1.7 Consumo di sostanze stupefacenti: Stimolanti (Ecstasy e/o Amfetamine)

Il consumo di stimolanti (ecstasy o amfetamine), una o più volte negli ultimi 12 mesi, ha evidenziato un lieve aumento dei consumi di queste sostanze nell'ultimo periodo, in particolare per le femmine, con riscontro di valori di prevalenza inferiori all'1,5% nel 2014.

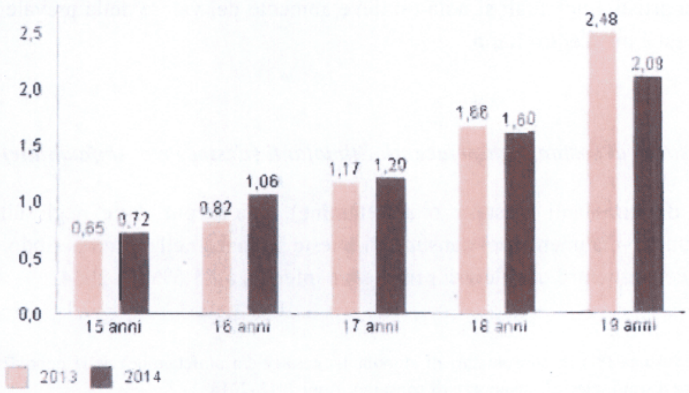
Figura 32: Prevalenza (%) di consumatori di stimolanti (ecstasy e/o amfetamine) nella popolazione scolastica 15-19 anni, secondo tre distinti intervalli temporali di consumo. Anni 2013-2014



Fonte: Studi SPS-DPA 2013-2014 – Dipartimento Politiche Antidroga

Il 2,2% della popolazione scolastica 15-19 anni riferisce di aver provato sostanze stimolanti (amfetamine ed ecstasy) almeno una volta nella vita. L'1,3% ha utilizzato queste sostanze nel corso dell'ultimo anno, mentre il consumo negli ultimi 30 giorni è stato riferito dallo 0.6% degli studenti. Rispetto al 2013, la prevalenza di consumatori risultano in lieve aumento per il consumo in tutta la vita, mentre si rileva stabile per il consumo nell'ultimo anno ed in lieve diminuzione per il consumo nell'ultimo mese. Differenziando l'analisi per genere, si osserva per le femmine un lieve aumento in tutti e tre gli indicatori calcolati (LTP, LYP, LMP), contrariamente ai coetanei maschi, per i quali si riscontra, invece, una lieve contrazione.

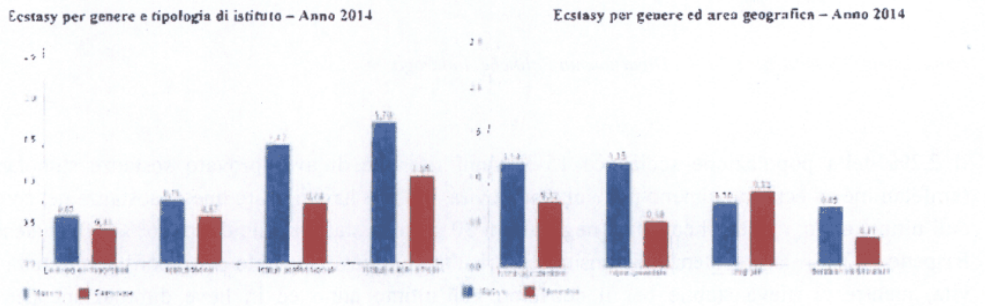
Figura 33: Prevalenza (%) di consumatori di stimolanti (ecstasy e/o amfetamine) negli ultimi 12 mesi nella popolazione scolastica 15-19 anni, secondo l'età. Anni 2013-2014



Fonte: Studi SPS-DPA 2013-2014 – Dipartimento Politiche Antidroga

Come già evidenziato per le altre sostanze psicoattive, la frequenza dei consumatori di stimolanti aumenta al crescere dell'età, con una propensione più marcata nei maschi (0,5% nei 15enni, 1,2% nei 16enni, 1,4% nei 17enni, 2,2% nei 18enni ed infine 2,6% nei 19enni), rispetto alle femmine (0,9% nelle 15enni, 1,5% nelle 19enni).

Figura 34: Prevalenza (%) di consumatori di ecstasy negli ultimi 12 mesi nella popolazione scolastica 15-19 anni, secondo il genere, la tipologia di istituto e l'area geografica. Anni 2011-2014



Fonte: Studi SPS-DPA 2011-2014 – Dipartimento Politiche Antidroga

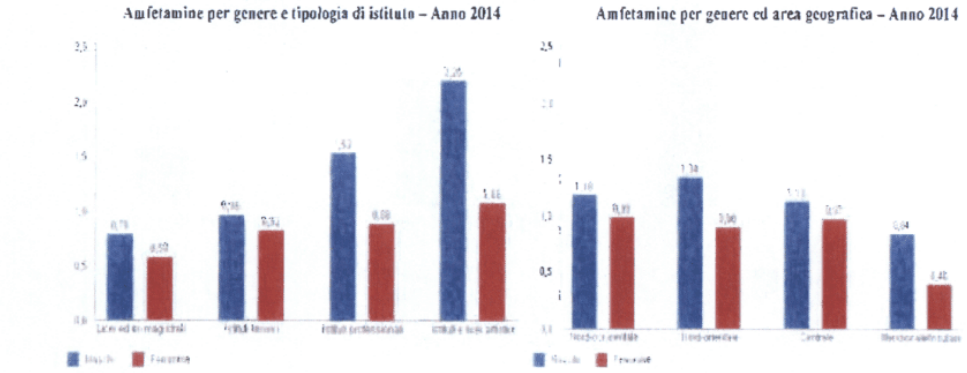
Analizzando nel dettaglio quanto rilevato nelle diverse aree geografiche, si notano, per gli studenti maschi, frequenze più elevate di consumatori di ecstasy negli ultimi 12 mesi nel Nord (1,1%), mentre per le femmine la prevalenza di consumatrici più alta si osserva nell'Italia centrale (0,8%).

Con riferimento alla tipologia di scuola, frequenze di consumatori di ecstasy negli ultimi 12 mesi più elevate sono state riscontrate negli istituti e licei artistici, sia per i maschi (1,7%) che per le femmine (1,1%); le frequenze di consumatori più basse si osservano invece nei licei ed istituti ex-magistrali (per i maschi 0,6%, per le femmine 0,4%).

Considerando sempre il consumo dichiarato negli ultimi 12 mesi, si osservano valori di consumo più bassi nel 2014 rispetto al 2013, in tutte le tipologie di scuola, eccetto negli istituti e licei artistici, nei quali si nota un aumento (0,9% nel 2013, 1,2% nel 2014).

Tra il 2013 ed il 2014, si osservano variazioni in diminuzione delle frequenze dei consumatori di ecstasy in tutte le diverse aree geografiche del paese (in particolare nell'Italia centrale: 1,5% nel 2013, 0,8% nel 2014), ad eccezione del Nord-Est, nel quale si nota una stabilità del dato rilevato (0,8%).

Figura 35: Prevalenza (%) di consumatori di amfetamine negli ultimi 12 mesi nella popolazione scolastica 15-19 anni, secondo il genere, la tipologia di istituto e l'area geografica. Anni 2011-2014



Fonte: Studi SPS-DPA 2011-2014 – Dipartimento Politiche Antidroga

Analizzando nel dettaglio quanto rilevato nelle diverse aree geografiche, si nota una prevalenza di consumatori negli ultimi 12 mesi più elevato per i maschi nell'Italia nord-orientale (1,3%), e per le femmine nell'Italia centrale e nel Nord-Ovest (1,0%).

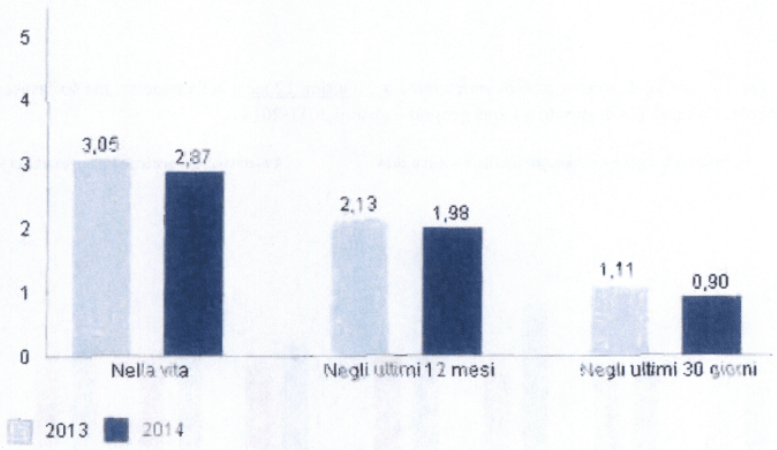
Con riferimento alla tipologia di scuola, frequenze di consumatori di amfetamine negli ultimi 12 mesi più elevate sono state riscontrate negli istituti e licei artistici sia per i maschi (2,2%) sia per le femmine (1,1%); le frequenze di consumatori più basse si osservano, invece, nei licei ed istituti ex-magistrali (maschi: 0,8%; femmine: 0,6%).

Nell'anno 2014, si osserva un generale aumento della frequenza dei consumatori di amfetamine, in tutte le aree geografiche italiane ed in tutte le tipologie di scuole. Gli aumenti più consistenti nella prevalenza di consumatori di amfetamine negli ultimi 12 mesi si rilevano in particolare negli istituti e licei artistici del Nord-Ovest (0,4% nel 2013, 1,1% nel 2014), nel Nord-Est (0,0% nel 2013, 1,9% nel 2014) e del Centro Italia (1,3% nel 2013, 2,5% nel 2014).

2.2.1.8 Consumo di sostanze stupefacenti: Allucinogeni

L'andamento della frequenza di consumatori di allucinogeni negli ultimi 12 mesi (comprensivi delle sostanze LSD, ketamina, funghi allucinogeni ed altri allucinogeni), segue un trend piuttosto variabile, caratterizzato da periodi di crescita dei consumi (dal 2012 al 2013) alternati a periodi di contrazione.

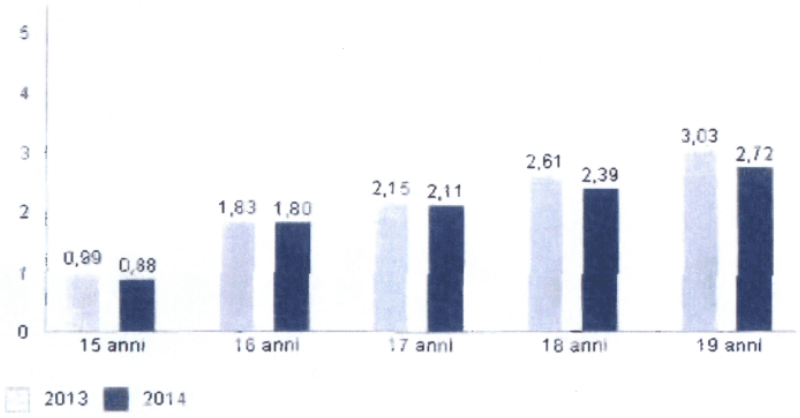
Figura 36: Prevalenza (%) di consumatori di allucinogeni nella popolazione scolastica 15-19 anni, secondo tre distinti intervalli temporali di consumo. Anni 2013-2014



Fonte: Studi SPS-DPA 2013-2014 – Dipartimento Politiche Antidroga

Nel 2014, il consumo di allucinogeni è stato sperimentato almeno una volta nella vita dal 2,9% degli studenti; tale prevalenza percentuale si abbassa al 2,0% se si considera il consumo nell'ultimo anno ed a 0,9% se si fa riferimento al consumo negli ultimi 30 giorni.

Figura 37: Prevalenza (%) di consumatori di allucinogeni negli ultimi 12 mesi nella popolazione scolastica 15-19 anni, secondo l'età. Anni 2013-2014



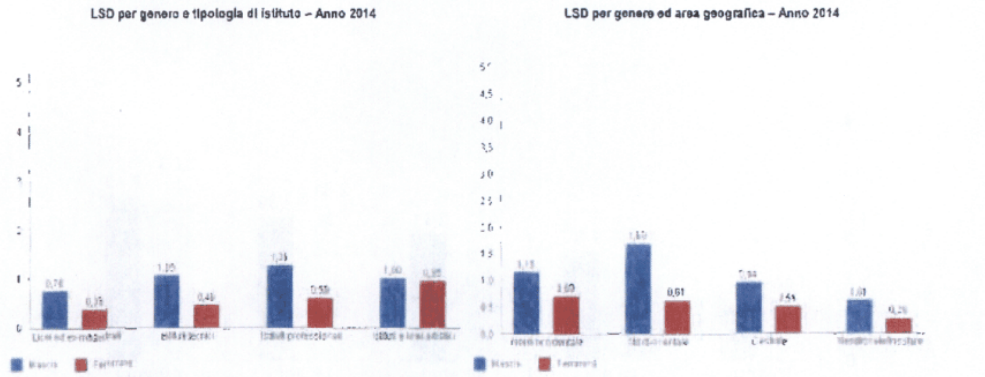
Fonte. Studi SPS-DPA 2013-2014 – Dipartimento Politiche Antidroga

Rispetto al 2013, lo studio condotto nel 2014 evidenzia una sostanziale stabilità nei valori della prevalenza di consumatori di sostanze allucinogene. Gli studenti di genere maschile presentano una prevalenza di consumatori di allucinogeni più elevata rispetto alle coetanee in tutti e tre gli intervalli temporali considerati (LTP, LYP, LMP).

La prevalenza d'uso di sostanze allucinogene aumenta al crescere dell'età dei soggetti consumatori; si nota, inoltre, un aumento con l'età più marcato nei maschi (1,1% nei 15enni, 2,8% nei 17enni, 3,8% nei 19enni) rispetto alle femmine (0,7% nelle 15enni, 1,4% nelle 17enni, 1,5% nelle 19enni).

Analizzando nel dettaglio quanto rilevato nelle diverse aree geografiche, si notano, per gli studenti maschi, frequenze elevate di consumatori di LSD, negli ultimi 12 mesi, nel Nord-Est (1,7%), mentre più bassa risulta la prevalenza riscontrata negli studenti del Sud ed Isole (0,6%). Per le femmine, la prevalenza di consumatori più alta si osserva nel Nord-Ovest (0,7%), quella più bassa nell'Italia meridionale/insulare (0,3%).

Figura 38: Prevalenza (%) di consumatori di LSD negli ultimi 12 mesi nella popolazione scolastica 15-19 anni, secondo il genere, la tipologia di istituto e l'area geografica. Anni 2011-2014

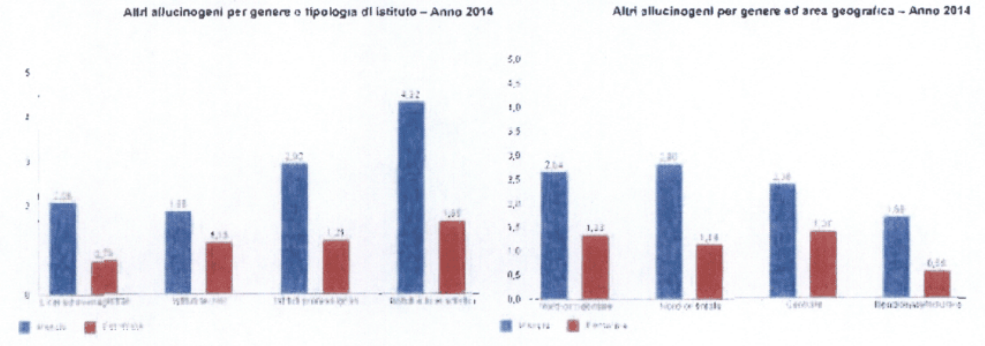


Fonte: Studi SPS-DPA 2013-2014 – Dipartimento Politiche Antidroga

Con riferimento alla tipologia di scuola, frequenze di consumatori di LSD, negli ultimi 12 mesi, più elevate sono state riscontrate negli istituti professionali per i maschi (1,3%) e negli istituti e licei artistici per le femmine (1,0%); le frequenze di consumatori più basse si osservano invece nei licei ed istituti ex-magistrali, sia per i maschi (0,8%) sia per le femmine (0,4%). Considerando sempre il consumo negli ultimi 12 mesi, la prevalenza di consumatori di LSD, rispetto all'anno 2013, evidenzia una diminuzione in tutte le aree geografiche del Paese, con esclusione del Nord-Est (0,6% nel 2013, 1,1% nel 2014). Si nota, inoltre, un aumento nel 2014 della frequenza di consumatori di LSD esclusivamente negli istituti e licei artistici (0,6% nel 2013, 1,0% nel 2014), in particolare in quelli ubicati nell'Italia nord-orientale e centrale.

Altre sostanze allucinogene (quali ketamina, funghi allucinogeni, mescalina, sintetici) sono state consumate, almeno una volta nella vita, dal 2,4% degli studenti 15-19enni; considerando il consumo nell'ultimo anno, si nota che il valore della prevalenza scende a 1,6%; il consumo recente di queste sostanze, riferito agli ultimi 30 giorni, è associato ad una percentuale più bassa di studenti (0,7%).

Figura 39: Prevalenza (%) di consumatori di altri allucinogeni negli ultimi 12 mesi nella popolazione scolastica 15-19 anni, secondo il genere, la tipologia di istituto e l'area geografica. Anni 2013-2014



Fonte: Studi SPS-DPA 2013-2014 – Dipartimento Politiche Antidroga

Analizzando nel dettaglio quanto rilevato nelle diverse aree geografiche, si notano, per gli studenti maschi, frequenze più elevate di consumatori di altri allucinogeni negli ultimi 12 mesi nel Nord-Est (2,8%), mentre per le femmine la prevalenza di consumatori più alta si osserva nell'Italia centrale (1,4%).

Con riferimento alla tipologia di scuola, frequenze di consumatori di altri allucinogeni negli ultimi 12 mesi più elevate sono state riscontrate negli istituti e licei artistici, sia per i maschi (4,3%) che per le femmine (1,7%); le frequenze di consumatori più basse si osservano, invece, per le femmine nei licei ed istituti ex-magistrali (0,8%) e negli istituti tecnici per i maschi (1,9%). Sempre con riferimento al consumo di altri allucinogeni negli ultimi 12 mesi, si rileva, rispetto all'anno 2013, una lieve diminuzione della prevalenza di consumatori di queste sostanze in tutte le aree geografiche considerate, con esclusione del Nord-Est (1,8% nel 2013, 2,0% nel 2014).

Si nota, inoltre, un aumento della frequenza di consumatori di altri allucinogeni negli istituti e licei artistici (1,7% nel 2013, 2,5% nel 2014), in particolare in quelli ubicati nell'Italia centrale e nel Sud ed Isole. Una lieve contrazione dei consumi, rispetto all'anno precedente, si osserva invece in tutte le altre tipologie di istituti scolastici.

2.2.1.9 Consumo di sostanze stupefacenti: Tranquillanti o sedativi (senza prescrizione medica e senza indicazione dei genitori)

L'uso di tranquillanti o sedativi, senza prescrizione medica e senza indicazione dei genitori, tra gli studenti 15-19enni, è maggiormente diffuso nel genere femminile. La frequenza del consumo di tali sostanze, infatti, è molto più elevata nelle studentesse rispetto a quanto rilevato negli studenti maschi, per tutti gli intervalli temporali presi in considerazione. Il consumo almeno una volta nella vita è stato indicato dal 4,8% delle studentesse contro il 2,9% degli studenti maschi; nell'ultimo anno tranquillanti o sedativi sono stati assunti dal 2,8% delle femmine e dall'1,3% dei maschi, mentre le prevalenze percentuali riferite al consumo nell'ultimo mese, risultano rispettivamente pari all'1,5% ed allo 0,7%.

Come già visto per le altre sostanze, la frequenza di consumatori di tranquillanti o sedativi senza prescrizione medica aumenta al crescere dell'età dei soggetti: si rileva una prevalenza di consumatori negli ultimi 12 mesi pari all'1,4% nei 15enni, all'1,9% nei 17enni ed al 2,5% nei 19enni.

Con riferimento alla frequenza d'uso negli ultimi 12 mesi, l'87,5% dei consumatori/consumatrici riferisce di aver utilizzato queste sostanze occasionalmente (da 1 a 9 volte). Il consumo regolare di tranquillanti o sedativi senza prescrizione medica (20 o più volte annualmente) è stato riferito rispettivamente dal 4,7% e dall'8,3% della popolazione studentesca maschile e femminile che assume tali sostanze.

Tabella 11: Prevalenza (%) di consumatori di tranquillanti o sedativi senza prescrizione medica nella popolazione scolastica 15-19 anni, secondo tre distinti intervalli temporali di consumo, il genere, l'età e la frequenza di consumo negli ultimi 12 mesi. Anno 2014

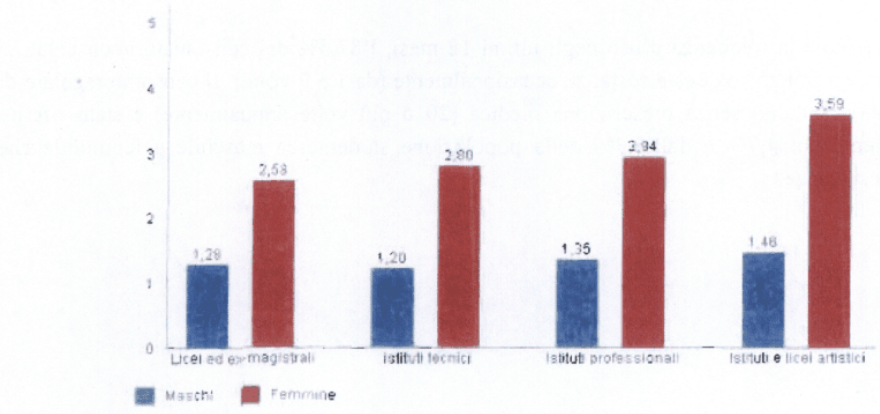
Consumo di tranquillanti o sedativi (%)	M	F	Tot
Almeno una volta nella vita (LTP)	2,85	4,82	3,80
Una o più volte negli ultimi 12 mesi (LYP)	1,27	2,75	1,98
Una o più volte negli ultimi 30 giorni (LMP)	0,70	1,47	1,08
Età (consumo negli ultimi 12 mesi) (%)			
15 anni	0,96	1,80	1,39
16 anni	0,67	2,85	1,74
17 anni	1,19	2,72	1,93
18 anni	1,44	3,44	2,36
19 anni	2,09	2,93	2,49
Frequenza di consumo (ultimi 12 mesi) (% sul totale consumatori LYP)			
1-9 volte	91,5	85,5	87,5
10-19 volte	3,9	6,2	5,4
20 volte o più	4,7	8,3	7,1

Fonte: Studio SPS-DPA 2014 – Dipartimento Politiche Antidroga

Con riferimento alla tipologia di scuola, frequenze di consumatori di tranquillanti o sedativi negli ultimi 12 mesi lievemente più elevate sono state riscontrate, per entrambi i generi, negli istituti e licei artistici (1,5% per i maschi, 3,6% per le femmine); le frequenze di consumo più basse si osservano invece nei licei ed istituti ex-magistrali per le femmine (2,6%) e negli istituti tecnici per i maschi (1,2%).

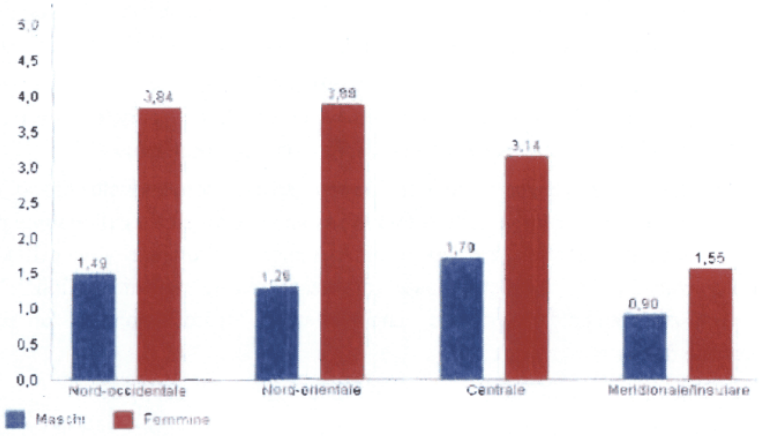
Analizzando nel dettaglio quanto rilevato nelle diverse aree geografiche, si notano, frequenze di consumatrici di tranquillanti o sedativi negli ultimi 12 mesi più elevate nel Nord (Nord-Est 3,9%, Nord-Ovest 3,8%). Le prevalenze più basse si rilevano nell'Italia meridionale/insulare sia per i maschi (0,9%) sia per le femmine (1,6%).

Figura 40: Prevalenza (%) di consumatori di tranquillanti o sedativi senza prescrizione medica negli ultimi 12 mesi nella popolazione scolastica 15-19 anni, secondo il genere e la tipologia d'istituto. Anno 2014



Fonte: Studio SPS-DPA 2014 – Dipartimento Politiche Antidroga

Figura 41: Prevalenza (%) di consumatori di tranquillanti o sedativi senza prescrizione medica negli ultimi 12 mesi nella popolazione scolastica 15-19 anni, secondo il genere e l'area geografica. Anno 2014



Fonte: Studio SPS-DPA 2014 – Dipartimento Politiche Antidroga

2.2.1.10 Consumo di sostanze stupefacenti: Policonsumo

La poliassunzione di sostanze psicoattive, legali ed illegali, caratterizza e definisce lo stile di consumo prevalente sempre più diffuso tra i giovani. Nelle tabelle illustrate di seguito vengono esaminate le diverse sostanze assunte negli ultimi 30 giorni dai poliassuntori.

Considerando gli studenti che hanno assunto più di una sostanza negli ultimi 30 giorni, emerge che la combinazione più diffusa risulta quella di alcol, tabacco e cannabis, pari al 63,4% (62,8% nei maschi e 64,2% nelle femmine). Percentuali decisamente inferiori si osservano se si considerano le assunzioni di alcol e cannabis, pari all'8,9% (11,6% per i maschi e 4,6% per le femmine) e di tabacco e cannabis, pari al 6,9% (5,8% per i maschi e 8,6% per le femmine).

Tabella 12: Distribuzione (%) degli studenti di 15-19 anni che hanno assunto più sostanze psicotrope, legali o illegali, negli ultimi 30 giorni, secondo diverse combinazioni delle sostanze assunte. Anni 2013-2014

	Maschi		Femmine		Totale	
	2013	2014	2013	2014	2013	2014
Alcol+Cannabis	10,9	11,6	5,0	4,6	8,6	8,9
Tabacco+Cannabis	5,7	5,8	8,2	8,6	6,7	6,9
Consumo di 2 sostanze - altro	1,6	2.6	4,0	3,8	2,5	3.0
Alcol+Tabacco+Cannabis	65,1	62,8	64,5	64.2	64,8	63,4
Consumo di 3 sostanze - altro	3,3	2,5	5,0	5,2	4,0	3,6
Più di 3 sostanze	13,5	14,6	13,2	13,6	13,4	14,2
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Fonte: Studio SPS-DPA 2013-2014 – Dipartimento Politiche Antidroga

Confrontando i dati relativi al biennio 2013-2014, sempre riferiti al consumo dichiarato negli ultimi 30 giorni, si osserva un incremento della prevalenza di studenti poliassuntori di sostanze (di cui almeno una illegale): nel 2013, il 15,9% degli studenti ha dichiarato di aver sperimentato il consumo di più sostanze, contro una prevalenza percentuale del 16,4% rilevata nel 2014.

Rispetto al profilo delle sostanze assunte, si osserva nell'ultimo anno un lieve aumento della propensione ad associare il consumo di alcol o tabacco con la cannabis; mentre risulta in calo la frequenza percentuale relativa all'associazione di alcol+tabacco+cannabis.

Nella tabella che segue vengono riportate le prevalenze condizionate di policonsumo con riferimento a diverse combinazioni delle seguenti sostanze legali ed illegali assunte negli ultimi 30 giorni: alcol, tabacco, cannabis, cocaina, eroina. Vengono presentati i valori delle frequenze percentuali di consumo di una determinata sostanza (indicata nell'intestazione delle colonne), calcolata condizionatamente a coloro che indicano di consumarne un'altra (riportata nell'intestazione delle righe).

Tabella 13: Distribuzione (%) della prevalenza condizionata di polieonsumatori nella popolazione scolastica 15-19 anni, secondo diverse combinazioni di sostanze assunte. Consumo dichiarato negli ultimi 30 giorni. Anno 2014

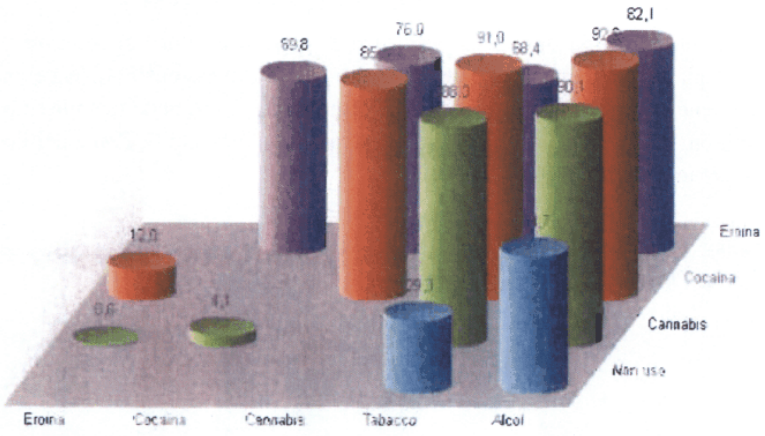
Sostanze	Alcol	Tabacco	Cannabis	Cocaina	Eroina
Non uso di sostanze illegali (83,8%)	54,7%	29,3%	-	-	-
Cannabis (15,5%)	90,1%	88,0%	-	4,1%	0,6%
Cocaina (0,85%)	92,6%	91,0%	85,1%	-	12,0%
Eroina (0,13%)	82,1%	68,4%	76,0%	69,8%	-

Fonte: Studio SPS-DPA 2014 – Dipartimento Politiche Antidroga

Il 15,5% degli studenti riferisce di aver consumato cannabis nell'ultimo mese; tra questi il 90,1% ha bevuto alcolici nello stesso periodo, l'88,0% ha fumato almeno una sigaretta, il 4,1% ha fatto uso di cocaina e lo 0,6% di eroina. Lo 0,85% degli studenti ha indicato di aver fatto uso di cocaina negli ultimi 30 giorni. Tra questi, il consumo di alcol nell'ultimo mese è attribuibile al 92,6% dei soggetti; il 91,0% riferisce inoltre di aver fumato sigarette; l'85,1% ha dichiarato di aver fatto uso anche di cannabis ed il 12,0% di eroina.

La prevalenza dei consumatori di eroina negli ultimi 30 giorni è risultata pari allo 0,13%; l'82,1% dei consumatori di questa sostanza ha assunto nello stesso periodo anche bevande alcoliche, il 68,4% ha fumato, il 76,0% ha fatto uso di cannabis ed il 69,8% di cocaina. Questi risultati evidenziano che mentre i consumatori di eroina, assumono in maggioranza anche cocaina (69,8%), ciò non si osserva tra coloro che assumono cocaina, i quali ricorrono al consumo congiunto di eroina con una percentuale nettamente inferiore (12,0%). La figura che segue illustra graficamente il consumo delle tre sostanze psicotrope illegali analizzate (cannabis, cocaina ed eroina), associato all'assunzione di alcol e tabacco.

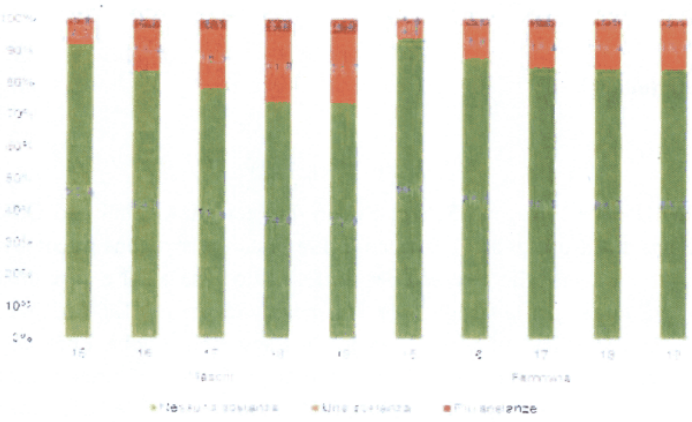
Figura 42: Distribuzione (%) della prevalenza condizionata di policonsumatori nella popolazione scolastica 15-19 anni, secondo diverse combinazioni di sostanze assunte. Consumo dichiarato negli ultimi 30 giorni. Anno 2014



Fonte: Studio SPS-DPA 2014 – Dipartimento Politiche Antidroga

Analizzando la distribuzione della popolazione scolastica, in base all'età, al genere ed al numero di sostanze illegali assunte negli ultimi 30 giorni, si osserva che tra i maschi la prevalenza di policonsumatori aumenta al crescere dell'età: si passa, infatti, dall'1,5% dei 15enni, al 3,1% dei 17enni, al 4,4% dei 19enni. I valori di prevalenza delle policonsumatrici di sostanze illegali risultano, invece, sostanzialmente stabili al variare dell'età (1,4%-2,3% circa).

Figura 43: Distribuzione (%) degli studenti in età 15-19 anni secondo il genere, l'età ed il numero di sostanze illegali assunte negli ultimi 30 giorni. Anno 2014

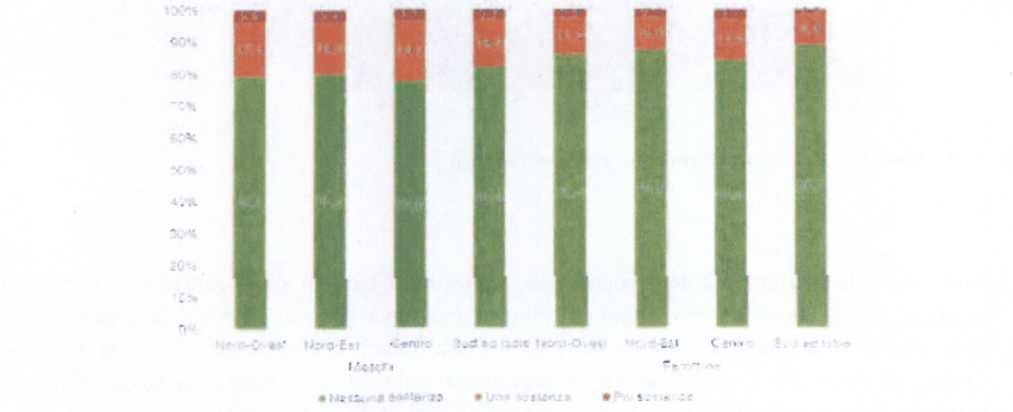


Fonte: Studio SPS-DPA 2014 – Dipartimento Politiche Antidroga

Per le femmine, la frequenza più elevata di policonsumatrici di sostanze illegali si rileva nell'Italia centrale (2,7%), mentre la più bassa si riscontra nell'Italia meridionale/insulare (1,2%). Nei maschi, invece, i valori delle prevalenze di policonsumatori di sostanze illegali negli ultimi 30 giorni risultano molto simili tra le diverse aree geografiche del Paese (2,7%-3,5%).

Con riferimento alla tipologia di scuola, frequenze di policonsumatori, di sostanze illegali negli ultimi 30 giorni, più elevate sono state osservate negli istituti professionali (4,3% nei maschi, 2,8% nelle femmine) e negli istituti e licei artistici (5,1% nei maschi, 2,8% nelle femmine); le prevalenze di policonsumo più basse si rilevano negli istituti tecnici, per i maschi (2,7%) e nei licei ed istituti ex-magistrali, per le femmine (1,6%).

Figura 44: Distribuzione (%) degli studenti in età 15-19 anni secondo il genere, l'area geografica ed il numero di sostanze illegali assunte negli ultimi 30 giorni. Anno 2014



Fonte: Studio SPS-DPA 2014 – Dipartimento Politiche Antidroga

2.2.2 Indagine ESPAD® – CNR 2014

Gli aspetti metodologici

ESPAD

Il progetto ESPAD (The European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs) è uno studio transnazionale sull'uso di alcol, tabacco e altre sostanze ad azione psicoattiva tra gli studenti europei. Promosso dal Consiglio Svedese per l'informazione su alcol e altre droghe e supportato dall'Osservatorio Europeo per le Droghe e le Tossicodipendenze (OEDT-EMCDDA), il progetto è stato realizzato per la prima volta nel 1995 in 26 Paesi dell'Unione Europea e negli anni ha coinvolto un numero sempre crescente di Paesi tanto che nel 2011 sono stati complessivamente 36. In Europa lo studio si ripete ogni quattro anni (l'ultimo, il sesto, è in corso di svolgimento), attraverso un questionario rivolto agli studenti di 15-16 anni, consente di raccogliere informazioni sul consumo di sostanze stupefacenti, di monitorarne le tendenze nel tempo e di effettuare confronti

tra i Paesi partecipanti, grazie all'utilizzo di metodi e strumenti standardizzati per la definizione di campioni rappresentativi a livello nazionale (*http://www.espad.org*).

ESPAD®Italia

ESPAD®Italia è uno studio sui comportamenti d'uso di alcol, tabacco e sostanze illegali da parte degli studenti italiani degli istituti secondari di secondo grado, ovvero di età compresa tra i 15 ed i 19 anni. Tale studio è stato realizzato dall'Istituto di Fisiologia Clinica del Consiglio Nazionale delle Ricerche (IFC-CNR) per la prima volta nel 1995 e dal 1999 viene ripetuto con cadenza annuale su un campione rappresentativo degli studenti iscritti alle scuole superiori presenti sul territorio nazionale (http://www.epid.ifc.cnr.it). L'indagine viene condotta seguendo lo standard della metodologia prevista dal progetto ESPAD che, in Europa, ha cadenza quadriennale (Hibell et al., 2012)
La rilevazione in Italia viene effettuata ogni anno tra Marzo e Aprile. Il questionario ESPAD®Italia, oltre a rilevare alcune caratteristiche socio-culturali degli intervistati e studiare i consumi di sostanze quali tabacco, alcol, psicofarmaci, doping e altre sostanze psicoattive illecite, contiene vari strumenti standardizzati per la rilevazione di disturbi alimentari, del gioco d'azzardo problematico così come dell'uso di internet. Per quanto riguarda il consumo di sostanze, vengono studiate le esperienze d'uso delle sostanze nella vita, negli ultimi 12 mesi e negli ultimi 30 giorni. Nel 2014 lo studio ha coinvolto oltre 30mila studenti di 405 istituti scolastici secondari di secondo grado in Italia, con tasso di rispondenza delle scuole pari all'85%.

Campionamento

Il piano di campionamento prevede ogni anno l'estrazione di un campione casuale stratificato a tre stadi. Primo stadio: la stratificazione delle province italiane sulla base di due variabili, area geografica (Nord, Centro, Sud e Isole) e densità abitativa. Le province vengono estratte casualmente e in modo proporzionale alla dimensione dello strato. Qualora le risorse economiche lo permettano vengono estratte comunque tutte le province, procedendo nel campionamento direttamente dal secondo stadio. Secondo stadio: le scuole all'interno delle province sono stratificate per tipologia di istituto (Licei, Istituti Artistici, Professionali e Tecnici) e per dislocazione geografica (metropolitana e non metropolitana) e vengono estratte casualmente e proporzionalmente secondo tale stratificazione. Terzo stadio: una quota fissa di classi viene casualmente estratta da ogni strato (tale frazione può variare sensibilmente in relazione alle risorse economiche a disposizione). Questo procedimento ha permesso un notevole abbattimento dei costi e dei tempi di realizzazione dell'indagine, anche se ha reso necessaria una procedura di ponderazione al fine di ottenere le stime nazionali. La procedura di ponderazione si è basata su una post-stratificazione per genere in accordo con la distribuzione della popolazione scolarizzata a livello regionale[39] Per quanto riguarda la dimensione campionaria, dato che gli indicatori da rilevare sono disomogenei e comprendono sostanze di grande diffusione (alcol) e sostanze con una

39 *http://dati.istat.it/Index.aspx?DataSetCode=DCIS_SCUOLESECOND2*

prevalenza molto bassa (eroina), un disegno di campionamento che assicuri prefissati livelli di precisione per tutte le stime prodotte non è attuabile. Si è deciso di adottare quindi una strategia basata su una valutazione degli errori delle stime a livello nazionale dell'uso di eroina negli ultimi dodici mesi, con possibile riferimento a domini territoriali di interesse (regionale e/o provinciale a seconda delle risorse a disposizione). La dimensione del campione teorico in termini di studenti, prefissato a livello nazionale in base ai criteri riferiti alla strategia di cui sopra, è pari almeno all'1% degli studenti iscritti.

Procedure per lo svolgimento dello studio

Lo svolgimento dell'indagine prevede vari passaggi, dal primo contatto con le scuole fino al rientro del materiale direttamente al Consiglio Nazionale delle Ricerche. Una volta individuate le scuole nel piano di campionamento, viene implementato uno specifico database per raccogliere tutte le informazioni relativo alle scuole contattate: nome, numero di contatti, e breve descrizione testuale degli stessi, data di adesione, difficoltà emerse durante la somministrazione dei questionari (real time), informazioni sul rientro dei questionari, sulla somministrazione dei questionari (classi nelle quali è stato somministrato, numero di questionari). Il contatto con le scuole avviene all'inizio dell'anno scolastico. Se la scuola accetta di partecipare al progetto, si procede all'invio del materiale necessario alla somministrazione: lettera illustrativa del progetto, questionari da somministrare agli studenti, busta anonima dove sigillare ogni questionario, istruzioni per la somministrazione, scheda classe da compilare, istruzioni per la restituzione del materiale. Nessuna spesa è a carico della scuola. Per la somministrazione del questionario il professore incaricato e gli studenti sono tenuti a seguire le procedure standard adottate e condivise a livello europeo (Hibell et al., 2012). Agli studenti viene comunicato che la partecipazione è volontaria e del tutto anonima. A garanzia del più completo anonimato, i questionari vengono compilati senza riportare alcun dato identificativo (nome, cognome, data di nascita), ogni questionario viene poi sigillato e inserito in una busta dallo studente stesso e la busta viene quindi riposta in una scatola chiusa con un'unica fessura nella parte superiore (simile alle urne elettorali). Sono necessari circa 45 minuti per compilare l'intero questionario. I pacchi vengono inviati e aperti presso il CNR. I questionari da inserire sono codificati secondo l'identificativo della scuola e della classe, ma i risultati vengono presentati solo in forma aggregata e non viene divulgata alcuna informazione relativa alla classe e alla scuola partecipante all'indagine.

Procedura di verifica dell'acquisizione e analisi affidabilità del database

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

La tecnologia OCR consente di memorizzare automaticamente le informazioni "scritte" attraverso una opportuna conversione dei dati basata sul riconoscimento ottico dei caratteri. Le fasi del processo di lavorazione con OCR prevedono lo scanning delle informazioni presenti (scan), l'interpretazione dei dati riconosciuti (interpret), la verifica della bontà degli stessi (verify) mediante postazioni PC monitorate da operatori. L'output finale (transfer) viene restituito nei

formati elettronici standard, idonei all'import su database e alla elaborazione. Per il processo di verifica della qualità dei dati, viene estratto un campione di questionari compilati da acquisire nuovamente allo scanner e da sottoporre alle fasi di lavorazione OCR. Se i risultati dell'output della seconda acquisizione OCR sono congruenti con i risultati della prima, il controllo qualità si ritiene eseguito con successo. Al fine di ridurre il numero delle variabili 'not valid' ed identificare i falsi missing, spesso generati da un eccessivo/insufficiente annerimento delle caselle presenti nel questionario cartaceo, vengono verificati i valori di risposta acquisiti su set di variabili, suddivise nelle principali aree di interesse (genere, età, alcol, cannabis, ecc.), risalendo dai valori dell'output dati elettronico alla corrispondente scannerizzazione del questionario. Una volta ottenuto il set completo di dati, prima di procedere con le analisi, viene verificata la consistenza delle risposte fornite nei questionari. Seguendo gli standard adottati a livello europeo, vengono eliminati i questionari che presentano: più del 50% di mancata risposta, risposte sistematiche (per esempio aver risposto sempre allo stesso item in colonna), risposte incongruenti (per esempio: aver usato tutte le sostanze 40 o più volte negli ultimi 30 giorni), inconsistenza di almeno una risposta sull'uso di sostanze (per esempio aver risposto di aver fatto uso nei dodici mesi e non nella vita).

Analisi della affidabilità delle nuove domande

Nel caso in cui si renda necessario aggiungere o cambiare alcune domande del questionario, una procedura di test-retest viene condotta in un campione minimo di 5 scuole. Sullo stesso campione viene condotto lo studio a distanza di 3 settimane al fine di analizzare e migliorare l'affidabilità e la consistenza delle risposte alle nuove domande (i questionari delle due somministrazioni vengono linkati mediante codici anonimi) (Molinaro et al., 2012). Un gruppo di controllo composto di 40 scuole viene campionato a parte per testare possibili differenze nelle risposte tra il nuovo ed il precedente questionario, al fine di evitare distorsioni nella comparabilità temporale delle evidenze.

I consumi di sostanze psicoattive

Nell'anno che ha preceduto lo svolgimento dell'ultima indagine il 27% degli studenti italiani ha utilizzato almeno una sostanza illegale: di questi, l'85% ha fatto uso di una sola sostanza e circa il 15% possono essere considerati policonsumatori, quelli cioè che hanno usato 2 o più sostanze illecite durante l'anno.

Tra tutte le sostanze illegali, la cannabis è la sostanza psicoattiva maggiormente utilizzata, mentre l'eroina è la meno diffusa, con cocaina, stimolanti ed allucinogeni che si pongono in posizione intermedia. Il genere maschile è più esposto al comportamento di consumo di tutte le sostanze, con un rapporto di genere, per quanto riguarda il consumo durante l'anno, che oscilla tra 1,5 per la cannabis, 1,9 per gli stimolanti e 2,2 per le altre sostanze illegali (Molinaro et al., 2011). È importante evidenziare che tra gli studenti maggiorenni le prevalenze riferite al consumo nella vita e a quello recente risultano superiori a quelle dei 15-17enni, fatta eccezione per l'eroina per la quale le prevalenze risultano del tutto simili. La differenza risulta altresì irrilevante quando si fa riferimento al consumo corrente e a quello frequente: le prevalenze riferite al consumo nel mese antecedente la somministrazione del questionario e a quello frequente rilevate tra gli studenti minorenni risultano del tutto simili a quelle dei maggiorenni, sia tra i maschi che tra le femmine.

Si stima che circa il 2,5% degli studenti di 15-19 anni abbia assunto almeno una volta nella vita sostanze psicoattive "sconosciute", senza sapere di cosa si trattasse. Il 56% circa di questi studenti

le ha assunte per non più di 2 volte, ma per il 23% si è trattato di ripetere l'esperienza oltre 10 volte.

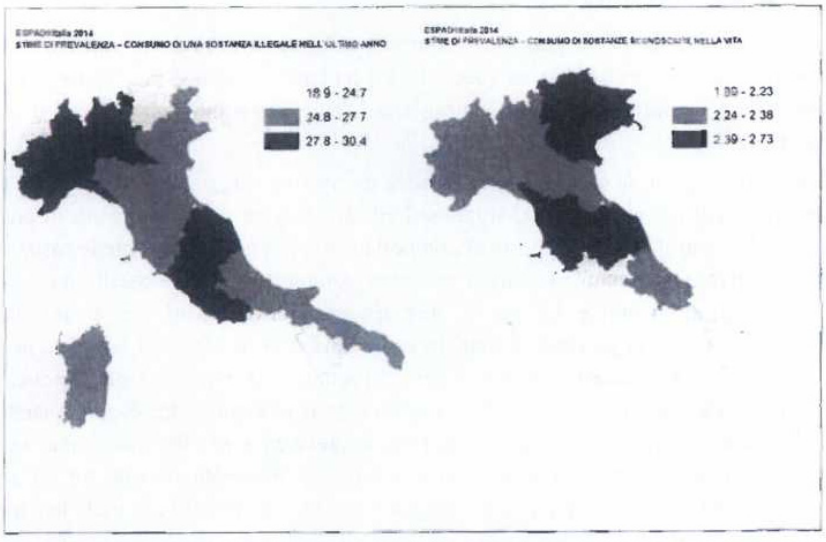
Rispetto alla forma delle sostanze assunte, il 53% di questi studenti ha assunto un miscuglio di erbe sconosciute, per il 47% le sostanze non note si presentavano in forma liquida e per il 43% erano sotto forma di pasticche/pillole. Rispetto al genere, quasi il 3% dei maschi e poco meno del 2% delle femmine ha consumato sostanze psicoattive senza sapere cosa fossero. Gli utilizzatori di sostanze psicoattive "sconosciute" sono in misura maggiore tra coloro che durante l'anno hanno utilizzato sostanze diverse dalla cannabis rappresentano infatti il 7% tra chi ha utilizzato unicamente cannabis contro il 36% di chi ha utilizzato cocaina, stimolanti e/o allucinogeni e quasi il 60% di chi ha utilizzato eroina).

Sono le regioni site a Nord-Ovest della penisola (Piemonte, Liguria, Lombardia) e al Centro (Lazio, Umbria, Marche) a far registrare prevalenze di consumatori di almeno una sostanza illegale nell'ultimo anno superiori alla media nazionale (con valori compresi tra 27,8% e 30,4%). Le regioni meridionali, ad eccezione di quelle adriatiche ma con l'aggiunta di Valle d'Aosta, Trentino Alto Adige e Friuli Venezia Giulia, fanno registrare prevalenze al di sotto del valore nazionale (18,8% - 24,7%).

Gli studenti che invece hanno consumato nella vita almeno una sostanza a loro sconosciuta, riportando valori superiori alla media nazionale, si concentrano nella parte Nord-Orientale (Trentino Alto Adige, Veneto e Friuli Venezia Giulia) e al Centro-Nord (Toscana, Umbria e Marche) con valori compresi tra 2,4% e 2,7%. Al sud e nelle isole, con l'aggiunta della regione Lazio, si rilevano prevalenze al di sotto del valore nazionale (1,9% - 2,2%).

Figura 45: Stime di prevalenza degli studenti italiani che hanno consumato almeno uua sostanza illegale nell'ultimo anno e sostanze sconosciute nella vita. Anno 2014

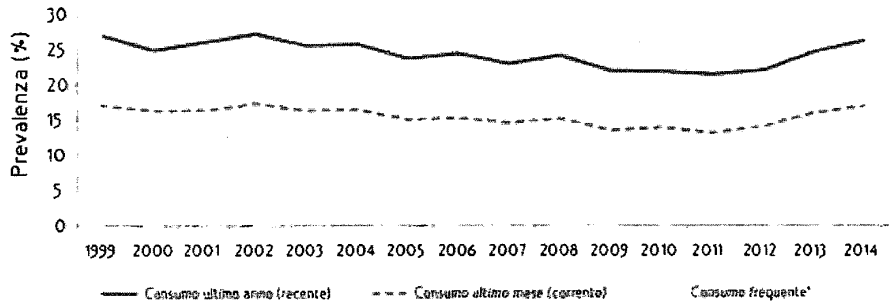
a) Almeno una sostanza illegale **b) Sostanze sconosciute**



Il consumo di cannabis

Il consumo di cannabis, dopo un andamento decrescente, nel corso degli ultimi anni ha fatto registrare una ripresa, soprattutto rispetto ai "*frequent users*" (coloro cioè che hanno consumato la sostanza venti o più volte nel mese antecedente lo svolgimento dello studio), i quali dal 2,5% degli studenti, rilevato negli anni 2009-2011, passano al 2,8% nel 2012 all'attuale 3,7%.

Figura 46: Stime di prevalenza degli studenti italiani che hanno consumato cannabis. Trend anni 1999-2014

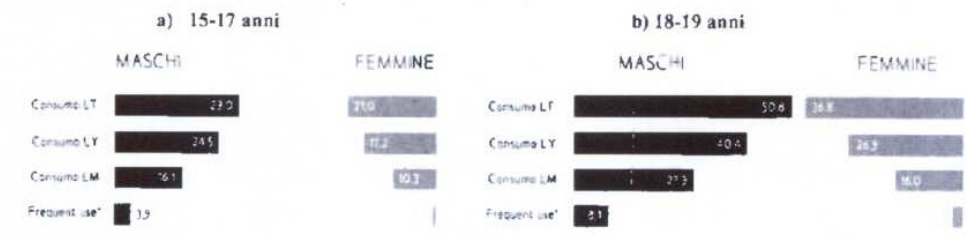


* 20 o più volte negli ultimi trenta giorni
ESPAD®Italia

Un terzo degli studenti italiani di 15-19 anni ha provato cannabis almeno una volta nella vita (38,1% dei maschi e 27,6% delle femmine), mentre il 26,3% l'ha utilizzata nei 12 mesi precedenti lo studio, con la prevalenza annuale maschile superiore a quella femminile (31,1% e 21,3%).

I *"current users"*, coloro cioè che hanno utilizzato cannabis nei 30 giorni antecedenti alla somministrazione del questionario, rappresentano il 17% degli studenti italiani (21% tra i maschi e 12,7% tra le femmine) e di questi poco più di uno studente ogni quattro è anche *"frequent user"* (ha, cioè, consumato la sostanza venti o più volte nel mese antecedente), pari al 3,7% di tutti gli studenti italiani. È nel genere maschile e tra i maggiorenni che si riscontrano le prevalenze superiori, in riferimento a tutti gli intervalli temporali di consumo.

Figura 47: Stime di prevalenza degli studenti italiani che hanno consumato cannabis. Anno 2014



LT= LifeTime (almeno una volta nella vita); LY= Last Year (almeno una volta negli ultimo dodici mesi); LM= Last Month (almeno una volta negli ultimi trenta giorni) ; Frequent use= 20 o più volte negli ultimi trenta giorni.
ESPAD®Italia 2014

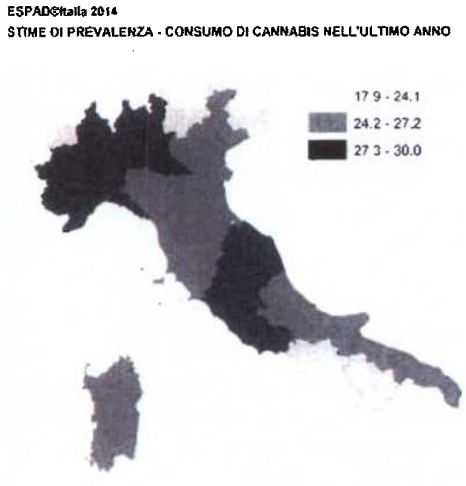
Il 42% degli studenti italiani, che abbiano o meno consumato cannabis, ritiene che sia facile potersela procurare e ne sono più convinti coloro che la utilizzano, in particolar modo i frequent users (92% contro l'82% dei consumatori recenti).

Un terzo degli studenti concorda che i luoghi più frequentati dai giovani sono anche quelli dove si potrebbe facilmente reperire cannabis: strada, giardini e parchi. Tra coloro che usano frequentemente cannabis il 74% ritiene di poterla facilmente trovare in strada e il 55% dallo spacciatore. Tra i ragazzi che hanno utilizzato cannabis durante gli ultimi trenta giorni il 15% ha speso 50 euro o più nell'ultimo mese, il 26% non ne ha spesi più di 10 ed il 34%, invece, non ha sostenuto alcuna spesa. Tra i frequent users il 48% ha speso oltre i 50 euro e 6% non ha speso più di 10 euro.

Analisi del consumo di cannabis nelle regioni italiane: il consumo recente negli ultimi 10 anni

Nelle regioni del Nord-Italia e nelle Isole maggiori si conferma l'andamento nazionale: le prevalenze hanno una tendenza a diminuire leggermente fino al 2010-2011 per tornare ad aumentare costantemente negli anni successivi. Nello stesso periodo, nelle regioni del Centro e del Sud-Italia le prevalenze restano abbastanza stabili, anche se un leggero incremento dei consumi si osserva a partire dal 2012-2013. La Valle d'Aosta è l'unica regione che nell'ultima indagine registra un calo delle prevalenze passando dal 27,8% del 2013 a 22,7%. Sono le regioni nord-occidentali (Piemonte, Liguria, Lombardia) e centrali (Lazio, Umbria, Marche) a far registrare prevalenze di consumatori nell'ultimo anno superiori alla media nazionale (con valori compresi tra 27% e 30%). Sono, invece, le regioni meridionali, ad eccezione di quelle che si affacciano sul Mare Adriatico, con l'aggiunta di Valle d'Aosta, Trentino Alto Adige e Friuli Venezia Giulia, a far registrare prevalenze al di sotto del valore nazionale (tra 17,9% e 24.1%). È l'Umbria a far registrare la prevalenza maggiore nel 2014 (30%), mentre la Calabria riporta quella più bassa (17,9%).

Figura 48: Stime di prevalenza degli studenti italiani che hanno consumato cannabis nell'ultimo anno. Anno 2014



ESPAD ® Italia 2014

Il consumo problematico di cannabis

Considerata la diffusione di questa sostanza psicoattiva, nello studio ESPAD®Italia, con lo scopo di definire e monitorare il grado di problematicità del consumo *recente* di cannabis, è stato inserito il test di screening CAST–*Cannabis Abuse Screening Test* (Legleye et al., 2007), opportunamente validato a livello nazionale (Bastiani et al., 2013). Sono il 6% gli studenti italiani per i quali il consumo di cannabis è definibile "problematico", corrispondenti al 22,7% di coloro che hanno assunto la sostanza durante l'anno, circa 1 ogni 4. Non si evidenziano differenze tra maggiorenni (22.9%) e minorenni (22,4%), mentre percentuali superiori si registrano tra i maschi (26,5% contro 17,1% delle coetanee). Tuttavia è interessante notare che un terzo dei consumatori frequenti risulta non avere un profilo problematico, così come circa la metà dei consumatori con uso problematico non ha un consumo frequenti.

Tra i consumatori problematici di cannabis, il 35% è un policonsumatore di sostanze illegali. Il 30% è anche un forte fumatore (10 o più sigarette al giorno), il 18% beve alcolici quotidianamente o quasi, ed il 6% ha frequentemente utilizzato psicofarmaci senza prescrizione medica nell'ultimo mese (10 o più volte).

Per l'80% dei consumatori problematici fumare cannabis quando ci si ritrova con gli amici è una pratica comune e circa la metà di questi (48%) lo fa tutti i giorni o quasi. Un terzo dei consumatori problematici ha speso oltre 50 euro negli ultimi 30 giorni per acquistare la sostanza ed il 91% ritiene che sia facile procurarsela, anche on-line (12%) ma soprattutto in strada (73%).

Rispetto a coloro che non hanno utilizzato cannabis durante l'anno o agli occasionali (cioè coloro che hanno consumato cannabis al massimo 10 volte negli ultimi dodici mesi, ovvero il 60% dei consumatori recenti), tra i consumatori problematici la quota di chi ritiene che i propri risultati scolastici siano scarsi risulta ampiamente superiore (14,3% contro il 4% dei non consumatori ed il 5,8% dei consumatori occasionali) così come la quota di chi, nel mese antecedente la rilevazione, ha fatto 7 o più giorni di assenza per mancanza di motivazione (9,8% contro 1,4% dei non consumatori e 2,9% di quelli occasionali). Il 64,3% degli studenti con un profilo problematico di consumo di cannabis ha avuto esperienze di risse ed il 24,4% ha fatto incidenti mentre era alla guida di un veicolo (contro rispettivamente il 37,1% e 7,2% dei non consumatori ed il 50,1% e 12,8% di quelli occasionali).

The Cannabis Abuse Screening Test

È una scala di screening composta da 6 domande che descrivono il comportamento d'uso o eventuali esperienze problematiche vissute a causa dell'utilizzo della sostanza e misura la frequenza dei seguenti eventi nei dodici mesi precedenti all'intervista:

a) Hai mai fumato cannabis prima di mezzogiorno?

b) Hai mai fumato cannabis da solo?

c) Hai mai avuto problemi di memoria dopo aver fumato cannabis?

d) Gli amici dei tuoi familiari ti hanno mai detto che dovresti ridurre il tuo uso di cannabis?

e) Hai mai provato a ridurre o a smettere di consumare cannabis senza riuscirci?

f) Hai mai avuto problemi a causa del tuo uso di cannabis (discussioni, risse, incidenti, brutti voti a scuola, ecc.)?

Le risposte si distribuiscono lungo una scala a 5 punti (0 "mai", 1 "di rado", 2 "di tanto in tanto", 3 "piuttosto spesso" e 4 "molto spesso"). Nella versione originale denominata CAST binario (Legleye et al., 2007) l'attribuzione del punteggio varia a seconda dell'item ed il punteggio totale può variare da 0 a 6, dove uno score totale ≥2 definisce un comportamento problematico.

Legleye e collaboratori (2011) hanno testato e validato anche una versione del CAST denominata Full-version, che non prevede soglie diverse tra le alternative di risposta ma, ad ogni items, viene assegnato la stesso punteggio a seconda dell'alternativa di risposta segnata, cosicché il punteggio totale risulta compreso tra 0 a 24. Un comportamento problematico è identificato da uno score totale ≥3.

Lo studio di validazione Italiano del CAST (Bastiani et al., 2013) è stato sviluppato mediante un'analisi dell'equidistanza tra le diverse alternative di risposta per ognuno dei 5 items. Il punteggio totale della versione Italiana (CAST-MCA) prevede, quindi, un algoritmo che somma i pesi attribuendo differente importanza alle diverse opzioni di risposta. Il punteggio totale di questa versione è compreso tra 0 a 24, definendo comportamento problematico uno score totale ≥7.

Il consumo di cocaina

Le prevalenze riferite al consumo *recente* di cocaina, ovvero almeno una volta negli ultimi dodici mesi, tra gli studenti italiani di 15-19 anni hanno fatto registrare una sostanziale stabilità fino al 2005 seguita da un graduale e progressivo incremento fino all'anno 2007, per decrescere successivamente e attestarsi a valori intorno a 2,6%-2,8% negli ultimi quattro anni. Una Sostanziale stabilità si osserva per le prevalenze riferite al consumo *corrente*, avvenuto nei trenta giorni

antecedenti lo svolgimento dello studio, che dal 2% rilevato nell'anno 2007 passano a valori intorno a 1,6%-1,7% nel corso delle ultime cinque rilevazioni. In aumento risultano le prevalenze riferite ai *"frequent users"*, a coloro cioè che hanno utilizzato cocaina dieci o più volte nell'ultimo mese: passano da 0,3% degli anni 2002-2006 a 0,6% del 2009 a 0,8% degli ultimi 2 anni.

Figura 49: Stime di prevalenza degli studenti italiani che hanno consumato cocaina. Trend anni 2000-2014

*Frequent use= 10 o più volte negli ultimi trenta giorni
ESPAD®Italia

Sono il 2,6% gli studenti che nel 2014 riferiscono di aver utilizzato cocaina durante l'anno e l'1,6% i *"current users"*, ossia coloro che l'hanno consumata nel mese prima dello svolgimento dello studio. Sono soprattutto gli studenti di genere maschile ad averla utilizzata e gli studenti maggiorenni. Tra i *"current users"* sono la metà coloro che hanno consumato cocaina frequentemente: anche in questo caso sono i maschi ed i maggiorenni a risultare in quota superiore.

Figura 50: Stime di prevalenza degli studenti italiani che hanno consumato cocaina. Anno 2014

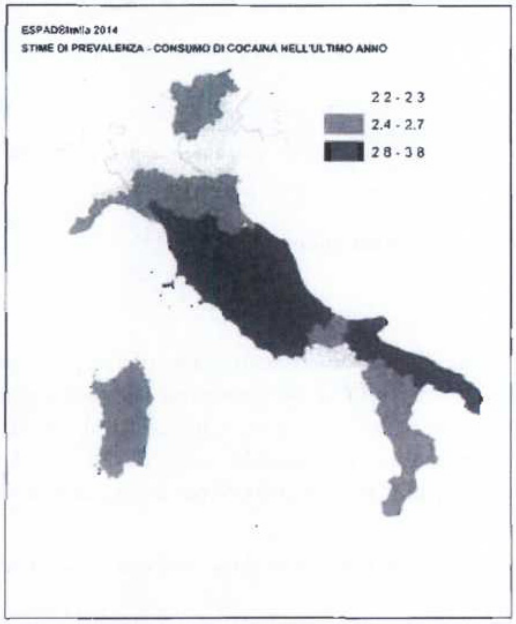
LT= LifeTime (almeno una volta nella vita); LY= Last Year (almeno una volta negli ultimo dodici mesi); LM= Last Month (almeno una volta negli ultimi trenta giorni) ; Frequent use= 10 o più volte negli ultimi trenta giorni.
ESPAD®Italia 2014

Analisi del consumo di cocaina nelle regioni italiane: il consumo recente negli ultimi 10 anni

La tendenza registrata per i consumi *recenti* a livello nazionale si ripete per tutte le regioni del Paese che, dopo i picchi del 2007, tendono ad una diminuzione, più leggera nel Sud-Italia e nelle Isole e maggiore nel Centro e nel Nord-Italia, sino all'assestamento tra il 2011 e il 2014 per tutte le regioni. Solo in Umbria dal 2012 le prevalenze tornano a incrementare passando da 2,8% del 2008

a 3,8% del 2014. Nell'ultima indagine anche in Trentino Alto Adige si registrano leggeri aumenti a differenza del resto delle regioni italiane. Fatta eccezione per la regione Puglia, sono concentrate tutte al Centro-Italia le regioni che riportano prevalenze di consumatori nell'ultimo anno superiori alla media nazionale (con valori maggiori a 2,8%), mentre si collocano al Nord (a esclusione del Trentino Alto Adige), con l'aggiunta di Campania e Sicilia, le regioni che fanno registrare prevalenze al di sotto del dato nazionale (con valori inferiori a 2,3%).

Figura 51: Stime di prevalenza degli studenti italiani che hanno consumato cocaina nell'ultimo anno. Anno 2014



ESPAD®Italia 2014

Il 14% degli studenti ritiene sia facile reperire cocaina. Per entrambi i generi al crescere dell'età aumenta la facilità a reperire la sostanze: a 15 anni la prevalenza è dell'8% per entrambi i generi, ma al crescere dell'età le prevalenze dei maschi arrivano, tra i 19enni, a superare il 22%, tra le coetanee il 15%. Non si rilevano differenze tra le diverse tipologie di consumatori rispetto alla facilità a reperire la sostanza (75% tra i consumatori recenti e 76% tra i consumatori frequenti).

È soprattutto per strada (11%) che gli studenti ritengono di poterla reperire facilmente così come in discoteca (11%) o direttamente da uno spacciatore (9%). Le differenze tra maschi e femmine vedono i

primi riportare prevalenze più alte, soprattutto rispetto alla strada (M=13%; F=9%) e allo spacciatore (M=10%; F=7%). Chi ha consumato cocaina nell'ultimo anno ha indicato lo spacciatore come il luogo presso cui reperire più facilmente la sostanza (41%) seguito dalla strada (39%) e dalla discoteca (38%). Poco diversa la distribuzione dei consumatori frequenti, per i quali il posto maggiormente indicato è sempre lo spacciatore (40%) a seguire discoteca e strada (rispettivamente 37% e 34%).

Un quarto dei consumatori correnti ha speso oltre 90€ mentre il 34% riferisce di non aver speso nulla. La situazione è diversa tra i consumatori frequenti: superano il 44% quelli che hanno speso oltre 90€ e non raggiungono il 23% quelli che non hanno speso denaro per procurarsi la sostanza.

Il consumo di stimolanti ed allucinogeni

Le prevalenze annuali riferite a queste sostanze psicoattive evidenziano la stessa diffusione: il 2,6% degli studenti italiani ha utilizzato stimolanti (es. amfetamine ed ecstasy) ed il 2,4% ha fatto uso di allucinogeni (es. LSD e funghi allucinogeni), sono rispettivamente l'1,6% e 1,4% i *"current users"* (coloro che hanno consumato nel mese antecedente lo svolgimento della survey). Come evidenziato nel caso della cocaina, quasi la metà dei "current users" è anche un "frequent user": lo 0,8% degli studenti italiani ha utilizzato stimolati almeno 10 volte nel corso dei 30 giorni antecedenti la somministrazione del questionario e una quota altrettanto consistente ha utilizzato allucinogeni con la stessa frequenza. Negli anni le prevalenze annuali dal 2003 al 2008 seguono un andamento progressivamente crescente (da 1,9% a 2,8% per gli stimolanti e da 2,2% a 2,9% per gli allucinogeni), mentre è dal 2012 che tendono a rimanere costanti, con valori pari a 2,5% nel caso del consumo di allucinogeni ed intorno a 2,6-2,8% per gli stimolanti. Sono le prevalenze riferite al *"current use"* che fanno registrare una tendenza all'aumento, così come quelle riferite al "*frequent use*" (10 o più volte nell'ultimo mese) mostrando, comunque, una stabilizzazione nel corso delle ultime tre rilevazioni. Rispetto alle sostanze stimolanti le prevalenze riferite ai *"current users"* passano da 0,9% del 2003 a 1,3% nel 2009 a 1,6-1,7% nelle ultime due rilevazioni, mentre quelle dei *"frequent users"* da 0,2% degli anni dal 2003 al 2005 a 0,6% nel 2009 a 0,8% nelle ultime tre rilevazioni. Anche per quanto riguarda i consumi di allucinogeni si osserva la stessa tendenza: le prevalenze riferite ai "*current users*" passano da 0,8% del 2005 a 1,2% nel 2007 a 1,3-1,4% nelle ultime due rilevazioni, così come nei rispettivi anni le prevalenze dei "*frequent users*" passano da 0,2% a 0,4% a 0,8% nelle ultime due rilevazioni.

Figura 52: Stime di prevalenza degli studenti italiani che hanno consumato stimolanti. Trend anni 2003-2014

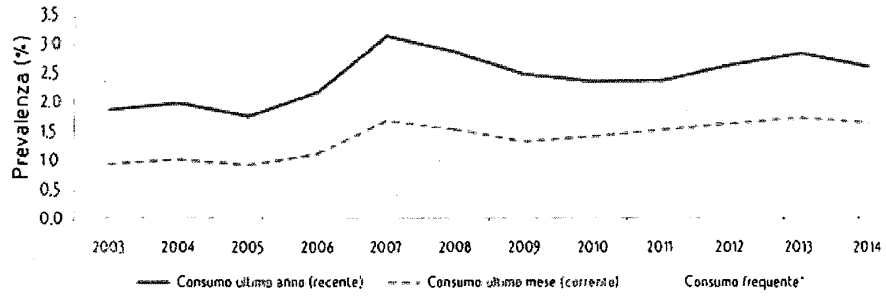
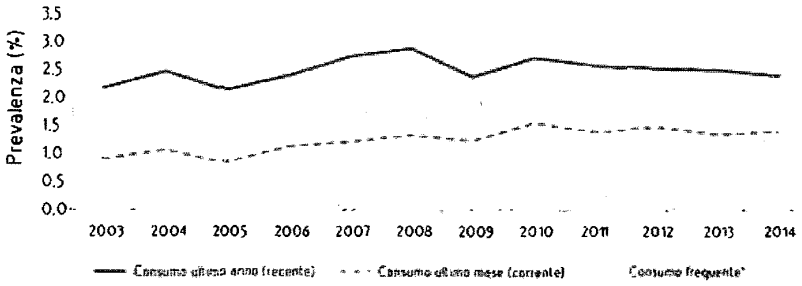


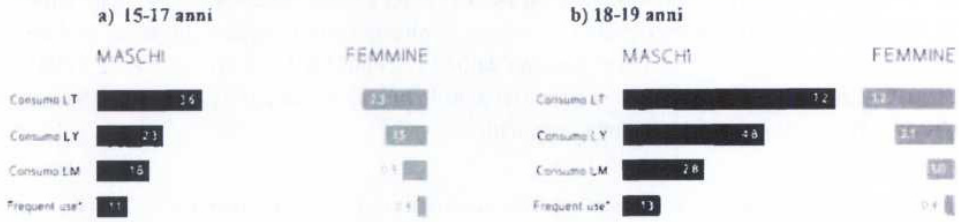
Figura 53: Stime di prevalenza degli studenti italiani che hanno consumato allucinogeni. Trend anni 2003-2014



*Frequent use= 10 o più volte negli ultimi trenta giorni
ESPAD®Italia

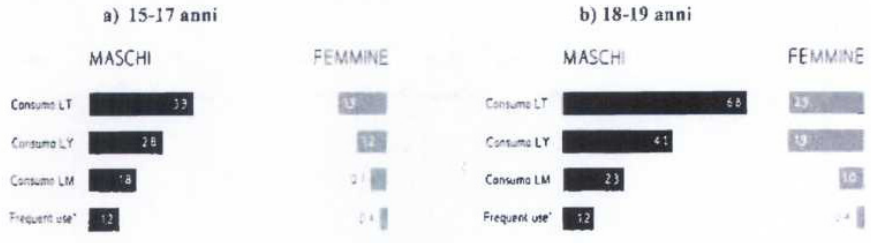
Anche in questo caso, sono soprattutto gli studenti di genere maschile ad utilizzare queste sostanze, così come i maggiorenni.

Figura 54: Stime di prevalenza degli studenti italiani che hanno consumato stimolanti. Anno 2014



LT= LifeTime (almeno una volta nella vita); LY= Last Year (almeno una volta negli ultimo dodici mesi); LM= Last Month (almeno una volta negli ultimi trenta giorni) ; Frequent use= 10 o più volte negli ultimi trenta giorni.
ESPAD®Italia 2014

Figura 55: Stime di prevalenza degli studenti italiani che hanno consumato allucinogeni. Anno 2014



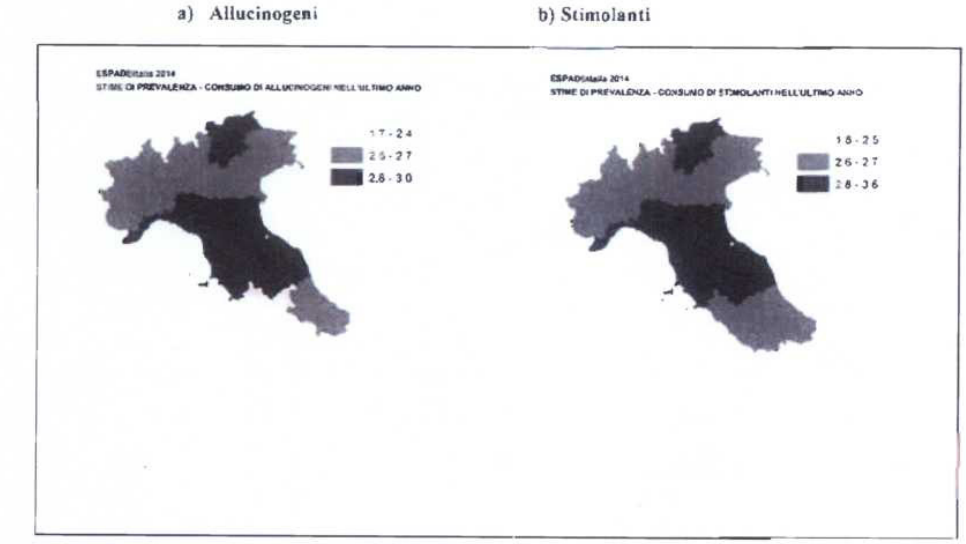
LT= LifeTime (almeno una volta nella vita); LY= Last Year (almeno una volta negli ultimo dodici mesi); LM= Last Month (almeno una volta negli ultimi trenta giorni) ; Frequent use= 10 o più volte negli ultimi trenta giorni.
ESPAD®Italia 2014

Analisi del consumo di stimolanti e allucinogeni nelle regioni italiane: il consumo recente negli ultimi 10 anni

I trend all'interno delle regioni italiane sono differenti per le due tipologie di sostanze sintetiche: a livello di macro area risulta più omogeneo quello degli stimolanti rispetto a quello degli allucinogeni, per i quali difatti si assiste ad un andamento altalenante. Per quanto riguarda gli stimolanti, si osservano incrementi in tutte le regioni dal 2005 al 2007. Successivamente, il consumo rimane costante nelle regioni del Sud-Italia e tende a diminuire gradualmente nelle Isole. Decrementi sostanziali dei consumi si osservano, invece, dal 2007 al 2009-2010 per tutte le regioni del Nord e del Centro, con ulteriori incrementi a partire dal 2011. Per gli allucinogeni si osservano incrementi dal 2005 al 2008 in tutte le regioni, anche se di minore entità nelle Isole. Negli anni successivi il trend nelle Isole è diverso da quello del resto d'Italia: se in queste si osserva un andamento altalenante, con picchi di consumo sia nel 2009 che nel 2012, nel resto d'Italia è proprio nel 2009 che i consumi diminuiscono, soprattutto al Nord, per riprendere ad aumentare nel 2010 e stabilizzarsi negli anni ultimi anni.

Nel 2014 è sempre la Sicilia, per entrambe le tipologie di sostanza, a riportare le prevalenze inferiori (allucinogeni=1,7%; stimolanti=1,9%); sono, invece, la Liguria per gli allucinogeni (3%) e l'Umbria (2,6%) per gli stimolanti a far registrare le prevalenze maggiori.-A differenza di quanto rilevato per eroina e cocaina, per allucinogeni e stimolanti le prevalenze di consumo durante l'anno risultano inferiori alla media nazionale nelle regioni del Sud-Italia, con l'aggiunta di Sicilia e Sardegna, ma anche Lazio per gli allucinogeni (con valori inferiori a 2,4% per allucinogeni e 2,5% per stimolanti). Sono, invece, le regioni Trentino Alto Adige, Liguria, Emilia Romagna, Toscana, Umbria e Marche a porsi con valori superiori a quello di riferimento nazionale, riportando prevalenze superiori a 2,8% per entrambe le sostanze.

Figura 56: Stime di prevalenza degli studenti italiani che hanno consumato allucinogeni e stimolanti nell'ultimo anno. Anno 2014



ESPAD®Italia 2014

L'11% degli studenti a riferito di poter reperire facilmente stimolanti, così come il 69% dei consumatori recenti e l'80% dei consumatori frequenti.

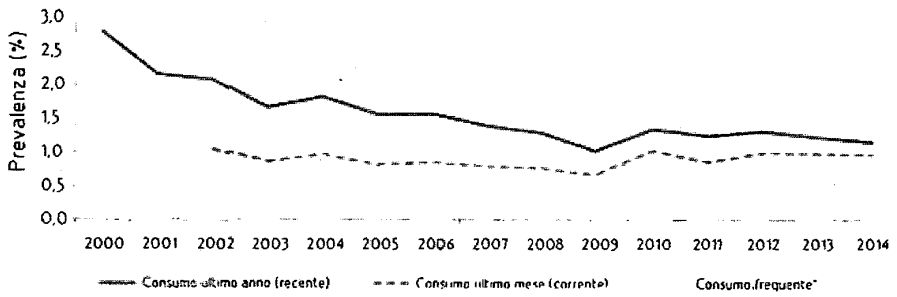
I luoghi dove gli studenti pensano di poter reperire facilmente stimolanti sono la discoteca (10%), la strada (8,5%), le manifestazioni pubbliche (8%) e tramite uno spacciatore (6,5%). I maschi sembrano avere meno difficoltà a individuare luoghi dove recuperare la sostanza, riportando sempre prevalenze maggiori rispetto alle femmine. La discoteca resta il luogo maggiormente indicato anche dai consumatori recenti (44%), seguita dalle manifestazioni pubbliche (35%) e dallo spacciatore (34%).

Il 12% degli studenti ritiene che gli allucinogeni siano di facile reperimento, in particolare tra i consumatori recenti e tra i frequent users (75%). Come per gli stimolanti sono la discoteca, la strada (entrambe oltre il 7%), le manifestazioni pubbliche e tramite uno spacciatore (entrambi al 6%) i luoghi nei quali gli studenti pensano di poter reperire facilmente allucinogeni. Anche in questo caso i maschi riportano prevalenze superiori per tutti i luoghi indagati, soprattutto rispetto alla strada (M=9,2%; F=5,9%). Il contatto con lo spacciatore è il luogo indicato di maggior reperibilità per chi ha assunto allucinogeni negli ultimi 30 giorni (36%) seguito dalla discoteca (34%) e dalla strada (31%). Casa dello spacciatore rimane il luogo maggiormente identificato anche dai consumatori frequenti (34%), seguito dalle vicinanze della scuola (30%).

Il consumo di eroina

L'eroina è, da sempre, la sostanza psicoattiva illegale meno utilizzata dagli studenti italiani. Dopo quasi un decennio di progressiva diminuzione dei consumi annuali (dal 2,8% nel 2000 all'1% nel 2009) e di quelli correnti (da 1,1% nel 2002 a 0,7% nel 2009), dal 2010 si è assistito ad una leggera ripresa dei consumi e allo stabilizzarsi delle prevalenze annuali intorno a valori dell'1,1-1,3% e dell'1% per quelle riferite al "current use". Rispetto al "frequent use" si osserva un incremento lieve ma crescente che da 0,2% del 2002 passa a 0,4% nel 2009 a 0,6-0,7% nelle ultime tre rilevazioni.

Figura 57: Stime di prevalenza degli studenti italiani che hanno consumato eroina. Trend anni 2000-2014

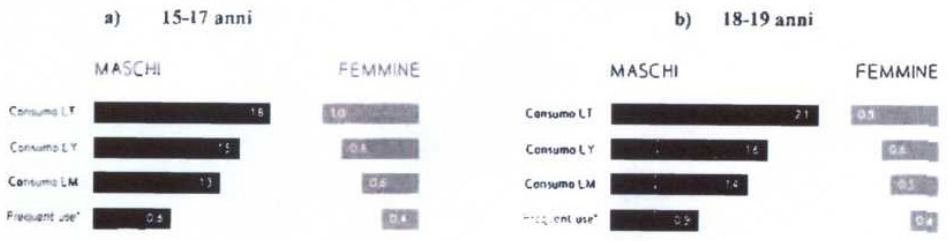


*Frequent use= 10 o più volte negli ultimi trenta giorni
ESPAD®Italia

Sono l'1,1% coloro che l'hanno assunta nei dodici mesi precedenti lo studio e per l'1% il consumo è avvenuto anche nel corso degli ultimi trenta giorni. Per il 60% dei *"current users"* (che

corrispondono allo 0,6% di tutti gli studenti italiani 15-19enni) si è trattato di farne un uso frequente, per 10 o più volte negli ultimi 30 giorni. Per tutte le tipologie di consumo le prevalenze maschili risultano superiori a quelle femminili, con un rapporto di genere di circa 1 maschio ogni 2 femmine. A differenza di quanto rilevato per le altre sostanze illegali, le prevalenze per genere risultano del tutto simili tra minorenni e maggiorenni.

Figura 58: Stime di prevalenza degli studenti italiani che hanno consumato eroina. Anno 2014



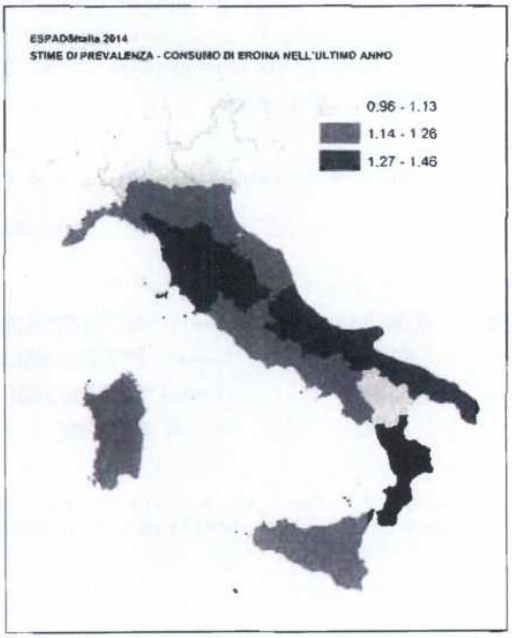
LT= LifeTime (almeno una volta nella vita); LY= Last Year (almeno una volta negli ultimo dodici mesi); LM= Last Month (almeno una volta negli ultimi trenta giorni) ; Frequent use= 10 o più volte negli ultimi trenta giorni.
ESPAD®Italia

Analisi del consumo di eroina nelle regioni italiane: il consumo recente negli ultimi 10 anni

Nello specifico si assiste ad una costante diminuzione dei consumi fino al 2009, anno in cui per tutte le regioni italiane si sono registrate le prevalenze più basse. A partire dal 2010 i consumi aumentano leggermente per stabilizzarsi sino al 2012 nelle regioni del Sud-Italia e nelle Isole e diminuire successivamente (fatta eccezione per Abruzzo e Molise dove le prevalenze continuano a rimanere stabili). Nel Nord e nel Centro-Italia, dopo l'incremento registrato nel 2010, le prevalenze tendono a stabilizzarsi. Nel 2014 sono la Lombardia a far registrare la prevalenza più bassa (1%) e il Molise quella più alta (1,5%).

Nel complesso sono le regioni della fascia Sud-orientale, alle quali si aggiungono Toscana, Umbria e Calabria, a riportare le prevalenze superiori alla media italiana con valori compresi tra 1,27 e 1,46%. Tutte le regioni del Nord-Italia con l'aggiunta di Basilicata si pongono al di sotto del valore nazionale.

Figura 59: Stime di prevalenza degli studenti italiani che hanno consumato eroina nell'ultimo anno. Anno 2014



ESPAD®Italia 2014

Sono il 7% la prevalenza degli studenti che ritengono facile reperire eroina: non si evidenziano distinzioni di genere. Come per la cocaina, la facilità aumenta all'aumentare dell'età. Tra gli studenti che hanno consumato eroina recentemente, la prevalenza è del 67% e tra i consumatori frequenti del 70%. Sono strada (7%), discoteca (6,4%) e casa dello spacciatore (6%) i luoghi dove gli studenti pensano di poter trovare facilmente eroina. I maschi riportano prevalenze più alte soprattutto quelle riferite allo spacciatore e alla strada.

Tra chi ha consumato eroina negli ultimo dodici mesi, il luogo in cui è più semplice reperire la sostanza è casa dello spacciatore (36%), seguono la discoteca, i bar e la scuola (28%); tra i frequent users la casa dello spacciatore resta il luogo maggiormente indicato (39%), seguito dai luoghi circostanti scuola (35%).

Rispetto alla spesa, il 29% dei consumatori correnti riferisce di non aver speso denaro e il 32% di aver speso oltre i 90€; tra i consumatori frequenti oltre il 45% ha speso 91 o più euro e il 18% riferisce di non aver sostenuto alcuna spesa.

Il danno associato al consumo di una o più sostanze psicoattive (indicatori FUS e PDS)

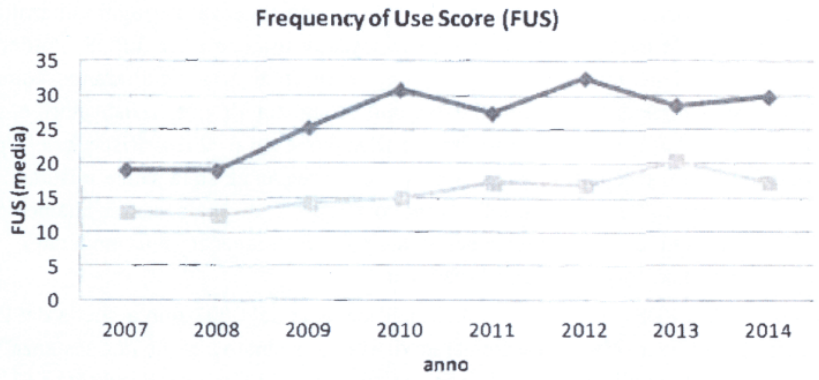
Gli indicatori Frequency of Use Score (FUS) e Poly-Drug Score (PDS) sono dei punteggi calcolabili per ogni utilizzatore che rappresentano, rispettivamente, la frequenza globale del consumo di una o più droghe e la misura del danno che l'assunzione di queste provoca alla salute. La definizione di questi indicatori si basa sulla classificazione delle conseguenze negative sulla

salute fatta da Van Amsterdam (Van Amsterdam et al. 2010) il quale ha assegnato un punteggio di danno a ciascuna sostanza
considerandone la tossicità acuta, la tossicità cronica e la dipendenza. Per ogni utilizzatore, il FUS si ottiene sommando le frequenze d'uso di tutte le sostanze usate, mentre il PDS si ottiene facendo la somma "pesata" delle frequenze d'uso di tutte le sostanze usate, utilizzando come "pesi" i punteggi di Van Amsterdam. La descrizione più dettagliata di questi indicatori e una prima applicazione ai dati ESPAD® si può trovare in Mammone et al. 2014. Rispetto alla prevalenza d'uso, questi indicatori tenendo in considerazione le conseguenze sulla salute misurano la gravità dell'uso di sostanze (sia essa dovuta all'uso molto frequente di una sostanza altamente dannosa, oppure all'uso di più sostanze mediamente dannose a frequenze più moderate), mentre la prevalenza misura solamente la diffusione dell'uso.

Gli indicatori FUS e PDS sono stati calcolati, dall'indagine del 2007 fino a quella del 2014, sugli studenti tra i 15 e i 19 anni che hanno dichiarato di aver consumato almeno una sostanza[40] nel corso dei 30 giorni antecedenti alla compilazione del questionario. Al trend degli indicatori FUS e PDS è stato affiancato il trend della prevalenza d'uso di almeno una sostanza. Questi indicatori, con andamenti molto simili tra loro essendo strettamente correlati l'uno all'altro, risultano in netta crescita sino al 2012 per i maschi e fino al 2013 per le femmine. Il consumo corrente nel complesso, è rimasto sostanzialmente stabile, dal 2007 al 2011. Ciò significa che in questi anni, nonostante non sia cambiata la diffusione dell'uso di sostanze tra gli studenti, coloro che hanno utilizzato sostanze lo hanno fatto con modalità e frequenze sempre più dannose per la salute. Dal 2012 per i maschi e 2013 per le femmine gli indicatori FUS e PDS hanno assunto un andamento decrescente a fronte anche di un aumento della prevalenza. La distinzione di genere, se non per tassi evidentemente più elevati tra i maschi rispetto alle femmine, non evidenzia differenze avendo, studenti e studentesse, i medesimi andamenti. Le uniche differenze sono aumenti più "diluiti" nel tempo per le studentesse mentre i coetanei rilevano incrementi più decisi nel 2010 e nel 2012, oltre alla diversa tendenza dell'ultima rilevazione: gli studenti fanno registrare un lieve incremento in entrambi gli indicatori, mentre le ragazze un calo a fronte di un incremento della prevalenza per entrambi.

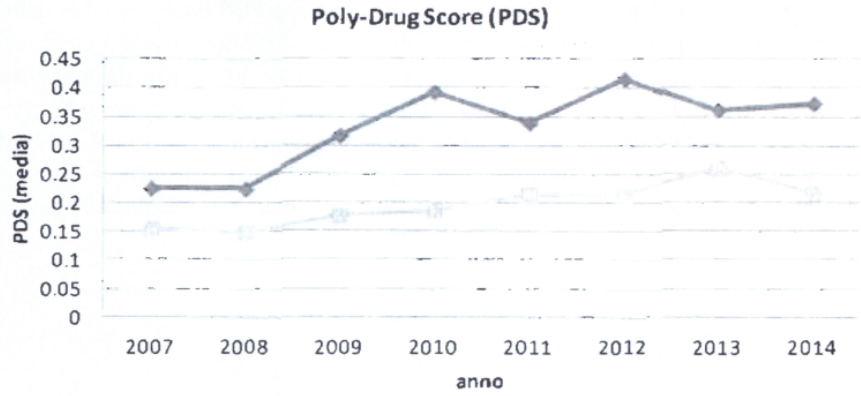
40 Cannabis, eroina, cocaina, stimolanti, allucinogeni, psicofarmaci e anabolizzanti.

Figura 60: Andamento temporale del FUS. Popolazione studentesca 15-19 anni. Distinzione per genere. Anni 2007-2014



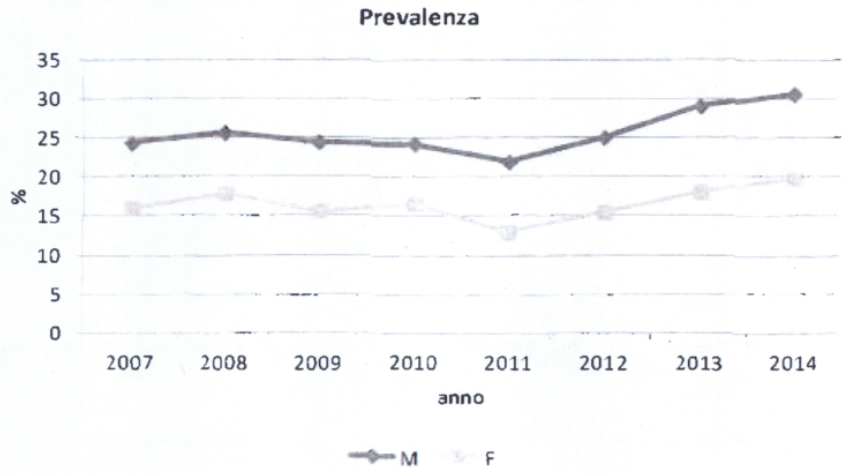
ESPAD®Italia

Figura 61: Andamento temporale del PDS. Popolazione studentesca 15-19 anni. Distinzione per genere. Anni 2007-2014



ESPAD®Italia

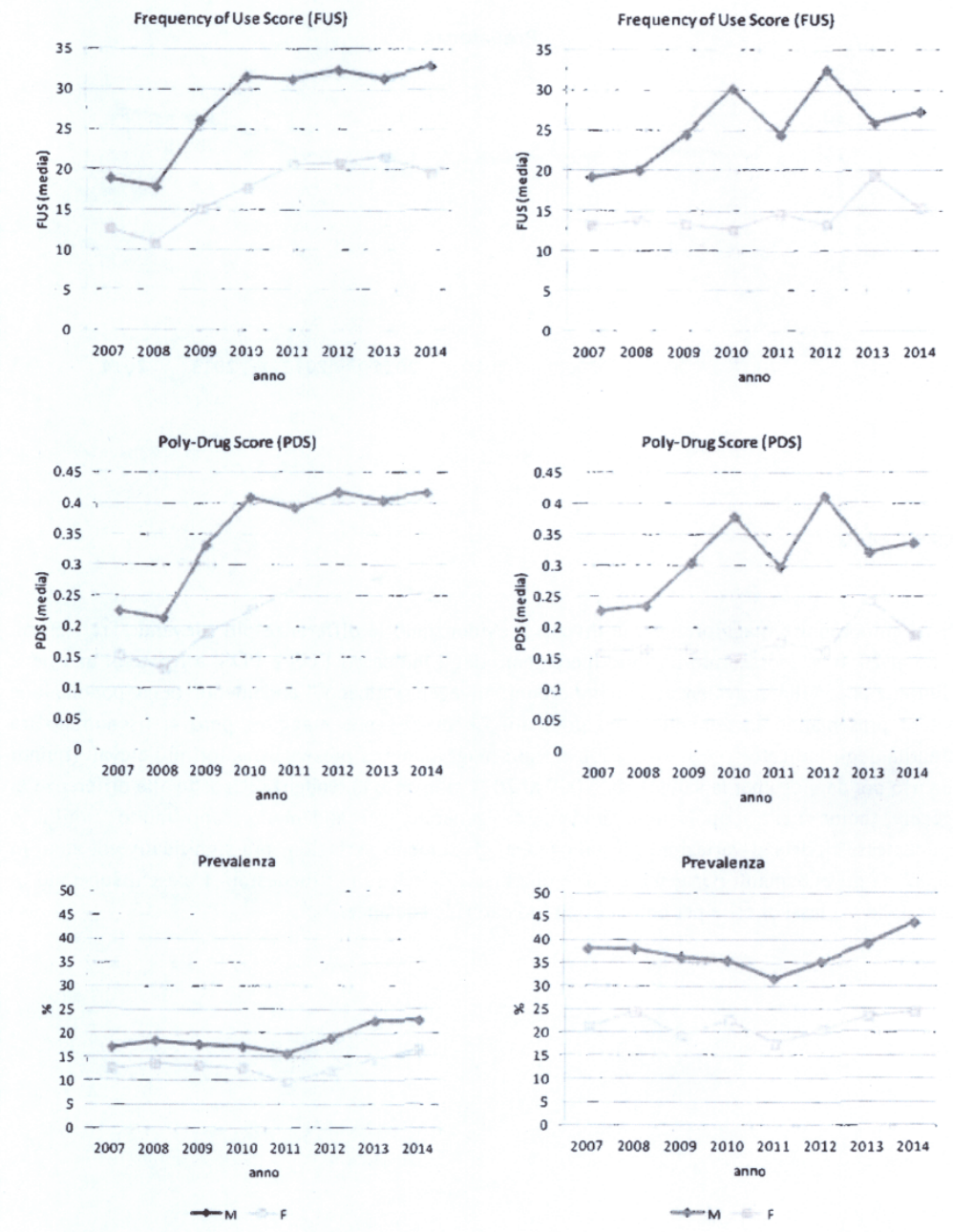
Figura 62: Andamento temporale della prevalenza. Popolazione studentesca 15-19 anni. Distinzione per genere. Anni 2007-2014



ESPAD®Italia

È tra minorenni e maggiorenni che invece si evidenziano le differenze più rilevanti. Tra i primi, sino al 2010, si è osservato un forte incremento degli indicatori FUS e PDS, a fronte di una lieve diminuzione della prevalenza; i maggiorenni, invece, ricalcano l'andamento della popolazione intera presentando incrementi meno graduali. Le discrepanze maggiori però si riscontrano tra l'entità degli indicatori: se fino al 2008 erano i maggiorenni a presentare valori più elevati (quindi un uso più dannoso per la salute), dal 2009 al 2014 si inverte la tendenza.Rispetto alle differenze di genere, come nella popolazione studentesca generale, gli andamenti sono molto simili: le studentesse riportano variazioni più omogenee, gli studenti variazioni più significative di anno in anno ma gli andamenti per genere, tra le due classi di età, sono i medesimi. I maschi superano in entrambe le classi di età e per entrambi gli indicatori le coetanee.

Figura 63: Andamento temporale del FUS, del PDS e della prevalenza. Distinzione per genere e tra studenti maggiorenni e minorenni. Anni 2007-2014.



Caratteristiche dei consumatori "frequenti"

Al fine di individuare le caratteristiche associate ai consumatori "frequenti", sia di cannabis che di altre sostanze illegali, sono stati utilizzati dei modelli statistici di regressione logistica che stima le misure di associazione Odds Ratio-OR (o "Rapporto tra Odds") associate alle diverse variabili raccolte nel questionario. Le misure di associazione sono state aggiustate per genere ed età e vengono riportate in tabella come ORadj (IC= intervallo di confidenza 95%). Se l'OR assume un valore superiore ad 1 è possibile affermare che la variabile in esame risulta associata in maniera positiva con il comportamento in studio. Se invece l'OR risulta negativo la variabile in esame è associata negativamente al fenomeno in studio. La significatività statistica è stata stabilita per un valore di $p \leq .05$.

I consumatori "frequenti" di cannabis

Gli studenti che hanno assunto frequentemente cannabis, ovvero 20 o più volte nel mese, evidenziano un'associazione fortemente positiva con il bere 5 o più unità alcoliche in un tempo ristretto (praticare cioè il binge drinking), con il fumare quotidianamente sigarette così come con l'aver assunto sostanze psicoattive "sconosciute". I "frequent users" di cannabis, inoltre, mostrano una maggiore probabilità di giocare d'azzardo durante l'anno così come avere un comportamento di gioco definibile problematico. Oltre alla maggiore propensione ai comportamenti a rischio, i "frequent users" evidenziano associazioni positive anche rispetto ad alcune caratteristiche relative alla famiglia d'origine, alla gestione del tempo libero e all'andamento scolastico. Vivere in una famiglia "non tradizionale" (ad esempio famiglia monogenitoriale, allargata, etc.) avere fratelli che utilizzano sostanze psicoattive illegali e genitori che non controllano la gestione dei soldi da parte dei figli sono caratteristiche che risultano fortemente associate all'essere un frequent users di cannabis.

Dall'altra parte, coloro che riferiscono di avere una situazione economica familiare mediamente elevata, di essere monitorati dai genitori nelle attività del sabato sera o ancora di essere soddisfatti del rapporto con i propri genitori e/o con i fratelli evidenziano una minore probabilità di essere un consumatore frequente di cannabis. Anche rispetto al rapporto con i pari, i frequent users si distinguono in quanto evidenziano un'associazione fortemente positiva con l'avere amici che usano sostanze psicoattive illegali, uscire frequentemente la sera (andare un discoteca, al bar, ecc.) e/o andare in giro con gli amici (stare per strada, andare al centro commerciale, ecc.).

Caratteristiche dei consumatori frequenti di cannabis

Minore probabilità di consumo		Maggiore probabilità di consumo	
Caratteristica	*ORadj (IC 95%)*	*Caratteristica*	*ORadj (IC 95%)*
		Altri comportamenti a rischio	
		Binge drinking	6.2 (5 3,7 2)
		Aver giocato d'azzardo recentemente	1 6 (1.4,1 8)
		Profilo problematico per il gioco d'azzardo	2.7 (2 1,3.5)

		Aver usato droghe sconosciute	7 8 (6 4,9.7)
		Fumare sigarette quotidianamente	16 1 (13 7,19)
		Famiglia	
Situazione economica familiare medio-alta	0 6 (0 5;0 7)	Vivere in una famiglia "non tradizionale"	2 2 (1.9,2.5)
Essere controllati dai genitori nelle uscite del sabato sera	0 2 (0 2,0 3)	Spendere più di 50 euro a settimana senza il controllo dei genitori	4 6 (3 9,5.5)
Soddisfatti del rapporto coi propri genitori	0 4 (0 3,0 4)	Avere fratelli che consumano droghe	7 3 (6.1;8.7)
Soddisfatti del rapporto coi propri fratelli/sorelle	0 6 (0 5;0 7)		
		Scuola	
Avere un rendimento scolastico medio/alto	0 3 (0 3,0 4)	Aver perso 3 o più giorni di scuola senza motivo	4 4 (3 8.5)
		Amici e tempo libero	
Partecipare spesso ad attività sportive	0 7 (0 6,0 8)	Avere amici che consumano droghe	8 (5 9;10 9)
		Andare spesso in giro con gli amici	2 6 (2.3 4)
		Uscire spesso la sera	3 6 (3,4.4)

I consumatori "frequenti" di altre illegali (cocaina, eroina, allucinogeni, stimolanti)

L'1,5% degli studenti è un consumatore frequente di almeno una sostanza illegale tra cocaina, eroina, allucinogeni e/o stimolanti, ovvero ne ha fatto uso almeno 10 volte nell'ultimo mese. Tra questi il 37% è anche consumatore frequente di cannabis. Tali studenti mostrano una associazione positiva con tutti gli altri comportamenti a rischio. Tuttavia, rispetto ai consumatori frequenti di cannabis, evidenziano associazioni più elevate con il consumo di sostanze sconosciute e con il gioco d'azzardo (soprattutto con il gioco d'azzardo problematico), ed inferiori per il consumo quotidiano di sigarette. I frequent users di altre illegali evidenziano associazioni positive più elevate anche rispetto ad alcune caratteristiche relative alla famiglia d'origine, come vivere in una famiglia "non tradizionale", avere fratelli che utilizzano sostanze psicoattive illegali e avere genitori che non controllano la gestione dei soldi da parte dei figli. Rispetto alla gestione del tempo libero ed al rapporto coi pari, i frequent users di altre illegali si distinguono in quanto evidenziano un'associazione positiva meno forte rispetto ai frequent users di cannabis con l'avere amici che usano sostanze psicoattive illegali e con l'uscire frequentemente la sera (andare un discoteca, al bar, ecc.), mentre andare in giro con gli amici (stare per strada, andare al centro commerciale, ecc.) non risulta associato al consumo frequente di altre illegali.

Caratteristiche dei consumatori frequenti di altre illegali

Minore probabilità di consumo		Maggiore probabilità di consumo	
Caratteristica	*ORadj (IC 95%)*	*Caratteristica*	*ORadj (IC 95%)*
		Altri comportamenti a rischio	
		Binge drinking	6 5 (5 1,8 3)
		Aver giocato d'azzardo recentemente	2 7 (2 2;3 4)
		Profilo problematico per il gioco d'azzardo	27 9 (19 7,39 5)
		Aver usato droghe sconosciute	55 (43 5,69.5)
		Fumare sigarette quotidianamente	5 7 (4 7,7 1)
		Famiglia	
Situazione economica familiare medio-alta	0 5 (0 4,0.6)	Vivere in una famiglia non tradizionale	6 8 (5.4,8.5)
Essere controllati dai genitori nelle uscite del sabato sera	0 1 (0.1;0.2)	Spendere più di 50 euro a settimana senza il controllo dei genitori	6 7 (4 9;9 2)
Soddisfatti del rapporto coi propri genitori	0.4 (0.3;0 6)	Avere fratelli che consumano droghe	14 3 (11.3,18.3)
Soddisfatti del rapporto coi propri fratelli/sorelle	0 5 (0.4;0.6)		
		Scuola	
Avere un rendimento scolastico medio/alto	0 3 (0 2,0 4)	Aver perso 3 o più giorni di scuola senza motivo	3 8 (3.1,4.7)
		Amici e tempo libero	
Partecipare spesso ad attività sportive	0 7 (0 6;0.9)	Avere amici che consumano droghe	3 3 (2.4;4 6)
		Uscire spesso la sera	1.6 (1 3,2.0)

Confronto tra metodologia di somministrazione cartacea (P&P) e online (Web) sull'autocompilazione del questionario ESPAD®Italia 2014 tra gli studenti italiani: partecipazione, qualità dei dati e stime di prevalenza

Nel corso degli ultimi quindici anni, si è assistito ad un crescente uso di Internet per la raccolta dei dati nella ricerca in campo sanitario. I vantaggi derivanti dall'utilizzo della rilevazione online, rispetto a quella cartacea (P&P) stanno contribuendo ad una maggiore considerazione dell'utilizzo della metodologia Web nella gestione degli studi trasversali che prevedono la compilazione di questionari auto-somministrati, come nel caso delle indagini condotte tra gli adolescenti nelle scuole (Denniston et al., 2010).

I vantaggi di condurre un'indagine utilizzando la metodologia Web includono: una riduzione dei costi per la raccolta dei dati, un ridotto numero di errori grazie all'immissione automatica delle risposte e l'accessibilità dei dati in breve tempo. D'altra parte, la compilazione di un questionario web dipende dall'integrità della connessione internet delle scuole partecipanti e da una crescente difficoltà nella raccolta dei dati associata alla programmazione e organizzazione della rilevazione: è difatti necessario prenotare i laboratori di informatica per tempo così come riuscire a garantire la partecipazione solo agli studenti selezionati e soprattutto la compilazione di un solo questionario per studente, garantendone comunque l'anonimato (Eaton et al., 2010).

È noto in letteratura che i metodi di raccolta dei dati possono influenzare le risposte su domande sensibili (ad esempio sull'uso di droghe), così come la validità di un dato self-reported può essere influenzato dalla percezione della privacy o riservatezza da parte degli studenti intervistati. Alcuni studi che mettono a confronto la qualità dei dati ottenuti con P&P, rispetto a somministrazioni Web, tra gli adolescenti rilevano questionari più incompleti tra quelli compilati via web, mentre altri studi evidenziano che i dati derivanti da indagini P&P riportano più valori mancanti (Bates et al., 2008; Raat et al., 2007). Inoltre, i risultati di alcuni studi basati sul confronto tra indagini Web e P&P sui comportamenti a rischio non hanno trovato differenze significative rispetto alle prevalenze di tali comportamenti (Bates et al., 2008).

Lo scopo del nostro studio è quello di indagare la comparabilità di una vasta gamma di dati relativi ai comportamenti sensibili e non sensibili ottenuti via web contro il tradizionale metodo P&P in un campione rappresentativo nazionale di studenti. Un campione rappresentativo di 31 seuole secondarie italiane è sono stato estratto casualmente dal campione dello studio ESPAD®Italia 2014. Due interi corsi (dalla prima alla quinta classe) sono stati selezionati e assegnati ad una delle due condizioni (P&P o Web).

Le scuole che hanno rifiutato di partecipare sono state sostituite con altre estratte in modo casuale aventi le stesse caratteristiche (geografiche e tipo di scuola). 53 scuole si sono rifiutate di partecipare per vari motivi (17 a causa della mancanza di strutture informatiche adeguate).

Gli studenti di 15-19 anni che hanno partecipato sono stati 2.191 per lo studio P&P e 1.937 per l'indagine Web. Domande sensibili, come l'uso di droghe, e non sensibili, come il consumo di frutta e verdura, sono state prese in considerazione nell'analisi. Sia le incongruenze che le risposte mancanti sono state confrontate tra P&P e Web.

I risultati sulla qualità dei dati hanno rilevato un maggior numero di questionari incompleti per la somministrazione via web, mentre nessuna differenza significativa è stata rilevata per le incongruenze totali. Un effetto della modalità di compilazione è stato osservato per diverse domande riguardanti l'uso di sostanze a diffusione più bassa: la modalità P&P ha prodotto stime di prevalenza più elevate. Non sono state riscontrate invece differenze per le domande non sensibili. Nel complesso, nel confronto con la prevalenza del campione nazionale, il sottocampione partecipante a tale studio ha prodotto stime di prevalenza più basse.

Un effetto della modalità è stato osservato tra gli studenti italiani, così come una auto-selezione delle scuole in grado di partecipare alla somministrazione web. Prima di apportare modifiche nella modalità di gestione di un sistema di sorveglianza nazionale in corso, è fondamentale prendere in considerazione gli effetti potenziali che tali cambiamenti potrebbero avere sulla partecipazione delle scuole, e degli intervistati, la qualità dei dati e le stime di prevalenza generate dalle ricerche in quanto i cambiamenti nella modalità di raccolta dei dati potrebbero compromettere soprattutto la capacità di valutare le tendenze nel tempo.

Indagine ESPAD®Italia2014: campione, rispondenti e non rispondenti

L'indagine ESPAD®Italia nell'edizione 2014 è stata condotta a partire dal campione di studenti di età compresa tra i 15 ed i 19 anni e dal numero di scuole dislocate su tutto il territorio nazionale. Di

seguito è riportata la distribuzione per area geografica del campione teorico, effettivo ed analizzato delle scuole e degli studenti.

Tabella 14: Distribuzione per area geografica del campione teorico, effettivo ed analizzato delle scuole e degli studenti.

	TOTALE	CAMPIONE TEORICO	CAMPIONE EFFETTIVO	CAMPIONE ANALIZZATO	PERCENTUALE DI RISPOSTA
Scuole	7105	474	405	405	85,44
NORD	2675	192	168	168	87,50
CENTRO	1317	95	80	80	84,21
SUD-ISOLE	3113	187	157	157	83,96
Popolazione	2652448*	41000**	32542	30091	
NORD	1069892	17000	14571	13586	
CENTRO	504468	8000	6257	5731	
SUD-ISOLE	1078088	16000	11714	10774	

* dati aggiornati: http://dati.istat.it/Index.aspx?DataSetCode=DCIS_SCUOLESECOND2

**stimato considerando il numero medio di studenti per scuola

Le scuole che hanno somministrato i questionari sono state complessivamente 405, pari ad una rispondenza di circa l'85%, che varia tra l'84% delle scuole dislocate al Sud e nelle Isole maggiori, all'88% delle scuole del Nord-Italia.Meno dello 0,5% degli studenti presenti in classe durante la somministrazione, si è rifiutato di partecipare all'indagine.

I questionari compilati ricevuti sono stati 32,452. Dopo le procedure di pulizia dei dati, precedemente descritte, il campione analizzato risulta composto da 30,091 questionari.

Di seguito vengono riportati i dati del campione teorico e del campione analizzato di studenti iscritti per tipologia di scuola e macro-area.

Tabella 15: Distribuzione del campione teorico di studenti iscritti per tipologia di scuola e macro-area.

	LICEI	ARTISTICI	TECNICO/ PROFESSIONALI	TOTALE
NORD	417749	44136	608007	1069892
CENTRO	228869	21380	254219	504468
SUD-ISOLE	475104	35915	567069	1078088

Tabella 16: Distribuzione del campione analizzato di studenti iscritti per tipologia di scuola e macro-area.

	LICEI	ARTISTICI	TECNICO/ PROFESSIONALI	TOTALE
NORD	5401	820	7365	13586
CENTRO	2532	238	2961	5731
SUD-ISOLE	4727	562	5485	10774

In tabella è riportata la distribuzione per genere e fasce di età rilevate dai questionari ricevuti[41].

Tabella 17: Distribuzione per genere e fasce di età rilevate dai questionari ricevuti.

	15 anni	16 anni	17 anni	18 anni	19 anni
Maschi	2,743	3,092	2,980	2,812	3,558
Femmine	2,823	2,968	2,761	2,729	3,383

Le stime vengono poi corrette attraverso l'utilizzo di metodi di calibrazione delle stime stesse. Si tratta di procedure che mettono in relazione caratteristiche note a livello di popolazione con quanto rilevato dall'indagine sulle stesse caratteristiche, in maniera tale da definire una struttura di pesi adeguata per le stime[42,43,44]

2.3 Uso illegale di farmaci psicotropi, in particolare tra i giovani

Cenni sull'Inquadramento internazionale del fenomeno

E' opportuno inquadrare l'analisi del commercio online e del consumo senza ricetta di farmaci psicotropi in un più ampio ambito internazionale, anche perché storicamente gli andamenti del mercato americano hanno spesso preceduto tendenze europee e italiane; la globalizzazione accelera il processo. In Italia, peraltro, abbiamo a disposizione dati che mettono in luce la stessa tendenza di consumo, anche se non particolarmente legata per quanto riguarda i farmaci, al commercio online.

41 In 242 questionari non era presente l'informazione sul genere e/o l'età

42 Deville J C , C E. Särndal 1992 Calibration Estimators in Survey Sampling *Journal of the American Statistical Association*, 87.367-382

43 Kott, Phillip S. 2006. "Using Calibration Weighting to Adjust for Nonresponse and Coverage Errors " Survey Methodology 32(2).133–142.

44 http //www istat.it/it/strumenti/metodi-e-strumenti-it/metodi-di-elaborazione/biblio-estimation

Già nel 2008 il **"National Drug Threat Assessment 2008"**, a cura del **National Drug Intelligence Center (United States Department of Justice)** riportava le affermazioni seguenti, con supporto di consistenti dati statistici:

"E' molto probabile che l'applicazione della legge dovrà confrontarsi con un crescente numero di "farmacie" localizzate all'estero ma operanti via Internet, man mano che i cittadini americani acquisiranno pratica nell'acquisto di droghe da queste fonti".

" Il numero di tali "farmacie" Internet è in aumento".

"Gruppi criminali e utilizzatori eccessivi talvolta rubano farmaci droganti dai veicoli che li trasportano dai luoghi di fabbricazione a quelli di distribuzione, all'ingrosso o al dettaglio".

Nello stesso rapporto veniva anche significativamente fatto notare che i più rigorosi controlli sulle ricette e i comportamenti di medici e farmacisti aveva provocato il passaggio degli utilizzatori ad altre modalità di acquisto (internet e non).

Analogamente, i punti essenziali sul fenomeno si possono leggere nel World Drug Report di UNODC del 2012.

Beyond the traditional "highs":
... the non-medical use of prescription pharmaceuticals

Global figures for the non-medical use of prescriptiondrugs other than opioids and amphetamines are not available. Nevertheless, this is reportedly a growing health problem, with prevalence rates higher than for numerous controlled substances in many countries. In the United States, for example, lifetime, annual and monthly prevalence of non-medical use of psychotherapeutics (mostly pain relievers) among persons aged 12 and over was reported as 20.4, 6.3 and 2.7 per cent, respectively, for 2010[45], higher rates than for any drug other than cannabis. And while illicit drug use among males in general greatly exceeds that among females, the non-medical use of tranquillizers and sedatives among females, in those countries where data are available (in South America, Central America and Europe), is a notable exception to the rule (andexceeds the use of cannabis)[46]. There is also evidence that these substances are increasingly being used in combination with more traditional illicit substances, in polydrug use designed to either enhance or counterbalance their effects.

Traduzione: **Uso non medico di farmaci psicotropi prescrivibili: si va oltre i "picchi" sulle sostanze tradizionali.**

A livello mondiale, non si dispone di cifre complessive sull'uso non medico di farmaci prescrivibili ma droganti, a parte le amfetamine e gli oppiodi. Tuttavia, questo è segnalato in molti paesi come un problema sanitario in aumento, con tassi di prevalenza ormai superiori rispetto a numerose altre

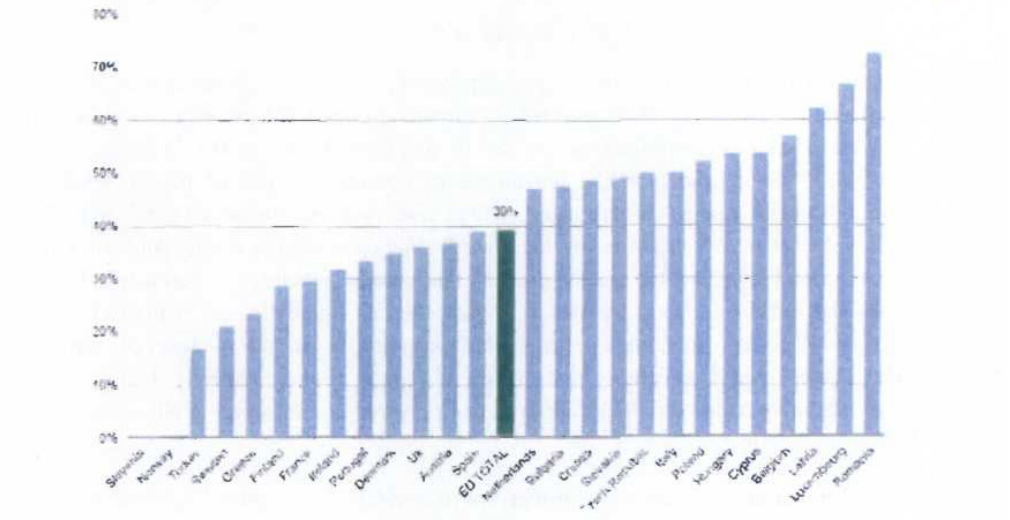
45United States of America, Department of Health and Human Services, Substance Abuse and Mental Health Services Administration, *Results from the 2010 National Survey on Drug Use and Health: Summary of National Findings*, NSDUH Series H-41, HHS Publication No SMA 11-4658 (Rockville, Maryland, 2011)

46 In fact, monthly prevalence of tranquillizer use among females in South America (1 3%) and Europe (4.2%) is greater than annual prevalence of the use of cannabis among females in South America (1%) and Europe (3 5%)

sostanze regolamentate. Negli Stati Uniti, per esempio, la prevalenza di uso non medico degli psicofarmaci (per lo più, antidolorifici), fra le persone al di sopra dei 12 anni nel 2010 è riportata 20,4 (intero arco della vita), 6,3 (ultimo anno) e 2,7 (ultimo mese); questi tassi sono superiori a quelli di tutte le altre droghe, tranne la cannabis. Inoltre, mentre in generale l'uso di droghe illegali è molto superiore nei maschi rispetto alle femmine, si verifica l'opposto nel caso dell'uso non medico di tranquillanti e sedativi, almeno nei paesi che dispongono di dati (Europa, Centro America, Sud America); nelle femmine, tale uso supera addirittura quello della cannabis. Risulta anche che sempre più queste sostanze vengono usate in combinazione con altre sostanze illecite più tradizionali, in un "poli-uso" effettuato onde potenziare o controbilanciare l'effetto di queste ultime.

Recentemente (2015) si è svolto un convegno presso l'EMCDDA, dove è stato presentato l'uso di benzodiazepine (senza prescrizione) crescente tra quanti si rivolgono ai servizi di assistenza. Il grafico che illustra il problema anche per l'Italia (uso 10% più alto della media europea) è molto chiaro (*http://www.drugsandalcohol.ie/24052/1/Misuse%20of%20benzos_POD2015.pdf*).

Figura 64: Uso di benzodiazepine (senza prescrizione) in Europa.



In Italia i dati forniti dal Ministero della Salute sugli assistiti presso i SerT nel 2014 mostrano che 63 soggetti hanno come sostanza primaria i barbiturici non prescritti, 166 benzodiazepine non prescritte e 30 altri ipnotici e sedativi non prescritti, in totale lo 0,13% degli assistiti. Come seconda sostanza 530 soggetti hanno i barbiturici non prescritti, 1527 benzodiazepine non prescritte e 191 altri ipnotici e sedativi non prescritti, in totale lo 1,13% degli assistiti.

E' molto importante allora monitorare il fenomeno sin dal primo uso di psicofarmaci senza prescrizione per pianificare interventi di prevenzione adeguati per prevenire la diffusione e le conseguenze sulla salute.

Analisi dell'uso tra gli studenti della scuola superiore in Italia (ESPAD 2014 e SPS 2010)

Per l'Italia, si dispone dei risultati di due indagini condotte tra gli studenti della scuola superiore che, con due diversi questionari, hanno indagato gli aspetti dell'uso di farmaci psicotropi senza prescrizione medica. Gli aspetti indagati in modo analogo da entrambi i progetti mostrano andamenti coerenti, fornendo informazioni importanti che suggeriscono come impostare possibili interventi di prevenzione e nuove indagini.

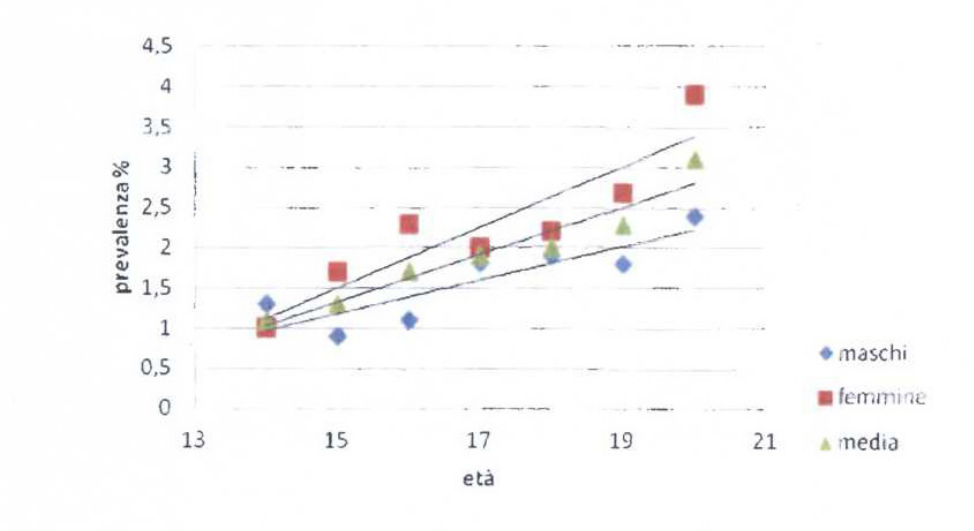
SPS (Students' Population Survey) 2010[47]

L'indagine comprendeva, tra le sostanze indagate rispetto al consumo dei giovani, solo quelle complessivamente chiamate "tranquillanti o sedativi senza prescrizione medica", rispetto alle quali si indagava la prevalenza nell'arco della vita, negli ultimi 12 mesi e negli ultimi 30 giorni.

Il consumo di tranquillanti o sedativi almeno una volta nella vita è stato sperimentato dal 5% della popolazione scolastica in età 15-19 anni, con prevalenza maggiore tra le femmine (5,9%) rispetto ai maschi (4,1%). Per quanto riguarda gli ultimi 12 mesi, il 2,6% dei rispondenti riferisce di aver assunto la sostanza (1,9% maschi e 3,3% femmine); tale percentuale è l'1,4% (1% maschi e 1,7% femmine) se si prendono in considerazione gli ultimi 30 giorni.

Per tutti i rispondenti, in particolare di genere femminile, si osserva un andamento crescente del consumo della sostanza all'aumentare dell'età, come rappresentato in Figura 65.

Figura 65: Andamento della prevalenza negli ultimi 30 giorni al variare dell'età



47 Si sono utilizzati i dati del 2010 perché nella Relazione al Parlamento 2010 è riportato per esteso il disegno della rilevazione, il piano di campionamento, la percentuale di adesione delle scuole campionate (80%) e degli studenti (75%). Questa informazione non è presente nelle Relazioni successive.

Come si vede, la linea che mostra la tendenza per le femmine è molto più inclinata di quella dei maschi: la prevalenza degli ultimi 30 giorni cresce più velocemente, rispetto all'età, per le femmine che per i maschi.

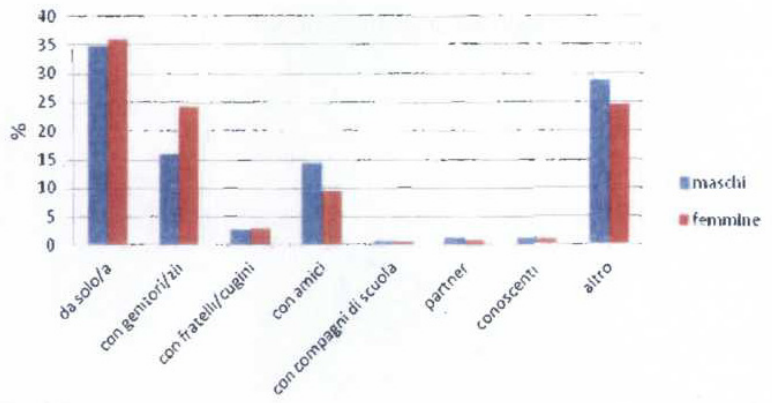
Altri aspetti importanti indagati sono l'età a cui si è fatto uso per la prima volta, dove, con chi.

Gli studenti dichiarano di aver cominciato ad usare tranquillanti o sedativi per lo più non prima dei 16 anni, sia fra i maschi (28,7%) sia fra le femmine (34,3%). Una percentuale rilevante di soggetti afferma di aver iniziato ad assumere tranquillanti o sedativi prima degli 11 anni, con maggiore frequenza tra i maschi (20,4%) rispetto alle femmine (10,2%).

Il principale luogo di iniziazione all'uso di tranquillanti o sedativi è, sia per i maschi sia per le femmine, la propria abitazione (per i maschi il 67,7%, per le femmine l'80,3%). Seguono: la casa di amici, sia per i maschi (6,7%) sia per le femmine (5%); poi "strada / parco", "discoteca", "festa privata" e "parrocchia", con percentuali tra il'1% e il 3%.

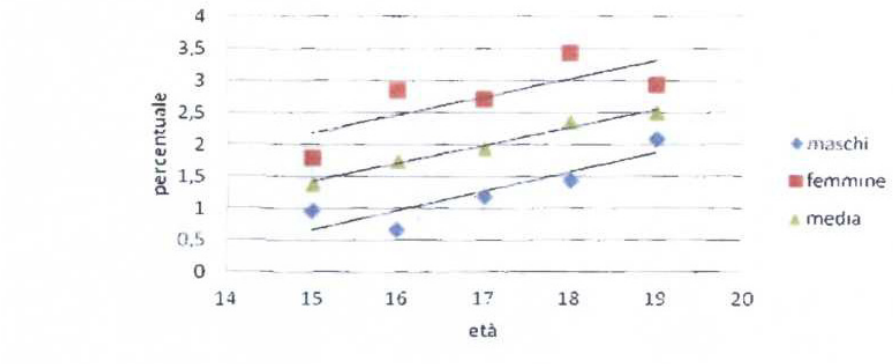
Con riferimento al gruppo di persone con cui sono stati assunti per la prima volta tranquillanti o sedativi, si evidenzia che la maggior parte dei consumatori afferma di aver assunto la sostanza in solitudine (34,7% maschi e 35,9% femmine); seguono "altre persone (non specificate)" (28,7% maschi e 24,6% femmine), "familiari adulti" (16% maschi e 24,3% femmine),"in compagnia degli amici" (14,5% maschi e 9,5% femmmine).

Figura 66: Persone con cui si è fatto uso per la prima volta di tranquillanti o sedativi.



Se si considera l'analoga, ma con diverso questionario, rilevazione SPS del 2014, si ottiene un simile andamento per esempio nella prevalenza relativa agli ultimi dodici mesi (Figura 67).

Figura 67: Andamento della prevalenza negli ultimi 12 mesi al variare dell'età.



ESPAD 2014 (European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs)

L'indagine ESPAD 2014 ha indagato sull'uso di farmaci psicoattivi senza ricetta estendendone notevolmente le tipologie e con un questionario diverso, che indaga più dettagliatamente sull'uso programmato per le sostanze assunte e sulle modalità con cui ci si procura il farmaco, ma non sull'età e sulle modalità di inizio dell'uso. Utilizzando contemporaneamente le due indagini si riesce a conoscere meglio il fenomeno e a controllare la sua espansione.

Nella Tabella 18 sono riportati per i consumi rilevati di tutti gli psicofarmaci, i tassi di prevalenza "nella vita", "negli ultimi 12 mesi" e "negli ultimi 30 giorni".

Se si confronta con SPS 2010, si osserva una crescita rilevante. Confrontando, in particolare, la crescita della prevalenza "negli ultimi 30 giorni" (Figura 68), si osserva il suo aumento, a tutte le età, nel 2014 (ESPAD) rispetto al 2010 (SPS) .

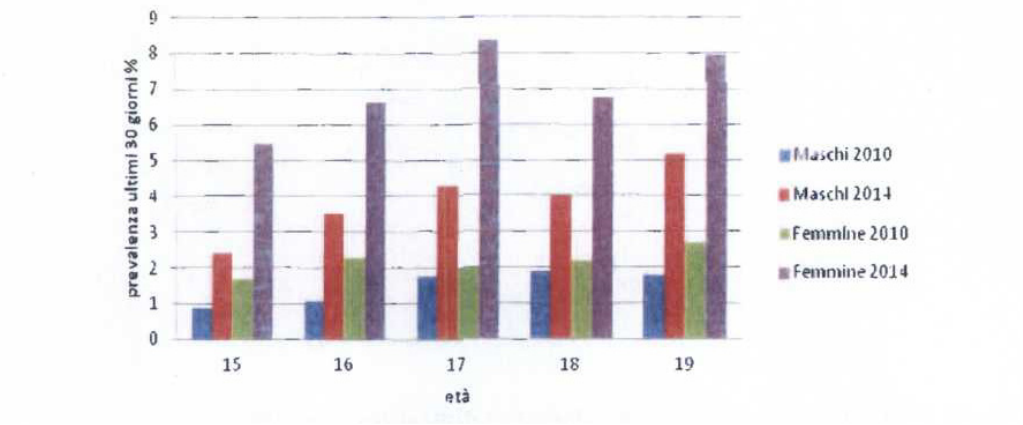
Già, da una osservazione preliminare, appare lo stesso andamento rispetto all'età per le due indagini, ma un livello assai più alto, più che raddoppiato nel 2014 (ESPAD).

Però, per interpretare bene il fenomeno, occorre verificare quali farmaci si rilevavano nell'indagine ESPAD del 2014, ricordando che in SPS 2010 erano solo "tranquillanti e sedativi".

Tabella 18: Prevalenze di consumo di tutte le tipologie di farmaci. Anno 2014

ITALIA												
PSICOFARMACI (attenzione/diete/ dormire/umore)	15-19		15		16		17		18		19	
	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F
psicofarmaci vita	11.7	22,2	8,9	17,0	10,8	20,5	11,9	24,8	12,9	22,7	13,7	25,5
psicofarmaci 12mm	6,3	12,0	4,0	8,6	5,6	11,0	7,1	13,8	6,7	12,2	7,6	14,2
psicofarmaci 30gg	4,0	7,1	2,4	5,5	3,5	6,6	4,3	8,4	4,0	6,7	5,2	7,9

Figura 68: Andamento della prevalenza degli ultimi 30 giorni per le due indagini SPS 2010 e ESPAD 2014.



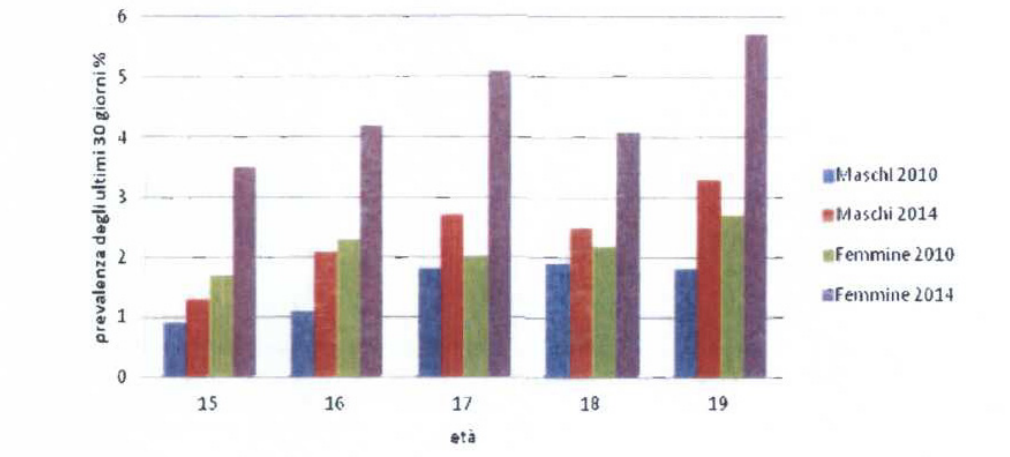
Nella Tabella 19 sono riportati i risultati in base alla stratificazione per tipo di farmaco e motivo dell'utilizzazione secondo il consumatore.

Tabella 19: Prevalenze di consumo fra i giovani di 15-19 anni - per tipologia di farmaci.

ITALIA	PREVALENZA NEGLI ULTIMI TRENTA GIORNI (%)											
SOSTANZE	15-19		15		16		17		18		19	
	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F
farmaci attenzione	1,9	1.9	1,2	1.6	1,9	1,9	2,0	2,0	1,9	1,6	2,1	2,4
farmaci diete	1,0	2,1	0.6	1,7	0,8	2,2	1,1	2,3	1.1	2,1	1.1	2.0
farmaci dormire	2,4	4,6	1,3	3,5	2,1	4,2	2,7	5,1	2,5	4,1	3,3	5,7
farmaci umore	1,4	1,8	0,9	1,7	1,3	1,8	1,4	1,9	1,3	1,6	1,9	2,0

I tranquillanti e sedativi rilevati nell'indagine SPS del 2010 si possono equiparare con i "farmaci per dormire" dell'indagine ESPAD del 2014 (Figura 69).

Figura 69: Andamento della prevalenza degli ultimi 30 giorni per le due indagini SPS 2010 (tranquillanti e sedativi) e ESPAD 2014 (farmaci per dormire).



Come si vede l'andamento rispetto all'età è assolutamente analogo, solo che nel 2014 il consumo è pressoché raddoppiato per le femmine, e aumentato di circa un terzo per i maschi.

La Figura 70 (a,b,c,d) riporta l'andamento per età e genere della prevalenza negli ultimi 30 giorni per i diversi tipi di farmaci "indagati" nel 2014. Come si vede, le femmine consumano sempre molto più dei maschi. L'unica situazione abbastanza simile, rispetto al genere, si ha per i farmaci "attenzione".

Nella Tabella 20 si riportano le prevalenze nella vita e negli ultimi 12 mesi, per tipologia di farmaci.

La Tabella 21 dall'indagine ESPAD permette di analizzare come si è evoluto il consumo tra il 2007 e il 2014. Come si vede, si osserva un aumento soprattutto nelle prevalenze di consumo negli ultimi 12 mesi e negli ultimi 30 giorni, sintomo evidente di sempre maggior rilevanza negli anni recenti. Anche il "consumo frequente" è aumentato del 50% nel periodo considerato.

L'altro aspetto rilevante dell'indagine ESPAD-2014 riguarda i luoghi dove i consumatori più frequenti possono procurarsi gli psicofarmaci e, come mostra la Tabella 22. Il luogo più frequente è la propria casa, che già risultava da SPS-2010 come luogo di primo uso. Se si tiene conto che il primo consumo (SPS) era avvenuto per lo più in solitudine o con parenti (genitori, zii, fratelli e cugini), le due indagini forniscono risultati coerenti. Bisogna però tener presente che il secondo modo di procurarsi psicofarmaci è "tramite uno spacciatore" e che è anche agevole trovarli via Internet. Questo porta a riprendere le considerazioni relative agli Stati Uniti, da cui abbiamo cominciato l'analisi.

Sarebbe utile, nella prossima indagine sugli studenti, inserire **tutte** le domande delle due indagini precedenti per una conoscenza più accurata e utile per programmare interventi di prevenzione.

E' importante pianificare in modo più completo l'indagine nelle scuole completandola, per la parte farmaci, con altri dati socio-economici relativi ad ogni studente di tipo "amministrativo" (cioè già disponibili presso le scuole), da valutare.

Figura 70: Uso di farmaci nella popolazione scolarizzata. Distribuzione per genere e classi d'età.

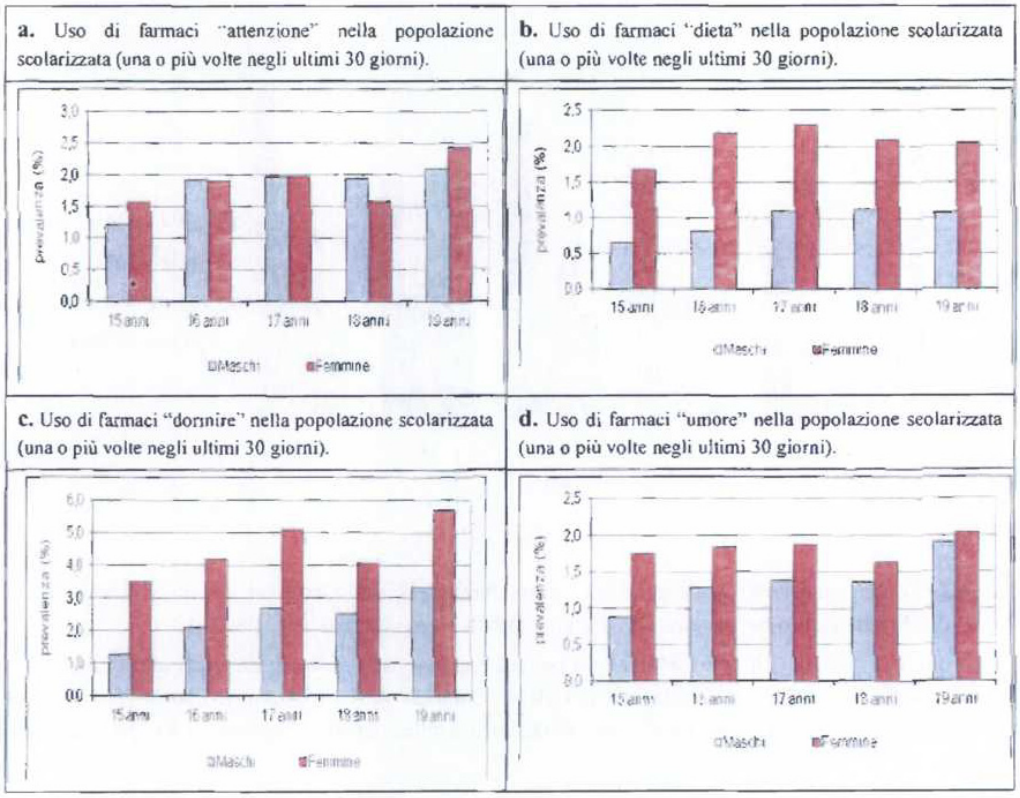


Tabella 20: Consumo per tipologia di farmaco. Anno 2014

ITALIA	PREVALENZA NELLA VITA (%)											
SOSTANZE	15-19		15		16		17		18		19	
	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F
farmaci attenzione	4,3	6,0	3,4	4,5	4,1	5,8	4,4	6,5	4,6	5,4	5,0	7,4
farmaci diete	2,0	7,2	1.2	5,5	1,8	6,6	2.0	8,3	2,5	7,0	2,3	8,4
farmaci dormire	8,2	16,2	6,1	11,9	7,5	15,4	8,7	17,2	8,9	17.6	9,4	18,6
farmaci umore	2,6	5,4	1,7	4,1	2,3	5,3	2,7	6,2	2,9	5,1	3,3	6,3
ITALIA	PREVALENZA NEGLI ULTIMI DODICI MESI (%)											

SOSTANZE	15-19		15		16		17		18		19	
	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F
farmaci attenziòne	2,6	3,2	1,7	2,4	2,8	3.2	2,8	3,8	2,6	2,9	3,0	3,8
farmaci diete	1,2	3,7	0,8	2.6	1.0	3,7	1,4	4,3	1,5	3,9	1,2	3,9
farmaci dormire	4,2	8,2	2,4	5,9	3,4	7,2	5.0	8,9	4,6	8,5	5,1	10,4
farmaci umore	1,8	3,0	1,1	2,5	1,7	3,2	2,0	3,6	1,6	2,7	2,4	3,1

Tabella 21: Andamento temporale della prevalenza di consumatori di psicofarmaci (indipendentemente dalla tipologia) almeno una volta nella vita, negli ultimi 12 mesi, negli ultimi 30 giorni.

Psicofarmaci totale (4 tipologie)	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Consumo nella vita	*16,0*	*16,5*	*17,4*	*17,1*	*16,4*	*15,4*	*16,9*	*16,9*
Consumo nell'ultimo anno	*7,8*	*8,4*	*9,0*	*8,8*	*8,8*	*8,2*	*8,7*	*9,1*
Consumo negli ultimi 30 giorni	*4,3*	*4,8*	*5,0*	*5,1*	*5,3*	*4,8*	*5,1*	*5,5*
Consumo frequente (10 o più volte al mese)	*1,2*	*1,4*	*1,6*	*1,7*	*1,8*	*1,7*	*1,8*	*1,8*

Tabella 22: Consumatori frèquenti e luoghi dove è possibile reperire facilmente psicofarmaci. Anno 2014

LUOGHI	**Consumatori frequenti***
in strada psicofarmaci	13,7
scuola psicofarmaci	10,9
casa amici psicofarmaci	12,1
discoteca psicofarmaci	12,9
spacciatore psicofarmaci	14,6
internet psicofarmaci	12,7
manifestazioni psicofarmaci	9,2
a casa mia psicofarmaci	25,5
*= consumo 10 o più volte nell'ultimo mese	

Conclusioni e suggerimenti

Come riportato nei documenti internazionali, e come risulta dai dati rilevati tra gli studenti della scuola superiore, sembra in aumento, in particolare nella popolazione femminile, l'utilizzo di farmaci, in particolare tranquillanti e sedativi, senza ricetta medica. E' opportuno approfondire le indagini e programmare adeguatamente interventi preventivi per i giovani. Il problema è stato preso in esame anche dal Gruppo Pompidou che ha studiato l'andamento del fenomeno nei paesi europei

e mediterranei, in particolare nella popolazione femminile. Il rapporto "*The gender dimension of non-medical use of prescription drugs in Europe and the Mediterranean region*" andrebbe studiato in dettaglio, anche prima di effettuare nuove indagini nazionali.

2.4 Stima dell'indicatore High Risk Drug Use (HRDU) per cannabis, cocaina e oppiacei: aspetti critici e possibili soluzioni

2.4.1 L'indicatore PDU, ora HRDU

Con il termine PDU (uso problematico di droghe), ora denominato HRDU (utilizzo ad alto rischio di droghe), si intende la "prevalenza" dei consumatori"gravi" per problemi di salute o per comportamento rischioso; è un indice statistico che stima quella parte dei consumatori che, in relazione all'uso di sostanze stupefacenti, necessiterebbe di un intervento assistenziale socio-sanitario. La difficoltà fondamentale nel calcolo dell'indicatore risiede nella stima delle varie popolazioni di utilizzatori di droghe che sono popolazioni "nascoste". Si rende, quindi, necessario l'utilizzo di modelli statistico - probabilistici in grado di stimare una popolazione nascosta sulla base delle informazioni indirette, ma correlate al fenomeno. L'utilizzo "ad alto rischio" è definito come "l'uso intenso di sostanze psicoattive che causa danni" alla persona stessa (cioè conseguenze negative, inclusa la dipendenza, ma anche problemi psicologicie/o sociali). Lo studio della popolazione HRDU, oltre a stimarne la prevalenza, tende a mettere in luce aspetti rilevanti, utilizzando e integrando diverse informazionie sulla base di diversi data base.

Al fine di produrre stime dell'HRDU per le sostanze stupefacenti cannabis e cocaina, i flussi informativi utilizzati come base provengono dagli archivi del Ministero dell'Interno; invece, l'HRDU per il consumo di oppiacei si basa sui dati SIND. Per ora non è possibile produrre stime in relazione all'uso di altre sostanze come, per esempio, l'alcol o il tabacco, almeno in Italia.

Dati amministrativi: analisi esplorativa delle segnalazioni per art.75

Il Centro Studi Ricerca e Documentazione, Dipartimento per le Politiche del Personale dell'Amministrazione Civile e per le Risorse Strumentali e Finanziarie del Ministero dell'Interno cura, tramite gli Uffici Territoriali del Governo, le rilevazioni dei dati statistici concernenti i soggetti segnalati ai Prefetti per consumo personale di sostanze stupefacenti, ai sensi dell'art. 75 del D.P.R.309/90.

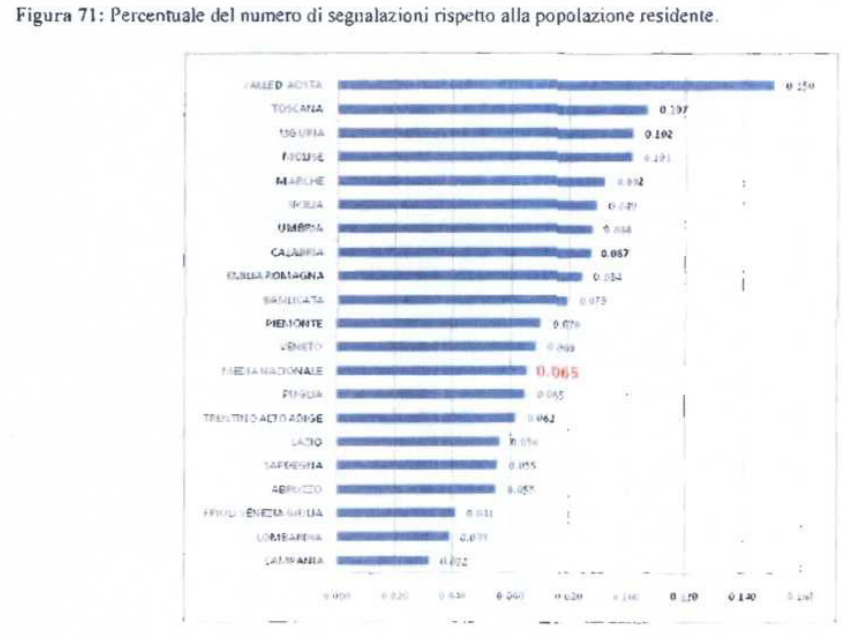
Da questi dati "amministrativi", per mezzo di metodologie statistiche utilizzate da diversi paesi europei e con le linee guida dell'Osservatorio europeo (EMCDDA)[48], è possibile stimare le popolazioni di consumatori di stupefacenti da cui provengono i soggetti segnalati.

48 http://www.emcdda.europa.eu/html.cfm/index65519EN.html,http://www.emcdda.europa.eu/html.cfm/index58064EN.html

I dati di base vengono di seguito presentati secondo tabelle e grafici aggregati per mettere in luce alcuni aspetti territoriali e altre variabili classificative di interesse, prima di procedere alla stima dell'HRDU.

Dai dati aggregati per regione, si calcola anzitutto un indicatore d'impatto, ovvero la percentuale regionale del numero di segnalati su popolazione residente.

Figura 71: Percentuale del numero di segnalazioni rispetto alla popolazione residente.



La media nazionale è pari a 0,065. Come si vede, è alta la variabilità a livello regionale. Fra le regioni con impatto molto più elevato della media nazionale si trovano Valle d'Aosta, Toscana, Liguria, Molise, Marche, Sicilia, Umbria, Emilia Romagna e Calabria; impatto molto inferiore alla media nazionale, invece, per Campania, Lombardia e Friuli Venezia Giulia; le altre 9 regioni hanno un valore vicino alla media nazionale.

Per verificare l'esito delle segnalazioni si può calcolare la percentuale regionale di colloqui effettuati dalle Prefetture sulle segnalazioni. La media nazionale è 59,61.

Le regioni che hanno valori molto più elevati della media nazionale sono Basilicata, Abruzzo, Lombardia e Puglia; molto minore, invece, Friuli Venezia Giulia, Sardegna, Umbria, Emilia Romagna, Molise e Lazio. In parte questo effetto può essere spiegato in base all'indicatore di impatto: se l'impatto è alto, si giustifica un secondo valore basso, come è nel caso di Umbria e

Molise; al contrario, percentuali elevate di colloqui corrispondono a regioni di impatto più basso, come la Lombardia.

E' interessante anche studiare la percentuale di sanzioni amministrative irrogate, rispetto al numero di segnalazioni e al numero di colloqui. Dalla figura si può nuovamente analizzare la variabilità regionale come sopra.

Come ultimo aspetto esplorativo si può considerare l'analoga distribuzione del numero di archiviazioni sul numero di segnalazioni e di colloqui a livello regionale. Con i dati forniti si può anche analizzare questi andamenti a livello provinciale se di interesse.

Figura 72: Percentuale del numero di colloqui sul numero di segnalazioni

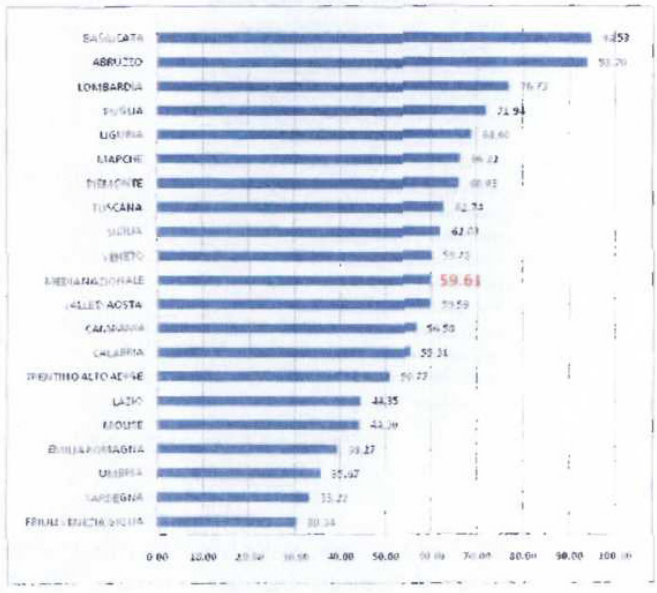


Figura 73: Distribuzione percentuale delle sanzioni amministrative rispetto alle segnalazioni e ai colloqui

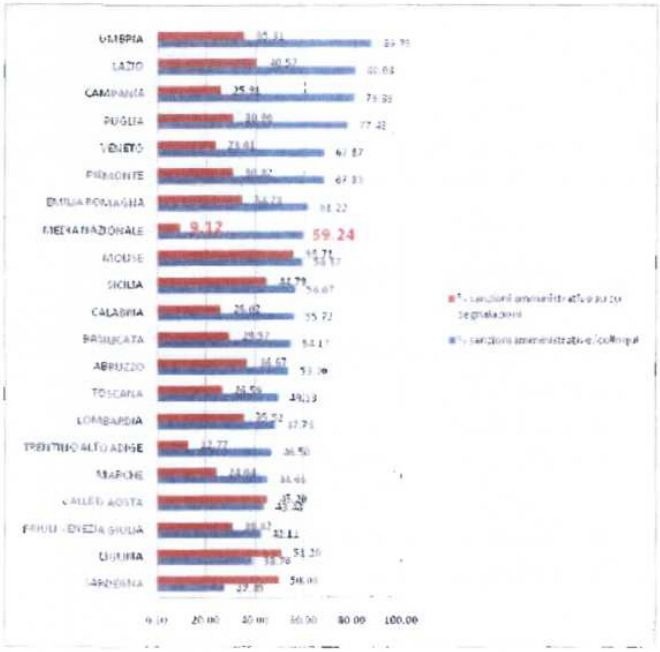
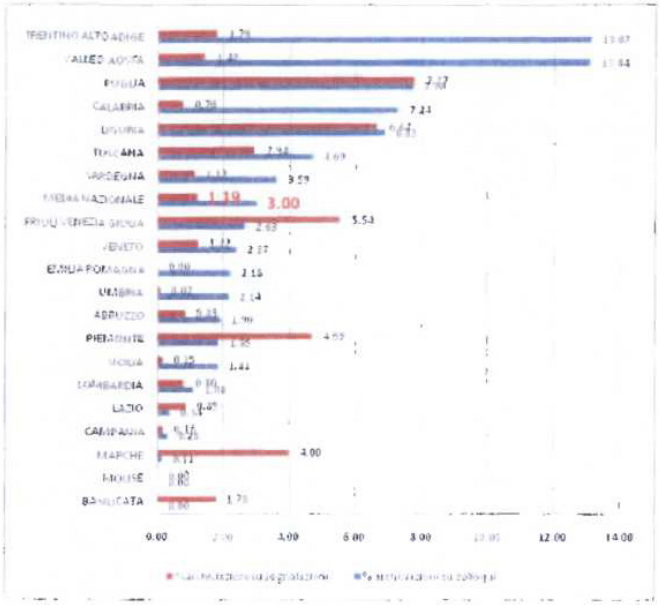


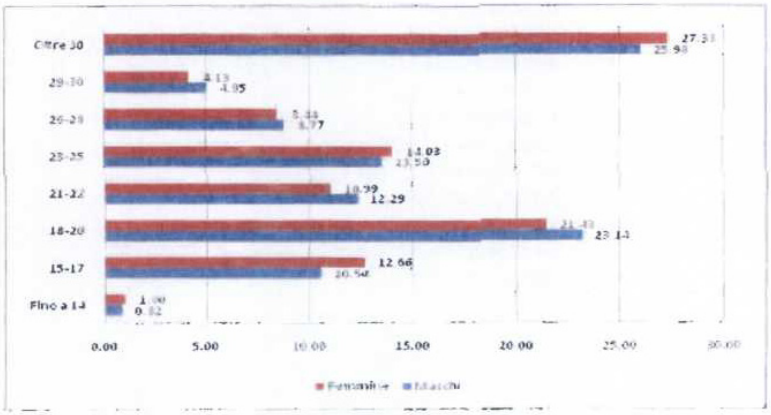
Figura 74: Distribuzione percentuale del numero di archiviazioni sul numero di segnalazioni e di colloqui.



Dati amministrativi: analisi esplorativa dei soggetti segnalati e delle sostanze utilizzate

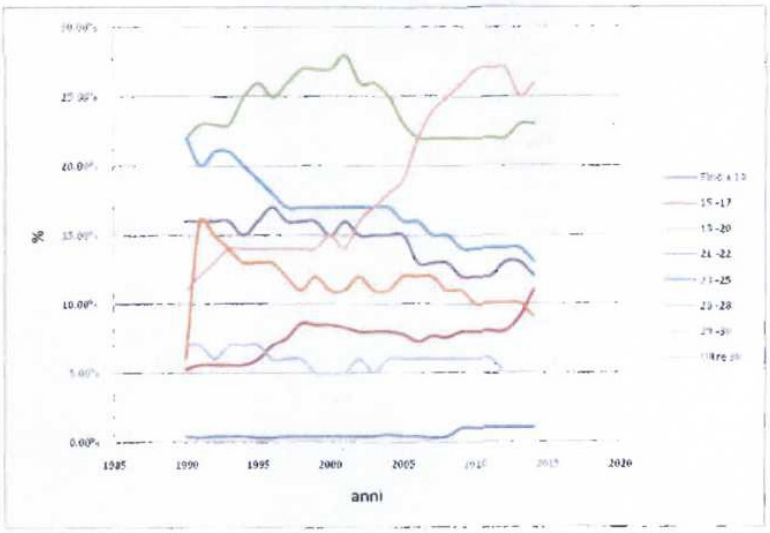
Il primo aspetto da investigare è l'età dei segnalati, fornita in classi. La distribuzione percentuale è riportata in Figura 5. Come si vede le età più rappresentate sono quelle giovanili (fino a 20 anni) con il 34,51% dei maschi e 35,01% delle femmine e quelle mature (più di 30 anni) con il 25,98% dei maschi e 27,33% delle femmine. Naturalmente quest'ultima classe andrebbe suddivisa in classi più piccole fino almeno a 40 anni per poterla confrontare con dati europei.

Figura 75: Distribuzione percentuale della classe di età dei maschi e femmine segnalati.



E' anche interessante osservare l'andamentc dal 1990 (anno di entrata in vigore della disposizione di legge 309/90) delle classi di età.

Figura 76: Serie temporale della distribuzion percentuale dell'età dei segnalati



Come si vede, la percentuale dei segnalati con età inferiore a 14 anni è più che raddoppiata dal 2009 e la percentuale di soggetti con età compresa tra 15 e 17 anni è raddoppiata rispetto ai primi anni di vigenza della legge. Fenomeno analogo per i maschi e per le femmine. Questo è un aspetto molto grave, perché l'abbassamento dell'età di primo uso è un fattore di rischio per un uso successivo più problematico e un "poliuso" di sostanze. Anche la percentuale di segnalati di età oltre 30 è molto cresciuta; questo è dovuto principalmente all'invecchiamento di una delle popolazioni di utilizzatori di sostanze, quella dei consumatori di eroina. Lo stesso andamento si riscontra in altri insiemi di dati relativi agli utilizzatori.

Per quanto riguarda le sostanze utilizzate dai soggetti segnalati, si riporta la tabella fornita (Tabella 1) che mostra un numero di sostanze superiore al numero dei segnalati (poliuso).

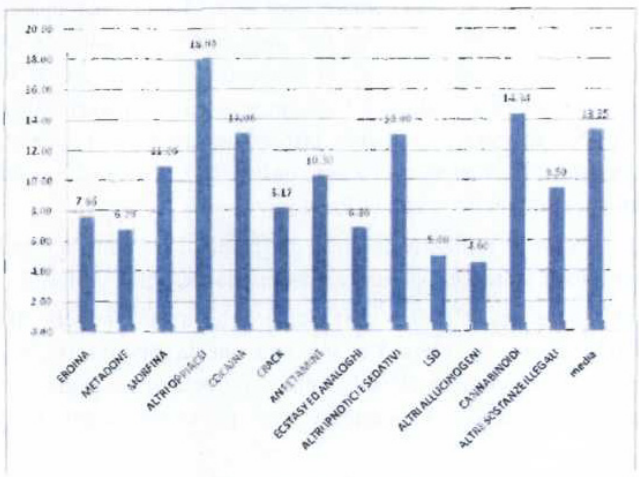
Le sostanze più utilizzate sono: al primo posto la cannabis sia per maschi sia per femmine; la seconda è per entrambi la cocaina; la terza l'eroina. E' anche da sottolineare che sarebbe opportuno suddividere la classe "altre sostanze illegali", che ha frequenza maggiore di molte sostanze specificate individualmente come LSD e inalanti volatili, per evidenziare il trend dal confronto con gli anni precedenti.

La quota di maschi e femmine consumatori delle varie sostanze è diversa. La Figura 77 mostra il rapporto numero di maschi su numero di femmine per le sostanze utilizzate da entrambi, che va dal 18 per "altri oppiacei" al 4.60% per "altri allucinogeni".

Tabella 23: Sostanze utilizzate dai soggetti segnalati nel 2014

Sostanza	Maschi	Femmine	Totale
EROINA	1.793	234	**2.027**
METADONE	163	24	**187**
MORFINA	22	2	**24**
ALTRI OPPIACEI	54	3	**57**
COCAINA	3.695	283	**3.978**
CRACK	49	6	**55**
ANFETAMINE	103	10	**113**
ECSTASY ED ANALOGHI	96	14	**110**
ALTRI STIMOLANTI	3	0	**3**
BARBITURICI	1	0	**1**
BENZODIAZEPINE	1	0	**1**
ALTRI IPNOTICI E SEDATIVI	13	1	**14**
LSD	5	1	**6**
ALTRI ALLUCINOGENI	23	5	**28**
INALANTI VOLATILI	20	0	**20**
CANNABINOIDI	24.929	1.734	**26.663**
ALTRE SOSTANZE ILLEGALI	76	8	**84**
TOTALE GENERALE	**31.046**	**2.325**	**33.371**

Figura 77: Rapporto Maschi su Femmine per le diverse sostanze tra i segnalati



Dati amministrativi: utilizzazione per stimare le diverse popolazioni di utilizzatori

Uno dei punti cruciali nello studio dell'uso di sostanze stupefacenti illegali è la stima della dimensione del fenomeno e della sua dinamica. Per tale finalità, sarebbe necessaria una adeguata "indagine sulla popolazione generale" (GPS); purtroppo, attualmente non è disponibile in Italia una GPS che fornisca risultanze attendibili, quelle svolte negli anni più recenti soffrono di gravi carenze dovute alla distorsione dei campioni per il basso tasso di risposta. E' dunque indispensabile ricorrere a metodi indiretti. Utilizzando metodologie statistiche e modelli probabilistici abbastanza semplici si può stimare sia l'ampiezza della popolazione coinvolta nel consumo delle sostanze, sia la distribuzione in base al sesso e all' età; le stime per le età più basse possono anche fungere da proxy per valutare l'incidenza di nuovo consumo giovanile.

Sul piano tecnico, sia il metodo della "cattura - ricattura" sia il metodo derivato dal "processo di Poisson troncato" si basano sulla proporzione di catture multiple, ravvicinate e indipendenti, di alcune unità della popolazione Nel primo caso, però, occorre seguire due (o più) diversi processi di cattura, come, per esempio la cattura da parte del sistema carcerario e quella da parte del sistema ospedaliero. Nel secondo caso invece si modellano le catture multiple in uno stesso sistema (recidività in carcere, segnalazioni multiple alle Prefetture e così via). Proprio sulla base di questo schema si stimerà la popolazione nascosta di utilizzatori di sostanze a partire dai dati sulle segnalazioni, con riferimento ai consumatori di cannabis e di cocaina. Per le altre sostanze occorre invece procedere diversamente, con metodi meno precisi ma più stabili, poiché il basso numero di catture non consente un'efficace applicazione del metodo Poisson.

Va sottolineato che la disomogeneità,rispetto alla probabilità di cattura, nelle popolazioni catturate porta a sottostimare la popolazione nascosta[49]

In alcuni casi si può ridurre la disomogeneità introducendo nel modello alcune "covariate", cioè ulteriori variabili classificatorie osservabili (come il sesso, l'età, l'area territoriale). É soprattutto opportuno distinguere in base alla sostanza di uso primaria, ecc.

Cannabis

Si applica il modello di stima di Poisson basato sulle ricatture e usando le covariate sesso, classe d'età, area territoriale; come, per esempio, la Tabella 24 e la

Tabella 25 mostrano. La formula che consente di passare dai dati disponibili alla stima del numero di utilizzatori di cannabis a rischio di segnalazione è lo "stimatore di Zelterman" (Mascioli e Rossi, 2010). Le stime ottenute sono riportate nella Tabella 26.

Sono riportati anche gli "intervalli di confidenza al 95%"; nel caso il limite inferiore sia negativo, si sostituisce con il numero dei segnalati, poiché la popolazione nascosta non può essere inferiore a quella intercettata. Per i segnalati anche negli anni precedenti, in alcuni casi, si sono ampliate le classi d'età, essendo nullo il numero di soggetti segnalati almeno 2 volte, che sono indispensabili per applicare il metodo di stima.

Tabella 24: Frequenze di cattura di maschi consumatori di cannabis nel Sud in base al numero di ricatture e alla classe d'età nel 2013

Area di residenza	Classi di età	1	2	3	>=4	Totale
	minore	313	6	0	0	319
	18-25	2.560	86	5	2	2.653
Sud	26-30	492	8	0	0	500
	31-40	393	9	0	0	402
	>40	161	5	0	0	166
Totale		3.919	114	5	2	4.040

49 Si puo spiegare intuitivamente immaginando, per esempio, che ci siano 2 sottopopolazioni, di cui una più ampia con intensità di cattura molto piccola bassa e una più piccola con intensità di cattura maggiore Nel campione delle ricatture saranno presenti quasi cselusivamenic soggetti della sceonda sotto popolazione e, pertanto. la stima dell'intensita avrà ordine di grandezza vicino a quello maggiore Dato che la stima della popolazione nascosta dipende inversamente dalla stima dell'intensità, avendo sovrastimato quest'ultima, si sottostimerà la popolazione. Nel caso limite in cui una sotto popolazione abbia intensità di cattura zero o trascurabile, l'intera sua dimensione verrebbe esclusa sarà assente ne dalla stima di del numero complessivo N Questo è presumibile che, in certa misura, si verifichi accade per i dati delle segnalazioni

Tabella 25: Frequenze di cattura di maschi consumatori di cocaina in base al numero di ricatture e all'area territoriale

Area di residenza	1	2	3	>=4	Totale
Centro	672	7	2	0	681
Isole	231	4	0	0	235
Nord-Est	505	3	0	0	508
Nord-Ovest	623	4	0	0	627
Sud	461	6	0	0	467
Totale	2.492	24	2	0	2.518

Tabella 26: Numerosità stimata della popolazione di maschi utilizzatori di cannabis

A = PROBABILITÀ DI CATTURA SU BASE ANNUA

Segnalati per la prima volta nel 2013					Segnalati nel 2013, già segnalati negli anni precedenti				
NORD-OVEST	λ	Stima di N	INF I.C. 95%	SUP I.C 95%	NORD-OVEST	λ	Stima di N	INF I.C. 95%	SUP I.C 95%
minore	0,03993	14.358	5.879	22.838	minore	0,11765	162	18	478
18-25	0,04018	69.702	51.123	88.280	18-25	0,07933	6.556	3.615	9.496
26-30	0.00731	75.351	29.078	179.779	26-30	0,07692	3.647	1.392	5.902
31-40	0,02863	17.574	4.559	30.588	31-40	0,04459	7.361	1.912	12.810
>40	0,00980	21.115	20.268	62.499	>40	0,04196	3.553	146	7.571
Totale		138.394	107.087	169.701	Totale		19.663	13.580	25.746

NORD-EST	λ	Stima di N	INF I.C. 95%	SUP I.C. 95%	NORD-EST	λ	Stima di N	INF I.C. 95%	SUP I.C. 95%
minore	0,06377	5.763	2.363	9.163	minore	0,09091	265	23	782
18-25	0,04028	51.442	35.511	67.373	18-25	0,09329	4.053	2.074	6.032
26-30	0,01442	29.261	3.848	62.369	26-30	0,03371	5.461	181	11.637
31-40	0,01102	33.307	12.852	79.465	31-40	0,07843	2.810	868	4.753
>40	0,04145	4.876	101	9.652	>40	0,05556	1.369	74	3.265
Totale		94.426	70.546	18.307	Totale		12.047	7.745	16.349

CENTRO	λ	Stima di N	INF I.C. 95%	SUP I.C. 95%	CENTRO	λ	Stima di N	INF I.C. 95%	SUP I.C. 95%
minore	0,06154	5.613	2.139	9.087	minore	1,00000	5	3	12
18-25	0,03154	70.537	46.836	94.237	18-25	0,10180	3.637	1.915	5.359

26-30	0,02948	14.215	2.845	25.586	26-30	0,04054	3.801	151	8.099
31-40	0,01146	30.801	11.884	73.486	>30	0,01320	23.257	305	55.486
>40	0,01064	17.861	4.145	52.866					
Totale		114.127	83.413	144.841	Totale		14.285	8.455	20.115

SUD	λ	Stima di N	INF I.C. 95%	SUP I.C. 95%	SUD	λ	Stima di N	INF I.C. 95%	SUP I.C. 95%
minore	0,03834	8.481	1.699	15.263	minore	0,10000	221	21	652
18-25	0,06719	40.828	32.214	49.441	18-25	0,14157	6.409	4.728	8.089
26-30	0,03252	15.626	4.802	26.450	26-30	0.06818	6.949	3.439	10.459
31-40	0,04580	8.980	3.118	14.841	31-40	0,07576	5.674	2.810	8.539
>40	0,06211	2.756	344	5.169	>40	0,03279	3.844	124	9.170
Totale		71.482	58.377	84.586	Totale		19.524	15.461	23.587

ISOLE	λ	Stima di N	INF I.C. 95%	SUP I.C. 95%	ISOLE	λ	Stima di N	INF I.C. 95%	SUP I.C. 95%
minore	0,03738	8.912	1.785	16.039	minore	0,16667	91	14	268
18-25	0,07120	23.776	17.561	29.990	18-25	0,20513	3.047	2.231	3.862
26-30	0,03546	8.266	1.024	15.508	26-30	0,06130	4.541	1.399	7.683
31-40	0,01509	17.889	6.901	42.680	31-40	0,13793	1.684	808	2.560
>40	0.03636	3.136	1.208	7.481	>40	0,10909	561	58	1.193
Totale		48.556	37.276	59.836	Totale		8.055	6.283	9.827

La popolazione totale di utilizzatori di cannabis "a rischio di segnalazione" è stimata a livello nazionale in 540.558. Questa cifra è certamente una sottostima dell'intera popolazione di consumatori, perché rimane del tutto nascosta la parte "a rischio bassissimo di segnalazione", soprattutto quella che ha abitudini di consumo solo in luoghi privati come casa propria, di amici .... Tale parte di consumatori andrebbe stimata a partire da una adeguata indagine sulla popolazione generale (GPS); come già detto, non è attualmente disponibile in Italia un'attendibile GPS. La popolazione stimata, in particolare quella relativa ai soggetti già segnalatinegli anni precedenti, si può definire a rischio per comportamento e fornisce una stima di 73.574,(con intervallo di confidenza, al 95%, con estremi a 50.000 e 100.000 circa).Questa stima fornisce un'approssimazione degli utilizzatori maschi di cannabis con comportamento ad alto rischio, rispetto alla cattura.

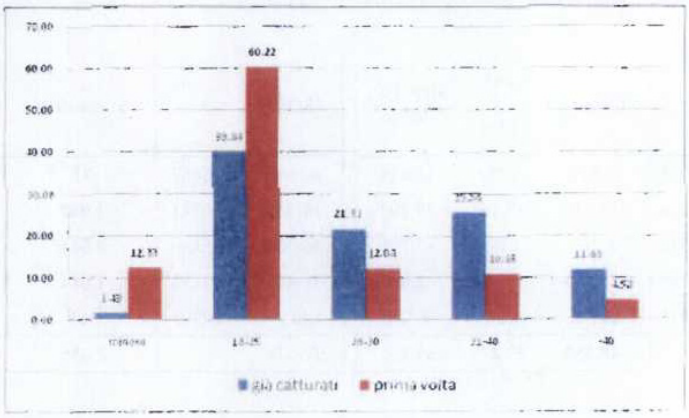
Se si confrontano le età delle due sotto-popolazioni (nuovi segnalati e già segnalati), si osserva che quella dei già segnalati è più alta (come riportato in Figura 8 per il Nord Ovest; situazione analoga per gli altri territori). Un'analisi dettagliata meriterebbe la stima del parametro λ, ovvero della probabilità annua di cattura di ogni soggetto della popolazione; tale stima mostra che i giovani, in particolare i minori, hanno quasi ovunque probabilità di cattura maggiori dei più anziani; inoltre, i già catturati hanno probabilità maggiore di quelli catturati per la prima volta.

Analogamente si può procedere per la popolazione femminile che, però, data la sua scarsa numerosità, occorre raggruppare in un'unica classe d'età e può essere stimata solo a livello nazionale. Per i soggetti femminili segnalati per la prima volta, si hanno in totale 1450 segnalazioni e 1436 soggetti; la stima a livello nazionale risulta pari a 75.092 con intervallo di confidenza al 95% (35.762; 114.421).

Per i soggetti già segnalati, risultano 142 segnalazioni di 140 soggetti e la stima è 5.041, con l'intervallo di confidenza molto ampio (140[50]; 12.026). Per la popolazione femminile segnalata l'andamento dell'età risulta simile a quello per i maschi.

La probabilità di cattura è invece molto più bassa per le femmine. La proporzione maschi su femmine per gli utilizzatori stimati risulta pari a 7,67 contro il rapporto di 14,38 che vale per i soggetti segnalati; la probabilità di cattura per le femmine è dunque circa la metà di quella dei maschi.

Figura 78: Distribuzioni percentuali delle classi di età per i già catturati e catturati per la prima volta nel Nord Ovest.



L'impatto territoriale dei consumatori di cannabis, stimati sulla base delle segnalazioni, ovvero il numero di consumatori per popolazione residente di tutte le età, è evidenziato in Figura 79 e l'andamento dell'impatto dei consumatori rispetto all'impatto delle segnalazioni è evidente in Figura 80.

Globalmente la stima dell''indicatore HRDU per la cannabis risulta pari a 78.615 soggetti, utilizzando solo la stima prodotta da soggetti "già segnalati". É possibile migliorare la stima considerando che tra i soggetti segnalati per la prima volta, una parte sarà segnalata di nuovo l'anno seguente. Considerando due anni consecutivi è possibile stimare quanti saranno risegnalati il secondo anno e facevano parte dei segnalati per la prima volta l'anno precedente. Considerando gli anni disponibili si ottiene che circa il 30% dei soggetti segnalati per la prima volta un certo anno sarà risegnalata l'anno successivo.

50 Si osservi che il valore minimo dell'intervallo coincide con il numero di soggetti segnalati

Aggiungendo il 30% dei soggetti stimati dai segnalati per la prima volta nel 2013, si ottiene una stima più realistica dei consumatori di cannabis HRDU, pari a 134.960.

Figura 79: Numero di consumatori (Nuovi segnalati) per 1000 residenti per area territoriale.

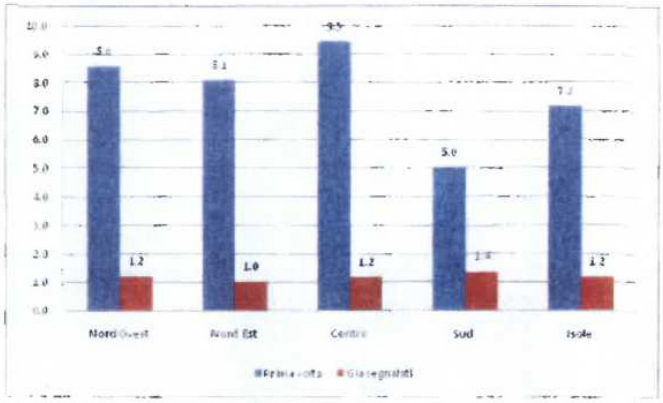
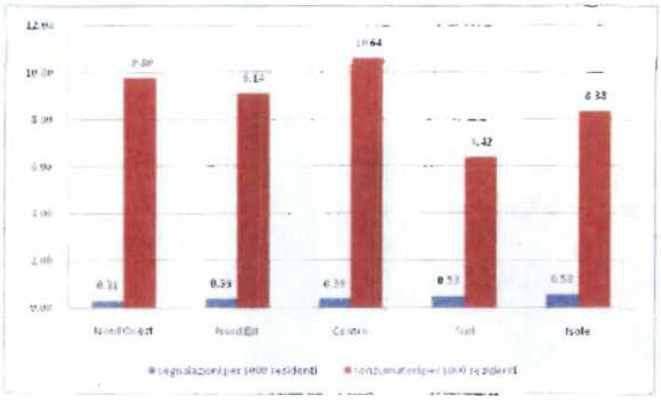


Figura 80: Consumatori totali stimati e segnalazioni per cannabis per 1000 residenti.



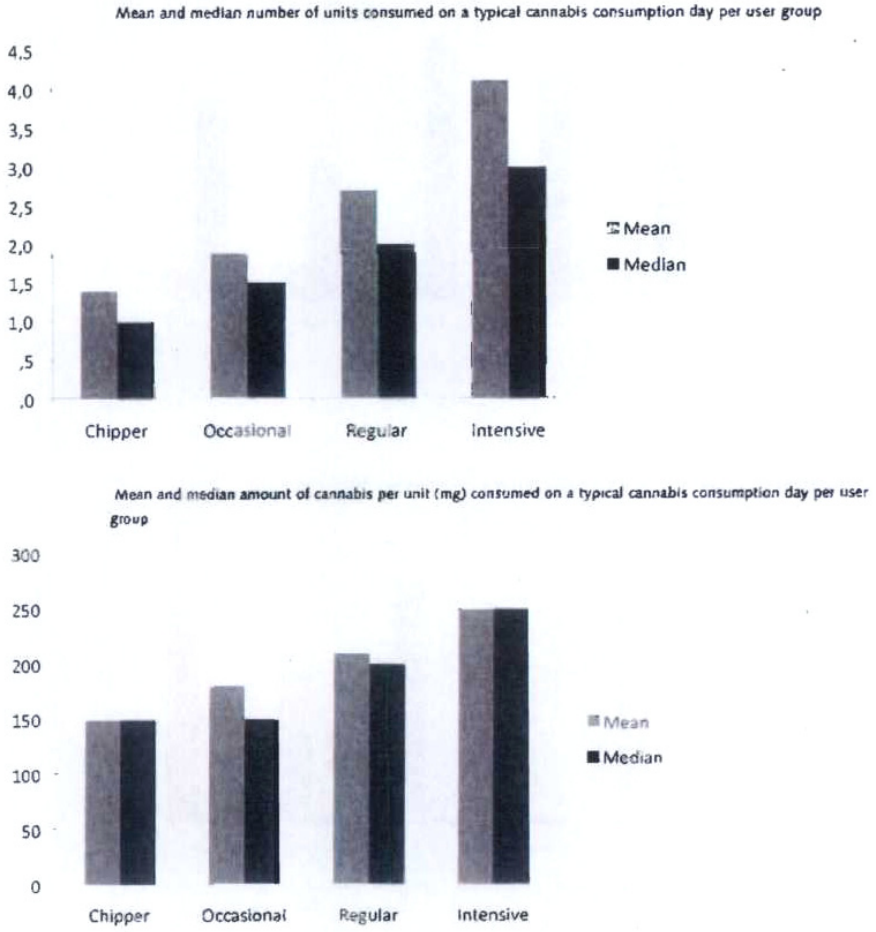
Per acquisire ulteriori informazioni e produrre una stima più accurata, si può far riferimento ad un lavoro effettuato per la Commissione Europea (*http://www.trimbos.org/projects/research-monitoring-and-policies/further-insights-into-aspects-of-the-eu-illicit-drugs-market*)sull'uso di alcune sostanze, in particolare anche cannabis, cocaina ed eroina in sette paesi, tra cui l'Italia,che ha prodotto un importante pubblicazione (Trautmann et al.,2013).

Nel capitolo sulla cannabis, a seguito dei dati e delle numerose informazioni dalla letteratura, si è stimata la popolazione degli utilizzatori di cannabis suddivisi per "tipo" di uso: "non frequenti" (in inglese, "chipper"; sono quelli che hanno consumato cannabis non più di una volta al mese nell'ultimo anno e poi "occasionali" "regolari" e "intensivi"; si tratta di una classificazione secondo la frequenza d'uso nell'ultimo mese, già introdotta in precedenza in Italia (Rey et al., 2011). Ove possibile, le categorie dei "regolari" e "intensivi" vengono ulteriormente dettagliate.

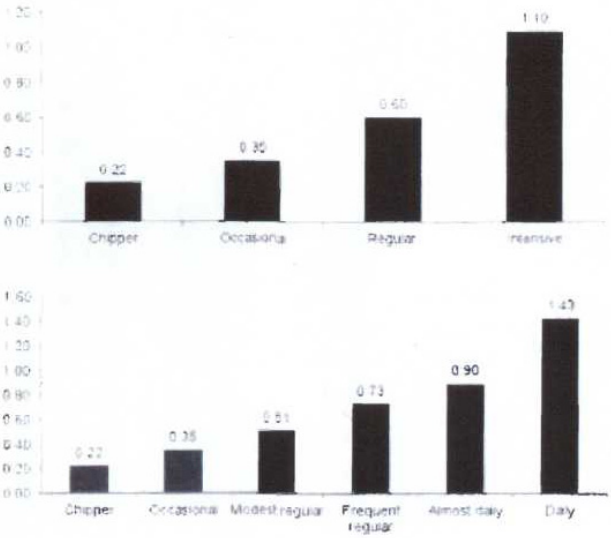
La Figura 81, ripresa dalla pubblicazione per la Commissione europea (Trautmann et al., 2013)

mostra chiaramente come gli "intensivi", non solo per la frequenza d'uso, ma anche per la quantità, formano la categoria più adeguata come proxy dei consumatori HRDU.

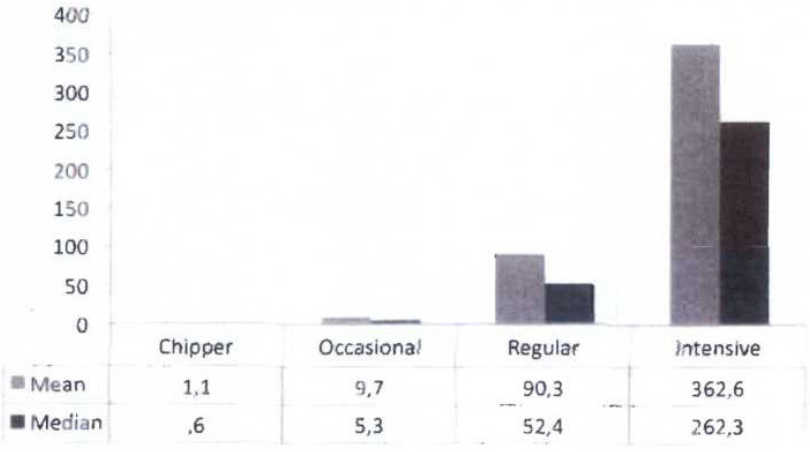
Figura 81: Indicatori di quantità giornaliera caratteristica dei diversi gruppi.



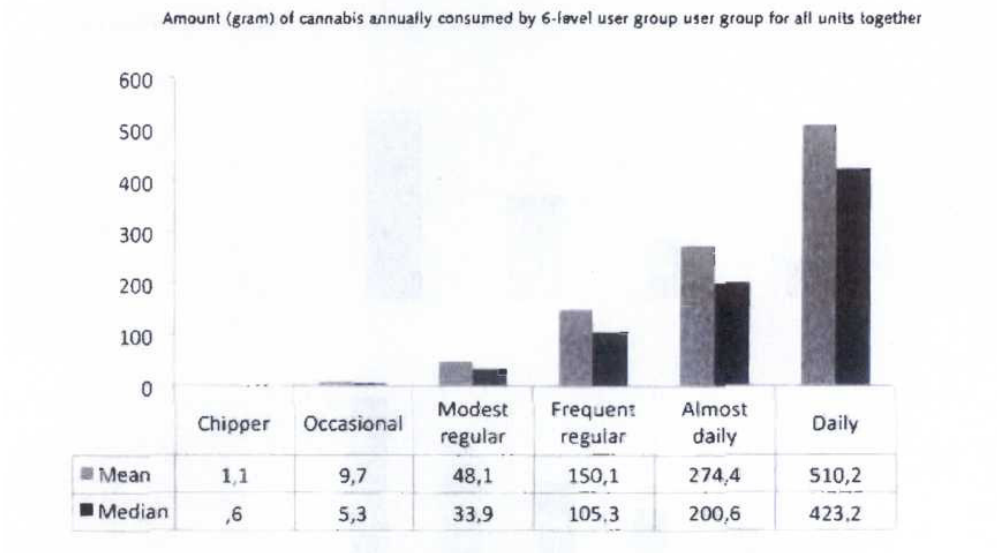
Amount (gram) of cannabis consumed on a typical use day by 4-level (upper panel) or 6-level user group (lower panel)



Amount (gram) of cannabis annually consumed by 4-level user group user group for all units together



	Chipper	Occasional	Regular	Intensive
Mean	1,1	9,7	90,3	362,6
Median	,6	5,3	52,4	262,3



La stima dei consumatori delle diverse tipologie per l'Italia è riportata in Tabella 27.

Tabella 27: Numbers of cannabis users per user group in Italy (15-64 years) according to different estimation methods (million persons)

	Estimation based on population surveydata*		Indirect estimation method**		Adjusted indirect estimation method***	
	Numbers	%	Numbers	%	Numbers	%
Chipper	3,305,720	58%	1,100,000	19%	3.305.720	41%
Occasional user	963,027	17%	3,000,000	51%	3,000,000	37%
Regularuser	972,868	17%	1,000,000	17%	1,000,000	12%
Intensiveuser	451,456	8%	800,000	14%	800,000	10%
Total	5,693,071	100%	5,900,000	100%	8,105,720	100%

Estimateusingpopulationsurveydata(2008/2005)

**Indirectestimationmethodusingdatafromregistereddealers,adealertocustomerratioandusergroupdistributionfromschoolsurveys (Fabietal.2012)*

***Estimatebasedtheindirectestimationmethodforoccasional,regularandintensiveusers,correctedforunderestimationofthegroupofchippersonthebasisoftheGPSdatafor2008/2005*

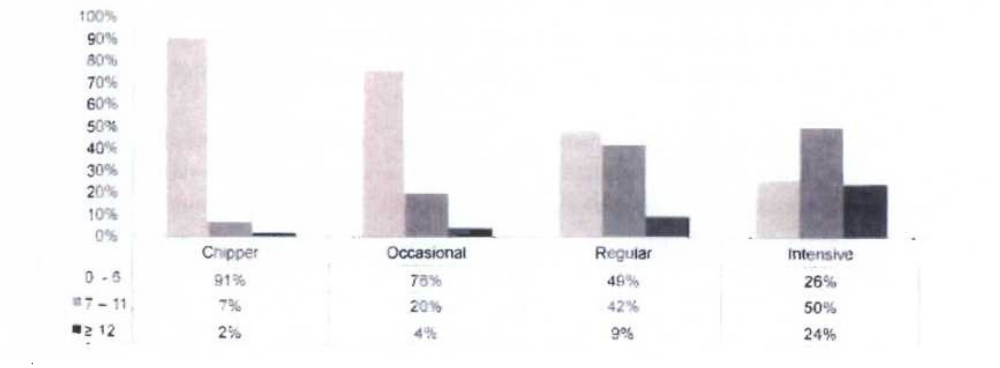
Se si considerano consumatori HRDU di cannabis gli "intensivi" ottenuti tramite lo "Indirectestimationmethod** o ***",si ottiene un valore di 800.000, ben superiore (di quasi 6 volte) alla stima ottenuta con le segnalazioni (134.960).

Se si ricorre alla "scala CAST" (Trautmannet al., 2013) e si segue il criterio adottato nel rapporto europeo, si definiscono consumatori "problematici" di cannabis coloro che hanno il livello CAST pari almeno a 7.

Come si vede dalla tabella riassuntiva, si tratta essenzialmente degli "intensivi", anche se la figura mostra che consumatori problematici sono anche negli altri gruppi, come peraltro alcuni intensivi possono non essere problematici. Data la difficoltà di condurre survey in cui si pongano anche le domande orientate al calcolo di CAST, la stima data dagli "intensivi" è già una buona proxy della popolazione dei "problematici".

		Chipper	Occasional	Regular	Intensive
Italy	Mean	2.0	4.2	6.7	7.9
	Median	1.0	4.0	6.0	8.0

Proportion of users with CAST scores in range 0-6, 7-11 and 12 or more by user group



Un'altra fonte importante di dati e informazioni sull'offerta di cannabis, che è proporzionale alla domanda, è fornita dal rapporto della Direzione Nazionale Antimafia, dove, a proposito della cannabis, si dice:

.... Fra i dati in possesso da ritenersi più attendibili al fine di comprendere in quale direzione si muove il mercato, vi sono quelli relativi ai sequestri di narcotico effettuati sul territorio nazionale che fotografano quindi (per lo più) *l'offerta* di stupefacente.

....

Si ritiene prudenzialmente, almeno a livello italiano ed almeno attualmente, che, di norma, ad un dato quantitativo di stupefacente sequestrato, corrisponda un quantitativo di stupefacente immesso sul mercato pari a circa 10/20 volte quello sequestrato.

Ricordiamo, allora, per dare un significato concreto ai dati che riguardano il presente anno, che, nel periodo precedente a quello in esame (dunque, dal 1 Luglio 2012 al 30 Giugno 2013), in Italia, venivano intercettati: kg 3748 di cocaina –dato che, già all'epoca, non faceva che confermare la

fortissima offerta di questo tipo di stupefacente in Italia - kg 830 di eroina (stupefacente che risultava meno richiesto sul mercato rispetto al precedente *trend*) kg 63.132 di cannabis, di cui 35.849 di marijuana, kg 27.282 di hashish e kg 4074 di piante (già all'epoca il dato non solo dava conto di un mercato increscita, ma anche di una auto-produzione, per lo più aumentata da micro-piantagioni domestiche diffuse su tutto il territorio nazionale) .....

Nel periodo in esame – 1.7.2013/30.6.2014 – si registra un significativo, ma non eccezionale, aumento dei sequestri di tutte le sostanze stupefacenti sopra indicate, fatto salvo il dato sulla cannabis, che evidenziava unrilevantissimo picco di incremento di oltre il120%.

In particolare, cadevano in sequestro: kg 4.499 di cocaina, Kg 851 dieroina, kg 147.132 di cannabis (di cui 109.000 di hashish, 37.151 di marijuana, 900 di piante)....

Non essendo maturate nuove e particolari tecniche investigative in taleambito deve ragionevolmente ritenersi che a sequestri così imponenti ed inaumento corrisponda una massa circolante di cannabinoidi decisamente in aumento.

Per avere contezza della dimensione che ha, oramai, assunto il fenomenodel consumo delle cd droghe leggere, basterà osservare che - consideratoche, come si è detto, il quantitativo sequestrato è di almeno 10/20 volte inferiorea quello consumato - si deve ragionevolmente ipotizzare un mercato chevende, approssimativamente, fra 1,5 e 3 milioni di Kg all'anno di cannabis, quantità che soddisfa una domanda di mercato di dimensioni gigantesche.

In via esemplificativa, l'indicato quantitativo consente a ciascuncittadino italiano (compresi vecchi e bambini) un consumo di circa 25/50 grammi *pro- capite* (pari a circa 100/200 dosi) all'anno.

Naturalmente all'aumento dei consumatori di cannabis corrisponde anche l'aumento degli intensivi; se ne deduce l'assoluta inefficacia delle stime prodotte sulla base delle segnalazioni, mentre risulta adeguata la stima proposta dal rapporto per la Commissione europea.

Analoghi dati DCSA riferiti al 2014 riportano simili aumenti della cannabis nell'offerta e quindi nella domanda come stima.

Cocaina

L'unica altra sostanza per cui è possibile utilizzare le segnalazioni per stimare la sotto-popolazione nascosta a rischio di cattura è la cocaina. Si procede alla stima, ma, come visto per la cannabis, si otterrà una sottostima, anche perché, data la scarsità di catture e ricatture, non sarà possibile introdurre covariate utili, con conseguente aggravio del problema della disomogeneità dei dati di base.

I dati sono riportati in Tabella 28 e le stime ottenute in Tabella 29.

Tabella 28: Segnalazioni di consumatori di cocaina

Soggetti già segnalati in precedenza segnalati per cocaina nell'anno 2013					
Area di residenza	**1**	**2**	**3**	**>=4**	**Totale**
Centro	264	9	0	0	**273**
Isole	105	1	1	0	**107**
Nord-Est	149	7	1	0	**157**
Nord-Ovest	309	5	0	0	**314**
Sud	328	11	0	0	**339**
Totale	**1.155**	**33**	**2**	**0**	**1.190**
Nuovi soggetti segnalati per cocaina nell'anno 2013					
Area di residenza	**1**	**2**	**3**	**>=4**	**Totale**
Centro	672	7	2	0	**681**
Isole	231	4	0	0	**235**
Nord-Est	505	3	0	0	**508**
Nord-Ovest	623	4	0	0	**627**
Sud	461	6	0	0	**467**
Totale	**2.492**	**24**	**2**	**0**	**2.518**

La stima totale della popolazione nascosta risulta pari a 153.415. Naturalmente si tratta dei consumatori di cocaina che sono a rischio di cattura; sono esclusi quelli che consumano in modo da ridurre quasi a zero la probabilità di cattura e sono la maggioranza, che occorre stimare con altri dati e altri metodi. Se si considerano solo i soggetti "già segnalati", la stima è di soltanto 21.426 soggetti rientranti nella categoria HRDU; anche se si aggiunge il 31% dei nuovi segnalati, come fatto per la cannabis, si ottiene 62.463. Questa stima, se paragonata con il numero di soggetti in carico ai SerT nel 2013 per uso primario o secondario di cocaina, pari a 42.016, porta al calcolo di un rapporto fra soggetti consumatori e soggetti trattati pari a 1,49, inferiore a quello relativo all'uso di oppiacei[51]. Purtroppo questo non è coerente con altre stime come, per esempio, il "tempo medio di latenza" (tempo fra il primo uso e la prima richiesta al SerT di terapia) fornito dai dati SIND. Esso risulta pari a 9,7 anni per gli oppiacei e 10,3 per la cocaina, che implica per la cocaina un coefficiente di moltiplicazione più elevato che per gli oppiacei, per cui è vicino a 2. In altre parole, i dati disponibili sui segnalati permettono solo delle valutazioni molto sottostimate per gli utilizzatori di HRDU cocaina, come per la cannabis. Anche se, come prima approssimazione, utilizzassimo lo stesso coefficiente di moltiplicazione degli oppiacei anche per la cocaina,

51 Il suddetto rapporto funge da "coefficiente di moltiplicazione", per stimare i consumatori di una certa categoria a partire dai soggetti trattati rientranti nella medesima categoria

otterremo una sottostima meno grave di quella ottenuta a partire dalle segnalazioni, pari a circa 80.000.

Tabella 29: Stime dei consumatori di cocaina per area territoriale

Area di residenza	λ	Stima di N	INF I.C. 95%	SUP I.C. 95%
Centro	0,06818	4.142	1.440	6.843
Isole	0,01905	5.671	235	16.785
Nord-Est	0,09396	1.751	458	3.043
Nord-Ovest	0,03236	9.860	1.221	18.500
Sud	0,06707	5.226	2.143	8.308
Totale	0,05714	21.426	14.125	28.726

Area di residenza	λ	Stima di N	INF I.C. 95%	SUP I.C. 95%
Centro	0,02083	33.030	8.566	57.494
Isole	0,03463	6.904	141	13.666
Nord-Est	0,01188	43.011	508	91.680
Nord-Ovest	0,01284	49.142	986	97.297
Sud	0,02603	18.175	3.636	32.714
Totale	0,01926	131.989	79.191	184.788

Si può concludere che, utilizzando i dati relativi alle segnalazioni ex art.75, si ottengono forti sottostime delle popolazioni di interesse, perché le sotto-popolazioni realmente a rischio di segnalazione sono di dimensione limitata, tenendo anche conto del comportamento dei soggetti. Quote rilevanti delle popolazioni di consumatori hanno probabilità quasi nulla di incorrere in segnalazione. Dal lavoro per la Commissione europea citato sopra si è stimato che l'indicatore HRDU per la cocaina deve esserecompreso tra 200.000 e 300.000.

Considerazioni finali

Un ultimo passaggio, che mette in evidenza ancora questo aspetto di sottostima, riguarda la stima globale dei consumatori di una qualunque sostanza, senza distinzione, a partire dai dati sulle segnalazioni, e gli approfondimenti necessari sviluppati per gli utilizzatori di cannabis (non solo HRDU), è riportato nel paragrafo successivo.

Procedendo per area territoriale e classe d'età per i maschi, ma non per le femmine, si ottiene la stima:

totale dei maschi consumatori di sostanze illegali segnalati per la prima volta: 606.141;

totale dei maschi consumatori di sostanze illegali già segnalati: 108.653;

totale delle femmine consumatrici di sostanze illegali segnalate per la prima volta: 87.519;

totale delle femmine consumatrici di sostanze illegali già segnalate: 4.804.

Si può subito osservare, per esempio, che la popolazione totale di consumatrici già segnalate (4.804) è inferiore alla popolazione analoga delle consumatrici di cannabis, che risulta 5.041.

Questo evidenzia che l'introduzione, quando è possibile, di covariate, rende più attendibile la stima. Sicuramente la sottostima delle popolazioni femminili è molto più elevata di quella delle popolazioni maschili, avendo una probabilità di cattura che è circa la metà di quella dei maschi che non permette di utilizzare covariate.

Per comprendere meglio il problema dei dati sulle segnalazioni si è esteso il modello di cattura in modo originale.

2.4.2 Un nuovo modello di stima di popolazioni non omogenee che riduce la distorsione e la sottostima

L'obiettivo principale che si persegue nel controllo e nella valutazione dei fenomeni droga-correlati è la stima della dimensione delle popolazioni coinvolte: consumatori con diverso profilo, spacciatori, trafficanti etc. Ovvero popolazioni "nascoste".

La numerosità di queste popolazioni può essere stimata solo in modo indiretto a partire dai dati disponibili, che riguardano la parte (in generale piccola) diventata visibile.

Per arrivare ad una stima convincente si sono costruiti modelli che descrivessero nella maniera più realistica possibile il processo di emersione di questa piccola parte delle popolazioni oggetto di indagine. Tutti i modelli di stima fino ad ora utilizzati, sia a livello nazionale che internazionale, si basano su metodi di cattura-ricattura da più fonti o da una sola fonte, come il modello di Poisson troncato. Queste procedure hanno, come forti limitazioni, l'assumere omogeneità temporale della probabilità di osservazione, l'assenza di modulazione comportamentale delle risposte, e il non sempre utilizzare informazioni aggiuntive preziose (come anche solo l'età e il genere del soggetto identificato).

Il lavoro proposto da Farcomeni e Scacciatelli, pubblicato sulla rivista "*Annals of AppliedStatistics*", si inserisce nel progetto europeo *"New methodologicaltools for policy and programmeevaluation (JUST/2010/DPIP/AG/1410)"*; finanziato dalla Commissione europea (DG Justice). Gli obiettivi del progetto erano la prevenzione della tossicodipendenza, lo studio del mercato delle droghe e del loro uso; nonché la stima della dimensione delle sottopopolazioni - nascoste e non - e dei loro comportamenti. Grazie a questo progetto è stato possibile accedere alla base dati del Centro Studi Ricerca e Documentazione, Dipartimento per le Politiche del Personale dell'Amministrazione Civile e per le Risorse Strumentali e Finanziarie che, ai sensi del dpr 309/1990, si occupa di rilevare dati statistici inerenti i soggetti segnalati ai prefetti come assuntori e consumatori di sostanze stupefacenti (ex articoli 75 e 121 del dpr), attraverso le rilevazioni eseguite dagli Uffici territoriali del governo. Studiamo in particolare le segnalazioni ai sensi dell' art.75 per cannabis, in un periodo che va dal 2006, anno in cui entra in vigore la legge 309, meglio conosciuta come "Fini-Giovanardi", fino al 2008.

Il lavoro si inserisce nell'ambito dei modelli di cattura-ricattura in tempo continuo, modellizzando l'eterogeneità non osservabile, le principali caratteristiche (ad esempio genere, età, provincia di provenienza) degli individui catturati, e considerando anche una componente comportamentale a seguito della cattura (nuovo aspetto). Per ciascun individuo identificato almeno una volta dalle forze dell'ordine si valuta il tempo passato dall'inizio del campionamento (primo Marzo 2006) alla prima registrazione, e il tempo tra registrazioni. Si tiene così conto delle eterogeneità temporali del rischio di cattura (variazioni dovute a mesi estivi, fine settimana, festività, etc.). Data inoltre l'alta sproporzione tra i generi, e la polarizzazione delle età registrate, utilizzare queste informazioni ha

permesso un sostanziale vantaggio in termini di precisione delle stime. Infine, si è inserita una componente comportamentale nel modello, che è risultata determinante. Infatti si osserva un crollo della probabilità di identificazione dopo il secondo evento: gli individui, a rischio se fermati nuovamente dalle Forze dell'Ordine, si fanno più cauti e/o restringono il consumo. Ignorare questo effetto porterebbe a una stima completamente errata. Tutte le possibili fonti di eterogeneità sono quindi state valutate nel modello utilizzato, ottenendo infine per ogni individuo una probabilità di inclusione nel campione. Lo stimatore di Horvitz-Thompson, ovvero la somma del reciproco di queste probabilità, fornisce una stima efficiente e consistente del parametro di interesse, ovvero della numerosità della popolazione di utenti adulti di cannabis, suscettibili di art. 75, nel periodo considerato.

I circa 50000 maggiorenni consumatori di cannabis registrati nel database nel periodo considerato hanno una età media di 26 anni. Il 93% sono maschi. La numerosità finale stimata risulta pari a 3.3 milioni. Si ribadisce che questa stima si riferisce alla popolazione adulta che consuma, compra o trasporta cannabis nelle strade per uso personale, ovvero alla popolazione suscettibile di essere fermata ex art. 75. Si stima quindi che i consumatori "visibili" di cannabis siano pari a circa il 9% della popolazione adulta, ma che questa percentuale presumibilmente vari fortemente con età, genere ed esperienza precedente. Si evidenziano infatti gli effetti preannunciati nella sezione precedente, ove i maschi sono a maggior rischio di essere fermati delle donne, il rischio di fermo diminuisce con l'età e soprattutto crolla di circa l'80% dopo la seconda identificazione. Non si può con le informazioni disponibili discernere tra propensità all'identificazione e al consumo. Si può solo speculare che probabilmente per le donne si ha il primo effetto (ovvero la probabilità che una donna consumatrice sia fermata è sostanzialmente minore di quella di un uomo consumatore), mentre per l'età il secondo (ovvero il consumo di cannabis decresce con l'età). Parimenti con le informazioni a disposizione è possibile dire se dopo il secondo evento di identificazione i soggetti smettano di usare lo stupefacente o, più probabilmente, si facciano più cauti.

Chiaramente questo modello più accurato applicato ai dati delle segnalazioni in anni più recenti permetterebbe di stimare tutta la popolazione di utilizzatori di cannabis e, applicando la proporzione di intensivi l'indicatore HRDU per la cannabis.

2.4.3 Stima dell'indicatore HRDU per gli utilizzatori di oppiacei[52]

L'indicatore HRDU per consumatori di oppiacei viene stimato da quelle Regioni e Province Autonome che dispongono di archivi sanitari in grado di essere collegati tra loro. Per tali Regioni/PP.AA., Il DPA, in collaborazione con il Dipartimento di Sociologia e Diritto dell'Economia dell'Università di Bologna per il 2013 e di esperti esterni per il 2014, ha fornito il supporto metodologico per l'applicazione di procedure standard per la stima dei sottogruppi di consumatori, utilizzando le linee guida dell'Osservatorio Europeo (EMCDDA) per le stime locali[53].

52 Parte di questo paragrafo proviene dal lavoro di Giovanni Pieretti, Università di Bologna, in particolare le stime territoriali e nazionali del 2013

53 http://www.emcdda.europa.eu/html.cfm/index58064EN.html

Le stime dell'indicatore HRDU per uso di oppiacei a livello locale derivano dall'applicazione del metodo di cattura - ricattura (su fonti sanitarie). Da esse si trae la stima del "coefficiente moltiplicativo" da utilizzare nel metodo di calibrazione per la stima dell'indicatore a livello nazionale, come riportato nelle linee guida dell'Osservatorio Europeo[54] per la stima dell'indicatore a livello nazionale. Il coefficiente moltiplicativo è un valore numerico che, moltiplicato per il numero di soggetti trattati, consente di stimare il numero di soggetti consumatori HRDU di una sostanza con necessità di trattamento. Le stime locali disponibili sono riportate in appendice.

Per calcolare un coefficiente moltiplicativo valido a livello nazionale, occorre sintetizzare gli indicatori locali.

Le informazioni pervenute dalla Regione Calabria non sono state utilizzate in quanto il coefficiente moltiplicativo stimato risultava molto elevato rispetto a tutte le altre Regioni/PP.AA.

Parallelamente, anche le informazioni pervenute dalla ASL di Bergamo non sono state utilizzate in quanto il coefficiente moltiplicativo stimato risultava troppo elevato rispetto ai dati rilevati da un'altra ASL della Regione Lombardia (quella di Varese), ritenuta più attendibile.

Stime per il 2013

Per l'anno 2013 si stimano in Italia circa 168.000 soggetti che avrebbero bisogno di un trattamento per uso primario di oppiacei ("prevalenza su base annua"), corrispondenti a una prevalenza relativa di 4,3 per mille residenti di età compresa tra i 15 e i 64 anni. Gli intervalli di confidenza al 95% hanno ampiezza complessiva di circa 43.000 soggetti, quindi con un minimo di circa 147.000 ed un massimo di circa 190.000. Rispetto al 2012, la stima della popolazione suddetta resta sostanzialmente stabile. Le stime a livello regionale[55] (Figura 82), evidenziano che le aree a prevalenza più elevata sono la Liguria (7,4 casi per mille residenti di età compresa tra i 15 e i 64 anni), la Toscana ed il Molise (6,7). Le regioni con a prevalenza più bassa sono la Lombardia (2,6 casi per mille residenti di età compresa tra i 15 e i 64 anni), la Sicilia (2,7) e la Calabria (3,3). Nella **Tabella 35** sono riportate le stime delle prevalenza relativa per regione e per genere.

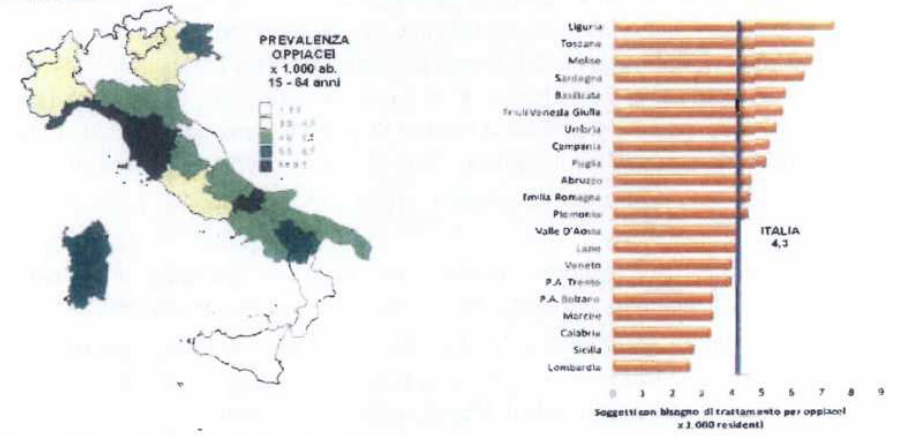
Si può molto approssimativamente fare il confronto a livello europeo delle stime di prevalenza dei soggetti con bisogno di trattamento per oppiacei (Figura 82). Considerando le stime disponibili per 19 Paesi UE (http://www.emcdda.europa.eu/data/2014)[56], le prevalenze del consumo problematico di oppiacei variano da meno di 1,0 a circa 8,0 casi per 1.000 abitanti di età compresa fra i 15 e i 64 anni. L'Italia (sigla IT) con un valore di 4,3 si colloca alla posizione 14 su 19 della graduatoria ascendente. Tale valore è il doppio del valore mediano dei 19 paesi (pari a 2,4), e poco più della metà del valore massimo (l'8,1 della Gran Bretagna).

54 *http://www.emcdda.europa.eu/html.cfm/index65519EN.html*

55 Calcolate in modo "nazionale" ovvero con l'unico coefficiente moltiplicativo nazionale senza tener conto di eventuali variabilità regionali sia dei dati che dei coefficienti moltiplicativi.

56 Dato che riguardano anni di stima diversi non permettono rigorose comparazioni. 2006 Irlanda, 2007 Lussemburgo e Lituania, 2008 Slovacchia e Norvegia, 2009 Polonia, 2010 Lettonia, 2010-11 Gran Bretagna e Ungheria, 2011 Spagna, Slovenia, Austria e Turchia, 2012 Malta, Cipro, Paesi Bassi, Grecia e Repubblica Ceca, 2013 Italia

Figura 82: Stime di prevalenza (per mille residenti di età 15-64 anni) di soggetti con bisogno di trattamento per oppiacei. Anno 2013



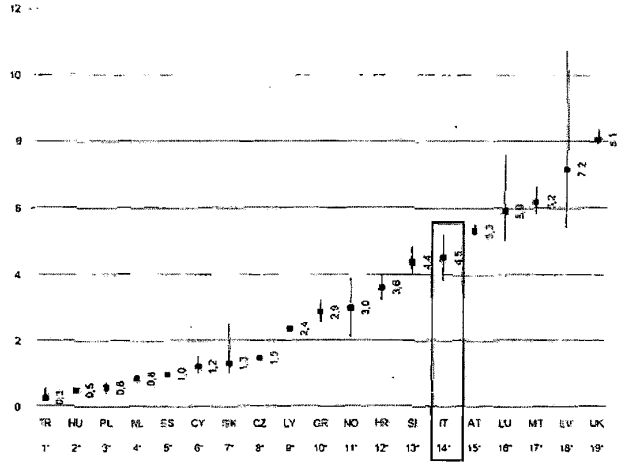
Fonte: Elaborazione su flussi informativi SIND

Tabella 30: Stime regionali di prevalenza (per mille residenti di età 15-64 anni) di soggetti con bisogno di trattamento per oppiacei secondo il genere. Anno 2013

Regione	Maschi	Femmine	Totale
Liguria	11,9	3,1	7,4
Molise	11,5	1,9	6,7
Toscana	10,4	3,2	6,7
Sardegna	11,3	1,6	6,4
Basilicata	10,6	1	5,8
Friuli Venezia Giulia	8,7	2,6	5,7
Umbria	9,2	1,9	5,5
Campania	9,6	1	5,3
Puglia	9,3	1,1	5,1
Abruzzo	8	1,4	4,6
Emilia Romagna	7,5	1,7	4,6
Piemonte	7,6	1,6	4,6
Lazio	7,4	1,1	4,2
Valle D'Aosta	6,8	1,7	4,2
P.A. Trento	6,3	1,6	4
Veneto	5,9	1,5	4
Marche	5,6	1,2	3,4
P.A. Bolzano	5	1,7	3,4
Calabria	6,1	0,6	3,3
Sicilia	5,1	0,5	2,7
Lombardia	4,3	0,9	2,6
Media	**7,3**	**1,4**	**4,3**

Fonte: Elaborazione su flussi informativi SIND

Figura 83: Stime di prevalenza (per mille residenti di età 15-64 anni) di soggetti con bisogno di trattamento per oppiacei – confronto a livello europeo



Fonte: Bollettino Statistico EMCDDA 2014

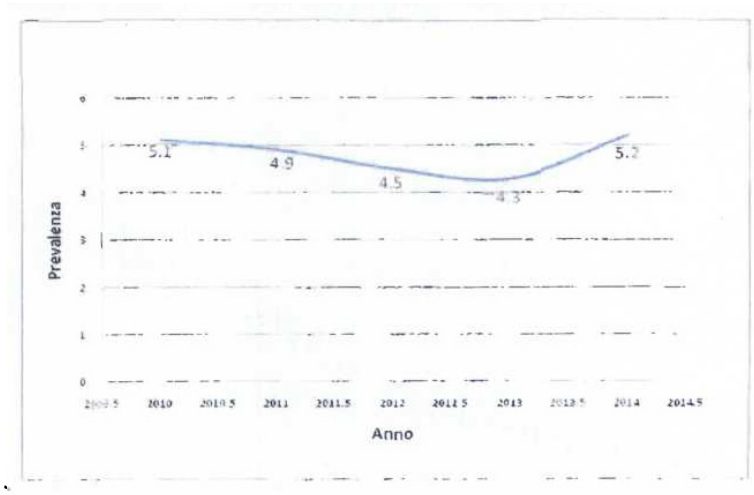
Aggiornamento delle stime nazionali al 2014

I consumatori di oppiacei con bisogno di trattamento, nel 2014, sono stimati in 203.000, con un intervallo di confidenza al 95% che va da 179.000 a 227.000; i dati di base provengonodalle stesse fonti, a partire dal 2010. Il calcolo viene effettuato annualmente attraverso un "metodo di calibrazione" utilizzato per le stime nazionali in molti paesi. Esso si basa sulla popolazione in trattamento osservata (per l'Italia, fornita dal Ministero della Salute; dati "SIND"), e la moltiplica per il coefficientemoltiplicativo stimato sintetizzando i valori parziali relativi a popolazioni limitate a livello territoriale, più facilmente stimabili con metodi di cattura-ricattura, da una o più fonti.

Le stime relative al 2014 mostrano, rispetto al 2013, un aumento del 20% conseguente ad un pari aumento nei dati di base.

La stima di prevalenza relativa per mille residenti di età compresa tra 15 e 64 anni, è pari a 5,2, che rispetto al valore 4,3 del 2013 corrisponde pure ad un incremento del 20% (la dimensione della popolazione di interesse è pressoché costante negli anni). Nella Figura 84 si riporta l'andamento delle stime della prevalenza relativa dal 2010 al 2014 che rappresentano i soli anniper i quali è possibile il confronto omogeneo, dato lo stesso metodo di stima, diversoda quello utilizzato negli anni precedenti.

Figura 84: Prevalenza di consumatori di oppiacei con necessità di trattamento per 1000 abitanti di età 15-64 anni.



Appendice

Tabella 31: Stime dei casi prevalenti di utilizzo problematico di OPPIACEI, età 15-64 anni, Regione ABRUZZO. Anno 2013

Metodologia	Casi prevalenti (numero soggetti)		
	Stima	IC INF (95%)	IC SUP (95%)
Cattura/Ricattura	3.881	3.553	4 209
Coefficiente moltiplicatore		1,2	

Tabella 32: Stime dei casi prevalenti di utilizzo problematico di OPPIACEI, età 15-64 anni, Regione BASILICATA. Anno 2013

Metodologia	Casi prevaleuti (numero soggetti)		
	Stima	IC INF (95%)	IC SUP (95%)
Cattura/Ricattura	1.916	1 360	2.472
Coefficiente moltiplicatore		1,7	

Tabella 33: Stime dei casi prevalenti di utilizzo problematico di OPPIACEI, età 15-64 anni, ASL BERGAMO. Anno 2013

Metodologia	Casi prevalenti (numero soggetti)		
	Stima	IC INF (95%)	IC SUP (95%)
Cattura/Ricattura	3.348	2.136	4.559
Coefficiente moltiplicatore		2,1	

Tabella 34: Stime dei casi prevalenti di utilizzo problematieo di OPPIACEI, età 15-64 anni, Area Metropolitana di BOLOGNA. Anno 2013

Metodologia	Casi prevalenti (numero soggetti)		
	Stima	IC INF (95%)	IC SUP (95%)
Cattura/Ricattura	2.275	2 032	2.518
Coefficiente moltiplicatore		1,3	

Tabella 35: Stime dei casi prevalenti di utilizzo problematico di OPPIACEI, età 15-64 anni, P.A. BOLZANO. Anno 2013

Metodologia	Casi prevalenti (numero soggetti)		
	Stima	IC INF (95%)	IC SUP (95%)
Cattura/Ricattura	1 100	931	1.269
Coefficiente moltiplicatore		1,8	

Tabella 36: Stime dei casi prevalenti di utilizzo problematico di OPPIACEI, età 15-64 anni, Regione CALABRIA. Anno 2013

Metodologia	Casi prevalenti (numero soggetti)		
	Stima	IC INF (95%)	IC SUP (95%)
Cattura/Ricattura	16.913	5 664	28.162
Coefficiente moltiplicatore		13,8	

Tabella 37: Stime dei casi prevalenti di utilizzo problematico di OPPIACEI, età 15-64 anni, Regione PUGLIA. Anno 2013

Metodologia	Casi prevalenti (numero soggetti)		
	Stima	IC INF (95%)	IC SUP (95%)
Cattura/Ricattura	1.640	255	3.025
Coefficiente moltiplicatore		4,0	

Tabella 38: Stime dei casi prevalenti di utilizzo problematico di OPPIACEI, età 15-64 anni, Regione SARDEGNA. Anno 2013

Metodologia	Casi prevalenti (numero soggetti)		
	Stima	IC INF (95%)	IC SUP (95%)
Cattura/Ricattura	4 950	4 139	5.761
Coefficiente moltiplicatore		1,6	

Tabella 39: Stime dei casi prevalenti di utilizzo problematico di OPPIACEI, età 15-64 anni, Regione SICILIA. Anno 2013

AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE DI ENNA			
Metodologia	Casi prevalenti (numero soggetti)		
	Stima	IC INF (95%)	IC SUP (95%)
Cattura/Ricattura	146	146	146
Coefficiente moltiplicatore		1,0	
AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE DI PALERMO			
Metodologia	Casi prevalenti (numero soggetti)		
	Stima	IC INF (95%)	IC SUP (95%)
Cattura/Ricattura	3.079	2.329	3.829

Coefficiente moltiplicatore		1,8	
AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE DI RAGUSA			
Metodologia	**Casi prevalenti (numero soggetti)**		
	Stima	**IC INF (95%)**	**IC SUP (95%)**
Cattura/Ricattura	743	310	1 176
Coefficiente moltiplicatore		2,2	
AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE DI SIRACUSA			
Metodologia	**Casi prevalenti (numero soggetti)**		
	Stima	**IC INF (95%)**	**IC SUP (95%)**
Cattura/Ricattura	678	539	817
Coefficiente moltiplicatore		1,1	

Tabella 40: Stime dei casi prevalenti di utilizzo problematico di OPPIACEI, età 15-64 anni, ASL VARESE. Anno 2013

Metodologia	**Casi prevalenti (numero soggetti)**		
	Stima	**IC INF (95%)**	**IC SUP (95%)**
Cattura/Ricattura	1 399	1 166	1.632
Coefficiente moltiplicatore		1,3	

Tabella 41: Stime dei casi prevalenti di utilizzo problematico di OPPIACEI, età 15-64 anni, ASL VERONA. Anno 2013

Metodologia	**Casi prevalenti (numero soggetti)**		
	Stima	**IC INF (95%)**	**IC SUP (95%)**
Cattura/Ricattura	855	710	1.000
Coefficiente moltiplicatore		1,2	

2.5 Uso di sostanze stupefacenti/psicotrope nei praticanti di attività sportive

Uso di sostanze stupefacenti/psicotrope nei praticanti attività sportiva sottoposti ai controlli della Commissione di Vigilanza sul doping

La legge 376/2000 (Disciplina della tutela sanitaria delle attività sportive e della lotta contro il doping, G.U. n. 294 del 18 dicembre 2000) all'articolo 9 riconosce come reato penale il procurare ad altri, somministrare, assumere o favorire l'utilizzo di farmaci o di sostanze biologicamente o farmacologicamente attive ricompresi nelle classi previste all'articolo 2, comma 1 della medesima legge.

Molte sostanze vietate per doping presenti nella Lista delle sostanze e metodi proibiti prevista dalla legge 376/2000, tuttavia , a causa della loro capacità di indurre dipendenza fisica e psichica, sono inserite anche nelle Tabelle delle sostanze stupefacenti o psicotrope soggette alla vigilanza e al controllo del Ministero della Salute secondo la legge 309/1990 e successive modifiche.

Tra le due leggi sopracitate esistono importanti sovrapposizioni: sono infatti catalogati sia tra le sostanze stupefacenti che tra le sostanze vietate per doping alcuni stimolanti, narcotici, anabolizzanti e la cannabis.

Nel corso dell'anno 2014, la Commissione di Vigilanza ed il controllo sul Doping e per la tutela della salute nelle attività sportive (CVD), istituita presso il Ministero della Salute in attuazione dell'art. 3 comma 1 della legge 376/2000, ha effettuato controlli antidoping su 274 manifestazioni sportive.

Il controllo sanitario e antidoping, secondo l'art.1 comma 2 del D.M. 14 febbraio 2012 (G.U. n. 70 del 23/3/2012), è stato effettuato in corso di eventi sportivi, sulla matrice biologica urinaria di atleti praticanti attività sportive non agonistiche e attività amatoriali giovanili anche agonistiche in diverse discipline e pratiche sportive.

Sono stati sottoposti a controllo antidoping 1427 atleti, di cui 976 maschi (68,4%) e 451 femmine (31,6%). L'età media della popolazione sottoposta a controllo antidoping è di 30,6 anni, specificatamente quella degli atleti 31,4 anni e quella delle atlete 28,9 anni. Complessivamente, 7 atleti (lo 0,5% del campione), è risultato positivo a sostanze vietate sia secondo quanto previsto dalla legge 309/90 che secondo quanto previsto dalla legge 376/00. Di questi atleti, 6 sono di sesso maschile (0,6% degli atleti controllati) ed 1 è di sesso femminile (0,2% degli atleti controllati). L'età media degli atleti risultati positivi ai controlli è di 43 anni (43,7% per gli uomini, 39,1 per le donne).

Tabella 42

MASCHI	976	50	6 (0,6%)
FEMMINE	451	8	1 (0,2%)

Relativamente alle sostanze rilevate ai controlli antidoping ed inserite anche nelle Tabelle delle sostanze stupefacenti o psicotrope soggette alla vigilanza e al controllo del Ministero della Salute, si segnalano i seguenti principi attivi: la cannabis e derivati (3 atleti), la cocaina (2 atleti) l'ossicodone (1 atleta) e la fentermina (1 atleta).

Gli atleti risultati positivi alla cannabis e derivati sono 3, di cui uno appartenente alla FIR (rugby), uno alla FIHP (Hockey e pattinaggio) ed uno alla FIGGMA (arti marziali).La cannabis non è mai stata rilevata in associazione con altre sostanze vietate dalla legge 376/00.

Gli atleti risultati positivi alla cocaina sono due e praticano il ciclismo. La cocaina è stata rilevata in associazione ad altre sostanze dopanti, ed in particolare ad agenti anabolizzanti,diuretici ed ormoni (eritropoietina).

La fentermina è stata rilevata in associazione ad ormoni e corticosteroidi in un atleta praticante il ciclismo.

L'ossicodone, un narcotico (classe doping S7), è stato assunto da un atleta praticante ciclismo.

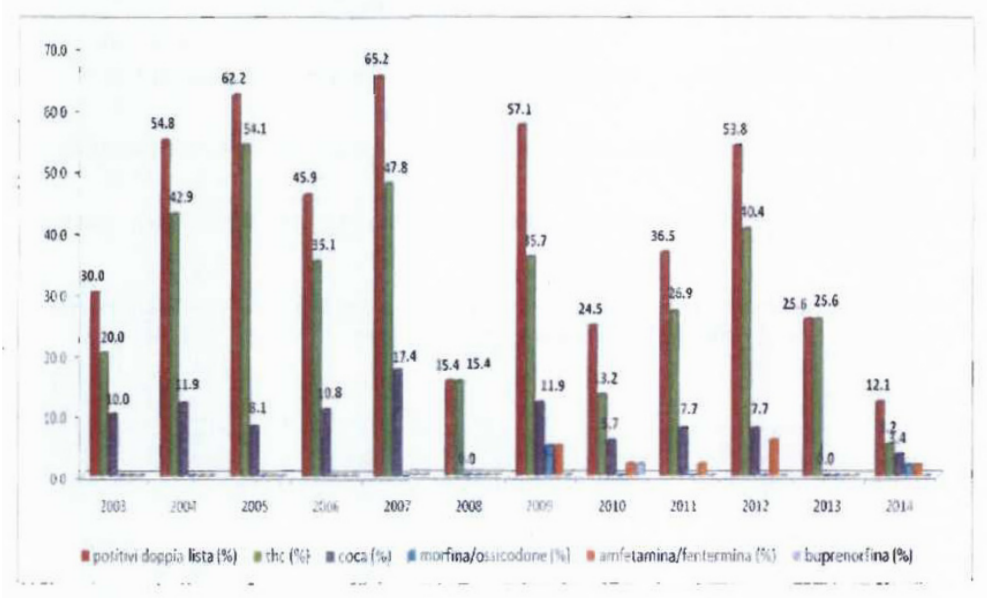
Tabella 43: Elenco delle sostanze vietate per doping e secondo quanto previsto dalla legge 309/90 stratificate per numero di atleti che le hanno assunte e relativo genere di appartenenza: valori assoluti

Cocaina, Furosemide, Mesterolone, Eritropoietina ricombinate	1	4	maschio
Gonadotropina corionica, Fentermina, Prednisone, Prednisolone, Cocaina,	1	4	maschio
Testosterone e/o suoi precursori*	1	2	maschio
THC	3	1	maschio (2) femmina (1)
Ossicodone	1	1	maschio

La Figura 85 mostra l'andamento delle positività registrate tra gli atleti monitorati dalla CVD nel corso degli anni 2003-2014 relativamente alle sostanze vietate sia secondo quanto previsto dalla legge 309/90 che dalla legge 376/00. Come è possibile osservare dalla lettura del grafico, le sostanze per così dire "in doppia lista", hanno sempre rappresentato una percentuale non irrilevante tra gli atleti risultati positivi ai controlli antidoping. La percentuale minore è stata registrata nel 2014 (il 12,1% delle positività è relativo a principi attivi "in doppia lista"), la più elevata nel 2007 (65,2%). Nel 2007, anno in cui la percentuale di positività degli atleti monitorati dalla CVD ad una o più sostanze vietate per doping è stata complessivamente pari al 2,9%, i principi attivi maggiormente rilevati sono stati la cannabis e derivati (47,8%) e la cocaina (13,0%).

Da notare come nel corso degli anni la cannabis e derivati (classe doping S8) abbiano sempre rappresentato la percentuale più rilevante tra le positività registrate per le sostanze vietate "in doppia lista". Nel maggio 2013 tuttavia la WADA ha deciso di aumentare il livello di soglia (cut-off analitico) per la positività alla cannabis: il risultato di tale variazione è stata una forte diminuzione nelle positività rilevate tra gli atleti monitorati dalla CVD registrata a partire dal 2013 e confermata nel 2014.

Figura 85: Distribuzione delle positività rilevate per le sostanze inserite nella Lista delle sostanze e metodi proibiti prevista dalla legge 376/2000 e nelle Tabelle delle sostanze stupefacenti o psicotrope soggette alla vigilanza e al controllo del Ministero della Salute secondo la legge 309/1990.



2.6 Incidenza di positività tra le Forze Armate

Orientamenti generali

Nel corso del 2014 le Forze Armate (FFAA) italiane hanno rinnovato l'impegno nel contrastare la diffusione e l'uso delle sostanze stupefacenti e psicotrope nel proprio ambito, attraverso una capillare opera di sensibilizzazione, prevenzione e controllo rivolta in favore di tutte gli Enti dipendenti, fino ai minori livelli organizzativi.

L'orientamento comune è quello di eliminare totalmente l'uso di dette sostanze da parte del personale dipendente, al fine di soddisfare la prioritaria esigenza di poter disporre, in qualsiasi momento, di personale totalmente integro sul piano psico-fisico e quindi idóneo ad assolvere in piena sicurezza tutti i compiti istituzionali.

Il primo step di intervento (prevenzione primaria) viene attuato mediante specifici programmi di informazione ed educazione, cui si aggiungono programmi formativi per il personale medico e psicologo. A ciò è inoltre associato, come obiettivo primario che l'Amministrazione della Difesa persegue, la prevenzione del disagio (giovanile e non) e della sofferenza psicologica, nonché il precoce riconoscimento dei comportamenti a rischio, in quanto favorenti il consumo delle sostanze stupefacenti e psicotrope.

La successiva fase di intervento (prevenzione secondaria) consta nell'accertamento dell'uso di sostanze stupefacenti e/o psicotrope, basato su:

- riscontro documentale di trattamenti socio sanitari avvenuti per condizioni di tossicodipendenza o comunque legati all'uso/abuso di dette sostanze;

- riscontro di segni/sintomi fisici o psichici clinici di assunzione abituale di sostanze stupefacenti e/o psicotrope, di intossicazione in atto, di sindrome d'astinenza;
- riscontro di cataboliti specifici nei liquidi biologici e nei tessuti.

In particolare, il personale militare sospetto assuntore di sostanze stupefacenti e/o psicotrope viene sottoposto ad accurati controlli di laboratorio e valutazioni cliniche psicopatologiche a cura dei Servizi sanitari e dei Consultori Psicologici e Servizi di Psicologia, attraverso metodiche e protocolli che garantiscono le previste condizioni di sicurezza. Vengono inoltre effettuati accertamenti pre-affidamento delle mansioni/attività a rischio, periodici e di follow-up, nonchè accertamenti randomici su tutto il personale. Infine, il personale risultato positivo ai test e/o agli altri interventi di prevenzione secondaria viene avviato ad attività di sostegno e rieducazione sanitaria (interventi terapeutici e riabilitativi) presso i Consultori Psicologici/Servizi di Psicologia e contestualmente sottoposto, presso le Commissioni Medico Ospedaliere, ad accurata e approfondita valutazione clinica e psicodiagnostica finalizzata ad accertare la struttura personologica/o psicopatologica di fondo e/o patologie organiche concomitanti che sottendono all'abuso, onde accertare l'inidoneità al servizio per altra causa.

Consuntivo sintetico delle attività di controllo tossicologico

I dati relativi al numero totale dei soggetti sottoposti ad esame tossicologico e al numero di quelli risultati positivi sono stati raccolti ed aggregati dall'Ispettorato Generale della Sanità Militare - Osservatorio Epidemiologico della Difesa, nonché strutturati in schede distinte per FA/CC, di seguito riportate, rispettivamente per EI, MM, AM, CC):

Tabella 44: Nr. totale soggetti sottoposti ad esame tossicologico nell'EI. Anno 2014

RAPPORTO SULLA RICERCA DEI CATABOLITI DI STUPEFACENTI NEI LIQUIDI BIOLOGICI		ESERCITO ITALIANO	ANNO DI RIFERIMENTO	SEMESTRE DI RIFERIMENTO				
			TOTALE 2014	X			X	
			Totale soggetti sottoposti a test di screening				TOTALE	
			FASCE DI ETA'					
CATEGORIE			15-24	25-34	35-44	45-54	> 54	
Militari S.P.E.	UFF.LI	Autisti	0	14	12	11	0	37	0
		Piloti	0	6	9	0	0	15	0
		Altro	96	246	181	170	24	717	0
	SOTT.LI	Autisti	21	37	52	38	0	148	0
		Piloti	0	7	11	8	0	26	0
		Altro	194	616	730	471	146	2157	0
	TRUPPA	Autisti	1401	2692	263	1	0	4357	0
		Altro	3111	7999	915	21	1	12047	0
Militari F.V.		Autisti	370	177	1	0	0	548	0
		Altro	1883	707	3	2	0	2595	0
Civili AD			1	0	7	32	21	61	0
Civili altre Amm.ni			0	2	1	0	0	3	0

* = Dato non pervenutoAC

Tabella 45: Nr. totale risultati positivi nell'EI. Anno 2014

RAPPORTO SULLA RICERCA DEI CATABOLITI DI STUPEFACENTI NEI LIQUIDI BIOLOGICI			ESERCITO ITALIANO	ANNO DI RIFERIMENTO	SEMESTRE DI RIFERIMENTO			
				TOTALE 2014	X			X
			Numero soggetti positivi al test di conferma					TOTALE
			FASCE DI ETA'					
CATEGORIE			15-24	25-34	35-44	45-54	> 54	
Militari S.P.E.	UFF.LI	Autisti	0	0	0	0	0	0 0
		Piloti	0	0	0	0	0	0 0
		Altro	1	0	0	0	0	1 0
	SOTT.LI	Autisti	0	0	0	0	0	0 0
		Piloti	0	0	0	0	0	0 0
		Altro	0	3	1	0	0	4 0
	TRUPPA	Autisti	0	4	4	0	0	8 0
		Altro	6	21	2	2	0	31 0
Militari F.V.		Autisti	0	4	4	0	0	8 0
		Altro	2	3	0	0	0	5 0
Civili AD			1	0	0	0	0	1 0
Civili altre Amm.ni			0	1	1	0	0	2 0

* = Dato non pervenutoAC

Tabella 46: Nr. soggetti per categoria di sostanza nell'EI. Anno 2014

RAPPORTO SULLA RICERCA DEI CATABOLITI DI STUPEFACENTI NEI LIQUIDI BIOLOGICI			ESERCITO ITALIANO				ANNO DI RIFERIMENTO		SEMESTRE DI RIFERIMENTO			
							TOTALE 2014		X		X	
			CATEGORIE SOSTANZE STUPEFACENTI									
			Anfetamine		Cannabinoidi		Cocaina		Oppiacei		Barbiturici	
CATEGORIE			TOT	POS	TOT	POS	TOT	POS	TOT	POS	TOT	POS
Militari S.P.E.	UFF.LI	Autisti	*	0	*	0	*	0	*	0	*	0
		Piloti	*	0	*	0	*	0	*	0	*	0
		Altro	*	0	*	1	*	0	*	0	*	0
	SOTT.LI	Autisti	*	0	*	0	*	0	*	0	*	0
		Piloti	*	0	*	0	*	0	*	0	*	0
		Altro	*	0	*	4	*	0	*	0	*	0
	TRUPPA	Autisti	*	0	*	6	*	2	*	0	*	0
		Altro	*	0	*	18	*	7	*	6	*	0

			Benzodiazepine		Altro	
			TOT	POS	TOT	POS
Militari S.P.E.	UFF.LI	Autisti	*	0	*	0
		Piloti	*	0	*	0
		Altro	*	0	*	0
	SOTT.LI	Autisti	*	0	*	0
		Piloti	*	0	*	0
		Altro	*	0	*	0
	TRUPPA	Autisti	*	0	*	0
		Altro	*	0	*	0

Militari F.V.	Autisti	*	0	*	4	*	3	*	1	*	0	*	0	*	0
	Altro	*	4	*	1	*	0	*	0	*	0	*	0	*	0
Civili AD		*	0	*	1	*	0	*	0	*	0	*	0	*	0
Civili altre Amm.ni		*	0	*	2	*	0	*	0	*	0	*	0	*	0

* = Dato non pervenutoAC

Tabella 47: Nr. totale soggetti sottoposti ad esame tossicologico nella MM. Anno 2014

RAPPORTO SULLA RICERCA DEI CATABOLITI DI STUPEFACENTI NEI LIQUIDI BIOLOGICI		MARINA MILITARE	ANNO DI RIFERIMENTO	SEMESTRE DI RIFERIMENTO				
			TOTALE 2014	X			X	
			Totale soggetti sottoposti a test di screening				TOTALE	
			FASCE DI ETA'					
CATEGORIE			15-24	25-34	35-44	45-54	> 54	
Militari S.P.E.	UFF.LI	Autisti	0	4	27	15	4	50	0
		Piloti	0	55	38	6	0	99	0
		Altro	0	36	40	22	1	99	0
	SOTT.LI	Autisti	14	55	160	62	1	292	0
		Piloti	0	12	66	46	0	124	0
		Altro	6	92	428	139	13	678	0
	TRUPPA	Autisti	6	103	46	3	0	158	0
		Altro	84	317	85	2	0	488	0
Militari F.V.		Autisti	36	199	195	1	0	431	0
		Altro	86	10	4	2	0	102	0
Civili AD			99	89	70	8	22	288	0
Civili altre Amm.ni			0	2	1	40	5	48	0

* Totale determinazioni effettuate

** Casi risultati positivi al test di conferma

Tabella 48: Nr. totale risultati positivi nella MM. Anno 2014

RAPPORTO SULLA RICERCA DEI CATABOLITI DI STUPEFACENTI NEI LIQUIDI BIOLOGICI			MARINA MILITARE	ANNO DI RIFERIMENTO	SEMESTRE DI RIFERIMENTO				
				TOTALE 2014	X				X
				Numero soggetti positivi al test di conferma					TOTALE
				FASCE DI ETA'					
CATEGORIE				15-24	25-34	35-44	45-54	> 54	
Militari S.P.E.	UFF.LI	Autisti		0	0	0	0	0	0 0
		Piloti		0	0	0	0	0	0 0
		Altro		0	0	0	0	0	0 0
	SOTT.LI	Autisti		0	0	0	0	0	0 0
		Piloti		0	0	0	0	0	0 0
		Altro		0	0	1	0	0	1 0
	TRUPPA	Autisti		0	0	0	0	0	0 0
		Altro		0	0	0	0	0	0 0
Militari F.V.		Autisti		0	0	0	0	0	0 0
		Altro		0	0	0	0	0	0 0
Civili AD				0	0	0	0	0	0 0
Civili altre Amm.ni				0	0	0	0	0	0 0

* Totale determinazioni effettuate

** Casi risultati positivi al test di conferma

Tabella 49: Nr. soggetti per categoria di sostanza nella MM. Anno 2014

RAPPORTO SULLA RICERCA DEI CATABOLITI DI STUPEFACENTI NEI LIQUIDI BIOLOGICI			MARINA MILITARE				ANNO DI RIFERIMENTO		SEMESTRE DI RIFERIMENTO					
							TOTALE 2014		X				X	
			CATEGORIE SOSTANZE STUPEFACENTI											
CATEGORIE			Anfetamine		Cannabinoidi		Cocaina		Oppiacei		Barbiturici		Benzodiazepine		Altro	
			TOT	POS	TOT	POS	TOT	POS	TOT	POS	TOT	POS	TOT	POS	TOT	POS
Militari S.P.E.	UFF.LI	Autisti	50	0	50	0	50	0	50	0	10	0	10	0	50	0
		Piloti	100	0	100	0	100	0	100	0	1	0	1	0	99	0
		Altro	87	0	87	0	87	0	87	0	41	0	41	0	83	0
	SOTT.LI	Autisti	290	0	290	0	290	0	290	0	161	0	161	0	270	0
		Piloti	124	0	124	0	124	0	124	0	0	0	0	0	124	0
		Altro	635	0	635	1	635	0	635	0	285	0	285	0	598	0
	TRUPPA	Autisti	128	0	128	0	128	0	128	0	43	0	43	0	127	0
		Altro	468	1	468	0	468	0	468	0	226	0	220	0	418	1

Militari F.V.	Autisti	360	0	360	0	360	0	360	0	203	0	203	0	346	0
	Altro	74	0	74	0	74	0	74	0	71	0	71	0	74	0
Civili AD		286	0	286	0	286	0	286	0	170	0	170	0	280	0
Civili altre Amm.ni		48	0	48	0	48	0	48	0	15	0	15	0	48	0

* Totale determinazioni effettuate

** Casi risultati positivi al test di conferma

Tabella 50: Nr. totale soggetti sottoposti ad esame tossicologico nella AM. Anno 2014

RAPPORTO SULLA RICERCA DEI CATABOLITI DI STUPEFACENTI NEI LIQUIDI BIOLOGICI	AERONAUTICA MILITARE	ANNO DI RIFERIMENTO	SEMESTRE DI RIFERIMENTO				
		TOTALE 2014	X			X	
		Totale soggetti sottoposti a test di screening				TOTALE	
		FASCE DI ETA'					
CATEGORIE		15-24	25-34	35-44	45-54	> 54	
Militari S.P.E.	UFF.LI Autisti	0	1	5	4	0	10	0
	UFF.LI Piloti	124	637	833	369	114	2077	0
	UFF.LI Altro	422	275	534	440	83	1754	0
	SOTT.LI Autisti	4	56	439	190	6	695	0
	SOTT.LI Piloti	57	240	391	414	35	1137	0
	SOTT.LI Altro	44	801	1850	3129	125	5944	0
	TRUPPA Autisti	9	253	147	5	0	414	0
	TRUPPA Altro	1226	1911	1405	867	103	5512	0
Militari F.V.	Autisti	14	61	7	0	1	83	0
	Altro	413	431	143	148	25	1160	0
Civili AD		4	6	30	76	34	150	0
Civili altre Amm.ni		1868	584	515	547	105	3619	0

* Totale determinazioni effettuate

** Casi risultati positivi al test di conferma

* = Dato non pervenutoAC

Tabella 51: Nr. totale risultati positivi nella AM. Anno 2014

RAPPORTO SULLA RICERCA DEI CATABOLITI DI STUPEFACENTI NEI LIQUIDI BIOLOGICI		AERONAUTICA MILITARE	ANNO DI RIFERIMENTO	SEMESTRE DI RIFERIMENTO				
			TOTALE 2014	X				X
			Numero soggetti positivi al test di conferma					TOTALE
			FASCE DI ETA'					
CATEGORIE			15-24	25-34	35-44	45-54	> 54	
Militari S.P.E.	UFF.LI	Autisti	0	0	0	0	0	0 0
		Piloti	0	0	0	0	0	0 0
		Altro	0	0	0	0	0	0 0
	SOTT.LI	Autisti	0	0	0	0	0	0 0
		Piloti	0	0	0	0	0	0 0
		Altro	0	1	3	5	0	9 0
	TRUPPA	Autisti	0	0	1	0	0	1 0
		Altro	1	2	1	0	0	4 0
Militari F.V.		Autisti	0	0	0	0	0	0 0
		Altro	4	0	1	0	0	5 0
Civili AD			1	0	0	0	0	1 0
Civili altre Amm.ni			0	0	1	4	0	5 0

* Totale determinazioni effettuate

** Casi risultati positivi al test di conferma

* = Dato non pervenutoAC

Tabella 52: Nr. soggetti per categoria di sostanza nella AM. Anno 2014

RAPPORTO SULLA RICERCA DEI CATABOLITI DI STUPEFACENTI NEI LIQUIDI BIOLOGICI		AERONAUTICA MILITARE	ANNO DI RIFERIMENTO	SEMESTRE DI RIFERIMENTO	
			TOTALE 2014	X	X
			CATEGORIE SOSTANZE STUPEFACENTI		
CATEGORIE			Anfetamine	Cannabinoidi	Cocaina	Oppiacei	Barbiturici	Benzodiazepine	Altro
			TOT POS	TOT POS	TOT POS	TOT POS	TOT POS	TOT POS	TOT POS
Militari S.P.E.	UFF.LI	Autisti	6 0	6 0	6 0	6 0	6 0	6 0	4 0
		Piloti	1784 0	1790 0	1790 0	1790 0	1250 0	1145 0	1189 0
		Altro	1673 1	1673 1	1673 0	1673 0	1258 0	1260 0	1262 0
	SOTT.LI	Autisti	792 0	792 0	792 0	792 0	352 0	342 0	417 0
		Piloti	1129 0	1129 0	1129 0	1129 0	428 0	423 0	428 0
		Altro	6279 4	6280 10	6280 2	6280 8	3399 0	3398 0	3677 0
	TRUPPA	Autisti	386 0	386 0	386 1	386 0	204 0	204 0	258 0

	Altro	5158	0	5158	3	5158	0	5158	3	3599	0	3589	0	3652	0
Militari F.V.	Autisti	79	0	79	0	79	0	79	0	8	0	8	0	53	0
	Altro	1142	0	1142	5	1142	0	1142	1	704	0	727	0	737	0
Civili AD		136	0	136	0	136	0	136	0	83	0	83	0	84	0
Civili altre Amm.ni		3617	1	3617	5	3617	1	3617	4	3576	0	3576	0	3576	0

* Totale determinazioni effettuate

** Casi risultati positivi al test di conferma

* = Dato non pervenutoAC

Tabella 53: Nr. totale soggetti sottoposti ad esame tossicologico nei CC. Anno 2014

RAPPORTO SULLA RICERCA DEI CATABOLITI DI STUPEFACENTI NEI LIQUIDI BIOLOGICI	COMANDO GENERALE DELL'ARMA DEI CARABINIERI	ANNO DI RIFERIMENTO	SEMESTRE DI RIFERIMENTO	
		TOTALE 2014	X	X

			Totale soggetti sottoposti a test di screening						
			FASCE DI ETA'					TOTALE	
CATEGORIE			15-24	25-34	35-44	45-54	> 54		
Militari S.P.E.	UFF.LI	Autisti	0	0	2	0	0	2	0
		Piloti	0	0	0	0	0	0	0
		Altro	0	16	2	0	0	18	0
	SOTT.LI	Autisti	0	3	0	1	0	4	0
		Piloti	0	0	0	0	0	0	0
		Altro	2	9	14	41	6	71	0
	TRUPPA	Autisti	0	59	33	29	0	121	0
		Altro	0	55	58	27	4	144	0
Militari F.V.		Autisti	0	0	0	0	0	0	0
		Altro	0	46	0	0	0	88	0
Civili AD			0	0	0	0	0	0	0
Civili altre Amm.ni			0	0	0	0	0	0	0

* Totale determinazioni effettuate

** Casi risultati positivi al test di conferma

* = Dato non pervenutoAC

Tabella 54: Nr. totale risultati positivi nei CC. Anno 2014

RAPPORTO SULLA RICERCA DEI CATABOLITI DI STUPEFACENTI NEI LIQUIDI BIOLOGICI			COMANDO GENERALE DELL'ARMA DEI CARABINIERI	ANNO DI RIFERIMENTO	SEMESTRE DI RIFERIMENTO		
				TOTALE 2014	X		X
			Numero soggetti positivi al test di conferma				TOTALE
			FASCE DI ETA'				
CATEGORIE			15-24	25-34	35-44	45-54	> 54	
Militari S.P.E.	UFF.LI	Autisti	0	0	0	0	0	0 0
		Piloti	0	0	0	0	0	0 0
		Altro	0	0	0	0	0	0 0
	SOTT.LI	Autisti	0	0	0	0	0	0 0
		Piloti	0	0	0	0	0	0 0
		Altro	0	0	0	0	0	0 0
	TRUPPA	Autisti	0	0	0	0	0	0 0
		Altro	0	0	0	0	0	0 0
Militari F.V.		Autisti	0	0	0	0	0	0 0
		Altro	0	0	0	0	0	0 0
Civili AD			0	0	0	0	0	0 0
Civili altre Amm.ni			0	0	0	0	0	0 0

* Totale determinazioni effettuate

** Casi risultati positivi al test di conferma

* = Dato non pervenutoAC

Tabella 55: Nr. soggetti per categoria di sostanza nei CC. Anno 2014

RAPPORTO SULLA RICERCA DEI CATABOLITI DI STUPEFACENTI NEI LIQUIDI BIOLOGICI			COMANDO GENERALE DELL'ARMA DEI CARABINIERI				ANNO DI RIFERIMENTO		SEMESTRE DI RIFERIMENTO			
							TOTALE 2014		X		X	
			CATEGORIE SOSTANZE STUPEFACENTI									
			Anfetamine		Cannabinoidi		Cocaina		Oppiacei		Barbiturici		Benzodiazepine		Altro	
CATEGORIE			TOT	POS	TOT	POS	TOT	POS	TOT	POS	TOT	POS	TOT	POS	TOT	POS
Militari S.P.E.	UFF.LI	Autisti	2	0	2	0	2	0	2	0	2	0	2	0	0	0
		Piloti	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
		Altro	18	0	18	0	18	0	18	0	18	0	18	0	0	0
	SOTT.LI	Autisti	4	0	4	0	4	0	4	0	4	0	4	0	0	0
		Piloti	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
		Altro	71	0	71	0	71	0	71	0	71	0	71	0	0	0

	TRUPPA	Autisti	121	0	121	0	121	0	121	0	121	0	121	0	0	0
		Altro	144	0	144	0	144	0	144	0	144	0	144	0	0	0
Militari F.V.		Autisti	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
		Altro	88	0	88	0	88	0	88	0	88	0	88	0	0	0
Civili AD			0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Civili altre Amm.ni			0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

* Totale determinazioni effettuate

** Casi risultati positivi al test di conferma

* = Dato non pervenuto AC

Rispetto all'anno precedente, i dati pervenuti indicano un incremento del numero dei soggetti sottoposti a screening nel complesso delle FFAA/CC e, a fronte di un aumento dei positivi in termini assoluti, una riduzione percentuale delle positività accertate.

A tal riguardo sono riportate le seguenti tabelle riassuntive di confronto 2013-2014 riferite alle singole F.A./CC:

Tabella 56: nr. sogg. sottoposti a screening e percentuali dei positivi nell'EI relativi all'anno 2014 confrontati con gli analoghi dati dell'anno precedente

ESERCITO									
CATEGORIE		TOTALE SOGGETTI SOTTOPOSTI A TEST DI SCREENING		TOTALE TEST EFFETTUATI		TOTALE SOGGETTI POSITIVI AL TEST DI CONFERMA		PERCENTUALE DI POSITIVITA'	
		2013	2014	2013	2014	2013	2014	2013	2014
Militari S.P.E.	UFF.LI	86	769	419	NP*		1		0.1300
	SOTT.LI	259	2331	1053	NP*		4		0.1716002
	TRUPPA	6530	16404	43004	NP*	19	39	0.2909	0.2377469
Militari F.V.		317	3143	1268	NP*		13		0.4136176
TOTALE F.A.		7192	22647	45744	NP*	19	57	0.2641	0.251689

Tabella 57: nr. sogg. sottoposti a screening e percentuali dei positivi nella MMrelativi all'anno 2014 confrontati con gli analoghi dati dell'anno precedente

MARINA MILITARE									
CATEGORIE		TOTALE SOGGETTI SOTTOPOSTI A TEST DI SCREENING		TOTALE TEST EFFETTUATI		TOTALE SOGGETTI POSITIVI AL TEST DI CONFERMA		PERCENTUALE DI POSITIVITA'	
		2013	2014	2013	2014	2013	2014	2013	2014
Militari S.P.E.	UFF.LI	147	248	715	1284		0		
	SOTT.LI	736	1094	3850	6080		1		0.0914
	TRUPPA	418	646	2045	3461	3	0	0.7177	
Militari F.V.		252	533	1147	2704		0		
TOTALE F.A.		1553	2521	7757	13529	3	1	0.1932	0.0397

Tabella 58: nr. sogg. sottoposti a screening e percentuali dei positivi nell'AM relativi all'anno 2014 confrontati con gli analoghi dati dell'anno precedente

AERONAUTICA MILITARE									
CATEGORIE		TOTALE SOGGETTI SOTTOPOSTI A TEST DI SCREENING		TOTALE TEST EFFETTUATI		TOTALE SOGGETTI POSITIVI AL TEST DI CONFERMA		PERCENTUALE DI POSITIVITA'	
		2013	2014	2013	2014	2013	2014	2013	2014
Militari S.P.E.	UFF.LI	4406	3841	23109	21250	1	0	0.022	
	SOTT.LI	13811	7776	69935	45667	5	9	0.036	0.1157407
	TRUPPA	6050	5926	32547	33682	2	5	0.033	0.0843739
Militari F.V.		959	1243	5112	7121		5		0.4022526
TOTALE F.A.		25229	18786	130703	107720	8	19	0.032	0.1011391

Tabella 59: nr. sogg. sottoposti a screening e percentuali dei positivi nei CC relativi all'anno 2014 confrontati con gli analoghi dati dell'anno precedente

CARABINIERI									
CATEGORIE		TOTALE SOGGETTI SOTTOPOSTI A TEST DI SCREENING		TOTALE TEST EFFETTUATI		TOTALE SOGGETTI POSITIVI AL TEST DI CONFERMA		PERCENTUALE DI POSITIVITA'	
		2013	2014	2013	2014	2013	2014	2013	2014
Militari S.P.E.	UFF.LI	12	20	66	120		0		
	SOTT.LI	68	75	287	450		0		
	TRUPPA	220	265	1009	1590	3	0	1.3636	
Militari F.V.		82	88	346	528		0		
TOTALE F.A.		382	448	1708	2688	3	0	0.7853	

Occorre inoltre evidenziare che i programmi di prevenzione vengono elaborati da ciascuna FA sulla scorta di direttive che prevedono controlli randomici della forza effettiva in patria, mentre per quanto riguarda l'Arma dei Carabinieri i controlli vengono effettuati in fase di selezione e per alcune idoneità particolari.

A tali linee di intervento si aggiunge la direttiva della ex Direzione Generale Della Sanità Militare recante il "Regolamento per l'applicazione delle procedure per gli accertamenti sanitari in assenza di tossicodipendenza o di assunzione di sostanze stupefacenti o psicotrope in militari addetti a mansioni che comportano particolari rischi per la sicurezza, l'incolumità e la salute di terzi presso il Ministero della Difesa" ed. 2010, finalizzata ad escludere o identificare la condizione di tossicodipendenza e l'assunzione di sostanze stupefacenti o psicotrope, al fine di assicurare un regolare svolgimento delle mansioni lavorative a rischio secondo le indicazioni dell'Accordo Stato Regioni 18.09.2008, n. 178/CSR. Dall'analisi dei dati riportati nelle tabelle da 5 a 8 si evidenzia inoltre che, proporzionalmente alla popolazione della FA, il maggiore numero di controlli viene effettuato in ambito A.M.. Tale dato è influenzato significativamente dal fatto che la statistica in esame include i test effettuati presso gli Istituti di Medicina Aerospaziale su tutto il personale aeronavigante e su quello addetto a supporto dell'attività di volo, personale che comprende anche quello delle altre F.A./CC.

2.7 Stime dell'uso di sostanze attraverso l'analisi delle acque reflue

Rilevazione dei consumi di sostanze stupefacenti mediante l'analisi delle acque reflue: utilità e aspetti critici

Il Dipartimento Politiche Antidroga ha affidato all'Istituto di Ricerche Farmacologiche Mario Negri diMilano i prelievi e l'analisi di campioni di acque reflue per lamisuradei residui di sostanze psicotrope in essi presenti. A partire dal 2013, è stata svolta per una settimana all'anno in 17 centri urbani e in tre scuole (a Roma, a Torino e a Verona).

L'Istituto Mario Negri ha infatti sviluppato un metodo di stima dei consumi di sostanze psicotrope a partire dalla misurazione, nelle acque reflue, dei principali residui metabolici escreti per via urinaria (sostanze parentali e/o metaboliti). Tale metodo è oggi applicato in numerose città europee e consente, in tempo reale, di valutare i consumi qualitativi e quantitativi, anche se limitati al periodo di rilevazione e non estendibili nel tempo e nello spazio.

Il pregio principale del metodo è di aiutare la stima della dimensione complessiva del consumo delle sostanze psicotrope.

La prima campagna analitica è stata effettuata in tutti i centri selezionati nei mesi di ottobre-novembre 2013. Sono stati raccolti 7 campioni giornalieri consecutivi in tutti gli impianti selezionati delle 17 città.

La seconda campagna analitica è stata effettuata nel mese di maggio 2014 in 6 città (nella città di Napoli i prelievi non sono stati effettuati a causa di un guasto sull'impianto di depurazione di Napoli Cuma). Sono stati di nuovo raccolti 7 campioni giornalieri consecutivi in tutti gli impianti campionati. Nella Tabella 1 sono riportate le città, le date di raccolta dei campioni e gli abitanti facenti capo all'impianto campionato.

Quest'ultimo dato serve per normalizzare le misure per un confronto tra le città, anche se i consumi rilevati non si riferiscono necessariamente ai residenti, dato il pendolarismo giornaliero in e fuori città e in e fuori impianto; tale fatto è stato ampiamente studiato in un lavoro per la Commissione europea, che ha valutato l'utilizzo del metodo per la stima non distorta del consumo locale (Sara Zuzzi, Carla Rossi & Gianpaolo Scalia Tomba, Estimates of cocaine use in Milan, *Drug Abuse Rev.* 2013 Jun;6(2), 165-175). Come si vede esaminando le città campionate (come rilevazione è stato scelto esclusivamente l'impianto più importante della città), non si può considerare il territorio nazionale campionato in modo rappresentativo. Solo una settimana di raccolta in un anno per quasi tutte le città, e due settimane solo per pochissimi impianti appaiono insufficienti a stimare il consumo annuale già per le singole città; tanto meno i consumi nazionali. Si tratta, comunque, di un progetto pilota ampio che conferma la validità scientifica del metodo e suggerisce un utilizzo, in casi particolari di interesse, per fornire una stima in tempo reale del consumo locale di particolari sostanze.

Nelle figure che seguono sono riportati i valori di consumo normalizzato per la popolazione residente nell'impianto, rilevati per le diverse sostanze nelle città capoluogo di regione. Come si vede, l'andamento delle misure ha una grande variabilità nei diversi giorni, confermando la non rappresentatività ai fini di stima del consumo annuale.

É anche possibile approfondire la variabilità giornaliera, che potrebbe essere dovuta sia a un consumo effettivamente diverso della popolazione, sia a modifiche di tale popolazione per

pendolarismo o altro.

Per poter utilizzare il metodo ai fini della valutazione del consumo di sostanze a livello nazionale, sarebbe necessario costituire una rete di rilevazione nazionale rappresentativa (come si fa per la stima del livello di pioggia con i pluviometri) e condurre la rilevazione periodicamente con una certa frequenza nel corso dell'anno, coprendo l'intero ciclo stagionale, anche per mettere in relazione il consumo rilevato in un anno con quello dell'anno successivo. Occorre anche tener conto del pendolarismo, in particolare per le grandi città, seguendo esperienze internazionali già note (Brian J. Stults & Matthew Hasbrouck. The effect of commuting on city-level crime rates, *J Quant Criminol*, 4 Febr. 2015, Springer,doi: 10.1007/s10940-015-9251-z). Occorre, inoltre, non limitarsi alla rilevazione in un solo impianto di depurazione, soprattutto per le grandi città, dove è alto anche il pendolarismo interno alla città.

In altre parole, i dati disponibili al momento sono sufficienti per la valutazione dell'affidabilità del metodo, ma possono essere solo indicativi del consumo complessivo in alcuni periodi e in alcuni luoghi, (Zuzzi, Rossi, Scalia Tomba, op,.cit.)

Un altro aspetto importante da mettere in luce è che la stima del consumo complessivo non permette, senza un opportuno e complesso modello ancora da realizzare, di stimare il numero di consumatori, dato che una stessa quantità di residui può derivare da un intenso consumo unitario concentrato su pochi o da un consumo unitario moderato ma diffuso su molti. In altre parole, non è possibile utilizzare il metodo basato sull'analisi delle acque reflue per stimare la c.d. "prevalenza di uso" nella popolazione, che è l'indicatore importante richiesto dall'Osservatorio europeo, che può essere stimata solo effettuando rilevazioni sulla popolazione generale di buona qualità. Inoltre, il metodo non può in alcun modo aiutare a stimare il poli-consumo, attualmente molto diffuso tra i consumatori, che può essere stimato solo attraverso indagini di popolazione qualitative.

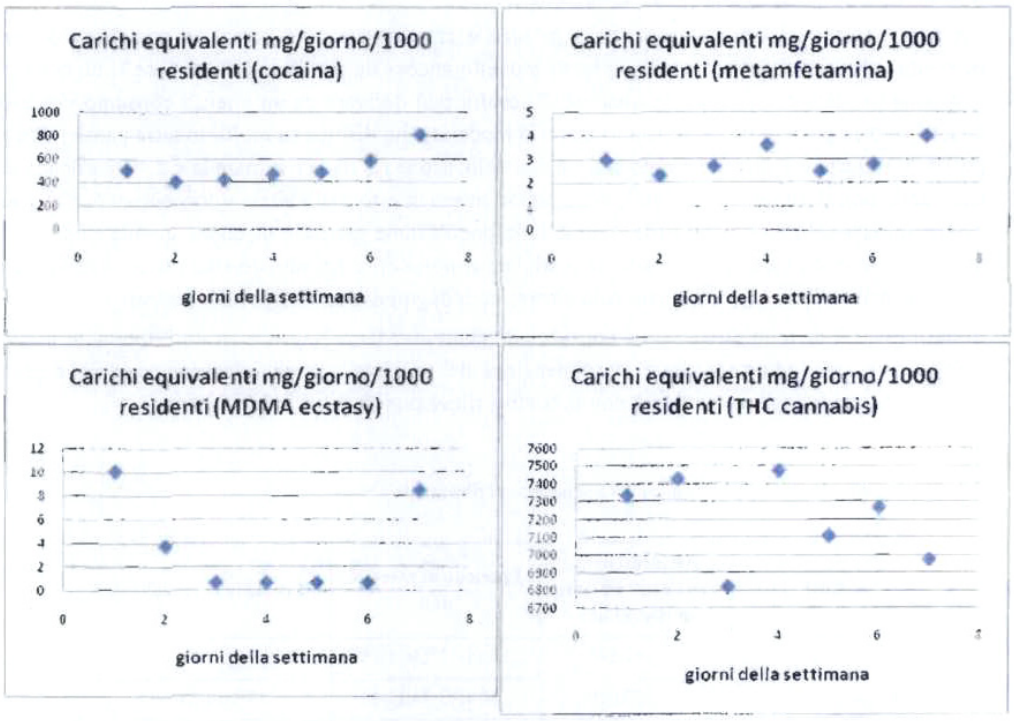
In definitiva, il metodo di stima del consumo dell'Istituto Mario Negri è molto importante per la stima di un altro indicatore che è la "dimensione del mercato". Per questo scopo andrebbe però applicato in modo rappresentativo e non limitato a rilevazioni locali e in brevi periodi.

Tabella 60: Campionamento rispetto alle città e al periodo di rilevazione

Città	Residenti nella zona dell'impianto di rilevazione	I periodo di raccolta dati	II periodo di raccolta dati
Bari	341.290	18/11/13-24/11/13	
Bologna	530.000	18/11/13-24/11/13	19/5/14-25/5/14
Cagliari	220.723	11/11/13-17/11/13	
Firenze	204.000	18/11/13-24/11/13	19/5/14-25/5/14
Gorizia	33.000	18/11/13-24/11/13	
Merano	75.000	11/11/13-17/11/13	
Milano	1.120.000	11/11/13-17/11/13	19/5/14-25/5/14
Napoli	650.000	11/11/13-17/11/13	
Nuoro	20.878	11/11/13-17/11/13	
Palermo	26.5050	11/11/13-17/11/13	19/5/14-25/5/14

Perugia (impianto Genna)	68.882	18/11/13-24/11/13	
Pescara	154.000	18/11/13-24/11/13	
Potenza	80.000	18/11/13-24/11/13	
Roma	1.279.098	2/12/13-8/12/13	9/6/14-15/6/14
Terni	100.000	18/11/13-24/11/13	
Torino	1.370.000	11/11/13-17/11/13	
Verona	287.000	11/11/13-17/11/13	19/5/14-25/5/14

Figura 86: Andamenti del consumo delle varie sostanze nei diversi giorni della settimana a Bari



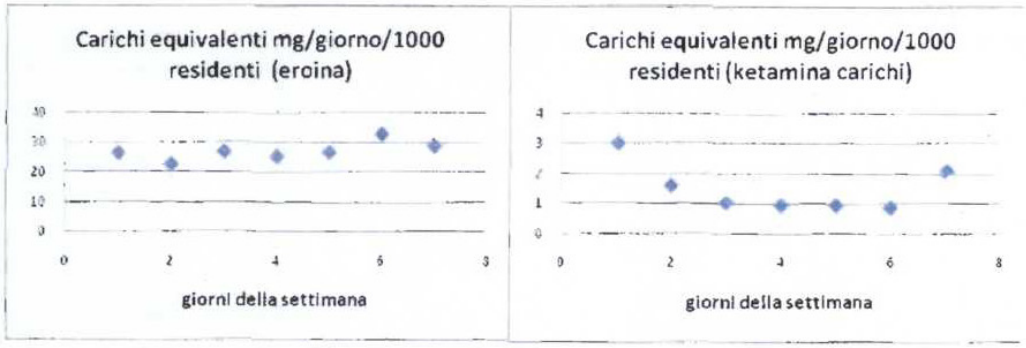
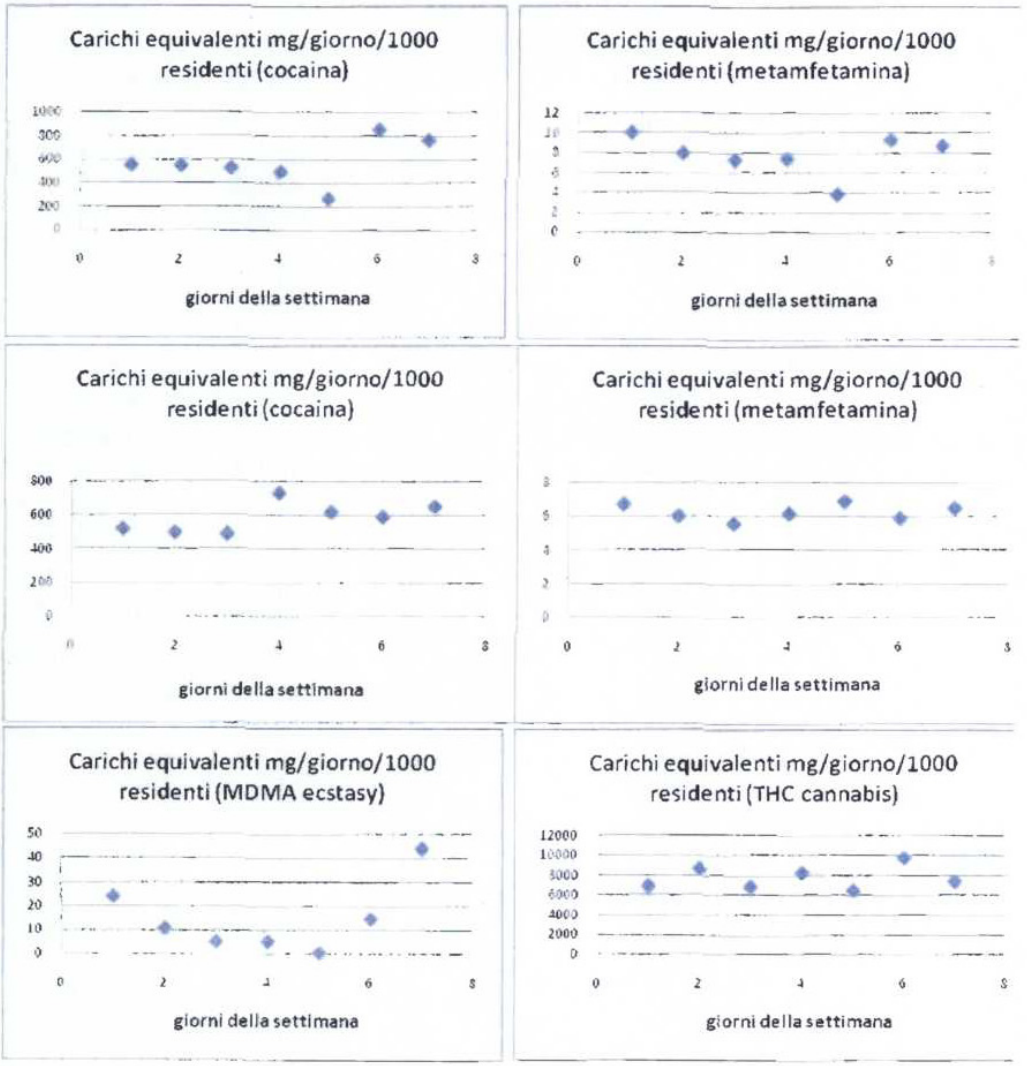
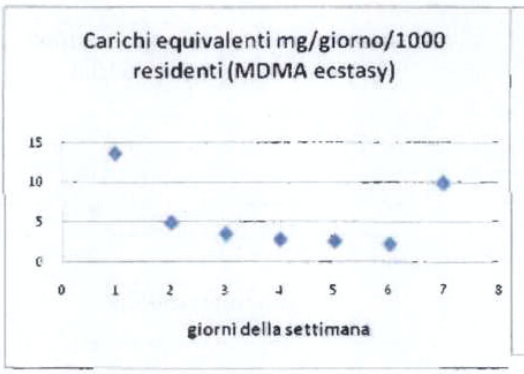
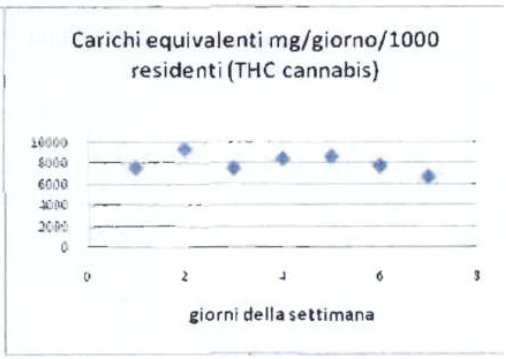
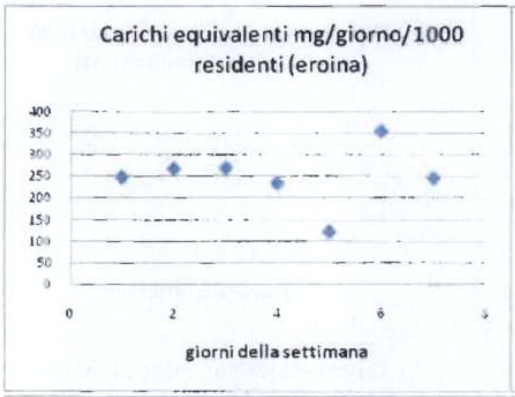


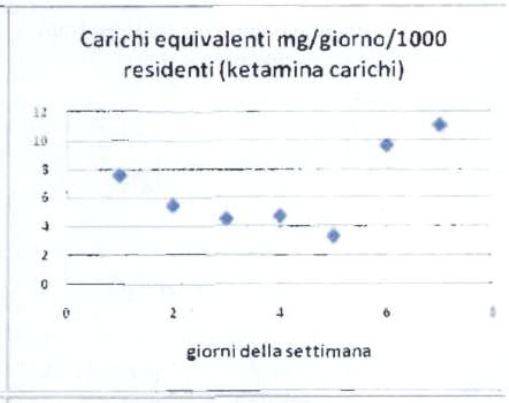
Figura 87:. Andamenti del consumo delle varie sostanze nei diversi giorni della settimana a Bologna

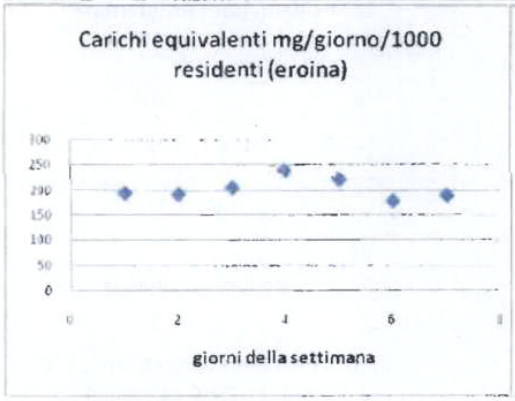


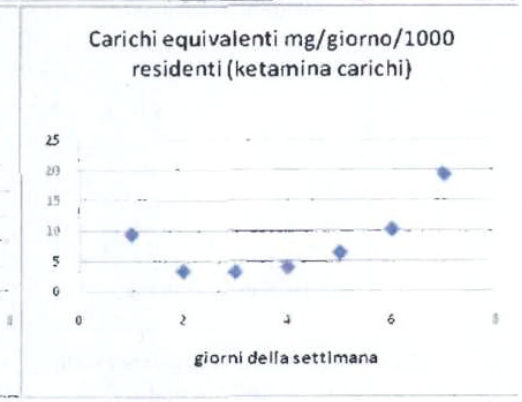

Carichi equivalenti mg/giorno/1000 residenti (MDMA ecstasy)
15
10
5
0
0 1 2 3 4 5 6 7 8
giorni della settimana


Carichi equivalenti mg/giorno/1000 residenti (THC cannabis)
10000
8000
6000
4000
2000
0
0 2 4 6 8
giorni della settimana


Carichi equivalenti mg/giorno/1000 residenti (eroina)
400
350
300
250
200
150
100
50
0
0 2 4 6
giorni della settimana


Carichi equivalenti mg/giorno/1000 residenti (ketamina carichi)
12
10
8
6
4
2
0
0 2 4 6
giorni della settimana


Carichi equivalenti mg/giorno/1000 residenti (eroina)
300
250
200
150
100
50
0
0 2 4 6
giorni della settimana


Carichi equivalenti mg/giorno/1000 residenti (ketamina carichi)
25
20
15
10
5
0
0 2 4 6
giorni della settimana

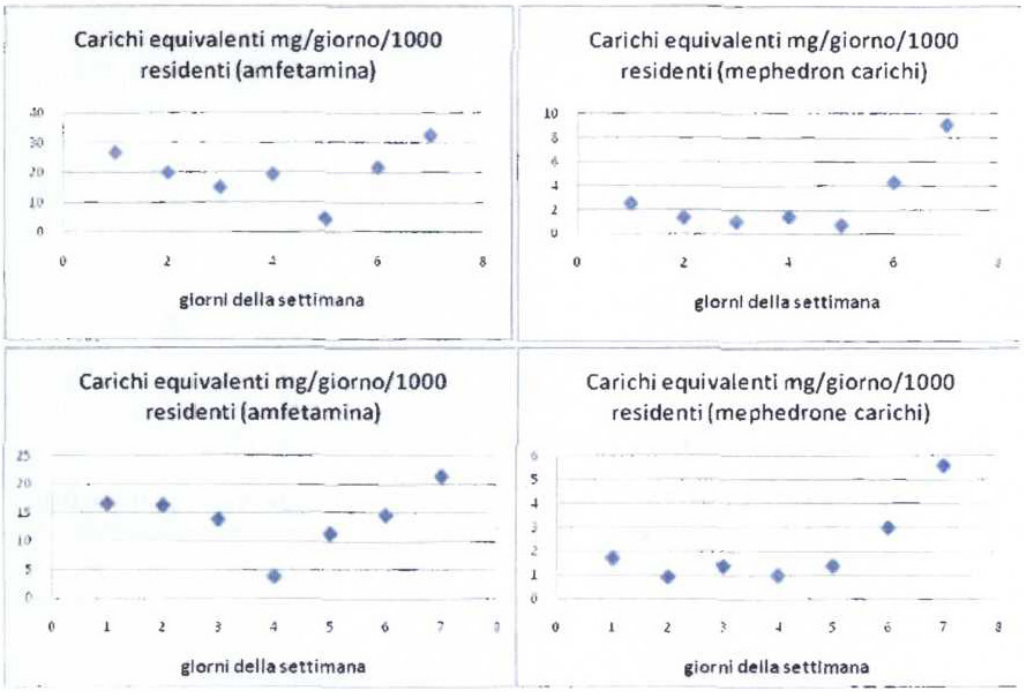
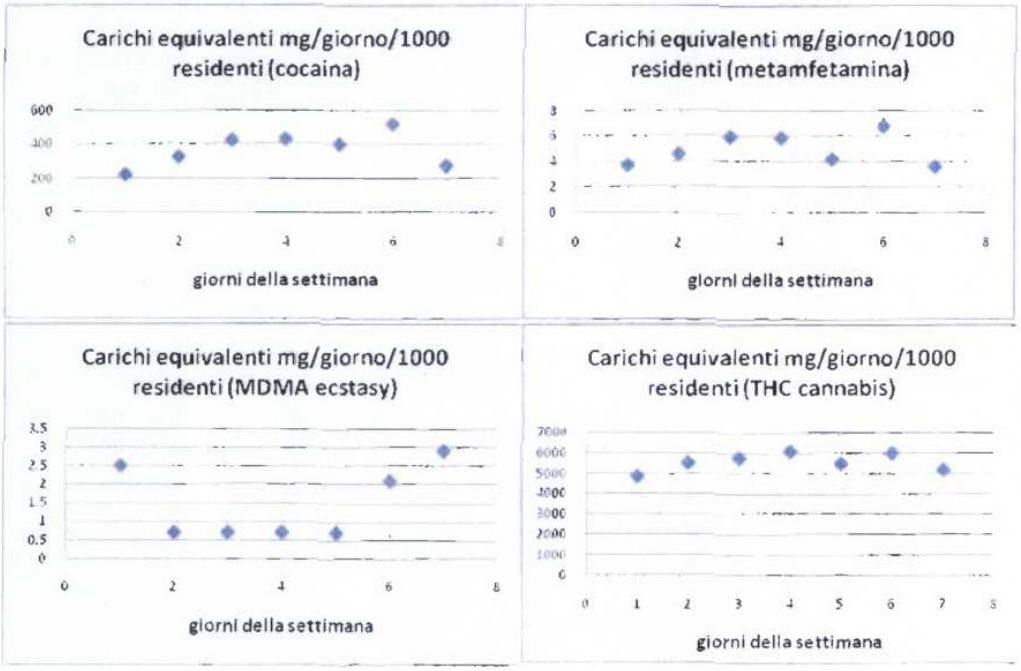


Figura 88: Andamenti del consumo delle varie sostanze nei diversi giorni della settimana a Cagliari



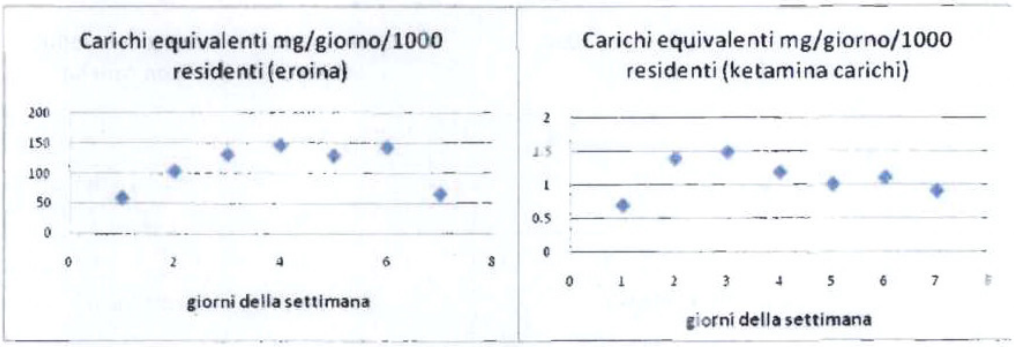
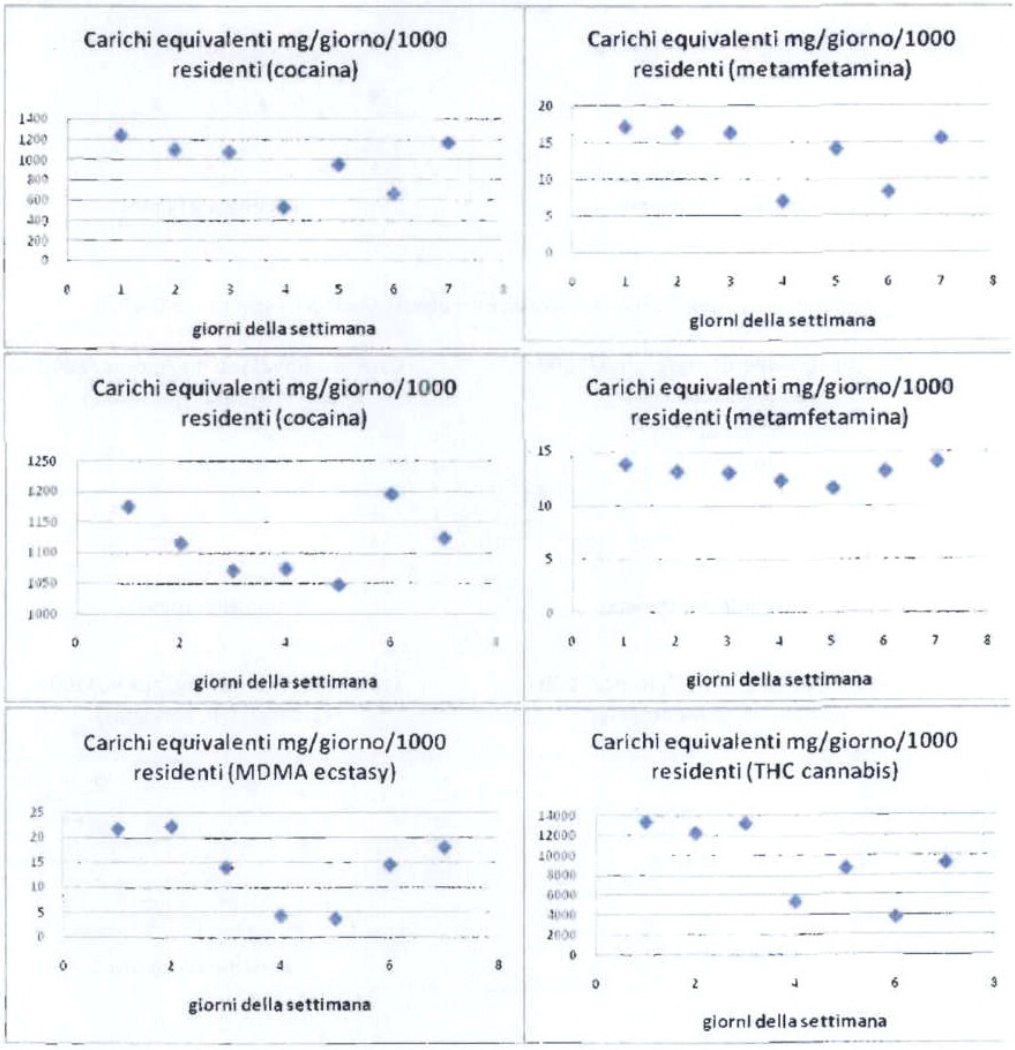
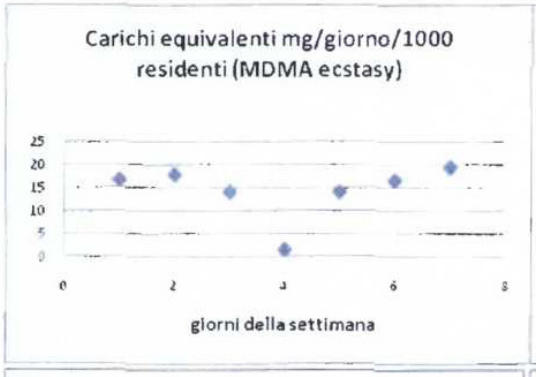
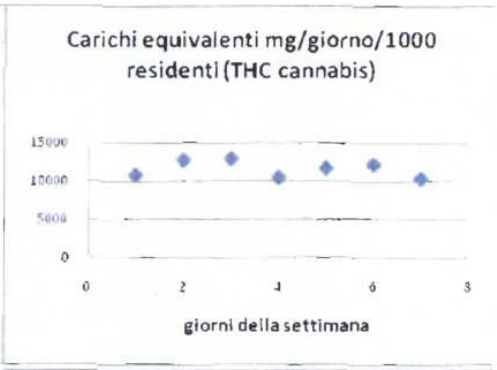
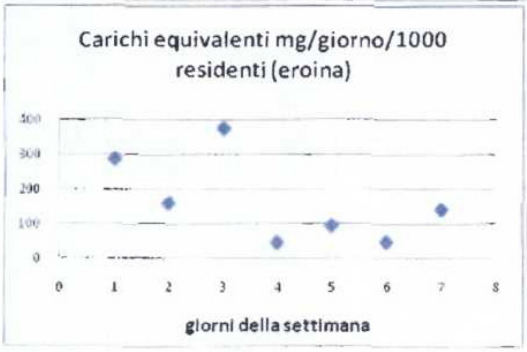


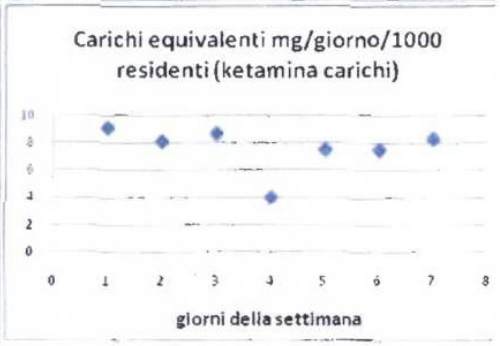
Figura 89: Andamenti del consumo delle varie sostanze nei diversi giorni della settimana a Firenze

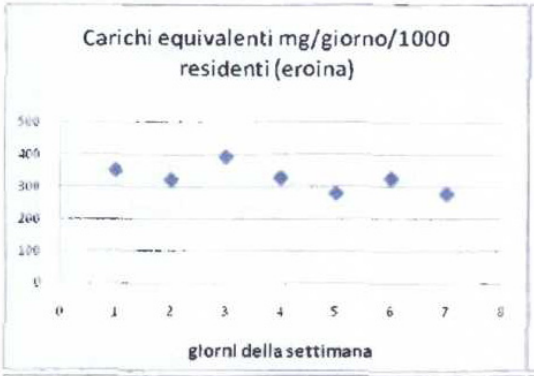


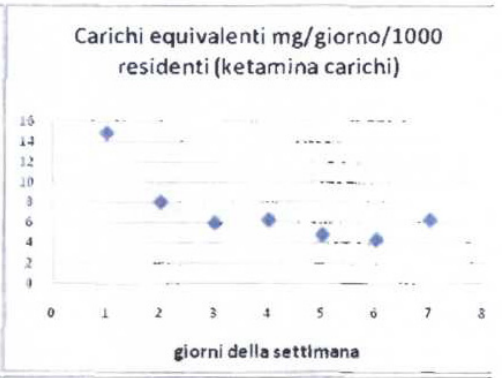

Carichi equivalenti mg/giorno/1000 residenti (MDMA ecstasy)
giorni della settimana

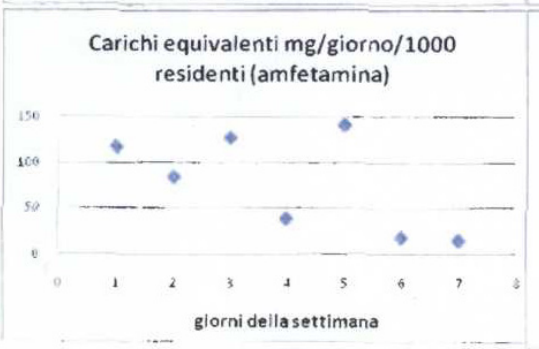

Carichi equivalenti mg/giorno/1000 residenti (THC cannabis)
giorni della settimana

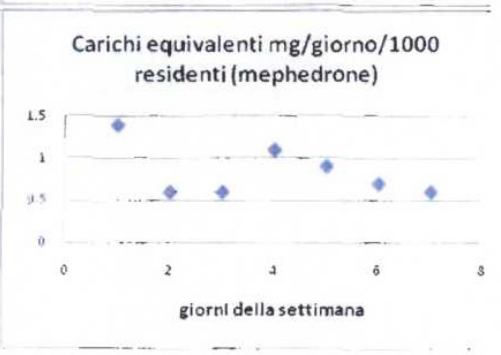

Carichi equivalenti mg/giorno/1000 residenti (eroina)
giorni della settimana


Carichi equivalenti mg/giorno/1000 residenti (ketamina carichi)
giorni della settimana


Carichi equivalenti mg/giorno/1000 residenti (eroina)
giorni della settimana


Carichi equivalenti mg/giorno/1000 residenti (ketamina carichi)
giorni della settimana


Carichi equivalenti mg/giorno/1000 residenti (amfetamina)
giorni della settimana


Carichi equivalenti mg/giorno/1000 residenti (mephedrone)
giorni della settimana

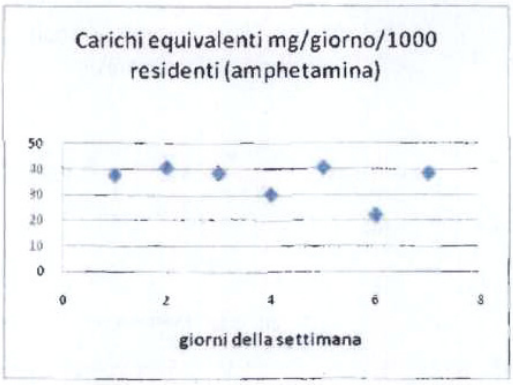
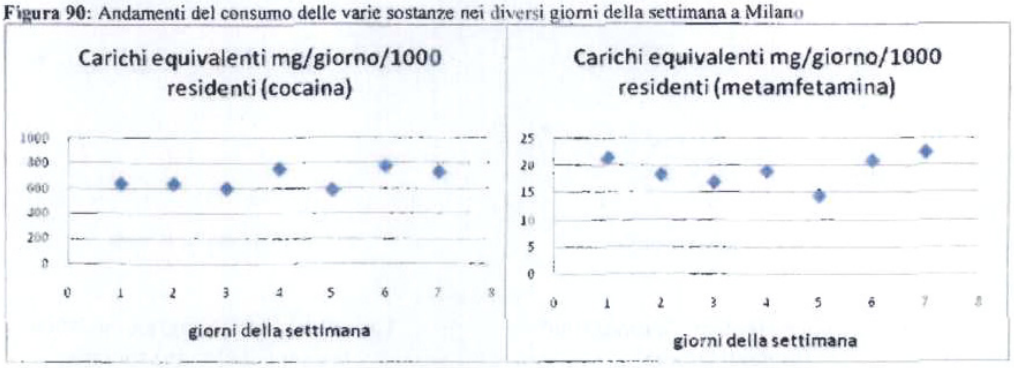
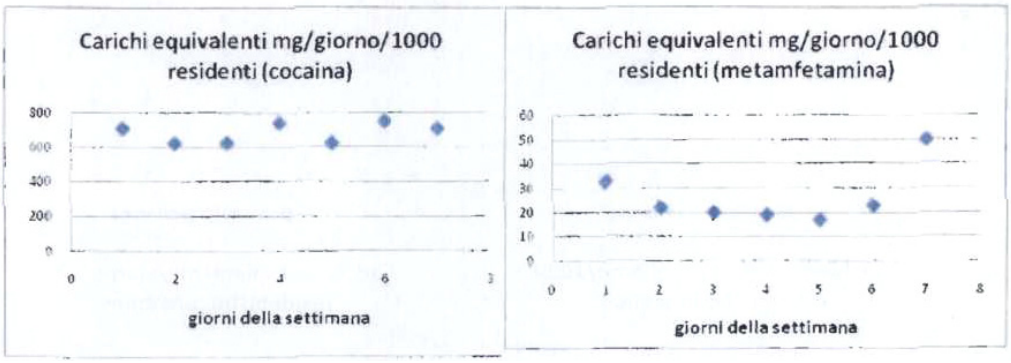
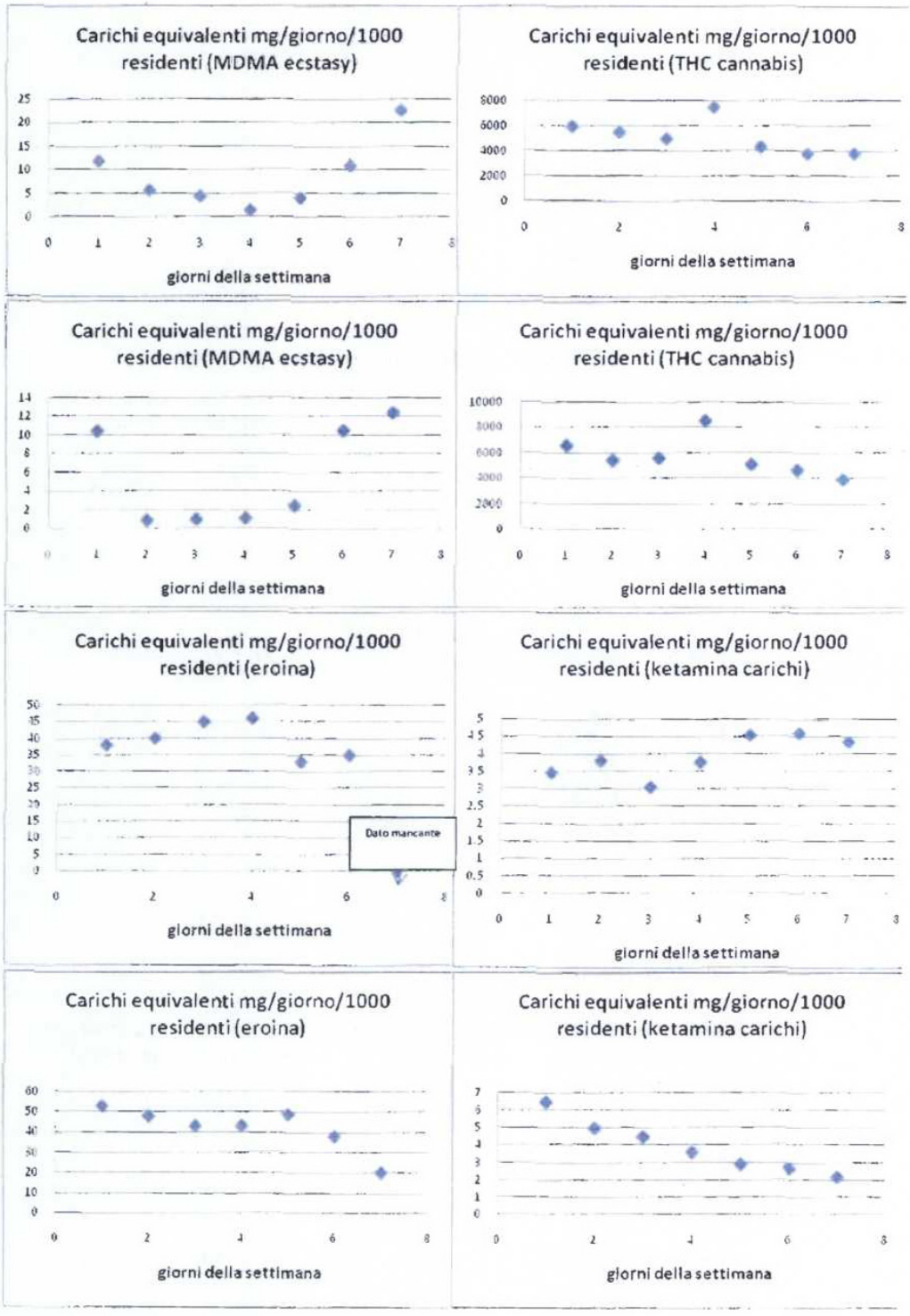


Figura 90: Andamenti del consumo delle varie sostanze nei diversi giorni della settimana a Milano






Carichi equivalenti mg/giorno/1000 residenti (MDMA ecstasy)
giorni della settimana
Carichi equivalenti mg/giorno/1000 residenti (THC cannabis)
giorni della settimana
Carichi equivalenti mg/giorno/1000 residenti (MDMA ecstasy)
giorni della settimana
Carichi equivalenti mg/giorno/1000 residenti (THC cannabis)
giorni della settimana
Carichi equivalenti mg/giorno/1000 residenti (eroina)
Dato mancante
giorni della settimana
Carichi equivalenti mg/giorno/1000 residenti (ketamina carichi)
giorni della settimana
Carichi equivalenti mg/giorno/1000 residenti (eroina)
giorni della settimana
Carichi equivalenti mg/giorno/1000 residenti (ketamina carichi)
giorni della settimana

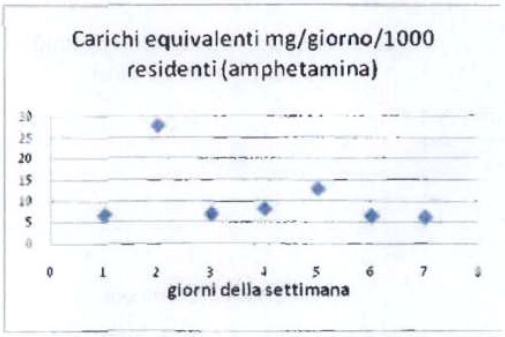


Figura 91: Andamenti del consumo delle varie sostanze nei diversi giorni della settimana a Napoli

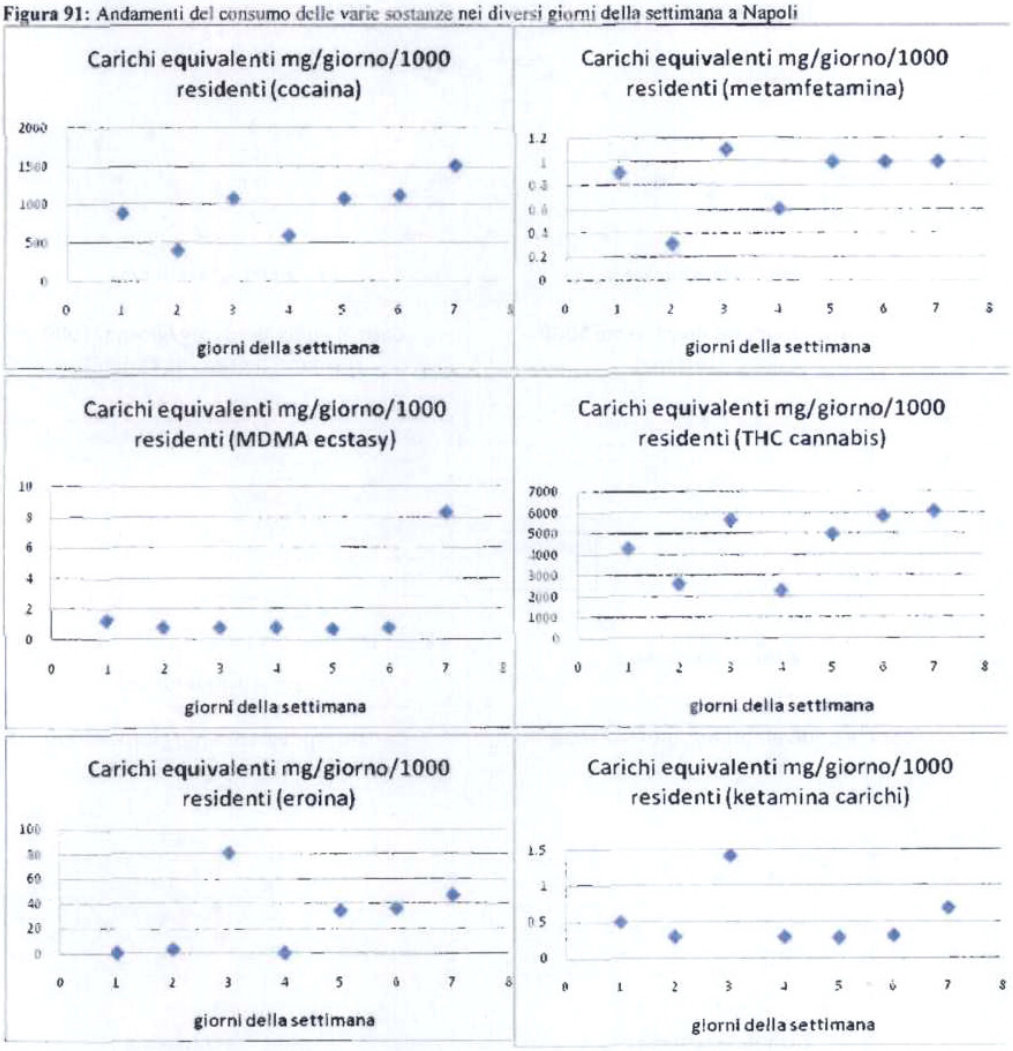
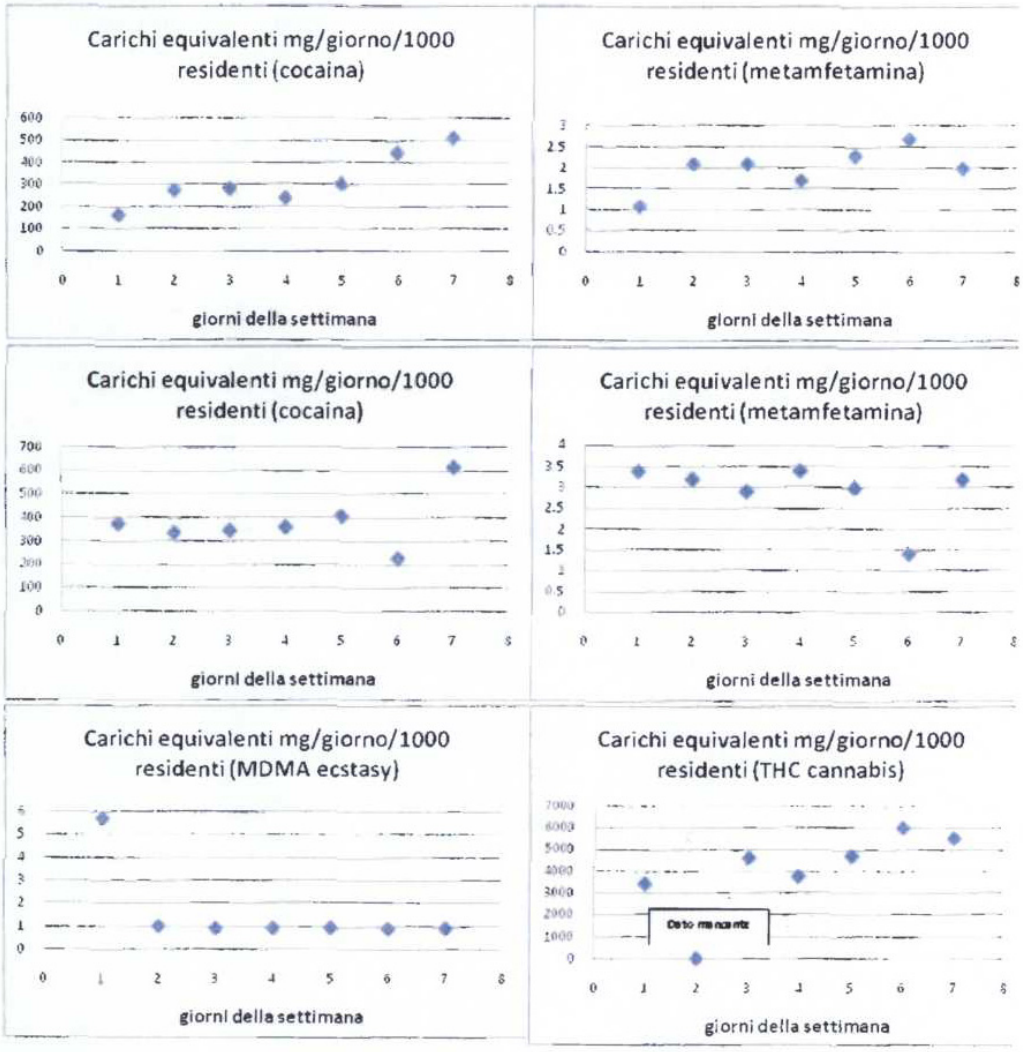
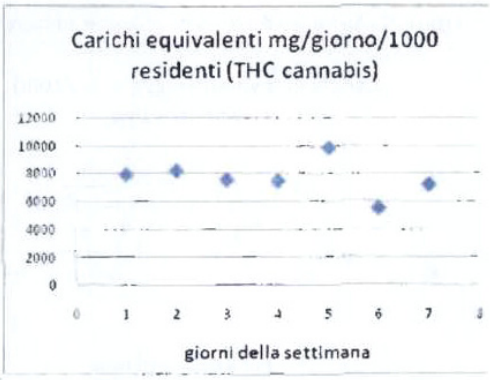
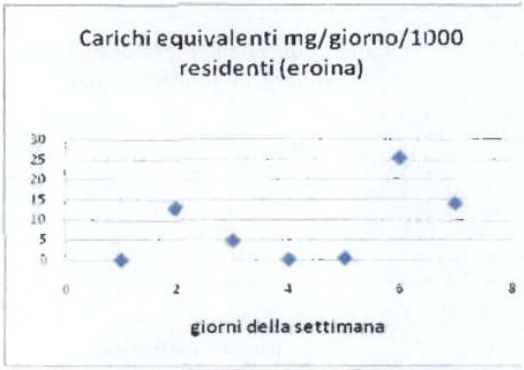


Figura 92: Andamenti del consumo delle varie sostanze nei diversi giorni della settimana a Palermo




Carichi equivalenti mg/giorno/1000 residenti (THC cannabis)
12000
10000
8000
6000
4000
2000
0
0 1 2 3 4 5 6 7 8
giorni della settimana


Carichi equivalenti mg/giorno/1000 residenti (eroina)
30
25
20
15
10
5
0
0 2 4 6 8
giorni della settimana

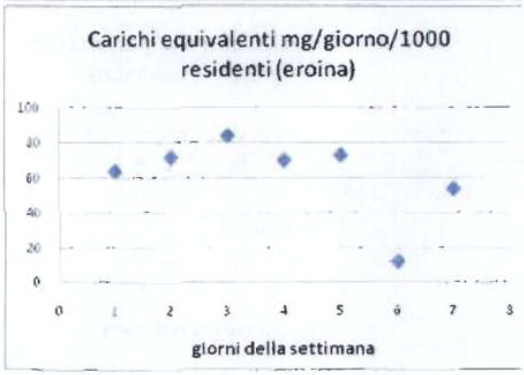
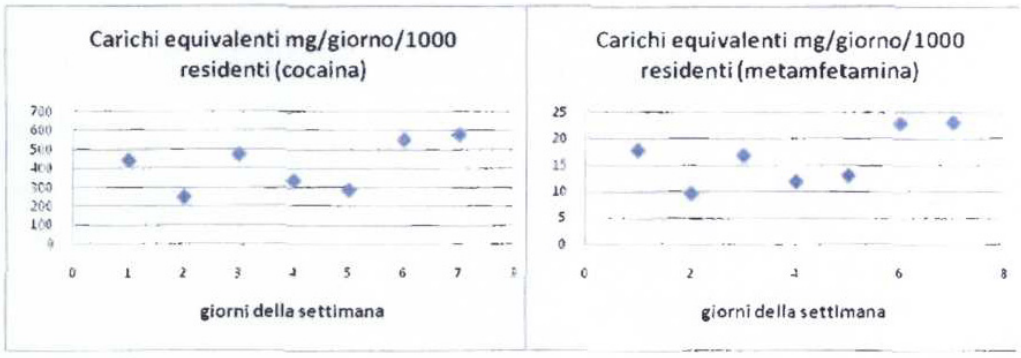
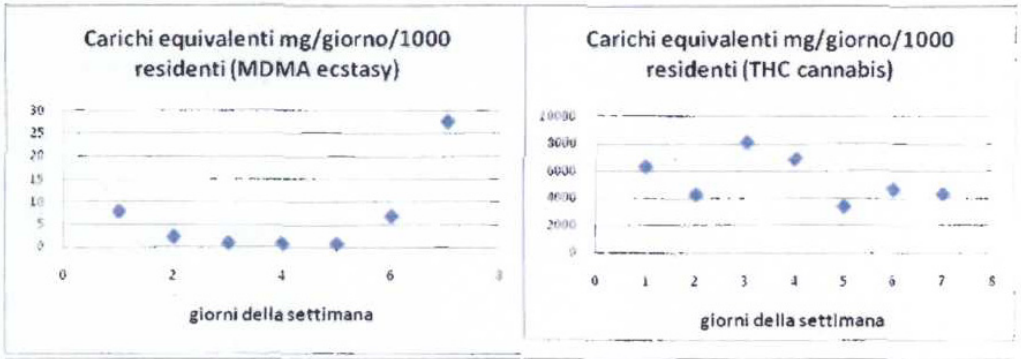

Carichi equivalenti mg/giorno/1000 residenti (eroina)
100
80
60
40
20
0
0 1 2 3 4 5 6 7 8
giorni della settimana

Figura 93: Andamenti del consumo delle varie sostanze nei diversi giorni della settimana a Perugia (impianto di Genna)





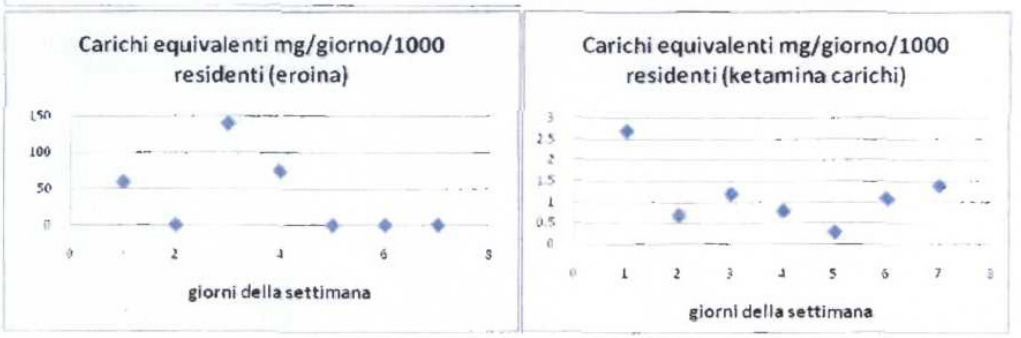


Figura 94:. Andamenti del consumo delle varie sostanze nei diversi giorni della settimana a Potenza

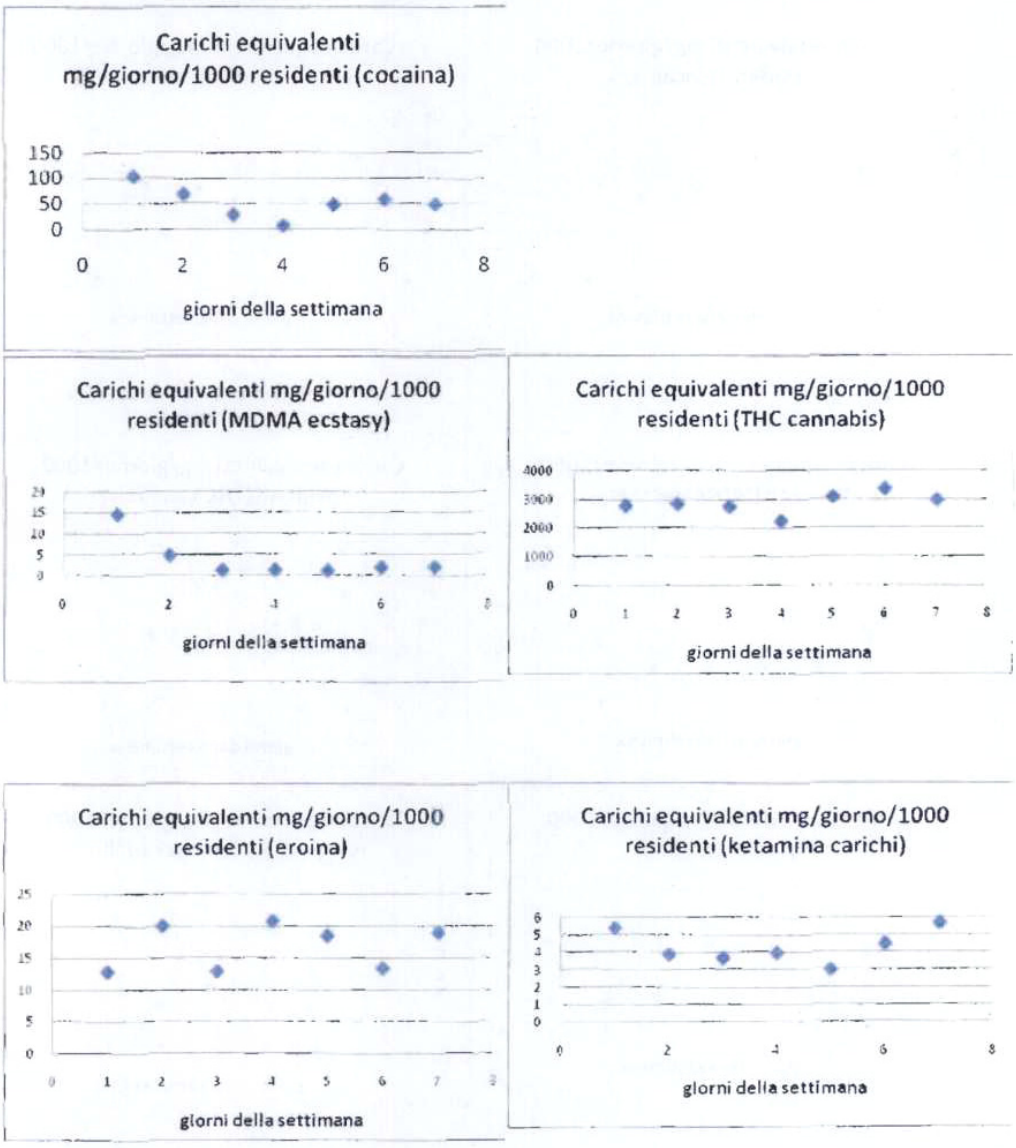
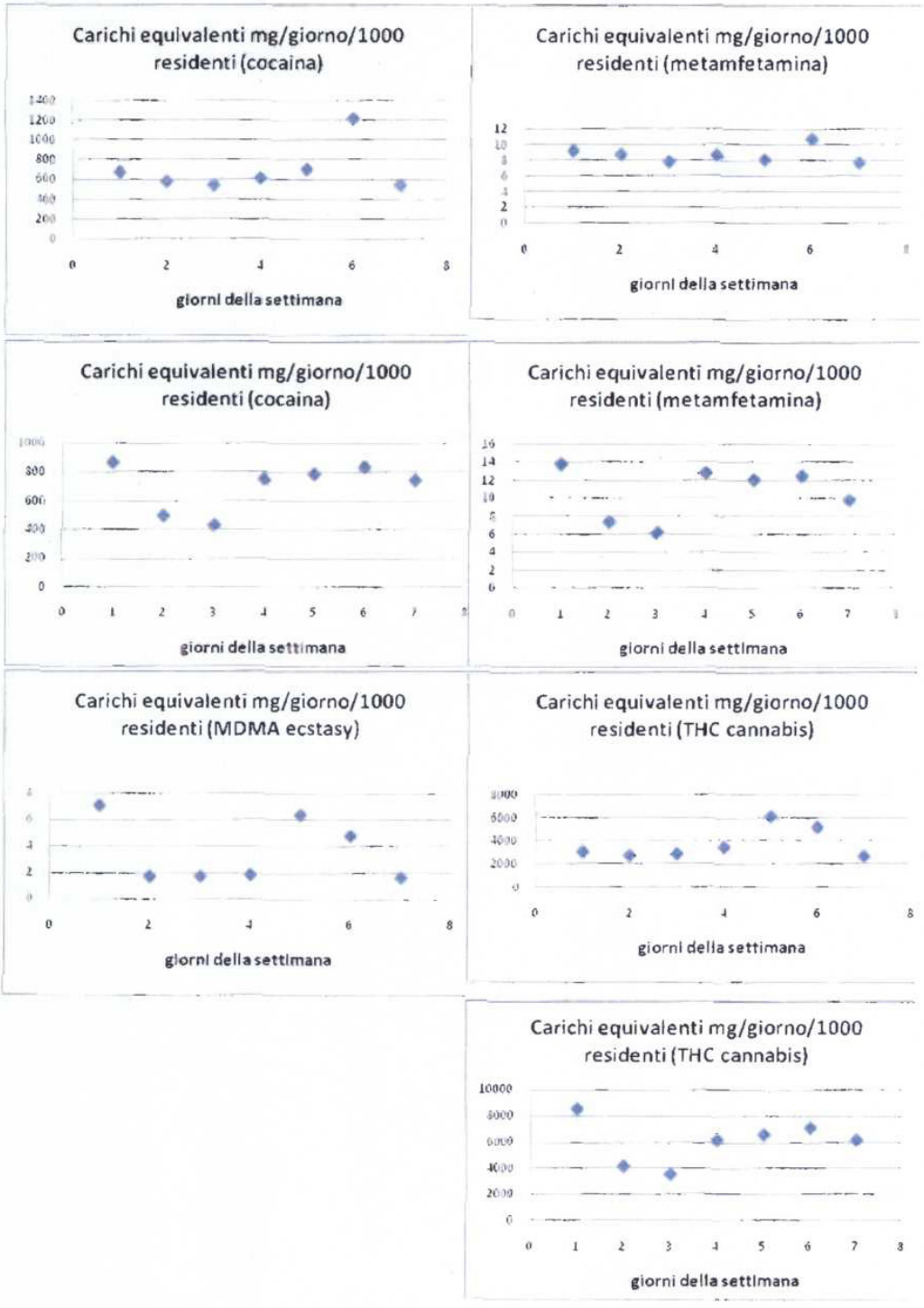


Figura 95: Andamenti del consumo delle varie sostanze nei diversi giorni della settimana a Roma



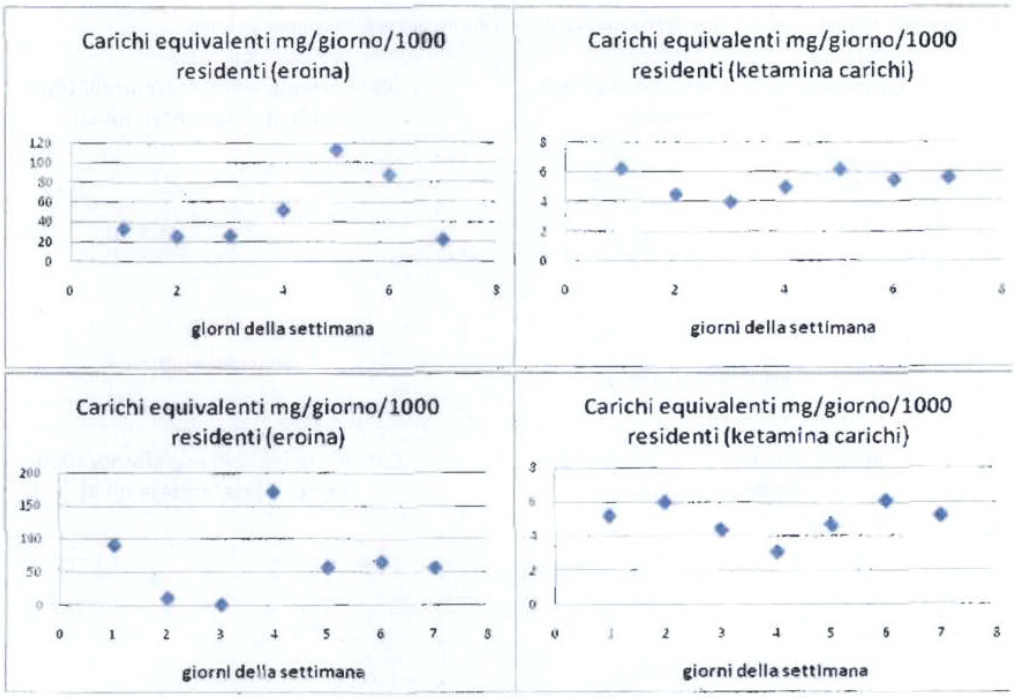
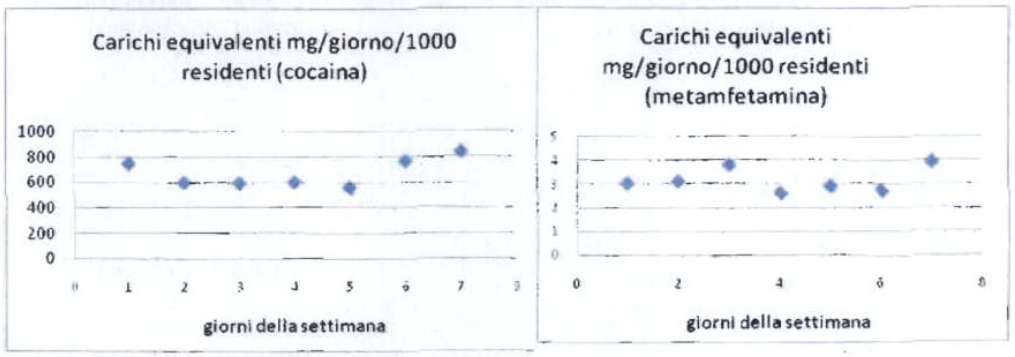
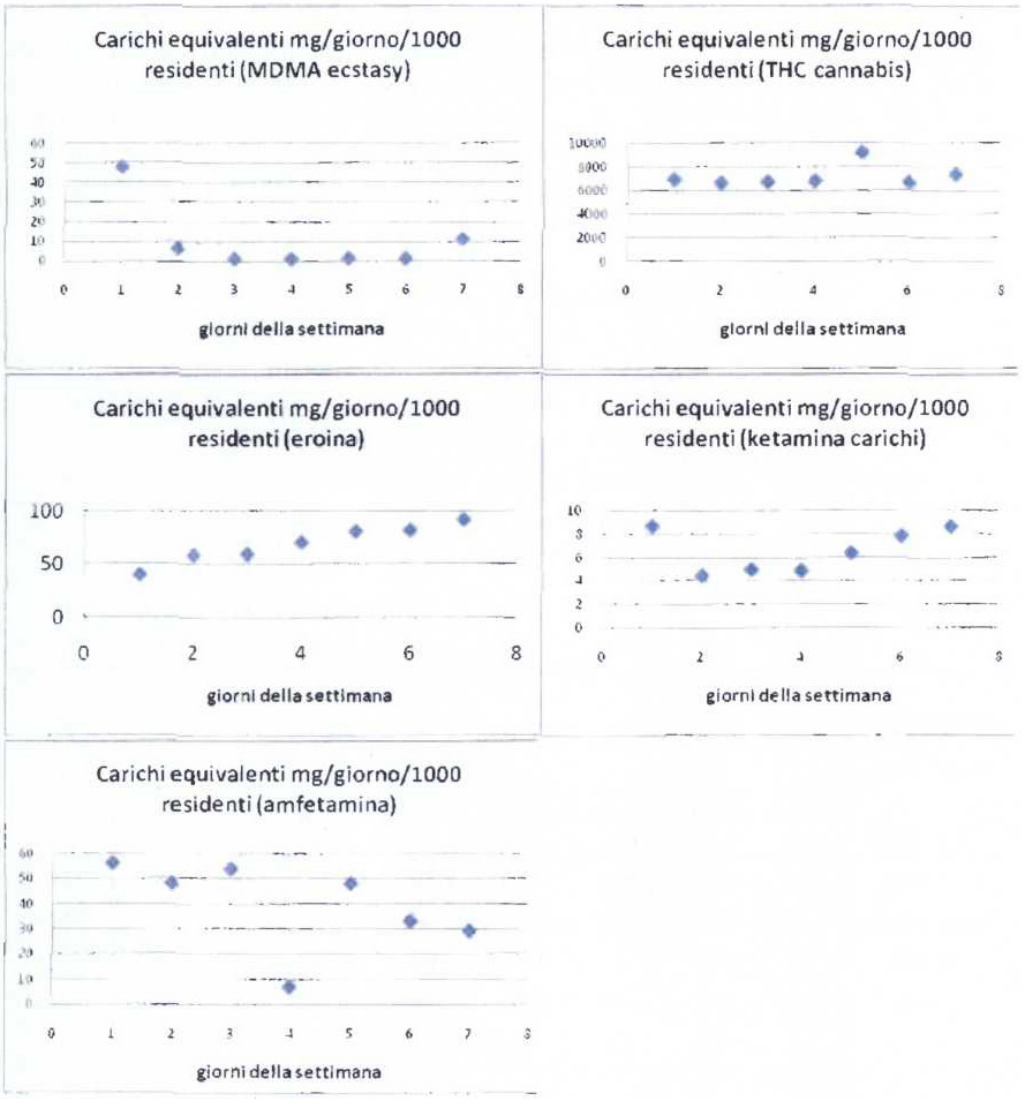


Figura 96: Andamenti del consumo delle varie sostanze nei diversi giorni della settimana a Torino





Rilevazione Pilota presso 3 scuole superiori a Roma, Torino e Verona

Non è ragionevole scientificamente immaginare di ampliare in futuro a sufficienza la rilevazione per la stima del consumo delle sostanze psicotrope tra gli studenti.Questo perché, come dimostrato dall'indagine scolastica condotta regolarmente dal DPA (SPS), gli studenti che consumano maggiormente tendono a fare un numero maggiore di assenze da scuola. Inoltre, il numero di ore di presenza a scuola è limitato, con esclusione totale della domenica. In questo tipo di indagineun aspetto importante, che non viene rilevato, è la presenza di farmaci assunti senza prescrizione, che rappresenta la seconda "sostanza" assunta non legalmente dalle ragazze nella scuola superiore (SPS).

In ogni caso, per completezza, si riportano nella Tabella 2 i risultati, dove appare l'enorme

variabilità da un giorno all'altro a Roma e a Torino (il valore del coefficiente di variazione CV risulta maggiore di 150 inaccettabile per condurre una stima media con i dati rilevati). Il fenomeno opposto si rileva a Verona, in cui i dati sono molto più stabili, addirittura per la cocaina con CV pari a zero. In ogni caso solo i dati relativi alla cannabis a Torino e a Verona sono statisticamente accettabili, ma non utilizzabili per una stima del consumo. In particolare, risulta che il consumo normalizzato per gli studenti della scuola di Verona (0,0114) è significativamente maggiore di quello degli studenti della scuola di Torino (0,0036).

Tabella 61:. Risultati assoluti nelle 3 scuole analizzate

Scuola di Roma

DOSI TOTALI (397 studenti)	Lunedì 02/12/13	Martedì 03/12/13	Mercoledì 04/12/13	Giovedì 05/12/13	Venerdì 06/12/13	Sabato 07/12/13	Media	SD	CV
Cocaina	0	0,003	0	0	0	0,025	0,005	0,01	200
Metamfetamina	0	0	0	0	0	0	0	0	
Eroina	0	0	0	0	0	0,02	0	0,01	
THC	0,22	0,28	0,25	0,78	3,8	0,33	0,94	1,42	151,06

Scuola di Torino

DOSI TOTALI (990 studenti)	Lunedì 11/11/13	Martedì 12/11/13	Mercoledì 13/11/13	Giovedì 14/11/13	Venerdì 15/11/13	Sabato 16/11/13	Media	SD	CV
Cocaina	0,01	0,012	0,006	0,003	0,002	0,429	0,08	0,17	212,5
Metamfetamina	0,027	0,002	0,001	0,001	0,003	0,001	0,006	0,01	166,667
MDMA	0	0	0	0	0	0	0	0	
Eroina	0,002	0,03	0,109	0,027	0,025	0,189	0,06	0,07	116,667
THC	2,5	2,7	3,2	2,9	4,5	5,9	3,6	1,3	36,111

Scuola di Verona

DOSI TOTALI (587 studenti)	Lunedì 11/11/13	Martedì 12/11/13	Mercoledì 13/11/13	Giovedì 14/11/13	Venerdì 15/11/13	Sabato 16/11/13	Media	SD	CV
Cocaina	0,001	0,001	0,001	0,001	0,001	0,001	0,001	0	0
Metamfetamina	0	0	0	0	0	0	0	0	
Eroina	0,051	0,041	0,044	0,041	0,059	0,061	0,05	0,009	18
THC	5,9	4,9	5	8,3	8	8,5	6,7	1,7	25,373

Bibliografia

Bastiani L., Siciliano V., Curzio O., Luppi C., Gori M., Grassi M., Molinaro S. (2013). Optimal scaling of the CAST and of SDS Scale in a national sample of adolescents. Addictive Behaviors, 38(4):2060-7. DOI: 10.1016/j.addbeh.2012.12.016.

Bates S.C., Cox J.M. (2008). The impact of computer versus paper–pencil survey, and individual versus group administration, on self-reports of sensitive behaviors. Computers in Human Behavior, 24, pp. 903–916

Denniston, M. M., Brener, N. D., Kann, L., Eaton, D. K., McManus, T., Kyle, T. M., Roberts, A. M., Flint, K. H., Ross, J. G. (2010). Comparison of paper-and-pencil versus Web administration of the Youth Risk Behavior Survey (YRBS): Participation, data quality, and perceived privacy and anonymity. Computers in Human Behaviour, 26, 5 pp. 1054-1060

Eaton D.K., Brener N.D., Kann L., Denniston M.M., McManus T., Kyle T.M., et al. (2010). Comparison of paper-and-pencil versus web administration of the Youth Risk Behavior Survey (YRBS): Risk behavior prevalence estimates. Evaluation Review, 34, pp. 137–153

Hibell B., Guttormsson U., Ahlström S., Balakireva O., Bjarnason T. et al. (2012). The 2011 ESPAD report. Substance use among students in 36 European countries. Stockholm, The Swedish Council for Information on Alcohol and Other Drugs.

http: www.espad.org Uploads ESPAD_reports 2011 The_2011_ESPAD_Report_FULL_2012_10_29.pdf).

Legleye S., Karila L., Beck F., Reynaud M. (2007). Validation of the CAST, a general population Cannabis Abuse Screening Test. Journal of Substance Use; 12(4):233-242. DOI: 10.1080/14659890701476532).

Legleye S., Janssen E., Beck F., Chau N., Khlat, M. (2011). Social gradient in initiation and transition to daily use of tobacco and cannabis during adolescence: a retrospective cohort study. Addiction, 106(8):1520-31. DOI: 10.1111/j.1360-0443.2011.03447.x.

Mammone A., Fabi F., Colasante E., Siciliano V., Molinaro S., et al. (2014). New indicators to compare and evaluate harmful drug use among adolescents in 38 European countries. Nordic Studies on Alcohol and Drugs, 31(4):343-58. DOI: 10.2478/nsad-2014-0027.

Molinaro S., Siciliano V., Curzio O., Denoth F., Mariani F. (2012). Concordance and consistency of answers to the self-delivered ESPAD questionnaire on use of psychoactive substances. Int J Methods Psychiatr Res, 21(2):158-68. DOI: 10.1002/mpr.1353.

Molinaro S., Siciliano V., Curzio O., Denoth F., Salvadori S., Mariani F. (2011). Illegal Substance Use among Italian High School Students: Trends over 11 Years (1999–2009). PLoS One, 6(6):e20482. DOI: 10.1371/journal.pone.0020482).

Raat H, Mangunkusumo RT, Landgraf JM, Kloek G, Brug J. (2007) Feasibility, reliability, and validity of adolescent health status measurement by the Child Health Questionnaire Child Form (CHQ-CF): internet administration compared with the standard paper version. Qual Life Res. May;16(4):675-85. Epub 2007 Feb 8.

Van Amsterdam J, Opperhuizen A, Koeter M, van den Brink W. (2010). Ranking the Harm of Alcohol, Tobacco and Illicit Drugs for the Individual and the Population. Eur Addict Res;16:202-207.

Farcomeni, A. and Scacciatelli, D. (2013). *Heterogeneity and behavioural response in continuous time capture-recapture, with application to street cannabis use in Italy*, *Annals of Applied Statistics*, 7, 2293-2314.

EMCDDA. Guidelinesfor the prevalence of problem drug use (PDU) key indicator at local level, Lisbon, 1999.

EMCDDA. Guidelines for the prevalence of problem drug use (PDU) key indicator at national level, Lisbon 2004.

European Commission (2013). *FurtherinsightsintoaspectsoftheEUillicitdrugsmarket,* FranzTrautmann, Beau Kilmer & Paul Turnbulleditori, European Commission- Directorate-General forJustice © European Union,2013.

Mascioli F. and Rossi C. (2010). Capture-recapture methods to estimate prevalence indicators for evaluating drug policies, *UN Bulletin on Narcotics*, Volume LX, ,5-25.

MatthijsBlankers, Ph.D. Tom FrijnsVendulaBelackova, Carla Rossi, Bengt Svensson, Franz Trautmann&Margriet van Laar. (2014) Predicting cannabis abuse screening test (CAST) scores: a recursive partitioning analysis using survey data from Czech Republic, Italy, the Netherlands and Sweden, *PLOS ONE* 2014.

Guido Mario Rey, Carla Rossi & Alberto Zuliani. Il mercato delle droghe: dimensione, protagonisti e politiche. Marsili editori, Venezia, 2011.
Reporting System Doping Antidoping – 2014. Commissione per la Vigilanza sul Doping – Ministero della Salute.

Sara Zuzzi, Carla Rossi & Gianpaolo Scalia Tomba, Estimates of cocaine use in Milan, *Drug Abuse Rev.* 2013 Jun;6(2), 165-175.

Brian J. Stults & Matthew Hasbrouck, 2015) The effect of commuting on city-level crime rates, *J Quant Criminol*, 4 Febr. 2015, Springer, doi: 10.1007/s10940-015-9251-z.

Capitolo 3. Comorbilità droga correlata

A cura dell'Istituto Superiore di Sanità e dell'Istat

3.1 Diffusione di HIV - AIDS

3.1.1 Nuove diagnosi di infezione da HIV in consumatori di sostanze per via iniettiva

La sorveglianza delle nuove diagnosi di infezione da HIV, che riporta i dati relativi alle persone che risultano positive al test HIV per la prima volta, è stata istituita nel 2008 e dal 2012 ha copertura nazionale. Il Centro Operativo AIDS (COA) (Allegato 1) dell'Istituto Superiore di Sanità ha il compito di raccogliere le segnalazioni, gestire e analizzare i dati e assicurare il ritorno delle informazioni al Ministero della Salute (Decreto del Ministero della Salute del 31 marzo 2008; *Gazzetta Ufficiale* n. 175 del 28 luglio 2008).

A giugno di ogni anno il COA riceve dalle regioni (Allegato 1) i dati relativi all'anno precedente. Pertanto, nella presente relazione vengono riportati i dati fino al 2013 in quanto i dati del 2014 non sono ancora pervenuti al COA.

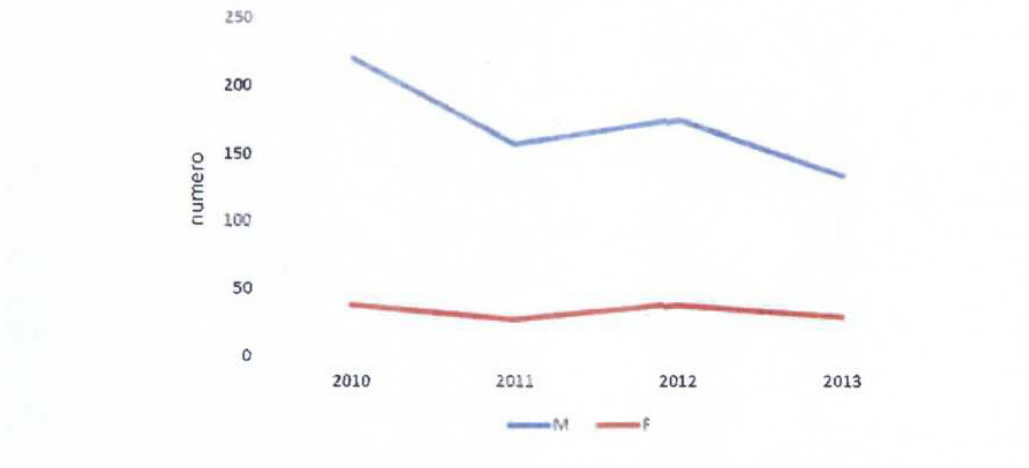
In questa Relazione vengono presentati i dati degli anni 2010-2013, periodo in cui la copertura del sistema di sorveglianza è stata maggiore del 98%.

Distribuzione temporale e caratteristiche demografiche delle nuove diagnosi di infezione da HIV tra consumatori di sostanze per via iniettiva – Injecting Drug Users (IDU)

Nel periodo 2010-2013 sono state segnalate 820 nuove diagnosi di infezione da HIV tra gli IDU; di queste il 79,9 % erano in maschi e il 20,0% in persone di nazionalità straniera. L'età mediana alla diagnosi di infezione da HIV, calcolata solo tra gli adulti (≤15 anni) era di 40 anni (intervallo interquartile (IQR): 34-46 anni) per i maschie di 38 anni (IQR: 33-45 anni) per le femmine.

Dal 2010 al 2013, sono state segnalate, entro giugno 2014, rispettivamente 221, 157, 176 e 133 nuove diagnosi di infezione da HIV tra gli IDU; il numero di nuove diagnosi registrato tra gli IDU maschi è 4/5 volte più alto di quello registrato tra le femmine (Figura 97). La diminuzione delle nuove diagnosi di infezione da HIV nell'ultimo anno è verosimilmente dovuta al ritardo di notifica.

Figura 97: Numero di nuove diagnosi di infezione da HIV in IDU(2010-2013)



Nuove diagnosi infezione da HIV tra gli IDU per regione di segnalazione e regione di residenza

La Tabella 62 riporta il numero di nuove diagnosi di infezione da HIV registrato tra gli IDU per regione di segnalazione e per regione di residenza nel 2010, 2011, 2012 e 2013. La differenza tra il numero dei casi residenti e quello dei casi segnalati fornisce informazioni utili sulla mobilità dei consumatori e sull'offerta assistenziale di alcune regioni: nel 2013, le regioni che hanno un numero di casi residenti maggiore rispetto ai casi segnalati (Piemonte, Liguria, PA di Bolzano, Umbria, Campania, Basilicata) hanno "esportato" casi in termini assistenziali; viceversa, quelle con più casi segnalati rispetto ai casi residenti (Lombardia, Veneto, Emilia-Romagna, Toscana, Lazio, Sardegna) ne hanno "importati" da altre regioni. Nel 2013 più della metà delle segnalazione sono pervenute da quattro regioni: Lombardia (22,8%), Emilia-Romagna (11,7%) Campania (14,8%) e Toscana (9,9%).

Tabella 62: Numero di nuove diagnosi di infezione da HIV in IDU, per regione di segnalazione e regione di residenza (2010-2013)

	2010		2011		2012		2013			
Regione	Segnalati	Residenti	Segnalati	Residenti	Segnalati	Residenti	Segnalati	% sul totale	Residenti	% sul totale
Piemonte	24	22	18	18	12	11	14	*8,6*	15	*9,3*
Valle d'Aosta	1	1	1	1	2	2	0	*0,0*	0	*0,0*
Liguria	6	33	5	37	6	31	3	*1,9*	35	*21,6*
Lombardia	30	7	37	1	32	3	37	*22,8*	0	*0,0*
Trento	7	1	6	1	4	3	1	*0,6*	1	*0,6*
Bolzano	1	11	1	4	3	11	1	*0,6*	4	*2,5*
Veneto	9	0	5	0	12	0	4	*2,5*	1	*0,6*

Friuli- Venezia Giulia	0	6	0	6	0	8	2	1,2	3	1,9
Emilia-Romagna	16	17	13	14	21	20	19	11,7	15	9,3
Toscana	26	22	15	12	12	10	16	9,9	14	8,6
Umbria	1	2	1	0	6	6	1	0,6	2	1,2
Marche	4	4	2	2	2	2	2	1,2	4	2,5
Lazio	18	14	24	16	17	15	15	9,3	9	5,6
Abruzzo	2	2	1	1	3	3	2	1,2	2	1,2
Molise	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Campania	59	48	39	36	47	45	24	14,8	25	15,4
Puglia	10	12	5	5	12	12	6	3,7	6	3,7
Basilicata	1	1	0	0	0	1	0	0,0	2	1,2
Calabria	34	32	1	2	0	1	1	0,6	1	0,6
Sicilia	11	14	10	11	11	13	8	4,9	8	4,9
Sardegna	0	1	0	1	12	12	6	3,7	5	3,1
Residenza Estera		1		0		2			2	
Residenza Non Nota		9		16		3			8	
Totale	**260**	**260**	**184**	**184**	**214**	**214**	**162**	**100**	**162**	**100**

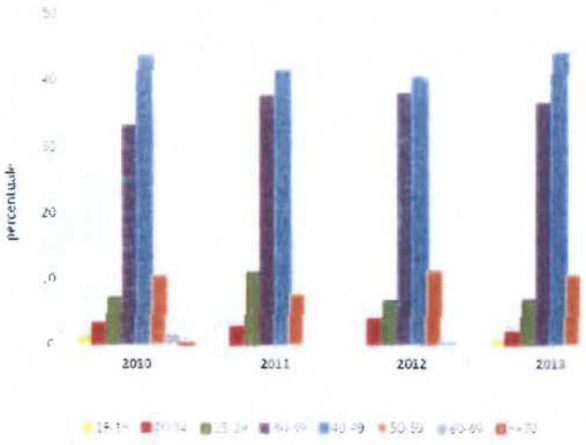
Età alla diagnosi di infezione da HIV negli IDU

Dal 2010si osserva un andamento costante dell'età mediana al momento della diagnosi di infezione da HIV tra gli IDU maschi: 41anni (IQR: 34-46 anni) nel 2010 e 41 anni (IQR: 35-45 anni) nel 2013, mentre per le femmine si osserva una diminuzione dell'età mediana da 37 anni (IQR: 33-45anni) nel 2010 a 35 anni (IQR: 30-44 anni) nel 2013, con un picco di 43 anni nel 2012 (Figura 98).

Figura 98: Età mediana delle nuove diagnosi di infezione da HIV inIDU (2010-2013)

La Figura 99 mostra la distribuzione delle nuove diagnosi di infezione da HIV tra gli IDU, per anno di diagnosi e per classe di età.

Figura 99: Distribuzione percentuale delle nuove diagnosi di infezione da HIVin IDU, per anno di diagnosi e classe di età



Le classi di età 30-39 anni e 40-49 anni sono quelle più rappresentate, costituendo il 79% dei casi totali.

Numero di linfociti CD4 alla prima diagnosi di HIV tra gli IDU

I dati sul numero di linfociti CD4 riportati alla prima diagnosi di infezione da HIV, forniscono informazioni importanti sullo stato del sistema immunitario e sullo stadio clinico dell'infezione: quanto più basso il livello dei CD4 tanto più grave è lo stato di immunodepressione e tanto più è avanzata la malattia.

Nel 2013 il numero dei CD4 alla diagnosi è stato riportato per l'82,6% dei casi segnalati. Nel 2013 la regione Lazio non ha raccolto e inviato i dati relativi al numero di linfociti CD4 alla prima diagnosi di infezione da HIV. La completezza di questa variabile è diversa tra regioni e nel 2013 varia dal 13,9% del Molise al 100% della Valle d'Aosta, Friuli Venezia-Giulia, Emilia-Romagna, Umbria, Campania, Puglia, Basilicata, Sardegna.

Tabella 63: Numero di nuove diagnosi di infezione da HIV in IDU, per numero di CD4 alla diagnosi e per regione di segnalazione (2013)

Anno 2013

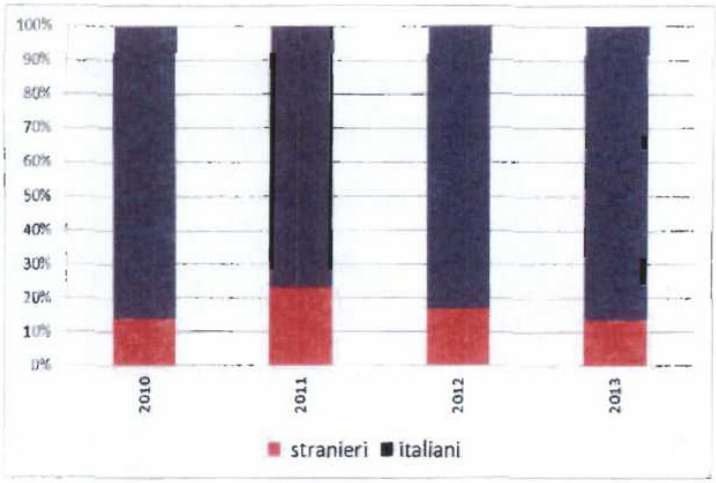
	numero di casi con CD4 riportati	completezza del dato (%)	CD4 < 200		CD4 < 350	
			n	%	n	%
Piemonte	59	*86,8*	21	*35,6*	30	*50,8*
Valle d'Aosta	4	*100,0*	1	*25,0*	1	*25,0*
Liguria	19	*95,0*	12	*63,2*	15	*78,9*
Lombardia	126	*92,6*	55	*43,7*	75	*59,5*
Trento	17	*94,4*	4	*23,5*	10	*58,8*
Bolzano	2	*33,3*	2	*100,0*	2	*100,0*
Veneto	23	*76,7*	5	*21,7*	11	*47,8*
Friuli Venezia- Giulia	2	*100,0*	1	*50,0*	1	*50,0*
Emilia - Romagna	69	*100,0*	30	*43,5*	39	*56,5*
Toscana	68	*98,6*	30	*44,1*	40	*58,8*
Umbria	9	*100,0*	2	*22,2*	3	*33,3*
Marche	9	*90,0*	5	*55,6*	6	*66,7*
Lazio	nn		nn		nn	
Abruzzo	7	*87,5*	5	*71,4*	5	*71,4*
Molise	0	*0,0*		*0,0*	0	*0,0*
Campania	169	*100,0*	59	*34,9*	95	*56,2*
Puglia	32	*97,0*	22	*68,8*	27	*84,4*
Basilicata	1	*100,0*	1	*100,0*	1	*100,0*
Calabria	5	*13,9*	4	*80,0*	4	*80,0*
Sicilia	38	*95,0*	22	*57,9*	28	*73,7*
Sardegna	18	*100,0*	9	*50,0*	9	*50,0*
Totale	677	*82,6*	290	*42,8*	402	*59,4*

Nel 2013 la proporzione di IDU con una nuova diagnosi di infezione da HIV diagnosticate con un numero di linfociti CD4 inferiore a 200 cell/μL era del42,8%, mentre quella di coloro che avevano un numero di CD4 inferiore a 350 cell/μLera del 59,4%.

Caratteristiche della popolazione straniera con nuova diagnosi di infezione da HIV tra gli IDU

La proporzione di nuove diagnosi di infezione da HIV tra gli IDU stranieri varia da un minimo del 13,6% nel 2013 ad un massimo di 22,8% nel 2011.

Figura 100: Distribuzione percentuale delle nuove diagnosi di infezione da HIV in IDU, per nazionalità e anno di diagnosi

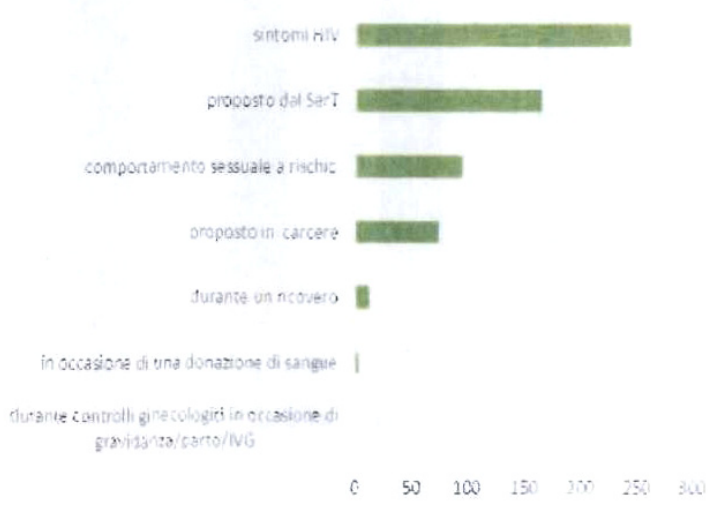


Nel 2013, 53,6% degli IDU stranieri con una nuova diagnosi di infezione da HIV proveniva dai paesi dell'Europea Centrale e Orientale, il 25,7% dall'Africa, il 5,7% dall'America meridionale, il 5,7% dall'Asia, il 5,0% dai paesi dell'Europa Occidentale. Nel 2013, il 77,7% degli IDU stranieri era costituito da maschi e l'età mediana alla prima diagnosi di infezione da HIV era di 34 anni (IQR 32,5-40,0) per i maschi e di 34 anni (IQR 26,5 - 34,5) per le femmine.

Motivo di effettuazione del test HIV

Nel 2013 il 40,8% degli IDU ha eseguito il test HIV per la presenza di sintomi HIV - correlati; il 27,6% in seguito alla proposta degli operatori del Sert; il 16,0% in seguito a comportamenti sessuali a rischio; il 12,5% in seguito alla proposta degli operatori del carcere; il 2,2% ha eseguito il test in occasione di un ricovero; lo 0,3% in seguito a controlli specialistici legati alla riproduzione sia nella donna che nel partner (gravidanza, parto, interruzione volontaria della gravidanza, procreazioni medicalmente assistita) e lo 0,3% ha eseguito il test nell'ambito dello screening pre-donazione di sangue (Figura 101).

Figura 101: Motivo di esecuzione del test delle nuove diagnosi di infezione da HIV in IDU, 2013



3.1.2 Nuove diagnosi di AIDS in consumatori di sostanze di via iniettiva (Injecting Drug User – IDU)

In Italia, la raccolta sistematica dei dati sui casi di Sindrome da Immunodeficienza Acquisita (AIDS) è iniziata nel 1982 e nel giugno 1984 è stata formalizzata in un Sistema di Sorveglianza Nazionale attraverso il quale vengono segnalati i casi di malattia diagnosticati dalle strutture cliniche del Paese. Con il decreto del 28 novembre 1986 (DM n. 288), l'AIDS è divenuta in Italia una malattia infettiva a notifica obbligatoria. Dal 1987, il Sistema di Sorveglianza è gestito dal COA. In collaborazione con le regioni, il COA provvede alla raccolta e archiviazione nel Registro Nazionale AIDS (RNAIDS), all'analisi periodica dei dati e alla pubblicazione e diffusione di un rapporto annuale.

I criteri di diagnosi di AIDS adottati sono stati, fino al 1993, quelli della definizione di caso della World Health Organization (WHO) - Centers for Disease Control and Prevention (CDC) del 1987 (2). A partire dal 1° luglio 1993, la definizione di caso adottata in Italia si attiene alle indicazioni del Centro Europeo del WHO. Quest'ultima aggiunge alla lista iniziale di patologie, altre tre patologie indicative di AIDS: la tubercolosi polmonare, la polmonite ricorrente e il carcinoma invasivo della cervice uterina (3).

Dati di mortalità AIDS

La segnalazione di decesso per AIDS non è obbligatoria. Per questo motivo, dal 2006, il COA in collaborazione con l'ISTAT e con l'IRCCS Centro di Riferimento Oncologico di Aviano ha avviato uno studio per aggiornare lo stato in vita di tutte le persone incluse nel Registro Nazionale AIDS.

I dati delle persone con AIDS diagnosticate tra il 1999 e il 2011 sono stati incrociati, attraverso una procedura automatizzata e anonima di record linkage, con quelli del registro di mortalità dell'ISTAT.

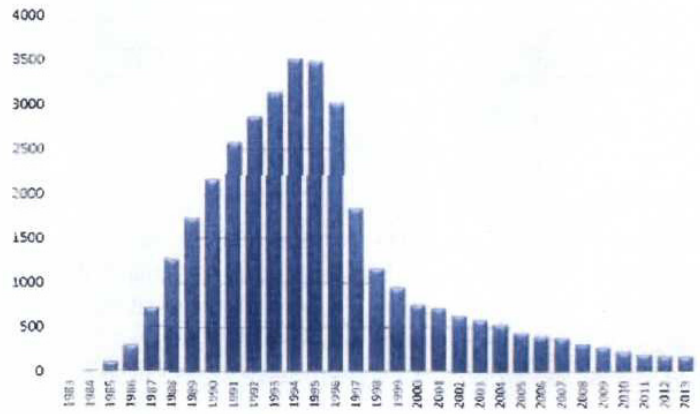
Pertanto, i dati sulla mortalità delle persone con AIDS sono stati validati fino al 2011, ultimo anno disponibile nel database di mortalità dell'ISTAT.

Distribuzione temporale dei casi di AIDS tra gli IDU

Dal 1982, anno della prima diagnosi di AIDS in Italia, al 31 Dicembre 2013 sono stati notificati al COA 34.636 casi di AIDS in IDU. Di questi, 27.760 (80,1%) erano maschi, e 727 (2,1%) erano stranieri o di nazionalità non nota. L'età mediana alla diagnosi di AIDS era di 33anni per i maschi e di 32 anni per le femmine.

La Figura 102 mostra l'andamento del numero dei casi di AIDS in IDU segnalati al RNAIDS.

Figura 102: Numero dei casi di AIDS in IDU



La Tabella 64 riporta il numero dei casi di AIDS e dei deceduti gli IDU per anno di decesso. In totale, 26.414 persone risultano decedute al 31 Dicembre 2013.

Tabella 64: Distribuzione annuale dei casi di AIDS e dei decessi in IDU

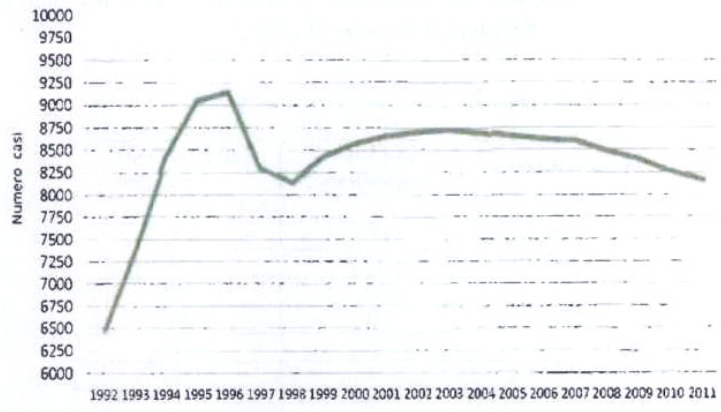
Anno di diagnosi	Casi IDU diagnosticati	IDU morti per anno di decesso
1983	1	0
1984	16	6
1985	115	51
1986	292	163
1987	714	363
1988	1.270	586
1989	1.740	969
1990	2.169	1.339
1991	2.583	1.817
1992	2.869	2.233

1993	3.136	2.469
1994	3.515	2.849
1995	3.479	2.925
1996	3.018	2.679
1997	1.832	1.316
1998	1.156	644
1999	937	603
2000	745	615
2001	700	594
2002	636	564
2003	586	573
2004	540	487
2005	445	432
2006	399	397
2007	383	430
2008	317	372
2009	275	357
2010	228	300
2011	191	281
2012	177	-
2013	172	-
Totale	**34.636**	**26.414**

Casi prevalenti di AIDS

I casi prevalenti in un determinato anno sono tutti i casi diagnosticati negli anni precedenti, più quelli diagnosticati nello stesso anno e vivi (anche per un solo giorno dell'anno considerato). Rappresenta il numero dei casi ancora viventi nell'anno considerato. Il numero dei casi prevalenti per anno di diagnosi viene mostrato in Figura 103. Il numero dei casi prevalenti è stato riportato fino al 2011, ultimo anno disponibile per il registro di mortalità dell'ISTAT (vedi sezione '*Dati di mortalità AIDS*').

Figura 103: Numero dei casi di AIDS prevalenti in IDU



La distribuzione geografica

La Tabella 65 mostra il numero dei casi di AIDS tra gli IDU per regione di residenza e biennio di diagnosi (dati non corretti per ritardo di notifica). Come si osserva, le regioni più colpite sono nell'ordine: la Lombardia, il Lazio, l'Emilia-Romagna e il Piemonte. É evidente la persistenza di un gradiente Nord-Sud nella diffusione della malattia nel nostro Paese.

Tabella 65: Distribuzione del numero dei casi di AIDS in IDU per regione di residenza e per anno di diagnosi

Regione di residenza	Periodo di diagnosi								Totale
	<2000	2000-01	2002-03	2004-05	2006-07	2008-09	2010-11	2012-13	
Lombardia	9.199	466	368	328	197	151	103	96	10.908
Lazio	3.464	172	173	127	105	78	55	48	4.222
Emilia Romagna	2.826	137	102	87	85	66	29	32	3.364
Piemonte	1.849	102	64	70	48	45	38	16	2.232
Liguria	1.739	75	74	53	52	44	26	23	2.086
Veneto	1.671	50	42	32	34	23	15	13	1.880
Toscana	1.494	63	57	41	50	46	19	14	1.784
Puglia	1.244	74	73	52	36	8	21	20	1.528
Sicilia	1.147	55	50	33	27	20	15	14	1.361
Sardegna	1.145	55	43	37	36	15	19	10	1.360
Campania	1.003	66	67	43	40	39	37	32	1.327
Marche	411	23	21	14	10	9	7	10	505
Calabria	287	18	14	8	7	4	10	.	348
Umbria	191	15	11	3	6	4	1	5	236
Abruzzo	173	9	7	12	7	5	3	4	220
Friuli Venezia Giulia	183	4	6	10	4	1	3	1	212
Trento	173	4	4	5	5	3	.	.	194
Bolzano	96	9	6	4	10	5	4	.	134
Basilicata	84	3	6	5	1	5	2	.	106
Val D'Aosta	32	2	1	1	.	1	1	.	38
Molise	19	1	.	2	.	.	.	3	25
Estera	74	5	9	3	9	1	4	1	106
Ignota	338	37	24	15	13	19	7	7	460
Totale	**28.842**	**1.445**	**1.222**	**985**	**782**	**592**	**419**	**349**	**34.636**

Le caratteristiche demografiche: età e genere

La Tabella 66 mostra la distribuzione dei casi di AIDS tra gli IDU per classe d'età e genere negli anni 1993, 2003, 2013 e nel totale dei casi notificati dall'inizio dell'epidemia (1982-2013). Il 70,3% del totale dei casi si concentra nella classe d'età 30-49 anni. In particolare, rispetto al 1993, è

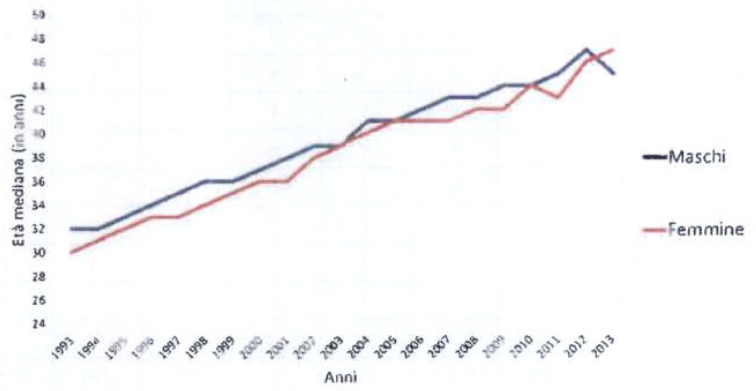
aumentata in modo rilevante la quota di casi di età ≥ 40 anni: per i maschi dal 6,6% nel 1993 al 76,4% nel 2013 e per le femmine dal 5,4% nel 1993 al 85,3% nel 2013.

Tabella 66: Distribuzione dei casi di AIDS in IDU per classe di età e genere

Classe di età alla diagnosi		Maschi			Femmine			1982-2013		
		1993	2003	2013	1993	2003	2013	Totale	Maschi	Femmine
15-19 anni	%	0.0	0.0	0.8	0.2	0.0	0.0	0.1	0.1	0.2
20-24 anni	%	1.9	0.0	2.3	3.7	0.0	0.0	4.6	4.0	7.1
25-29 anni	%	26.0	2.8	3.8	38.2	1.7	4.9	23.2	22.2	27.3
30-34 anni	%	46.0	9.9	4.6	38.3	15.7	2.4	34.0	34.3	32.6
35-39 anni	%	19.4	38.7	12.2	14.2	38.0	7.3	22.1	23.0	18.7
40-49 anni	%	6.2	45.4	50.4	4.9	41.3	46.3	14.2	14.6	12.4
50-59 anni	%	0.4	3.2	26.0	0.5	3.3	39.0	1.6	1.6	1.5
=>60 anni	%	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.1	0.1	0.1
Totale	N	2.518	465	131	618	121	41	34.636	27.760	6.876

L'età mediana alla diagnosi dei casi adulti di AIDS tra gli IDU mostra un aumento nel tempo, sia tra i maschi che tra le femmine. Infatti, se nel 1993 la mediana era di 32 anni per i maschi e di 30 per le femmine, nel 2013 le mediane sono salite rispettivamente a 45 e 47 anni (Figura 104). Nell'ultimo decennio la proporzione di casi di AIDS di sesso femminile tra i casi adulti è rimasta sostanzialmente stabile intorno al 18-25% (dati non mostrati).

Figura 104: Età mediana dei casi di AIDS in IDU e genere



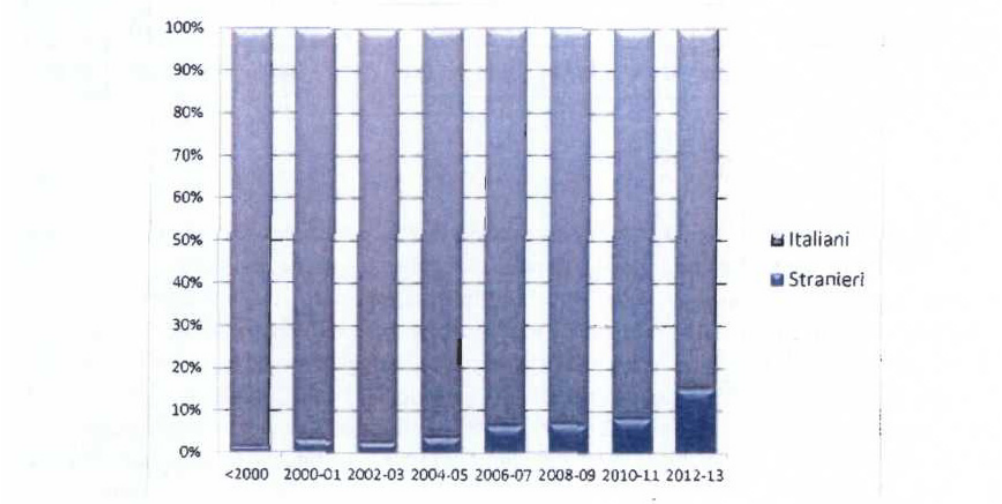
Casi di AIDS tra gli IDU stranieri

La proporzione di casi di AIDS tra gli IDU stranieri è aumentata nel tempo e è passata dal 2,4% nel biennio 2000-01 al 14,9% nel biennio2012-13 (Figura 105). La loro area di provenienza è mostrata nella Tabella 67.

Tabella 67: Distribuzione dei casi di AIDS in IDU per nazionalità e periodo di diagnosi

Area Geografica di Provenienza		Periodo di diagnosi								Totale
		<2000	2000-01	2002-03	2004-05	2006-07	2008-09	2010-11	2012-13	
AFRICA	N	95	18	19	16	20	16	12	8	204
	%	0 3	1.2	1 6	1 6	2.6	2.7	2.9	2.3	0 6
AMERICA CENTRO/MERIDIONALE	N	108	5	2	4	4	5	2	9	139
	%	0.4	0.3	0 2	0 4	0.5	0.8	0.5	2 6	0.4
AMERICA SETTENTRIONALE	N	8			.		1	.		9
	%	0 0			.	.	0 2	.	.	0 0
ASIA	N	16	1	1	2	4	3	3	4	34
	%	0 1	0.1	0 1	0 2	0 5	0 5	0.7	1.1	0 1
EUROPA	N	126	5	4	3	4	5	6	15	168
	%	0.4	0 3	0 3	0.3	0 5	0.8	1.4	4.3	0 5
EUROPA EST	N	32	5	6	2	12	9	13	16	95
	%	0 1	0.3	0 5	0 2	1 5	1 5	3 1	4.6	0 3
ITALIA	N	28.415	1 399	1.189	948	730	550	383	295	33 909
	%	98 5	96.8	97 3	96 2	93 4	92.9	91 4	84.5	97 9
NON NOTA	N	42	12	1	10	8	3	.	2	78
	%	0 1	0.8	0 1	1 0	1.0	0.5	.	0 6	0 2
Totale	N	**28.842**	**1.445**	**1.222**	**985**	**782**	**592**	**419**	**349**	**34.636**

Figura 105: Distribuzione percentuale delle nuove diagnosi di AIDS in IDU, per nazionalità e periodo di diagnosi



Patologie indicative di AIDS

La Tabella 68 riporta la distribuzione delle patologie che fanno porre diagnosi di AIDS tra gli IDU per biennio di diagnosi. I dati relativi alla distribuzione delle patologie indicative di AIDS fanno riferimento ai quadri clinici presenti all'esordio della malattia e non a tutte le patologie diagnosticate durante l'intero decorso clinico. Per ogni caso può essere indicata più di una patologia indicativa di AIDS; pertanto il numero di patologie riportate in un anno può essere superiore al numero di casi segnalati nello stesso anno. Se l'esordio è caratterizzato da più di una patologia, vengono considerate un massimo di sei, diagnosticate entro 60 giorni dalla prima.

Rispetto agli anni precedenti al 2000, si osserva negli ultimi anni una riduzione della toxoplasmosi cerebrale e viceversa, è aumentata la quota di diagnosi di Wasting syndrome, tubercolosi polmonare e di linfomi.

Tabella 68: Frequenza relativa delle patologie 13 indicative di AIDS in IDU e per periodo di diagnosi

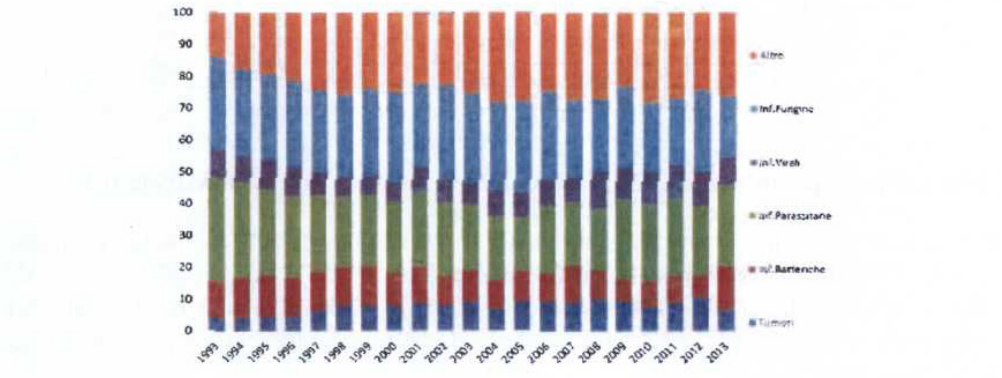
		Periodo di diagnosi								Totale
		<2000	2000-01	2002-03	2004-05	2006-07	2008-09	2010-11	2012-13	
Candidosi (polm. e esofagea)	%	25.6	24.5	25.7	26.2	23.3	20.8	19.5	21.2	25.3
Polmonite da PneumocystisCarinii	%	19.6	14.8	14.8	13.3	15.5	14.8	18.1	17.7	18.9
Toxoplasmosi cerebrale	%	8.6	6.2	6.2	5.3	4.5	6.3	5.9	4.9	8.1
Micobatteriosi	%	6.6	6.2	5.2	4.9	5.4	4.7	4.7	6.0	6.4
Altre infezioni opportunistiche	%	13.8	12.3	11.8	10.7	11.8	15.5	12.4	12.6	13.5
Sarcoma di Kaposi (KS)	%	2.0	2.3	2.2	1.5	1.4	2.0	2.6	1.4	2.0
Linfomi	%	2.7	5.1	5.4	6.0	7.6	7.0	4.9	6.5	3.2
Encefalopatia da HIV	%	8.0	7.8	7.8	8.4	9.4	8.8	10.6	9.8	8.1
WastingSyndrome	%	7.9	9.2	10.0	13.4	10.6	12.3	14.2	13.5	8.5
Carcinoma cervice uterina	%	0.3	0.8	0.9	0.4	0.4	0.7	0.6	0.7	0.4
Polmonite ricorrente	%	2.3	6.6	6.0	6.3	5.8	4.0	2.8	1.9	2.8
Tubercolosi Polmonare	%	2.5	4.2	3.8	3.6	4.3	3.1	3.7	4.0	2.7
Totale	N	33.094	1.638	1.377	1.153	897	683	508	430	39.780

La

Figura 106 mostra l'andamento dal 1993 al 2013 delle patologie indicative di AIDS suddivise in 6 gruppi: tumori (linfomi Burkitt, immunoblastico e cerebrale, sarcoma di Kaposi e carcinoma cervicale invasivo), infezioni batteriche (micobatteriosi disseminata o extrapolmonare, sepsi da salmonella ricorrente, tubercolosi polmonare e infezioni batteriche ricorrenti), infezioni parassitarie (criptosporidiosi intestinale cronica, isosporidiosi intestinale cronica, polmonite da *Pneumocystiscarinii* e toxoplasmosi cerebrale), infezioni virali (malattia sistemica da Cytomegalovirus inclusa retinite, infezione grave da Herpes simplex, leucoencefalopatia multifocale progressiva e polmonite interstiziale linfoide), infezioni fungine (candidosi polmonare ed esofagea, criptococcosi extrapolmonare, coccidioidomicosi disseminata, istoplasmosi disseminata) e altro (encefalopatia da HIV, wasting syndrome e polmonite ricorrente). Si osserva che le infezioni funginee quelle parassitarie rappresentano le patologie più frequenti in tutto il

periodo considerato.

Figura 106: Distribuzione delle patologie indicative di AIDS per tipologia in IDU



Diagnosi tardive di AIDS

Il fattore principale che determina la probabilità di avere effettuato una terapia antiretrovirale prima della diagnosi di AIDS è la consapevolezza della propria sieropositività. In Tabella 69 sono riportate le caratteristiche dei pazienti suddivisi secondo il tempo intercorso tra il primo test HIV positivo e la diagnosi di AIDS (informazione che viene raccolta dal 1996). Si osserva che la proporzione di pazienti con una diagnosi di sieropositività vicina (meno di 6 mesi) alla diagnosi di AIDS è in aumento, ed è più elevata nel genere maschile e tra gli stranieri; questi dati indicano che molti soggetti arrivano allo stadio di AIDS conclamato ignorando la propria sieropositività.

Tabella 69: Tempo intercorso tra i 1° test HIV positivo e la diagnosi di AIDS in IDU

Anno di diagnosi	Tempo tra 1° test HIV e diagnosi di AIDS			
	<= di 6 mesi		> 6 mesi	
	N	%	N	%
1996	239	9.0	2424	91.0
1997	229	13.3	1495	86.7
1998	152	13.8	949	86.2
1999	149	16.4	761	83.6
2000	121	16.6	607	83.4
2001	98	14.5	580	85.5
2002	105	17.1	509	82.9
2003	93	16.3	478	83.7
2004	71	13.8	444	86.2
2005	65	15.2	362	84.8
2006	60	15.9	318	84.1
2007	64	18.1	289	81.9
2008	56	19.5	231	80.5
2009	49	19.5	202	80.5
2010	62	31.2	137	68.8
2011	48	27.3	128	72.7
2012	51	30.7	115	69.3
2013	37	23.0	124	77.0
Genere	1502	15.8	7992	84.2

Maschio				
Femmina	247	10.3	2161	89.7
Area geografica	1599	13.9	9881	86.1
Italia				
Estero	141	37.5	235	62.5
Non nota	9	19.6	37	80.4
Totale	1749	14.7	10153	85.3

Stima dell'incidenza delle nuove diagnosi di infezione da HIV e dei casi di AIDS in IDU

Per calcolare l'incidenza annua delle nuove diagnosi di infezione da HIV e di AIDS sono state utilizzati il numero delle nuove diagnosi di infezione da HIV e il numero di casi di AIDS, rispettivamente, in IDU al numeratore e il numero stimato di consumatori di oppiacei eleggibili al trattamento, pubblicato annualmente nella Relazione al Parlamento sulle Tossicodipendenze (4-10), al denominatore.

La stima dell'incidenza delle nuove diagnosi di infezione da HIV è stata calcolata dal 2010, quella di AIDS dal 2006.

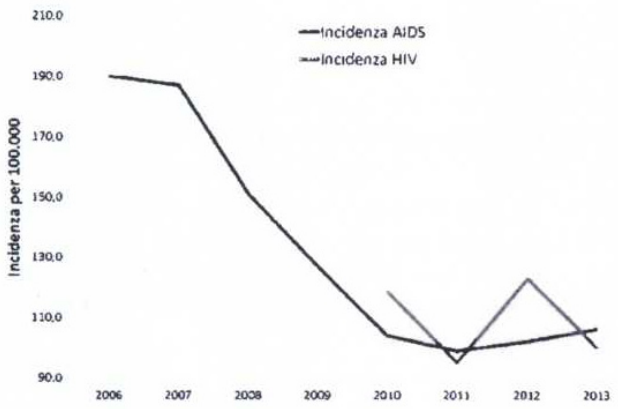
Tabella 70: Stima annua dell'incidenza delle nuove diagnosi di infezione da HIV e di AIDS

Anno	Stima consumatori di oppiacei eleggibili al trattamento	*N. casi HIV*	*Incidenza HIV (per 100.000)*	*N. casi AIDS*	*Incidenza AIDS (per 100.000)*
2006	210000			399	*190.0*
2007	205000			383	*186,8*
2008	210000			317	*151.0*
2009	216000			275	*127.3*
2010	218425	260	*119.0*	228	*104.4*
2011	193000	184	*95,3*	191	*99.0*
2012	174000	214	*123.0*	177	*101.7*
2013	152353	162	*99.8*	172	*105.9*

L'incidenza delle nuove diagnosi di HIV in IDU sembra oscillare intorno a 109 per 100.000 IDU nel periodo 2010-2013.

L'incidenza dei casi di AIDS in IDU mostra un andamento decrescente passando dal 190,0 per 100.000 IDU nel 2006 al 105,9 per 100.000 IDU nel 2013.

Figura 107: Incidenza delle nuove diagnosi di infezione da HIV e incidenza dei casi di AIDS (per 100.000) tra gli IDU



Sintesi finale

Nel periodo 2010-2013 il numero delle nuove diagnosi di infezione da HIV in IDU sembra essere in diminuzione. Quasi l'80% delle nuove diagnosi in IDU è rappresentato da maschi, il 20% da stranieri, il 79% da persone tra i 30 3 il 49 anni. Nel 2013 più della metà degli IDu con una nuova diagnosi di HIV si è presentato con un numero di linfociti CD4 inferiore a 350 e il 40% ha eseguito il test HIV perché riportava sintomi HIV-correlati.Nel periodo 2010-2013 l'incidenza delle nuove diagnosi di infezione da HIV in IDU sembra oscillare intorno al 109 per 100.000 IDU.

Nel periodo 1982-2013 sono stati notificati 34.636 casi di AIDS in IDU. Di questi, l'80,1% erano maschi, il 2,1% stranieri e il 76% risulta deceduto. Il 70,3% del totale dei casi di AIDS in IDU si concentra nella classe di età 30-49 anni. Nel ultimi 15 anni, si osserva una riduzione della toxoplasmosi cerebrale e viceversa, è aumentata la quota di diagnosi di Wasting syndrome, tubercolosi polmonare e di linfomi. La proporzione di pazienti con una diagnosi di sieropositività vicina (meno di 6 mesi) alla diagnosi di AIDS è in aumento. L'incidenza dei casi di AIDS in IDU mostra un andamento decrescente passando dal 190,0 per 100.000 IDU nel 2006 al 105,9 per 100.000 IDU nel 2013.

3.2 Diffusione di patologie sessualmente trasmissibili

3.2.1 Le infezioni sessualmente trasmesse (IST) in consumatori di sostanze per via iniettiva segnalate da una rete sentinella di centri clinici

Le Infezioni sessualmente trasmesse (IST) costituiscono un vasto gruppo di malattie infettive molto diffuse in tutto il mondo, che può essere causa di sintomi acuti, infezioni croniche e gravi complicanze a lungo termine per milioni di persone ogni anno, e le cui cure assorbono ingenti risorse finanziarie.

Oggi si conoscono circa trenta quadri clinici di IST determinati da oltre 20 patogeni sessualmente trasmessi (1).

In Italia, le informazioni disponibili sulla diffusione nazionale delle IST provengono dal Ministero della Salute e sono limitate alle sole malattie a notifica obbligatoria, cioè gonorrea, sifilide e pediculosi del pube (2).

Non ci sono dati nazionali relativi alla diffusione delle IST tra i consumatori di sostanze per via iniettiva - Injecting Drug Users (IDU).

Per sopperire a questa mancanza, nel 1991, in Italia così come in altri Paesi europei (3), è stato avviato un sistema di sorveglianza sentinella delle IST per disporre in tempi brevi di dati sulla loro diffusione, soprattutto in ragione dell'epidemia da HIV che emergeva in quel periodo (4).

Questo sistema, coordinato dal Centro Operativo AIDS (COA) dell'Istituto Superiore di Sanità (ISS) (Allegato 2), allo stato attuale prevede la collaborazione di 12 centri clinici pubblici specializzati nella diagnosi e nella cura delle IST, dislocati sul territorio nazionale (Figura 1) (l'elenco dei Responsabili e dei Collaboratori della Rete sentinella dei centri clinici per le IST, è riportato in Allegato 2).

I centri clinici segnalano i pazienti con una prima diagnosi di IST (primo episodio), confermata, ove previsto, da appropriati test di laboratorio, e raccolgono informazioni socio-demografiche, comportamentali (tra queste anche il consumo di sostanze per via iniettiva) e cliniche, nonché il sierostato HIV.

Per alcune diagnosi di IST si sono scelti criteri di definizione di caso a favore di una maggiore sensibilità (ad esempio, le diagnosi di patologie virali sono basate su criteri esclusivamente clinici), per altre patologie si è scelto un criterio di definizione di caso a favore di una maggiore specificità, includendo nella definizione di caso la conferma microbiologica della diagnosi (ad esempio, infezioni batteriche e protozoarie).In questi anni, tale Sistema ha consentito di conoscere l'andamento delle diagnosi di diversi quadri clinici di IST in Italia, nonché di valutare la diffusione dell'infezione da HIV nei soggetti con una nuova IST, soprattutto in popolazioni più a rischio (ad esempio, consumatori di sostanze per via iniettiva) (5).

Di seguito vengono riportati i principali risultati del suddetto sistema di sorveglianza e relativi agli IDU.

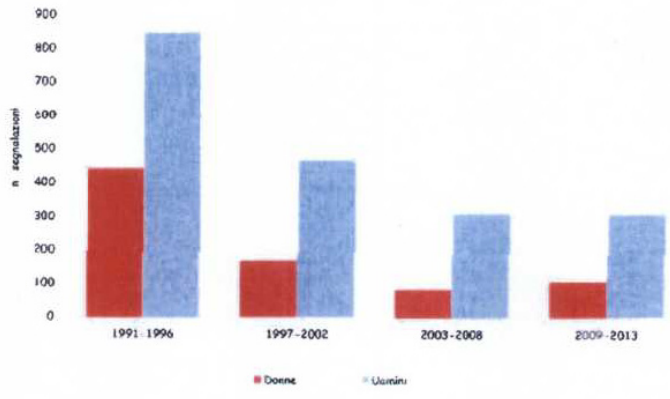
Figura 108: Distribuzione geografica dei 12 centri clinici partecipanti al Sistema di sorveglianza sentinella delle IST

La casistica

La casistica completa per tutti i 12 centri clinici è disponibile sino al 31 dicembre 2013. Dal 1° gennaio 1991 al 31 dicembre 2013, il Sistema di sorveglianza ha segnalato un totale di 2.727 nuovi casi di IST in IDU, pari al 3,4% di tutti i casi di IST segnalati. Il numero dei casi di IST in IDU è diminuito nel tempo di circa tre volte, passando da 1.289 casi del periodo 1991-1996 a 412 casi del periodo 2009-2013 (Figura 109).

Nel 2013, sono stati segnalati 92 nuovi casi di IST in IDU, pari al 2,8% di tutti i casi di IST segnalati.

Figura 109: Andamento delle segnalazioni di IST in consumatori di sostanze per via iniettiva, per genere



Caratteristiche socio-demografiche, comportamentali e cliniche

Le caratteristiche socio-demografiche, comportamentali e cliniche degli IDU con IST, distinte per genere, nell'intero periodo (1991-2013) e nel 2013, sono riportate in

Tabella 71.

Si è scelto di riportare, oltre ai dati relativi all'intero periodo (1991-2013), anche quelli relativi al 2013, ultimo anno a disposizione, per dare un quadro recente della situazione.

Tabella 71: Caratteristiche socio-demografiche, comportamentali e cliniche dei consumatori di sostanze per via iniettiva con IST: intero periodo e 2013 (Sistema di Sorveglianza Sentinella delle IST basato su centri clinici)

Caratteristiche	1991-2013		2013	
	n.	%[a]	n.	%[a]
Totale	2.727	100,0	92	100,0
Genere				
Uomini	1 927	70,7	68	73,9
Donne	800	29,3	24	26,1
Nd	0	-	0	-
Classe di età				
15-24 anni	502	18,4	24	26,1
25-34 anni	1 456	53,5	32	34,8
35-44 anni	617	22,7	17	18,5
45 e più anni	148	5,4	19	20,7
Nd	4	-	0	-
Nazionalità				
Italiani	2 382	92,3	73	79,3
Stranieri	199	7,7	19	20,7
Nd	146	-	0	-
Livello di istruzione				
Nessuno	33	1,4	2	2,3
Scuola obbligo	1 714	71,8	43	50,6
Diploma	534	22,3	36	42,4
Laurea	107	4,5	4	41,7
Nd	339	-	7	-
Numero di partner sessuali nei sei mesi precedenti la diagnosi di IST				
0-1	1 122	42,0	42	48,8
2-5	1.198	44,9	41	47,7
≥ 6	351	13,1	3	3,5
Nd	56	-	6	-
Contraccettivi usati nei sei mesi precedenti la diagnosi di IST				
Nessuno	1.112	41,7	49	58,3
Condom sempre	350	13,1	2	2,4
Condom saltuario	1.093	41,0	29	34,5
Pillola	83	3,1	3	3,6
Altro	26	1,0	1	1,2
Nd	63	-	8	-
Pregresse IST				
Sì	1 117	41,8	28	31,1
No	1.554	58,2	62	68,9
Nd	56	-	2	-
Modalità di trasmissione				
Eterosessuali	2 264	83,1	76	83,5
MSM[b]	461	16,9	15	16,5
Nd	2	-	1	-
Tipo di IST in atto				
Virale	1 847	67,7	51	55,4
Batterica	706	25,9	41	44,6
Protozoaria	47	1,7	0	0,0
Parassitaria	127	4,7	0	0,0

(a) Percentuali basate sul totale dei soggetti con le informazioni disponibili; (b) Nd: non disponibile; (c) MSM: maschi che fanno sesso con maschi

Intero periodo (1991-2013)

Nell'intero periodo, il 70,7% (n. 1.927) dei casi di IST in IDU è stato diagnosticato in uomini e il 29,3% (n. 800) in donne. L'età mediana dei soggetti segnalati è stata di 30 anni (range interquartile - IQR, 26-35 anni); in particolare 31 anni (IQR 27-36 anni) per gli uomini e 28 anni (IQR 24-33 anni) per le donne.

Il 7,7% (n.199) degli IDU con IST era di nazionalità straniera, di questi la maggior parte proveniva da altri Paesi europei e dall'Africa (rispettivamente, 56,5% e 22,3%).

Il 71,8% degli IDU con IST ha riferito di avere frequentato la scuola dell'obbligo, il 22,3% di possedere un diploma di scuola media superiore, il 4,5% di essere in possesso di una laurea e solo l'1,4% ha riferito di non avere nessuna istruzione.

Il 42,0%degli IDU con IST ha riferito di avere avuto nessuno o un partner sessuale nei sei mesi precedenti la diagnosi di IST, il 44,9% da due a cinque e il 13,1% sei o più.

Relativamente all'utilizzo di metodi contraccettivi nei sei mesi precedenti la diagnosi di IST, il 41,7% degli IDU con IST ha riferito di non aver utilizzato alcun metodo contraccettivo. Il condom è stato utilizzato regolarmente in tutti i rapporti sessuali dal 13,1% degli IDU, invece il 41,7% degli IDU ha riferito di utilizzarlo saltuariamente.

Oltre un terzo degli IDU con IST (41,8%) ha riferito di avere avuto una IST in passato. L'83,1% dei casi di IST in IDU è stato segnalato in eterosessuali e il 16,9% in MSM. Tra le donne il 100% dei casi di IST è stato segnalato in eterosessuali, tra gli uomini il 76,1% dei casi di IST è stato segnalato in eterosessuali e il 23,9% in MSM.

Il 67,7% degli IDU aveva una diagnosi di IST virale, il 25,9% di IST batterica, il 4,7% di IST parassitaria e l'1,7% di IST protozoaria.

Anno 2013

Nel 2013, il 73,9% (n. 68) dei casi di IST in IDU è stato diagnosticato in uomini e il 26,1% (n. 24) in donne. L'età mediana dei soggetti segnalati è stata di 32 anni (range interquartile - IQR, 24-42 anni); in particolare 33 anni (IQR 24,25-42,75 anni) per gli uomini e 27 anni (IQR 23,25-40,75 anni) per le donne.

Il 20,7% (n. 19) degli IDU con IST era di nazionalità straniera, di questi la maggior parte proveniva da altri Paesi europei e dall'Africa (rispettivamente, 47,1% e 29,4%).

Il 50,6% degli IDU con IST ha riferito di avere frequentato la scuola dell'obbligo, il 42,4% di possedere un diploma di scuola media superiore, il 4,7% di essere in possesso di una laurea e solo il 2,3% ha riferito di non avere nessuna istruzione.

Circa la metà degli IDU con IST (48,8%) ha riferito di avere avuto nessuno o un partner sessuale nei sei mesi precedenti la diagnosi di IST, il 47,7% da due a cinque e il 3,6% sei o più.

Relativamente all'utilizzo di metodi contraccettivi nei sei mesi precedenti la diagnosi di IST, il 58,3% degli IDU con IST ha riferito di non aver utilizzato alcun metodo contraccettivo.

Il condom è stato utilizzato regolarmente in tutti i rapporti sessuali dal 2,4% degli IDU con IST, invece il 34,5% degli IDU con IST ha riferito di utilizzarlo saltuariamente.

Circa un terzo degli IDU con IST (31,1%) ha riferito di avere avuto una IST in passato.

L'83,5% dei casi di IST in IDU è stato segnalato in eterosessuali e il 16,5% in MSM. Tra le donne il 100% dei casi di IST è stato segnalato in eterosessuali, tra gli uomini il 77,6% dei casi di IST è stato segnalato in eterosessuali e il 22,4% in MSM.

Il 55,4% degli IDU aveva una diagnosi di IST virale e il 44,6% di IST batterica.

Distribuzione dei casi per tipo di IST diagnosticata

Intero periodo (1991-2013)

Nell'intero periodo, dalla distribuzione dei casi per tipo di IST diagnosticata è emerso che tra gli IDU le patologie più frequenti sono state i condilomi ano-genitali (1.525 casi, 55,9% del totale), l'herpes genitale (191 casi, 7,0% del totale), la sifilide latente (139 casi, 5,1% del totale) e il mollusco contagioso (131 casi, 4,8% del totale) (Tabella 72).

In particolare, tra gli uomini IDU le patologie più frequenti sono state i condilomi ano-genitali (58,2% del totale uomini), l'herpes genitale (8,4% del totale uomini), le uretriti batteriche non gonococciche non clamidiali (NG-NC) (6,1% del totale uomini) e le uretriti da *Neisseria gonorrhoeae* (4,7% del totale uomini); tra le donne IDU le patologie più frequenti sono state i condilomi ano-genitali (50,5% del totale donne), le cervicovaginiti NG-NC (16,1% del totale donne), la sifilide latente (6,4% del totale donne) e le cervicovaginiti da *Trichomonas vaginalis* (5,9% del totale donne) (dati non mostrati).

Tra gli MSM IDU le patologie più frequenti sono state i condilomi ano-genitali (44,5% del totale MSM), l'herpes genitale (10,2% del totale MSM), la pediculosi del pube (9,5% del totale MSM) e la sifilide primaria e secondaria (I-II) (8,2% del totale MSM) (dati non mostrati).

Anno 2013

Nel 2013, dalla distribuzione dei casi per tipo di IST diagnosticata è emerso che tra gli IDU le patologie più frequenti sono state i condilomi ano-genitali (45 casi, 48,9% del totale), le uretriti da *Chlamydia trachomatis* (10 casi, 10,9% del totale) e la sifilide I-II (7 casi, 7,6% del totale).

In particolare, tra gli uomini IDU le patologie più frequenti sono state i condilomi ano-genitali (50,0% del totale uomini), le uretriti da *Chlamydia trachomatis* (14,7% del totale) e la sifilide I-II (10,3% del totale uomini); tra le donne IDU le patologie più frequenti sono state i condilomi ano-genitali (45,8% del totale donne), le cervicovaginiti NG-NC (25,0% del totale donne) e le cerviciti da *Chlamydia trachomatis* (20,8% del totale donne) (dati non mostrati).

Tra gli MSM IDU le patologie più frequenti sono state i condilomi ano-genitali (20,0% del totale MSM), la sifilide I-II (20,0% del totale MSM) e le uretriti da *Neisseria gonorrhoeae* (20,0% del totale MSM) (dati non mostrati).

Tabella 72: Distribuzione totale e per genere dei casi per tipo di IST diagnosticata, in consumatori di sostanze per via iniettiva: intero periodo e 2013(Sistema di Sorveglianza Sentinella delle IST basato su centri clinici, 1991-2013)

IST DIAGNOSTICATA	1991-2013		2013	
	N.	%	N.	%
TOTALE	2 727	100,0	92	100,0
VIRALI				
Condilomi ano-genitali	1 525	55,9	45	48,9
Herpes genitale	191	7,0	2	2,2
Mollusco contagioso	131	4,8	4	4,3
BATTERICHE				
Cervicovaginiti NG-NC*	129	4,7	6	6,5
Uretrite NG-NC*	118	4,3	3	3,3
Sifilide primaria e secondaria (I-II)	108	4.0	7	7,6
Sifilide latente	139	5,1	6	6,5
Reinfezione sifilitica	9	0,3	1	1,1
Cerviciti da *Neisseria gonorrhoeae*	8	0,3	0	0,0
Uretriti da *Neisseria gonorrhoeae*	90	3,3	2	2,2
Cerviciti da *Chlamydia trachomatis*	35	1,3	5	5,4
Uretriti da *Chlamydia trachomatis*	67	2,5	10	10,9
Linfogranuloma venereo	1	0,0	1	1,1
Malattia infiammatoria pelvica da clamidia o da gonococco	1	0,0	0	0,0
Ulcera venerea	1	0,0	0	0,0
Granuloma inguinale	0	0,0	0	0,0
PROTOZOI				
Cervicovaginiti da *Trichomonas vaginalis*	47	1,7	0	0,0
PARASSITI				
Pediculosi del pube	127	4,7	0	0,0

(*) NG-NC: non gonococciche non clamidiali

Andamenti temporali delle principali IST

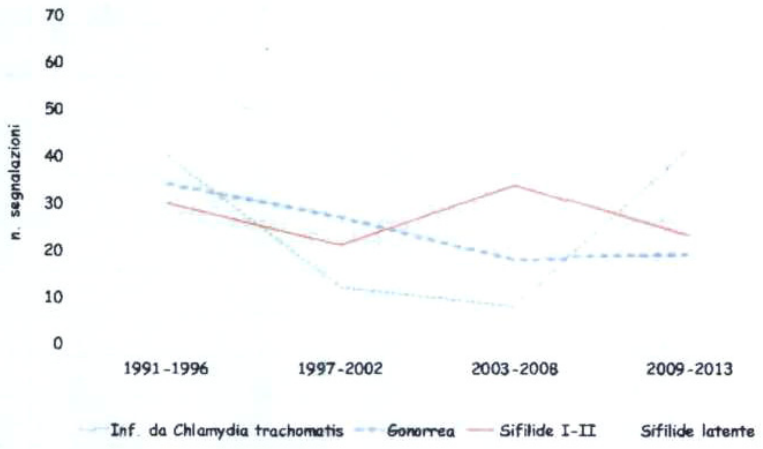
L'andamento dei casi di sifilide I-II è rimasto relativamente stabile nell'intero periodo considerato, con una media di 27 casi per periodo (Figura 110).

L'andamento dei casi di sifilide latente ha mostrato una riduzione costante dal periodo 1991-1996 al periodo 2009-2013, passando da 63 casi segnalati a 16 casi (Figura 110).

Le segnalazioni di gonorrea hanno mostrato una riduzione fino al periodo 2003-2008 e una successiva stabilizzazione nell'ultimo quinquennio (2009-2013).

I casi di infezione da *Chlamydia trachomatis* hanno mostrato una costante riduzione fino al periodo 2003-2008 e un successivo aumento di circa cinque volte tra il 2003-2008 e il 2009-2013, passando, rispettivamente, da 8 casi a 42 casi (Figura 110).

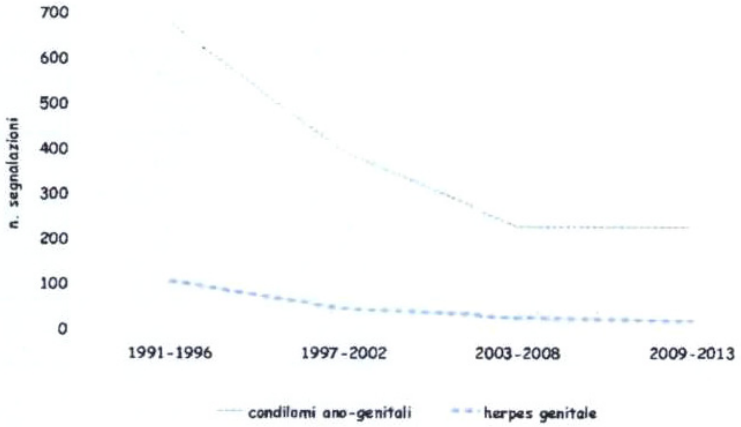
Figura 110: Andamento delle segnalazioni delle principali IST batteriche, in consumatori di sostanze per via iniettiva (Sistema di Sorveglianza Sentinella delle IST basato su centri clinici, 1991-2013)



Il numero dei casi di infezioni NG-NC è diminuito progressivamente, passando da 148 casi del periodo 1991-1996 a 21 casi del periodo 2009-2013 (andamento non mostrato).

Tra le due principali IST virali (Figura 111), il numero annuo di segnalazioni di condilomi ano-genitali è diminuito in maniera costante dal periodo 1991-1996 al periodo 2003-2008, passando da 678 casi a 227 casi, per poi stabilizzarsi nell'ultimo quinquennio. L'herpes genitale ha mostrato una riduzione delle segnalazioni tra il periodo 1991-1996 e il periodo 2009-2013, passando da 106 casi a 17 casi; tuttavia, le segnalazioni di herpes genitale sono rimaste sempre numericamente inferiori a quelle dei condilomi ano-genitali.

Figura 111: Andamento delle segnalazioni delle principali IST virali, in consumatori di sostanze per via iniettiva (Sistema di Sorveglianza Sentinella delle IST basato su centri clinici, 1991-2013)



Le infezioni da *Trichomonas vaginalis* hanno interessato esclusivamente le donne e l'andamento temporale dei casi ha mostrato una progressiva riduzione, passando da 31 casi del periodo 1991-1996 a 10 casi del periodo 2009-2013 (dati non mostrati).

L'andamento delle segnalazioni di pediculosi del pube ha mostrato una progressiva riduzione, passando da 101 casi del periodo 1991-1996 a 2 casi del periodo 2009-2013 (dati non mostrati).

L'andamento delle segnalazioni di mollusco contagioso ha mostrato una progressiva riduzione, passando da 56 casi del periodo 1991-1996 a 29 casi del periodo 2009-2013 (dati non mostrati).

Per tutte le altre IST diagnosticate gli andamenti non vengono riportati per l'esiguità dei casi segnalati nell'intero periodo.

L'infezione da HIV

Testati e non testati per HIV

Dei 2.727 IDU con una nuova IST segnalati dal 1991 al 2013, 2.250 (82,5%) hanno effettuato un test anti-HIV al momento della diagnosi di IST.

Dei 92IDU con una nuova IST segnalati nel 2013, 67 (72,8%) hanno effettuato un test anti-HIV al momento della diagnosi di IST.

Prevalenza di HIV

Durante l'intero periodo (1991-2013), tra i 2.250 IDU con IST testati per HIV, 1.168 sono risultati HIV positivi, pari a una prevalenza di 51,9% (IC95%: 49,8%-54,0%).

Nel 2013, tra i 67 IDU con IST testati per HIV, 14 sono risultati HIV positivi, pari a una prevalenza di 20,9% (IC95%: 11,9%-32,7%).

La prevalenza di HIV in diversi sottogruppi di IDU con IST, nell'intero periodo (1991-2013) e nel 2013, è riportata in Tabella 73.

Tabella 73: Prevalenza di HIV in diversi sottogruppi di consumatori di sostanze per via iniettiva con IST: intero periodo e 2013 (Sistema di Sorveglianza Sentinella delle IST basato su centri clinici, 1991-2013)

Caratteristiche	1991-2013		2013	
	Testati HIV n.	Prevalenza HIV (%)[a]	Testati HIV n.	Prevalenza HIV (%)[a]
Totale	2.250	51,9	67	20,9
Genere				
Uomini	1 592	51,2	51	19,6
Donne	658	53,6	16	25,0
Classe di età (in anni)				
15-24	402	20,4	19	0,0
25-34	1 214	55,8	20	0,0
35-44	514	67,7	12	25,0
≥45	116	51,7	16	68,8
Nazionalità				
Italiani	1 963	56,7	54	22,2
Stranieri	160	23,8	13	15,4
Numero di partner sessuali nei sei mesi precedenti la diagnosi di IST				
0-1	872	56,0	28	28,6
2-5	1 025	47,3	31	16,1
≥6	313	55,0	3	0,0
Precedenti IST				
Sì	980	69,8	20	40,0
No	1.223	38,5	5	11,1
Modalità di trasmissione				
Eterosessuali	1.834	49,7	54	16,7
MSM[b]	414	61,6	12	33,3

(a) Percentuali basate sul totale dei soggetti con le informazioni disponibili: (b) MSM: maschi che fanno sesso con maschi

Durante l'intero periodo, la prevalenza di HIV tra gli IDU con IST è risultata significativamente più elevata (p-value<0,001) tra gli italiani rispetto agli stranieri (56,7% *vs* 23,8%), tra i soggetti con precedenti IST rispetto a quelli che hanno riferito di non aver avuto precedenti IST (69,8% *vs* 38,5%) e tra gli MSM rispetto agli eterosessuali (61,6% *vs* 49,7%).

Nel 2013, non ci sono state differenze significative tra le prevalenze di HIV nei diversi sottogruppi di IDU con IST.

La Tabella 74 riporta la prevalenza di HIV in IDU con IST, sia totale che distinta per genere, ed è relativa all'intero periodo (1991-2013) e al 2013.

Tabella 74: Prevalenza di HIV, totale e per genere, per IST diagnosticata in consumatori di sostanze per via iniettiva con IST: intero periodo e 2013 (Sistema di Sorveglianza Sentinella delle IST basato su centri clinici, 1991-2013)

IST DIAGNOSTICATA	1991-2013		2013	
	N.[a]	%[b]	N.[a]	%[b]
TOTALE	2.250	51,9	67	20,9
VIRALI				
Condilomi ano-genitali	1 265	56,8	32	21,9
Herpes genitale	171	57,3	2	0,0
Mollusco contagioso	114	54,4	4	25,0
BATTERICHE				
Cervicovaginite NG-NC[c]	96	38,5	3	0,0
Uretrite NG-NC[c]	85	37,6	1	0,0
Sifilide primaria e secondaria (I-II)	93	37,6	7	42,9
Sifilide latente	103	35,0	5	40,0
Reinfezione sifilitica	8	37,5	0	0,0
Cervicite da *Neisseria gonorrhoeae*	7	28,6	0	0,0
Uretrite da *Neisseria gonorrhoeae*	73	31,5	1	100,0
Cervicite da *Chlamydia trachomatis*	28	28,6	3	0,0
Uretrite da *Chlamydia trachomatis*	57	19,3	8	0,0
Linfogranuloma venereo	1	0,0	1	0,0
Malattia infiammatoria pelvica da clamidia o da gonococco	1	0,0	0	0,0
Ulcera venerea	1	100	0	0,0
Granuloma inguinale	0	0,0	0	0,0
PROTOZOARIE				
Cervico-vaginite da *Trichomonas vaginalis*	43	69,8	0	0,0
PARASSITARIE				
Pediculosi del pube	104	68,3	0	0,0

(a) Numero testati per HIV; (b) prevalenza di HIV; (c) NG-NC: non gonococciche non clamidiali

Nuovi e vecchi HIV positivi

Dal 1991 al 2013, tra i 2.250 IDU con IST testati per HIV, il 5,2% (IC95% 4,3%-6,2%) (n. 116) ha scoperto di essere sieropositivo al momento della diagnosi di IST, configurando, quindi, un IDU con IST inconsapevole del proprio sierostato HIV (nuovo HIV positivo).

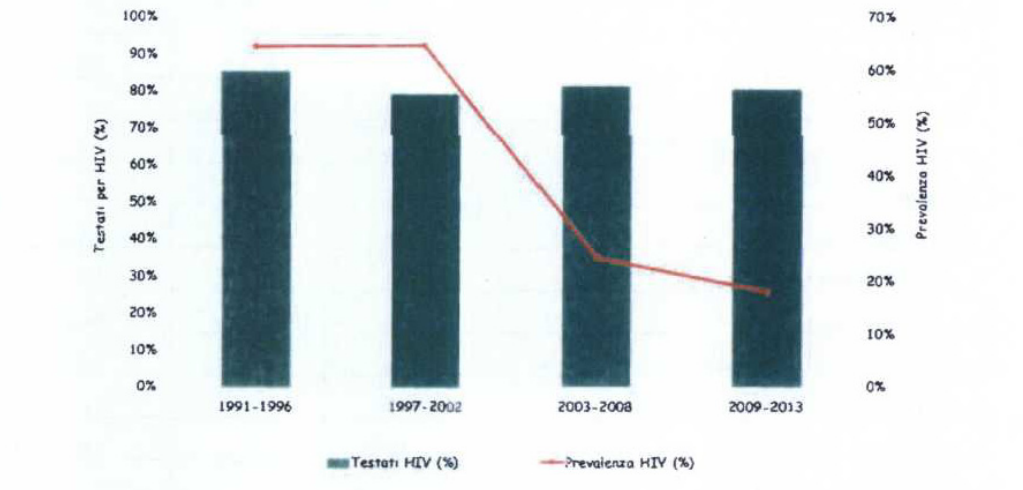
In particolare, nel 2013, tra i 67 IDU con IST testati per HIV, il 3,0% (IC95% 0,4%-10,4%) (n. 2) ha scoperto di essere sieropositivo al momento della diagnosi di IST (nuovo HIV positivo).

Andamenti temporali

Testati per HIV e prevalenza HIV

La percentuale di IDU con IST testati per HIV è rimasta relativamente stabile nell'intero periodo (Figura 112), mentre la prevalenza HIV, tra gli IDU con IST, mostra un decremento costante passando dal 64,3% del periodo 1991-1996 al 18,1% del periodo 2009-2013.

Figura 112: Percentuale di consumatori di sostanze per via iniettiva con IST testati per HIV e prevalenza HIV: intero periodo (Sistema di Sorveglianza Sentinella delle IST basato su centri clinici, 1991-2013, 2.727 IDU con IST)



Nuovi HIV positivi

Durante l'intero periodo (1991-2013), negli IDU testati per HIV si osserva un aumento della percentuale dei nuovi HIV positivi, dal 3,3% nel periodo 1991-1996 al 12,6% nel periodo 1997-2002, e un successivo decremento al 3,4% nel periodo 2003-2008 e all'1,8% nel periodo 2009-2013.

Sintesi Finale

I dati raccolti dal Sistema di sorveglianza delle IST basato su centri clinici negli ultimi due decenni indicano che la frequenza e la diffusione delle IST tra gli IDU in Italia è diminuita.

L'introduzione di nuovi e più sensibili metodi diagnostici per l'identificazione di *Chlamydia trachomatis*, basati su tecniche di amplificazione molecolare, ha probabilmente influito sull'aumento delle segnalazioni delle patologie da *Chlamydia trachomatis* segnalate dopo il 2000. L'aumento di *Chlamydia trachomatis* riflette l'aumento già osservato in Europa nello

stesso periodo e dipendente dal miglioramento dei test di diagnosi, dei sistemi di sorveglianza e dei programmi di screening in numerosi Paesi Europei (6).

La percentuale di testati per HIV negli ultimi anni è rimasta stabile, mentre la prevalenza di HIV è diminuita: questo sottolinea la rilevante opera di prevenzione nei confronti dell'infezione da HIV che è stata condotta dai centri IST partecipanti alla sorveglianza negli ultimi due decenni.

Nel 2013, circa il 30,0% degli IDU con IST non è stato testato per HIV, nonostante i centri IST partecipanti siano altamente sensibilizzati e attivi nella prevenzione dell'HIV e circa un 3,0% degli IDU con IST ignorava il proprio sierostato HIV. La quota di IDU inconsapevoli del proprio sierostato è diminuita nel tempo arrivando ad un 3% nel 2013.

Visto il ruolo delle IST quali patologie che facilitano la trasmissione di infezioni droga-correlate, quali l'HIV e le epatiti virali, si sottolinea l'importanza di una prevenzione specifica di queste patologie attraverso una diagnosi precoce ed una terapia tempestiva ed adeguata (7).

3.3 Diffusione di epatiti virali

Introduzione

Per epatite virale si intendono tutti quei processi infiammatori acuti del fegato causati da specifici virus epatotropi, contagiosi e ubiquitari, a diversa distribuzione geografica in rapporto alle condizioni socio-economiche della popolazione. Nella forma classica si manifestano con un importante quadro generalizzato di malessere, astenia, anoressia, nausea, vomito, febbricola e sintomi più specifici fra i quali l'ittero. I tipi virali più frequentemente coinvolti sono detti virus epatitici maggiori: HAV, HBV, HCV, HDV, HEV.

Per tutti i casi di epatite virale, in Italia è prevista la notifica obbligatoria in classe II, secondo il decreto ministeriale 15 dicembre 1990 (1). Il medico segnalatore deve comunicare il caso, entro 48 ore dall'osservazione, alla ASL di competenza, la quale a sua volta provvede, previa validazione della diagnosi, all'invio alla Regione. Dalla Regione, la segnalazione viene inviata al Ministero della Salute e all'ISTAT.

In Italia è inoltre attiva dal 1985 una sorveglianza speciale denominata SEIEVA (Sistema epidemiologico integrato dell'epatite virale acuta) coordinata dal Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute dell'Istituto Superiore di Sanità, che raccoglie informazioni più dettagliate sui casi e consente così la valutazione dell'incidenza, nonché la comprensione e la stima del contributo relativo dei diversi fattori di rischio di epatite (2-3). La partecipazione alla sorveglianza SEIEVA è su base volontaria: attualmente aderisce il 79,9% delle ASL italiane distribuite su tutto il territorio nazionale (con l'eccezione della sola Regione Molise), alle quali afferisce il 77,2% della popolazione italiana. Il numero di ASL partecipanti e conseguentemente la popolazione sorvegliata sono in costante aumento. Attraverso un questionario epidemiologico vengono raccolte informazioni sui principali fattori di rischio per le epatiti virali acute, ivi compresa la tossicodipendenza.

I tossicodipendenti, soprattutto quelli che assumono droghe per via iniettiva, in particolare per l'uso di siringhe contaminate, sono ad aumentato rischio di epatite virale a trasmissione parenterale (B, C

e Delta). In modo nuovo tuttavia, negli ultimi anni sono state descritte numerose epidemie di epatite A tra tossicodipendenti (4-5).

Di seguito si farà riferimento ai casi di epatite A, B, C e Delta in tossicodipendenti, indipendentemente dalla modalità di assunzione, segnalati al SEIEVA negli anni 1991-2014. Inoltre viene presentata un'analisi più dettagliata per il quinquennio 2010-2014.

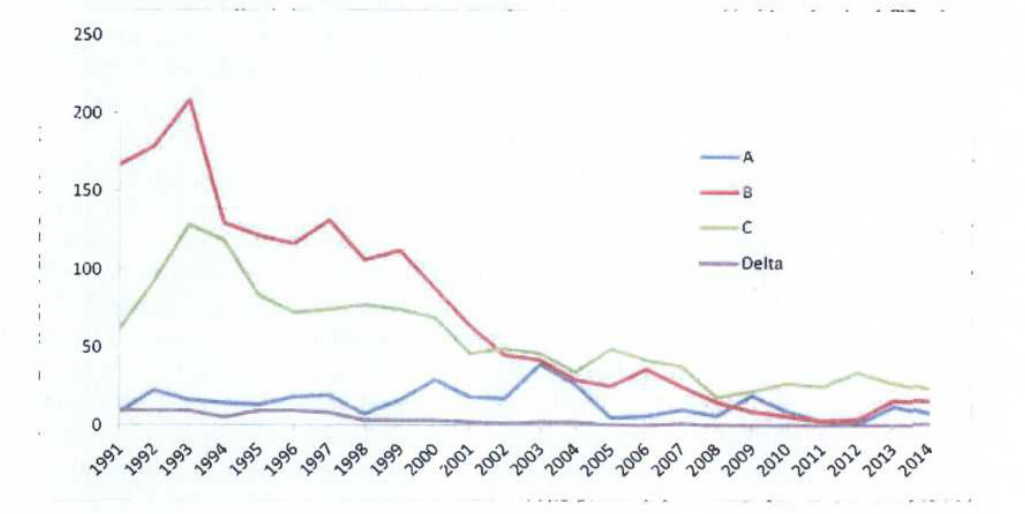
Distribuzione temporale e caratteristiche demografiche delle nuove diagnosi di epatite virale acuta tra i tossicodipendenti

Nel periodo di osservazione (1991-2014), sono stati segnalati complessivamente 340 casi di epatite A, 1.696 casi di epatite B e 1.329 casi di epatite C, in soggetti facenti uso di droghe. Per quanto riguarda l'epatite delta, sono stati diagnosticati 75 casi. Ulteriori 125 casi risultati positivi al virus delta, presentavano una coinfezione con il virus B: ai fini di questa relazione questi ultimi sono inclusi tra i casi di epatite B.

L'analisi degli andamenti temporali, ha evidenziato una progressiva diminuzione del numero di casi di epatite B e C, scesi da 166 e 61 rispettivamente nel 1991 a 15 e 23 nel 2014. Il maggiore calo si è registrato nei primi dieci anni di sorveglianza; dal 2002 il numero di casi sembra stabilizzarsi sotto 50 per anno (Figura 113).

Per quanto riguarda l'epatite A, nonostante si sia registrato un profondo mutamento dell'epidemiologia complessiva negli ultimi anni, con un calo progressivo dell'incidenza come conseguenza delle migliorate condizioni igieniche, sanitarie e socio-economiche che ha portato l'Italia a essere considerato un Paese a endemicità medio-bassa, il numero di casi di epatite A in tossicodipendenti rimane pressoché costante negli anni, con frequenti picchi in corrispondenza di focolai epidemici.

Figura 113: Numero di nuove diagnosi di epatite acuta (A, B, C e Delta) in tossicodipendenti. SEIEVA 1991-2014



Si specifica che l'analisi dell'andamento del numero di casi per anno presentata tende leggermente a sottostimare la diminuzione del rischio rispetto all'analisi di incidenza di malattia; negli anni,

infatti, il numero di ASL partecipanti alla sorveglianza è aumentato e conseguentemente la popolazione di riferimento. Purtroppo non è stato possibile calcolare le incidenze di malattia in questo specifico gruppo di popolazione, non potendoci avvalere di denominatori affidabili e di stime precise sul numero di tossicodipendenti per regione in Italia.

Nel periodo in studio si sono verificati 3 decessi fra i casi di epatite A in soggetti tossicodipendenti, 6 fra i casi di epatite B, nessuno fra i casi di epatite C e delta. In particolare, per quanto riguarda l'epatite A, l'analisi ha evidenziato una letalità significativamente maggiore nei tossicodipendenti (0,9%) rispetto a chi non assume droghe (0,05%, p=0,001).

Nell'ultimo quinquennio (2010-2014), sono stati segnalati al SEIEVA un totale di 212 casi di epatite virale acuta: la maggior parte (64,2%; 136 casi) era attribuibile al virus C; nel 20,7% (N=44) si è trattato di epatite B e nel 15,1% (32 casi) di epatite A. Non sono stati notificati al SEIEVA casi di epatite acuta Delta in questo periodo.

Nonostante l'informazione sull'uso di droghe sia raccolta fin da quando la sorveglianza SEIEVA è stata istituita, solo dal 2013 viene raccolto il dettaglio sulla modalità di assunzione. La distribuzione dei casi di epatite in tossicodipendenti in base alla via di somministrazione è presentata nella

Tabella 75.

Tabella 75: Modalità di assunzione delle sostanze stupefacenti dichiarata dai tossicodipendenti con diagnosi di epatite virale acuta di tipo A, B o C (SEIEVA, 2013-2014)

Modalità diassunzione	Tipo di epatite			Totale
	A	B	C	
Endovena	0,0	20,6	48,9	30,5
Inalazione	75,0	73,5	20,0	48,4
Endov/Inal	0,0	2,9	31,1	15,8
Altro	25,0	2,9	0,0	5,3
Totale	**100,0**	**100,0**	**100,0**	**100,0**

La maggior parte dei soggetti tossicodipendenti che presentano epatite A o B (75% e 73% rispettivamente) riportano di assumere sostanze stupefacenti per inalazione, mentre fra i pazienti affetti da epatite C, l'80% riporta un'assunzione per via endovenosa.

La Tabella 76 mostra la distribuzione dei casi per età, sesso e cittadinanza. I casi di epatite acuta qui analizzati sono per la maggior parte giovani adulti, si nota una età un po' più avanzata tra i casi di epatite B, a causa della vaccinazione dell'obbligo introdotta nel 1991 e per la quale molte coorti di nascita sono ormai protette contro l'epatite B. Come atteso in base all'epidemiologia dell'epatite virale acuta, la maggior parte dei casi osservati in tossicodipendenti era di sesso maschile.

Per quanto riguarda la cittadinanza, la percentuale di stranieri tra i casi di epatite A rispecchia la distribuzione che essi hanno nella popolazione generale: ~8% di immigrati regolari (6) più un valore stimato di circa il 6% di irregolari (7), mentre la stessa percentuale è maggiore tra i casi di epatite B, il 34% dei quali sono stranieri. La percentuale di stranieri tra i casi di epatite C è

inferiore a quella presente nella popolazione generale. Riguardo l'area di provenienza, la maggior parte di casi di epatite in tossicodipendenti stranieri proveniva dall'Africa o dall'Europa dell'Est.

Tabella 76: Caratteristiche socio-demografiche dei casi di epatite acuta (A, B e C) in tossicodipendenti. SEIEVA 2010-2014

EPATITE									
Nr. casi	A		B		C		Totale		
	32 (15,1%)		44 (20,7%)		136 (64,2%)		212 (100,0%)		
Età	N	%	N	%	N	%	N	%	p
15-24	7	21,9	4	9,1	51	37,5	62	29,2	<0,001
25-34	12	37,5	14	31,8	49	36,0	75	35,4	
35-54	13	40,6	25	56,8	36	26,5	74	34,9	
≥55	0	0,0	1	2,3	0	0,0	1	0,5	
Mediana (range)	29,9 (17-49)		35 (16-56)		26,5 (16-56)		26,5 (15-50)		
Sesso									
M	26	81,3	39	88,6	100	73,5	165	77,8	0,098
F	6	18,7	5	11,4	36	26,5	47	22,2	
Cittadinanza									
Italiana	27	84,4	29	65,9	126	94,0	182	86,7	<0,001
Altro	5	15,6	15	34,1	8	6,0	28	13,3	

Tabella 77: riporta il numero di diagnosi di epatite acuta registrato tra i tossicodipendenti per regione di segnalazione, nel periodo 2010-2014

REGIONE	EPATITE					
	A		B		C	
	n°	%	n°	%	n°	%
Piemonte	5	15,6	5	11,4	12	8,8
Valle d'Aosta	0	0,0	0	0 0	2	1,5
Lombardia	7	21,9	1	2,3	12	8,8
P. A Trento	0	0,0	0	0,0	2	1,5
P A Bolzano	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Veneto	4	12,5	2	4,5	25	18,4
Friuli-Venezia Giulia	0	0,0	0	0,0	4	2,9
Liguria	0	0,0	0	0.0	4	2,9
Emilia-Romagna	6	18,8	12	27,3	26	19,1
Toscana	0	0,0	11	25,0	22	16,2
Umbria	3	9,4	1	2,3	0	0,0
Marche	1	3,1	1	2.3	7	5,2
Lazio	0	0,0	11	25,0	12	8,8
Abruzzo	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Molise	-	-	-	-	-	-
Campania	0	0,0	0	0,0	3	2,2
Puglia	5	15,6	0	0,0	1	0,7
Basilicata	0	0,0	0	0,0	2	1,5
Calabria	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Sicilia	1	3,1	0	0,0	1	0,7
Sardegna	0	0,0	0	0,0	1	0,7
Totale	**32**	**100,0**	**44**	**100,0**	**136**	**100,0**

Analisi degli "altri" fattori di rischio riportati dai casi di epatite acuta in tossicodipendenti

Nella Tabella 78 sono descritti gli ulteriori fattori di rischio riportati dalla popolazione in esame, nei sei mesi precedenti l'insorgenza dell'epatite acuta. Una alta percentuali di casi riportava partner sessuali multipli. Tra i casi di epatite C, il 16,4% riportava l'effettuazione di un tatuaggio, mentre il 26,5% aveva un convivente o partner sessuale con epatite cronica di tipo C. Tra i casi di epatite A più del 15% riportava un viaggio in zona endemica per quella infezione.

Una percentuale rilevante di casi di epatite A (12,5%) riportava una coinfezione con il virus HIV.

Tabella 78: "Altri" fattori di rischio riportati dai casi di epatite acuta (A, B e C) in tossicodipendenti. SEIEVA 2010-2014

EPATITE							
	A		B		C		
	N	%	N	%	N	%	p
≥ 3 Partner sessuali	7	35,0	14	38,9	20	24,4	0,243
Tatuaggi	3	9,4	3	6,8	20	16,4	0,231
Piercing	3	9,4	1	2,3	12	9,9	0,313
Convivente HBsAg+	0	0,0	2	7,1	3	3,6	0,552
Convivente HCV+	4	13,8	5	16,1	26	26,5	0,233
Viaggio in zona endemica x epatite A	5	15,6	0	0,0	2	1,7	0,003
HIV positivo	2	12,5	1	4,3	2	2,1	0,095

Casi di epatite virale acuta prevenibili tramite vaccinazione

Sia l'epatite A, sia l'epatite B sono malattie prevenibili attraverso la vaccinazione; in entrambi i casi, infatti, esiste un vaccino sicuro ed efficace nella prevenzione delle infezioni da virus A dell'epatite (HAV) e da virus B (HBV). Al contrario non è stato ancora stato sviluppato un vaccino per prevenire l'infezione causata dal virus C dell'epatite (HCV).

In Italia la vaccinazione contro l'HAV e l'HBV è fortemente raccomandata ed offerta gratuitamente ai soggetti appartenenti a gruppi a rischio di contrarre l'infezione: tra queste categorie a rischio rientrano i tossicodipendenti (8). Potenzialmente, quindi, tutti i casi di epatite A e B notificati in questi anni al SEIEVA avrebbero potuto essere prevenuti attraverso la vaccinazione.

Una alta percentuale di casi di epatite A (71,4%) e B (68,5%) erano in contatto con un Servizio per le Tossicodipendenze (SerT), questo avrebbe dovuto facilitare l'accesso alla vaccinazione.

Sintesi finale

Dall'analisi dei dati della sorveglianza SEIEVA si evince che i casi di epatite virale acuta in soggetti tossicodipendenti hanno avuto un evidente calo negli ultimi venti anni. Nel periodo di studio si osserva in particolare una tendenza verso la riduzione soprattutto dei casi di epatite B per la quale si è passati dai circa 200 casi annui nei primi anni (1991-1993) a 15 casi segnalati nel 2014. Questa importante diminuzione è sicuramente attribuibile all'obbligo vaccinale per epatite B

introdotto in Italia per legge nel 1991 per tutti i nuovi nati ed i dodicenni (9) (la vaccinazione dei dodicenni è stata sospesa nel 2003 al ricongiungimento delle 2 coorti target del programma vaccinale).Coperture vaccinali uguali o superiori al 95% (10-11) sono state raggiunte favorendo l'interruzione della circolazione virale e contribuendo alla drastica diminuzione dell'incidenza di malattia.

In aggiunta alla vaccinazione dell'obbligo anti-epatite B e in considerazione del fatto che i tossicodipendenti sono un gruppo di popolazione ad alto rischio di infezioni da virus epatitici, ad essi sono fortemente raccomandate le vaccinazioni anti-epatite A e anti-epatite B (8). Continuano tuttavia ad essere notificati ogni anno casi di epatite A e B tra i TD, nonostante a questi soggetti debba essere offerta la vaccinazione nell'ambito del percorso assistenziale previsto per loro all'interno di strutture sanitarie specifiche, quali i Servizi per le Tossicodipendenze (SerT). Dai dati della sorveglianza emerge che il 71,4% dei casi in tossicodipendenti di epatite B acuta e il 68,5% di epatite A,vengono seguiti dai SerT. Solo alcuni di questi Servizi direttamente offrono a tale categoria di soggetti le vaccinazioni anti-epatite A e anti-epatite B, mentre i restanti demandano tale compito ai servizi territoriali di vaccinazione che non effettuano offerta attiva, creando un'importante barriera all'accesso alla vaccinazione.

Il problema è ancora più rilevante perché l'infezione da virus A e B dell'epatite in questa categoria di soggetti può spesso rappresentare un evento particolarmente grave e aggiungersi a sottostanti infezioni di altri microrganismi (es. HIV) o a patologie croniche del fegato di diversa origine (5). I dati SEIEVA hanno infatti evidenziato una letalità per epatite A significativamente maggiore nei TD rispetto ai soggetti che non assumono sostanze stupefacenti.

Sembra pertanto opportuno compiere ulteriori sforzi al fine di migliorare l'accesso alle vaccinazioni disponibili in questa categoria a rischio e ottimizzare la strategia di offerta.

3.4 Ricoveri ospedalieri droga correlati

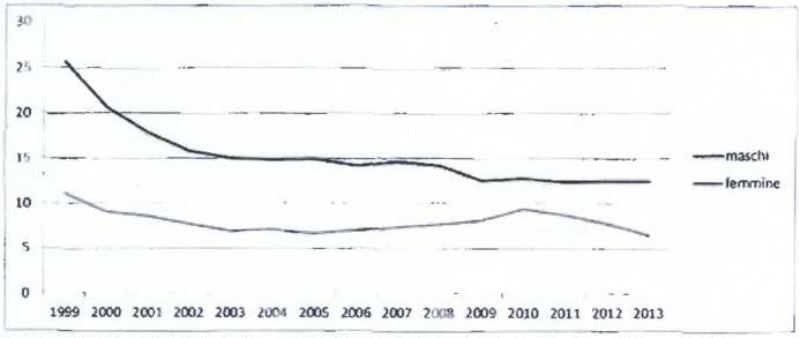
Dall'analisi delle Schede di Dimissione Ospedaliera (SDO) raccolte dal Ministero della Salute risulta che in Italia il numero di ricoveri droga-correlati si è dimezzato tra il 1999 e il 2013 passando da 10.968 casi a 5.513 nel 2013. La diminuzione è stata particolarmente forte tra il 1999 e il 2003, mentre la riduzione ha subito un rallentamento successivamente. Nello stesso periodo il tasso grezzo di ospedalizzazione è diminuito da 19,3 a 9,2 per 100.000 residenti. Anche eliminando l'effetto della struttura per età della popolazione (mediante il calcolo dei tassi di ospedalizzazione standardizzati[57]) il trend è fortemente decrescente dai valori più alti nel 1999 (18,5 ricoveri per 100.000 residenti) ai valori più bassi nel 2013 (9,5).

I ricoveri maschili sono sempre stati molto più numerosi di quelli femminili, ma il divario di genere (rapporto tra uomini e donne) si è ridotto nel tempo passando da 2,3 nel 1999 a 1,8 nel 2013. I tassi di ospedalizzazione standardizzati per età confermano questa tendenza (Figura 114): nel 1999 il tasso maschile era pari a 25,7 per 100.000 residenti contro quello femminile di 11,2; nel 2013 i valori sono rispettivamente 12,5 e 6,5. Mentre il trend per gli uomini è costantemente decrescente,

57 I tassi di ospedalizzazione standardizzati sono stati calcolati con il metodo diretto utilizzando classi di età quinquennali (0, 1-5, 5-9, , 90+), la popolazione standard utilizzata è la popolazione residente in Italia alla data del Censimento 2001.

per le donne si osserva un lieve incremento dei ricoveri tra il 2006 e il 2010 e una nuova diminuzione successivamente.

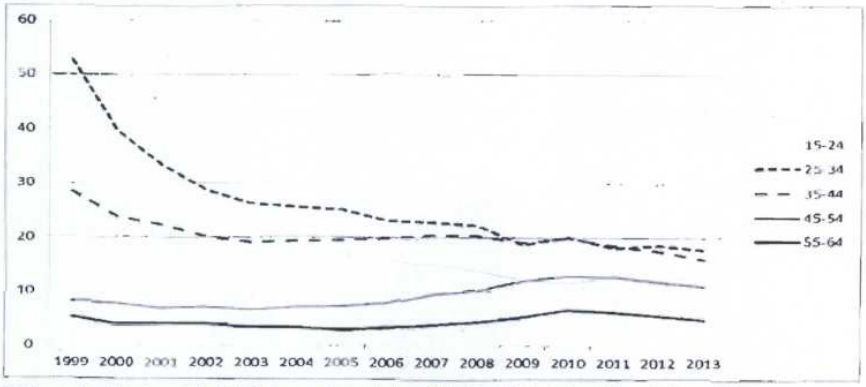
Figura 114: Trend delle dimissioni ospedaliere per disturbi correlati all'abuso di droghe per sesso in Italia. Tassi di ospedalizzazione standardizzati per 100.000 residenti. Popolazione residente, anni 1999-2013.



Fonte: Elaborazioni Istat su dati del Ministero della Salute, Schede di Dimissione Ospedaliera (SDO)

I tassi di ospedalizzazione droga-correlati più elevati si osservano per le classi di età 25-34 e 35-44 anni, ma la riduzione più consistente si è osservata per i 25-34enni per i quali si è annullato il gap di inizio periodo rispetto ai 35-44enni (Figura 115). Per la classe di età 15-24 anni si osserva una frequenza dei ricoveri piuttosto elevata (ma in diminuzione nel periodo) con valori simili alla classe 45-54 anni (che al contrario vede un aumento dell'ospedalizzazione e solo di recente una leggera diminuzione).

Figura 115: Trend delle dimissioni ospedaliere per disturbi correlati all'abuso di droghe per classe di età in Italia. Tassi di ospedalizzazione specifici per età per 100.000 residenti. Popolazione residente, anni 1999-2013.

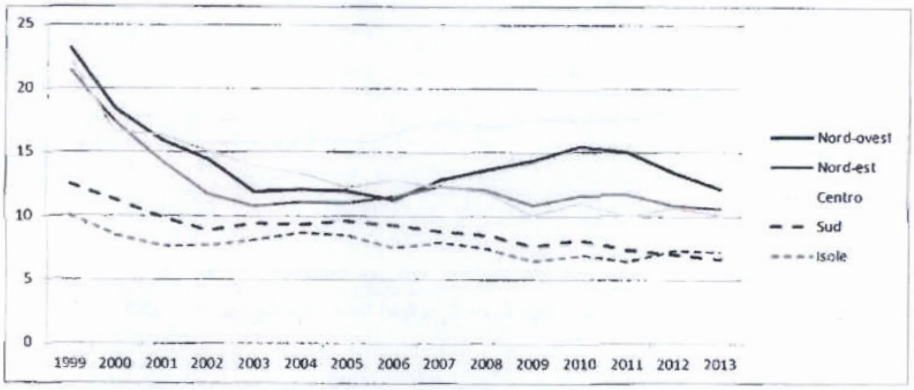


Fonte: Elaborazioni Istat su dati del Ministero della Salute, Schede di Dimissione Ospedaliera (SDO)

Per quanto riguarda le differenze territoriali, i tassi di ospedalizzazione droga-correlati sono più elevati al Centro-Nord rispetto al Sud e alle Isole (Figura 116). Il trend è generalmente in

diminuzione, anche se con andamenti differenziati tra le ripartizioni. Il Nord-ovest si differenzia per un aumento dei ricoveri tra il 2006 e il 2010 e una diminuzione negli anni più recenti.

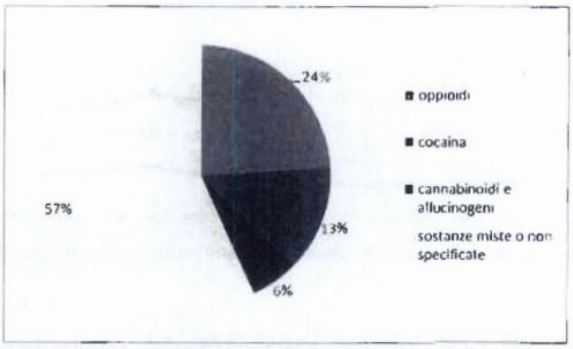
Figura 116: Trend delle dimissioni ospedaliere per disturbi correlati all'abuso di droghe per area geografica. Tassi di ospedalizzazione standardizzati per 100.000 residenti Popolazione residente, anni 1999-2013



Fonte: Elaborazioni Istat su dati del Ministero della Salute, Schede di Dimissione Ospedaliera (SDO)

Nell'analisi è possibile considerare anche il tipo di sostanza per cui è avvenuto il ricovero, individuando i ricoveri per consumo di oppioidi (compresi eroina, metadone e oppio), di cocaina, cannabis, amfetamine e altre sostanze psicostimolanti o per sostanze miste o non specificate (Figura 117). Tuttavia oltre la metà dei casi (57%) è attribuito al consumo di sostanze miste o non specificate e ciò riduce le potenzialità di studiare il fenomeno per sostanza consumata. Laddove la sostanza è indicata, l'ospedalizzazione per disturbi legati alla droga è più elevata per gli oppioidi e la cocaina (in diminuzione nel tempo) e più bassa per cannabis e altre sostanze psicostimolanti (in aumento).

Figura 117: Dimissioni ospedaliere per disturbi correlati all'abuso di droghe per tipo di sostanza. Anno 2013.



Fonte: Elaborazioni Istat su dati del Ministero della Salute, Schede di Dimissione Ospedaliera (SDO)

L'analisi della multimorbosità (effettuata considerando tutte le diagnosi riportate nella scheda di dimissione ospedaliera) evidenzia che nel 2013 sono 14.959 i casi di pazienti di 15-64 anni con menzione di abuso di droghe o avvelenamento da droghe in almeno una delle diagnosi, contro 4.886 casi con la stessa menzione solo nella diagnosi principale (Tabella 79). Il rapporto (numero di casi per tutte le diagnosi diviso il numero di casi per la diagnosi principale) è quindi pari a 3,1. Di conseguenza, anche il tasso grezzo di ospedalizzazione aumenta molto quando si considerano tutte le diagnosi della scheda di dimissione ospedaliera (38,4 per 100.000 residenti vs. 12,5).

Le differenze di genere e per classi di età si confermano considerando il quadro patologico complessivo, ma con qualche lieve differenza rispetto all'analisi per diagnosi principale. Il rapporto di genere (ricoveri maschili / ricoveri femminili) sale da 2 nel caso della diagnosi principale droga-correlata a 2,5 nel caso della multimorbosità: negli uomini quindi è più frequente la presenza di diagnosi droga-correlate tra le diagnosi secondarie. Tuttavia tale divario di genere tende a ridursi all'aumentare dell'età.

Per quanto riguarda le classi di età, si conferma la maggior frequenza dei ricoveri droga-correlati nelle classi 25-34 e 35-44 anni, seguita dalla classe 45-54 anni.

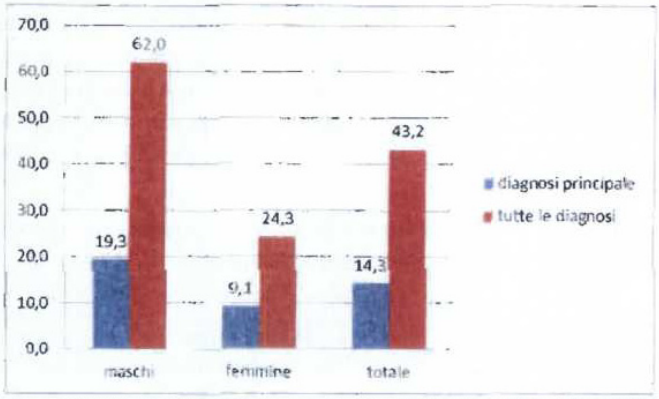
Tabella 79: Dimissioni ospedaliere droga-correlate 15-64 anni per classe di età, diagnosi principale o tutte le diagnosi. Numero assoluto, tassi grezzi e standardizzati (per100.000). Popolazione residente, anno 2013

Età	Diagnosi principale		Tutte le diagnosi		Rapporto Tutte / Principale
	dimissioni	tasso grezzo	dimissioni	tasso grezzo	
			Maschi		
15-24	561	18,4	1.496	49,0	2,7
25-34	901	25,7	2.674	76,4	3,0
35-44	1.085	23,5	3.650	78,9	3,4
45-54	582	12,7	2.298	50,2	3,9
55-64	146	4,0	551	15,2	3,8
Tot (15-64)	**3.275**	**16,9**	**10.669**	**55,0**	**3,3**
			Femmine		
15-24	219	7,6	576	19,9	2,6
25-34	333	9,6	886	25,5	2,7
35-44	400	8,6	1.156	24,9	2,9
45-54	441	9,3	1.142	24,2	2,6
55-64	218	5,6	530	13,7	2,4
Tot (15-64)	**1.611**	**8,2**	**4.290**	**21,9**	**2,7**
			Totale		
15-24	780	13,1	2.072	34,9	2,7
25-34	1.234	17,7	3.560	51,1	2,9
35-44	1.485	16,0	4.806	51,8	3,2
45-54	1.023	11,0	3.440	37,0	3,4
55-64	364	4,8	1.081	14,4	3,0
Tot (15-64)	**4.886**	**12,5**	**14.959**	**38,4**	**3,1**

Fonte: Elaborazioni Istat su dati del Ministero della Salute, Schede di Dimissione Ospedaliera (SDO)

I tassi di ospedalizzazione standardizzati per la classe 15-64 anni confermano che, pur eliminando l'effetto della diversa struttura per età, permangono sia le forti differenze tra la frequenza dei ricoveri droga-correlati ottenuti considerando la diagnosi principale o tutte le diagnosi, sia le forti differenze di genere (Figura 118).

Figura 118: Dimissioni ospedaliere droga-correlate 15-64 anni per sesso e diagnosi principale o tutte le diagnosi. Tassi standardizzati (per 100.000). Popolazione residente, anno 2013



Fonte: Elaborazioni Istat su dati del Ministero della Salute, Schede di Dimissione Ospedaliera (SDO)

Nella Tabella 80 sono riportati i risultati dell'analisi delle condizioni associate alle diagnosi droga-correlate[58]. Il gruppo dei disturbi psichici è quello più fortemente associato con queste diagnosi (misura di associazione pari a 13,7). Nell'ambito di questo gruppo le diagnosi più importanti sono i disturbi della personalità, che sono presenti nelle dimissioni droga-correlate 29,3 volte di più rispetto alle altre dimissioni, e la sindrome da dipendenza da alcol (28,1). In termini di frequenza sono rilevanti anche i disturbi episodici dell'umore.

Segue il gruppo delle malattie infettive e parassitarie che è associato alle dimissioni droga-correlate 4,1 volte di più rispetto alle altre dimissioni e che è presente in circa il 90% delle schede di dimissione droga-correlate. Tra queste malattie rientra l'epatite virale (misura di associazione pari a 13,4), le infezioni da HIV (incluso AIDS) e le candidiasi. Le malattie del sistema nervoso e degli organi dei sensi presentano una misura di associazione pari a 2,9 e una frequenza di circa 13% nelle schede di dimissione droga-correlate. All'interno del gruppo si individuano le epilessie e crisi ricorrenti e soprattutto l'emicrania con una misura di associazione particolarmente elevata (80) e una frequenza pari a 9,2%. Tra i traumatismi e gli avvelenamenti, gli avvelenamenti da analgesici, antipiretici e antireumatici e gli avvelenamenti da sostanze psicotrope presentano misure di associazione con le dimissioni droga-correlate molto elevate, anche se sono presenti con una frequenza prossima a 1-2%.

58 Come misura di associazione tra diagnosi droga-correlate e condizioni specifiche riportate nella scheda di dimissione ospedaliera, è stata usata una stima del rapporto delle proporzioni standardizzato per età (Age-Standardized Proportion Ratio - ASPR) (Drug induced mortality a multiple cause approach on Italian causes of death Register Epidemiology Biostatistics and Public Health - 2015, Volume 12, Issue 1 - Suppl 1)

Con misure di associazione e frequenza percentuale più contenute ma comunque significative, si segnalano la malattia epatica cronica e cirrosi, la bronchite cronica e le altre malattie del polmone.

Tabella 80: Misure di associazione, standardizzate per età, di alcune condizioni con le diagnosi droga-correlate (Emcdda - selezione B) menzionate nelle schede di dimissione ospedaliera. Dimissioni dei residenti in Italia di età 15-64 anni, anno 2013 (a)

Codice ICD9CM	Descrizione	Numero di dimissioni con diagnosi droga-correlate per diagnosi menzionata	Proporzione grezza (%) di dimissioni per diagnosi menzionata		ASPR (b)	Intervallo di confidenza (95%)
			Dimessi con diagnosi droga-correlate (N=14,959)	Altri dimessi (N=4,541,172)		
001-139	Malattie infettive e parassitarie	13.560	90,6	21,6	4,1	(4.1 - 4.1)
di cui						
112	Candidiasi	183	1,2	0,1	14,6	(12.7 - 16.7)
070	Epatite virale	1413	9,4	0,6	13,4	(12.7 - 14.2)
042	Infezione da virus della immunodeficienza umana (HIV) (c)	804	5,4	0,5	11,1	(10.4 - 11.9)
140-239	Tumori	285	1,9	13,9	0,2	(0.2 - 0.3)
240-279	Malattie delle ghiandole endocrine, della nutrizione e del metabolismo e disturbi	362	2,4	3,0	0,8	(0.8 - 0.9)
280-289	Malattie del sangue e degli organi ematopoietici	362	2,4	3,0	0,8	(0.8 - 0.9)
290-319	Disturbi psichici	9.693	64,6	4,5	13,7	(13.5 - 13.8)
di cui						
301	Disturbi di personalità	3371	22,5	0,6	29,3	(28.3 - 30.3)
303	Sindrome di dipendenza da alcool	1452	9,7	0,3	26,1	(24.6 - 29.6)
312	Disturbo della condotta, non classificato altrove	201	1,3	0,1	18,7	(16.0 - 21.8)
296	Altre psicosi non organiche	787	5,3	0,3	13,2	(12.2 - 14.2)
309	Reazione di adattamento	303	2,0	0,2	12,9	(11.5 - 14.5)
298	Disturbi episodici dell'umore	1932	12,9	1,1	11,2	(10.8 - 11.7)
300	Disturbi d'ansia, dissociativi e somatoformi	849	5,7	0,8	9,7	(9.2 - 10.3)
307	Sintomi o sindromi speciali non classificati altrove	282	1,9	0,3	9,0	(8.2 - 10)
295	Psicosi schizofreniche	736	4,9	0,8	5,4	(5.0 - 5.8)
320-389	Malattie del sistema nervoso e degli organi di	1.955	13,1	6,8	2,9	(2.8 - 3)
di cui						
346	Emicrania	1369	9,2	0,2	80,0	(76.5 - 83.6)
345	Epilessie e crisi ricorrenti	223	1,5	0,7	2,4	(2.1 - 2.7)
390-459	Malattie del sistema circolatorio	1.097	7,3	14,4	0,7	(0.7 - 0.7)
460-519	Malattie dell'apparato respiratorio	998	6,7	6,6	1,2	(1.1 - 1.2)
di cui						
518	Altre malattie del polmone	407	2,7	1,4	2,3	(2.1 - 2.5)
491	Bronchite cronica	150	1,1	1,0	1,5	(1.4 - 1.8)
520-579	Malattie dell'apparato digerente	1.323	8,8	13,0	0,7	(0.7 - 0.8)
di cui						
571	Malattia epatica cronica e cirrosi	848	5,7	1,7	3,7	(3.5 - 3.9)
580-629	Malattie dell'apparato genitourinario	341	2,3	12,5	0,2	(0.2 - 0.2)
680-709	Malattie della pelle e del tessuto sottocutaneo	294	2,0	2,2	0,8	(0.7 - 0.9)
710-739	Malattie del sistema osteomuscolare e tessuto	365	2,4	10,3	0,3	(0.3 - 0.3)
780-799	Sintomi, segni e stati morbosi mal definiti	809	5,4	5,7	1,1	(1.0 - 1.2)
800-999	Traumatismi ed avvelenamenti	1.100	7,4	8,2	0,9	(0.9 - 1.0)
di cui						
965	Avvelenamento da analgesici, antipiretici e antireumatici	343	2,3	0,0	289,3	(253.5 - 330)
969	Avvelenamento da sostanze psicotrope	193	1,3	0,0	28,0	(24.2 - 32.5)

Fonte: Elaborazioni Istat su dati del Ministero della Salute. Schede di Dimissione Ospedaliera (SDO)

(a) Le diagnosi sono raggruppate secondo i settori e le categorie (codici a tre caratteri) della classificazione Icd9cm. Sono riportati solo i settori Icd9cm in cui si sono verificati almeno 150 ricoveri. Per le categorie, invece, sono riportate solo quelle con una proporzione grezza nelle dimissioni droga-correlate maggiore del 1% e un valore positivo statisticamente significativo dell'associazione (valore inferiore dell'intervallo di confidenza al 95% superiore a 1).

(b) Age-Standardized Proportion Ratio

(c) Incluso AIDS. Nel ICD9CM non è previsto un codice specifico per l'AIDS.

3.5 Nota su importanza dello studio della comorbilità droga correlata

Le sostanze psicoattive sono dotate di azione farmacologica diretta sul sistema nervoso centrale e sono in grado di influenzare l'individuo nella sua interezza fisica e psichica. Il consumo di sostanze è sempre più spesso associato a compromissione della sfera psichica a diversi livelli, dal disagio psicologico ai disturbi psichiatrici e questa associazione non è più limitata alla dipendenza, ma riguarda tutto il consumo di sostanze. Anche il DSM V, tenendo conto del nuovo scenario dei consumi, non considera separatamente le diagnosi di "abuso" e di "dipendenza", ma le fonde in un unico disturbo da uso di sostanze graduandolo da lieve a grave. Se da una parte ancora si discute se sia l'uso di sostanze a provocare la compromissione della sfera psichica o, al contrario, se sia una predisposizione psicopatologica a portare all'uso di sostanze, dall'altra si osservano in crescita (nella pratica clinica giornaliera) problemi a livello psichico, dai disturbi d'ansia e dell'umore, alle fobie, ai comportamenti ossessivo-compulsivi, alle psicosi talvolta irreversibili associate al consumo anche non continuativo di vecchie e nuove molecole. Sempre più spesso nei dipartimenti di emergenza viene richiesta una consulenza psichiatrica per soggetti assuntori di sostanze; cresce il numero di consumatori indirizzati dai servizi pubblici a comunità terapeutiche specifiche per soggetti con doppia diagnosi; le Società scientifiche di psichiatria, in numerosi incontri, hanno segnalato un preoccupante incremento di soggetti in giovane età per i quali sono state diagnosticate vere e proprie psicosi. Casi emblematici legati all'uso di nuove sostanze psicoattive sono stati segnalati anche attraverso il Sistema Nazionale di Allerta Rapida sulle Droghe.

Nonostante l'accresciuta attenzione, poco è dato sapere sulla reale dimensione dell'impatto del consumo di sostanze e salute mentale nel nostro paese, Ad eccezione dei dati rilevati dai dipartimenti delle dipendenze sull'utenza di tossicodipendenti in carico e registrati dal Ministero della sanità (tabella nel capitolo sull'attività dei servizi), non esistono ad oggi statistiche ufficiali sulla dimensione della comorbidità psichiatrica in assuntori. I soli dati disponibili sono prodotti nell'ambito di studi geograficamente limitati, da osservazioni nella comunità dei professionisti e in alcune strutture di recupero. Si tratta però di dati difformi ed a volte confliggenti, non raccolti con metodo e sistematicità in quanto non richiesti dalle istituzioni. Tutto ciò è fonte di diverse posizioni sull'opportunità o meno di trattare gli aspetti psichiatrici in questo capitolo. Pur riconoscendo unanimemente la centralità della problematica, consapevoli dell'attenzione crescente che il tema riveste nella pratica clinica e nella programmazione delle attività ed organizzazione dei servizi socio-sanitari, a riguardo della morbidità droga-correlata nella presente Relazione si è operata la scelta di limitarsi ad introdurre la problematica con l'auspicio che una raccolta sistematica dei dati possa essere avviata già nell'immediato futuro dalle diverse fonti. A tal fine si sottolinea l'importanza di utilizzare un approccio integrato quantitativo-qualitativo poiché è nelle possibilità di quest'ultimo rilevare in assuntori di droghe segnali precoci di disagio mentale, prodromi di veri e propri disturbi psichiatrici.

DSM-V

Il *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM) è uno dei sistemi nosografici per i disturbi mentali o psicopatologici più utilizzati nella ricerca e nella pratica clinica da medici, psichiatri e psicologi di tutto il mondo. Arrivato alla quinta revisione (DSM-V), questo Manuale dell'*American Psychiatric Association* è uno strumento di diagnosi e classificazione universalmente utilizzato in psichiatria.

Allegato 1 - Elenco dei Responsabili e dei Collaboratori della Rete sentinella dei centri clinici per le IST

Piemonte

Centro per le Malattie Sessualmente Trasmesse

I Clinica Dermatologica S. Lazzaro

Ospedale delle Molinette

Via Cherasco, 23

10123 Torino

Responsabile: **Sergio DELMONTE**

Collaboratore: **Elena Stroppiana**

Liguria

Centro MST-SC Dermatologia

Ospedale Galliera di Genova

Via Mura delle Cappuccine, 14

16128 Genova

Responsabile: **Luigi PRIANO**

Lombardia

Centro MTS - Istituto Scienze Dermatologiche

Fondazione Ca` Granda

Università di Milano

Via Pace, 9

20122 Milano

Responsabile: **Marco CUSINI**

Collaboratore: **Stefano Ramoni**

Istituto Malattie Infettive e Tropicali
Spedali Civili di Brescia
Università degli Studi di Brescia
Piazza Spedali Civili, 1
25125 Brescia
Responsabile: **Alberto MATTEELLI**
Collaboratore: **Sara Bigoni**

UO Medicina Transculturale e Malattie a trasmissione sessuale
ASL Brescia
Viale Piave, 40
25123 Brescia
Responsabile: **Issa EL HAMAD**
Collaboratore: **Carla Scolari**

Trentino-Alto Adige
Centro Dermatologia Sociale - MTS
Ospedale Regionale S. Chiara
Via Gocciadoro, 82
38100 Trento
Responsabile: **Franco URBANI**
Collaboratore: **Laura Rizzoli**

Friuli-Venezia Giulia
Centro MST
Presidio Preventivo Epidemiologico Provinciale AIDS
Via Vittorio Veneto, 181
34170 Gorizia
Responsabile: **Gianmichele MOISE**
Collaboratore: **Marina Trabeni**

Emilia-Romagna
Centro MTS - Clinica Dermatologica
Ospedale S. Orsola
Via Massarenti, 1

40138 Bologna

Responsabile: **Antonietta D'ANTUONO**

Collaboratore: **Valeria Gaspari**

Toscana

ASF/Dipartimento di Chirurgia e Medicina traslazionale

Università di Firenze

Presidio Ospedaliero P. Palagi

V.le Michelangiolo, 41

50125 FIRENZE

Responsabile: **Giuliano ZUCCATI**

Collaboratore: **Laura Tiradritti**

Lazio

Centro MST/HIV

Istituto Dermatologico San Gallicano

Via Fermo Ognibene, 23

00144 Roma

Responsabile: **Antonio CRISTAUDO**

Collaboratore: **Alessandra Latini**

Puglia

Clinica Dermatologica Universitaria

Azienda Ospedaliero-Universitaria Policlinico Bari

Piazza Giulio Cesare, 11

70124 Bari

Responsabile: **Mauro GRANDOLFO**

Sardegna

Centro MST - Clinica Dermatologica

Azienda Ospedaliero Universitaria

Dipartimento di Scienze Mediche Internistiche

PO S. Giovanni di Dio

Via Ospedale, 46

09124 Cagliari

Responsabile: **Monica PAU**

Collaboratore: **Roberta Satta**

Bibliografia

Italia. Decreto Ministeriale 31 marzo 2008. Istituzione del Sistema di Sorveglianza delle nuove diagnosi di infezione da HIV. *Gazzetta Ufficiale* n. 175, 28 luglio 2008.

CDC. Revision of the CDC surveillance case definition for acquired immunodeficiency syndrome. MMWR 1987;36 (Suppl 1):1-15.

Ancelle Park, R.A. (1993). Expanded European AIDS cases definition (letter). *Lancet*, 341-441.

Presidenza del Consiglio dei Ministri – Dipartimento per le politiche antidroga - Relazione annuale al Parlamento sullo stato delle tossicodipendenze in Italia. 2006

Presidenza del Consiglio dei Ministri – Dipartimento per le politiche antidroga - Relazione annuale al Parlamento sullo stato delle tossicodipendenze in Italia. 2007

Presidenza del Consiglio dei Ministri – Dipartimento per le politiche antidroga - Relazione annuale al Parlamento sullo stato delle tossicodipendenze in Italia 2008

Presidenza del Consiglio dei Ministri – Dipartimento per le politiche antidroga - Relazione annuale al Parlamento sullo stato delle tossicodipendenze in Italia. Dati relativi all'anno 2009. Elaborazioni 2010. 2010

Presidenza del Consiglio dei Ministri – Dipartimento per le politiche antidroga - Relazione annuale al Parlamento sullo stato delle tossicodipendenze in Italia. Dati relativi all'anno 2010 -elaborazioni 2011. 2011

Presidenza del Consiglio dei Ministri – Dipartimento per le politiche antidroga - Relazione annuale al Parlamento sullo stato delle tossicodipendenze in Italia. Dati relativi all'anno 2011 e primo semestre 2012. - elaborazioni 2012. 2012

Presidenza del Consiglio dei Ministri – Dipartimento per le politiche antidroga - Relazione annuale al Parlamento sullo stato delle tossicodipendenze in Italia. Dati relativi all'anno 2012 e primo semestre 2013- elaborazioni 2013. 2013

World Health Organization. Global Strategy for the prevention and control of sexually transmitted infections: 2006-2015. Breaking the chain of transmission. Geneva: WHO; 2007.

www.salute.gov.it/malattieInfettive/paginaInternaMenuMalattieInfettive.jsp?id=812&menu=strumentieservizi

World Health Organization. Management of patients with sexually transmitted diseases. Technical Report Series, 810. Geneva: WHO; 1991.

Salfa MC, Regine V, Ferri M, et al. La Sorveglianza delle Malattie Sessualmente Trasmesse basate su una rete di centri clinici: 18 anni di attività. Not Ist Super Sanità 2012;25(2):3-10

Salfa MC, Regine V, Ferri M, et al. Le Infezioni Sessualmente Trasmesse: aggiornamento dei dati dei due sistemi di sorveglianza sentinella attivi in Italia al 31 dicembre 2013. Not Ist Super Sanità 2015;28(2):3-43.

European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC). Sexually transmitted infections in Europe 1990-2012. Stockholm: ECDC (Surveillance Report, 2014).

Italia. Allegato A. Documento di consenso sulle politiche di offerta e le modalità di esecuzione del test per HIV in Italia. Gazzetta Ufficiale - Serie Generale n. 191, 18 agosto 2011.

Ministero della Salute. Decreto Ministeriale del 15 dicember 1990. "Sistema informativo delle malattie infettive e diffusive". Gazzetta Ufficiale 8 gennaio 1991, n. 6.

Mele A, Rosmini F, Zampieri A, Gill ON. Integrated epidemiological system for acute viral hepatitis in Italy (SEIEVA): description and preliminary results. Eur J Epidemiol 1986 Dec;2(4):300-4.

Istituto Superiore di Sanità. Sistema Epidemiologico Integrato dell'Epatite Virale Acuta, SEIEVA. SEIEVA sito web 2014.*http: www iss.it seieva*

Crowcroft NS. Hepatitis A virus infections in injecting drug users. Commun Dis Public Health 2003;6(2):82-4.

Spada E, Genovese D, Tosti ME, Mariano A, Cuccuini M, Proietti L, Di Giuli C, Lavagna A, Crapa GE, Morace G, Taffon S, Mele A, Rezza G, Rapicetta M. An outbreak of hepatitis A virus infection with a high case-fatality rate among injecting drug users. J Hepatol 2005;43(6):958-64.

Istat. Demografia in cifre. *http: www demo istat.it*

Fondazione Ismu. Diciottesimo Rapporto sulle migrazioni. Franco Angeli, 2012.

Ministero della Salute. Piano Nazionale Prevenzione Vaccinale (PNPV) 2012-2014.

Ministero della Salute. LEGGE 27 maggio 1991, n. 165. Obbligatorietà della vaccinazione contro l'epatite virale B. 1991. Governo italiano.

Ministero della Salute - DG della Prevenzione- Ufficio V - Malattie Infettive e Profilassi Internazionale. Vaccinazioni dell'età pediatrica, in Italia: coperture vaccinali. 29-7-2014.

Gruppo di lavoro ICONA. ICONA 2008: Indagine di COpertura vaccinale NAzionale nei bambini e negli adolescenti. (Rapporti ISTISAN 09/29). 2009. Roma, Istituto Superiore di Sanità.

** Referenti locali del Sistema Epidemiologico Integrato dell'Epatite Virale Acuta:*

L. Ferrigno, S. Crateri, G. Iantosca (ISS); Sudano L., Ruffier M. (Valle d'Aosta); Fischer M., Augschiller M., Gamper S., Foppa A., Lechthaler T., Thaler J., Steinmair B. (Prov. Aut. Bolzano); Grandi C., Carraro V., Franchini S. (Trentino Alto Adige); Zotti C., Amprino V., Malaspina S., Gallone A., Castella A., Valenza G., Silano V., Ara G., Tacca M.G., Iodice S., Marchisio A.M., Costantino A.M., Giovanetti F., Susani F. (Piemonte); Donadini A., Nespoli C., Trezzi L., Gennati G., Monteverdi A., Boldori L. , De Grada P., Gattinoni A., Brugnoli R., Belloni A., Binotto M., Pinciroli G., Pesci L., Senegaglia P., Crippa S., Altomonte G., Lodola S., Aquino I., Castelli N., Zecca E., Nieri M., Zecca F., Pasquale L., Piedacci G. (Lombardia); Zorzut F., Rocco G., Brianti G., Gallo T., Zuliani M., Breda A., Feltrin O. (Friuli-Venezia Giulia); Russo F., Zanella F., Mel R., Soppelsa M., Mazzetto M., Russo F., Zolin R., Todescato A., Bacciolo N., Rizzato D., Pupo A., Nicolardi L., Flora M., Boin F., De Sisti C., D'Ettore G., Caracciolo V., Penon M.G., Bellè M., Cafarra L., Zivelonghi G., Soffritti S., Foroni M. (Veneto); Finarelli A.C., Borrini BM. Gualanduzzi C., Capra A., Sacchi A.R., Borrini BM., Mattei G., Gardenghi L., Gianninoni A.R., Sancini R, Dalle Donne E., RangoniR.,Cova M., Bevilacqua L., Fiumana E., Bondi B., Pecci A. (Emilia Romagna); Mela M., Briata M.P., Giuliano M.,Turello V., Opisso A., Zoppi G., Torracca P., Ricci MA, Capellini A. (Liguria); Pecori L., Mazzotta F., Balocchini E., Ghiselli G. Marchini P., Di Vito A., Wanderlingh W., Raso E., Mazzoli F., Berti C.,Galletti N., Grandi E., Ferrentino M.S., Marinari M.G., Lombardi A., Barbieri A., Bagnoli A., Bandini M., Lezzi I., Verdelli F. Beltrano A., Bindi R., Sansone C.M., Boncompagni G., Zacchini F., Baretti S., Baroncini O., Staderini C., Filidei P., Chiapparini L., Barghini F., Cadoni M. (Toscana); Tagliavento G., Fiacchini D., Damiani N., Pelliccioni A.R., Liverani A., Peccerillo G., Vaccaro A., Spadoni M.R., Rossini R., Pasqualini F., Priori A., Burattini N., Cimica S., Vitale V., Laici F., Migliozzi F., Moretti G., Ciarrocchi G., Impullitti S., Angelini C. (Marche); Tosti A., Giaimo M.D.; Buscosi A., Pasquale A.; Ciani C.; Santocchia F., Proietti M.L., Paoloni M. C. (Umbria); Ercole A., Russo P., Cerocchi C., Grillo P., Loffredo M., Labriola V., Pendenza A., Nappi M.R., Bueti P., Santucci L., Mangiagli F., Varrenti D., Aquilani S., Dionette P., Corpolongo D., Di Luzio G. (Lazio); Di Giacomo M., Graziani M., Mancini C., Turchi C., Granchelli C. , Soldato G., D'Eugenio F., Albanesi I. (Abruzzo); Ferrara M.A. , Citarella A., Fossi E., Parlato A., Alfieri R., Scotto M., Caiazzo A. L. (Campania); Chironna M., Prato R., Matera R., Menolascina S., Colamaria R., Azzollini N., Madaro A., Scalzo G., Ancona A., Pedote P., Moffa G., Pagano I., Angelillis R., Ferraro M.,

Aprile V., Turco G. L., Minerba S., Caputi G. (Puglia); Negrone F., Maldini M., Russo T. (Basilicata); Aloia F., Giuffrida S. (Calabria); Mangione R., Consacra R., Cuccia M., Rinnone S. (Sicilia); Delogu F., Fracasso D., Saba A., Puggioni A., Frongia O., Marras M.V., Crasta M.G., Mereu G., Steri G.C., Santus S (Sardegna).

** *Referenti regionali del Sistema di Sorveglianza delle nuove diagnosi di infezione da HIV: Manuela Di Giacomo, Viviana Faggioni (Abruzzo) Francesco Locuratolo, Gabriella Cauzillo (Basilicata), Anna Domenica Mignuoli, Daniele Chirico (Calabria), Guglielmo Borgia (Campania), Alba Carola Finarelli, Erika Massimiliani (Emilia-Romagna), Tolinda Gallo, Cinzia Braida (Friuli-Venezia Giulia), Amalia Vitagliano, Francesco Chini, Paola Barni (Lazio), Giancarlo Icardi, Piero Luigi Lai (Liguria), Maria Gramegna, Liliana Coppola, Alessandra Piatti, Annamaria Rosa (Lombardia), Fabio Filippetti (Marche), Paola Sabatini (Molise), Chiara Pasqualini (Piemonte), Peter Mian, Oswald Moling (PA Bolzano), Danila Bassetti (PA Trento), Maria Chironna, Michele Quarto (Puglia), Stefano Ledda (Sardegna), Gabriella Dardanoni (Sicilia). Fabio Voller, Monica Da Frè, Monia Puglia (Toscana), Anna Tosti, Rita Papili (Umbria), Marina Giulia Verardo, Mauro Ruffier, Echarlod Elisa Francesca (Valle d'Aosta), Francesca Russo, Francesco Da Re (Veneto)*

Capitolo 4. Mortalità

A cura dell'Istat, del Ministero dell'Interno e dell'Istituto Superiore di Sanità

4.1 Mortalità acuta

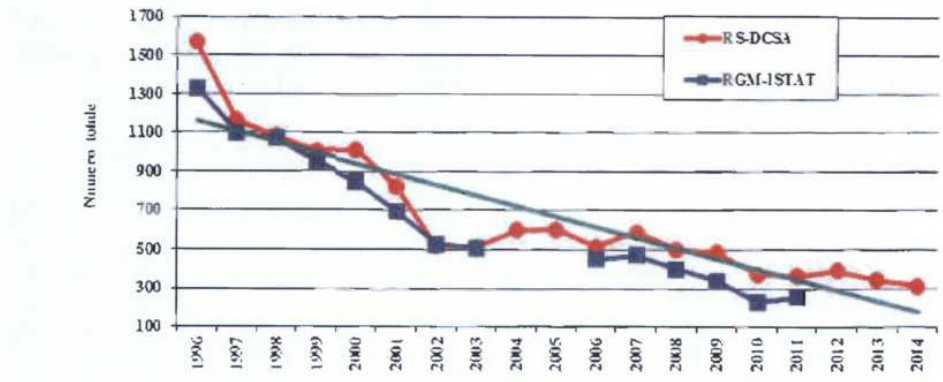
Il consumo di droghe impone alla società tributi da pagare in termini di vite umane per overdose, malattie associate al consumo e comportamenti violenti connessi all'uso di droghe. Anche considerando le sole overdose, in Europa si registrano ogni anno tra i 6.500 e gli 8.500 decessi droga indotti, decessi considerati evitabili.

Nel 2014, il 3,4% di tutti i decessi di cittadini europei tra i 15 ed i 39 anni è stato causato da overdose di stupefacenti e, nel 66% dei casi è stata rilevata la presenza di oppiacei. E' da rilevare che le overdose riguardano non solo consumatori problematici, ma anche semplici consumatori di droghe. La diffusa poliassunzione, la circolazione di droghe adulterate e tagliate in modo nuovo la disponibilità di nuove sostanze psicoattive di elevata potenza, attive a dosi anche sub-molari, contribuiscono ad aumentare i rischi di esito letale, ma anche a complicare gli accertamenti e l'individuazione della sostanza responsabile dell'evento. Tale difficoltà interessa non solo il rilevamento dei casi su base circostanziale ma, se pur in minor misura, anche gli accertamenti tossicologici e forensi. Tutto ciò potrebbe portare ad una sottostima degli eventi, ad una percezione distorta dell'andamento dei decessi per droga e ad abbassare la guardia circa eventuali interventi di prevenzione e di ricerca a tutela della salute pubblica.

Al di là di ogni considerazione, negli ultimi anni si osserva una diminuzione del numero di decessi droga-indotti in gran parte dei paesi europei.

In Italia il numero dei decessi droga-indotti negli ultimi anni è in progressiva riduzione secondo i dati provenienti dal Registro Speciale (RS) della DCSA e dal Registro Generale di Mortalità (RGM) dell'ISTAT. Nel 2014 il trend rimane in discesa (Figura 119).

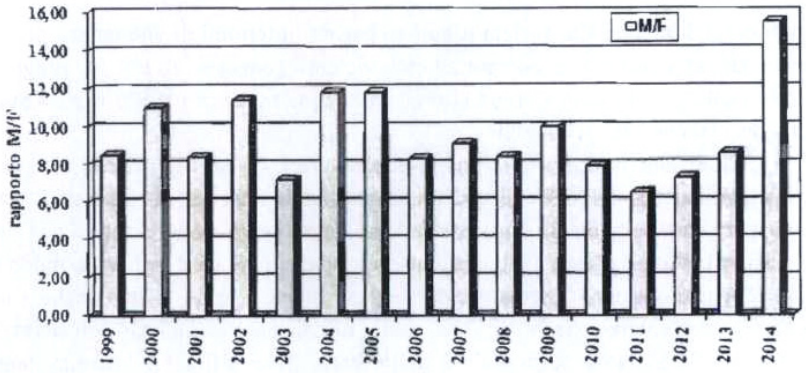
Figura 119: Decessi Droga-indotti. Registro Speciale (RS) e Registro generale di Mortalità (RGM). Italia 1996-2014



Fonte: Direzione Centrale per i Servizi Antidroga del Ministero dell'Interno e ISTAT

Nel 2014 sono infatti stati registrati 313 decessi droga indotti contro i 349 del 2013 (-10,3%). I maschi erano 294 (93,9%), le femmine 19 (6,1%) ed il rapporto M/F pari a 15,5 (8,7 nel 2013), il valore più alto registrato dal 1999 (Figura 120).

Figura 120: Decessi Droga Indotti. Rapporto di genere per anno. Italia 1999-2014



Fonte. Elaborazioni su dati Direzione Centrale per i Servizi Antidroga del Ministero dell'Interno

Sulla base del rapporto M/F del 2013, si rileva un 4,5% di femmine in meno rispetto ad un valore atteso di 35. La quota di stranieri era pari al 6,7 % vs. 8,1 dell'anno precedente.
L'età media dei 313 deceduti era pari a 39,7 anni , Q1=33 anni, Mediana = 41 anni, Q3 = 47 anni. L'età media era di 37,2 anni (23-60) per le femmine. di 39,8 anni (17-60) per i maschi. Nel 2013, 38,2 anni (16-66) era l'età media dei 349 deceduti , Q1 =32 anni, Mediana =39 anni, Q3=45 anni.
Nel 93,2 % dei casi si osserva una coincidenza tra provincia di residenza (compresi gli stranieri che risiedono in Italia) e di ritrovamento dei deceduti facendo ipotizzare una riduzione del nomadismo della droga probabilmente legata alla facilità di reperimento in loco se non addirittura a domicilio.
Relativamente alla sostanza registrata su base circostanziale come direttamente connessa all'evento letale, nel 2014 prevale ancora l'eroina nel 47 % dei casi (n=147), segue la cocaina con 23 decessi (7,3%), il metadone con 10 casi (3,2%), l'amfetamina con un solo caso, Nei rimanenti 132 decessi, cioè nel 45,4% (era il 43,0% nel 2013), non è stato possibile determinare la sostanza.

Figura 121: Decessi indotti da cocaina ed altro da eroina. Percento per anno. Italia 2007-2014

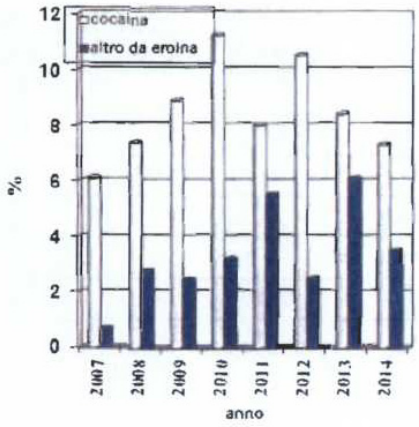
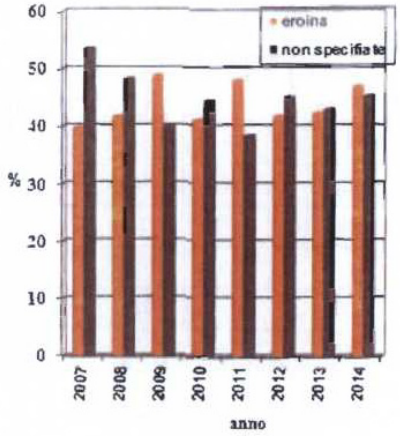


Figura 122: Decessi indotti da eroina e sostanze non specificate. Percento per anno. Italia 2007-2014



Alla contrazione dei casi cocaina indotti si accompagna nel 2014 una riduzione del numero di decessi altro da eroina (Figura 121); non sono state infatti registrate sostanze come ad es. cannabis, barbiturici, benzodiazepine, MDMA presenti nelle statistiche del Ministero dell'Interno per gli anni precedenti. Tra il 2012 ed il 2014, in controtendenza rispetto alla cocaina, si osserva un incremento del numero di decessi eroina-indotti che passano in percentuale dal 41,8 al 42,4 al 47,0 (Figura 122); .in altre parole, per circa 5 casi su 10 si è trattato di una fatale intossicazione acuta indotta da eroina. Il numero delle sostanze non precisate resta elevato facendo ipotizzare che alcune intossicazioni fatali potrebbero essere state indotte da sostanze difficili da identificare su base circostanziale oppure a poliassunzioni E' noto che la poliassunzione accresce il rischio di decesso edaumenta la difficoltà di attribuire l'evento ad una sostanza anche in caso di controlli post-mortem. La perdita di informazione circa le sostanze, non specificate in oltre il 45% dei casi, rappresenta un significativo ostacolo nel monitorare il trend dei decessi droga indotti.

Analizzando i dati in termini di sostanze e ponendo un cutoff a 35 anni di età si rileva come, al netto delle imprecisate, le differenze tra i < 35 anni ed i ≥ 35 anni forniscano indicazioni di interesse per interventi di prevenzione (Tabella 81).

Tabella 81: Decessi droga-indotti in soggetti con età < 35 anni e ≥ 35 anni. Percentuale dei soggetti deceduti sul totale della fascia di età, per tipo di sostanza. Italia, 2014 e 2013.

Maschi				2014	Femmine			
	< 35 anni	≥ 35 anni				< 35 anni	≥ 35 anni	
Amfetamine	0	0,5			Amfetamine	0,0	0,7	
Cocaina	9,9	6,3			Cocaina	20,0	10,3	
Eroina	36,3	51,3			Eroina	73,3	83,8	
Metadone	3,3	3,2			Metadone	6,7	5,1	
Imprecisata	50,5	38,7			Imprecisata	-	-	
N	91	222	313		N	45	136	181

Maschi				2013	Femmine			
	< 35 anni	≥ 35 anni				< 35 anni	≥ 35 anni	
Amfetamine	0,8	1,8			Amfetamine	1,8	2,8	
Cocaina	8,4	8,7			Cocaina	17,5	14,1	
Eroina	29,2	49,3			Eroina	61,4	79,6	
Metadone	7,5	1,8			Metadone	15,8	2,8	
Barbiturici	0,8	0,0			Barbiturici	1,8	0,0	
Hashish	0,8	0,4			Hashish	1,7	0,7	
Imprecisata	52,5	38,0			Imprecisata	-	-	
N	120	229	349		N	57	142	199

Fonte. Elaborazioni su dati Direzione Centrale per i Servizi Antidroga del Ministero dell'Interno

Il 63% dei deceduti è stato rinvenuto nell'abitazione (79% delle donne), il 6,5% in ospedale. (10,5% tra le donne), sulla strada il 7% dei casi. Circa la distribuzione territoriale dei casi si rimanda alla Relazione Annuale 2014 della DCSA – Ministero dell'Interno (v. Bibliografia).

Dal rapporto annuale della Direzione Centrale per i Servizi Antidroga (DCSA) si evince che nel corso del 2014, i decessi[59] riconducibili all'abuso di sostanze stupefacenti rilevati dalle Forze

59 Il dato, tuttavia, non è del tutto consolidato, in quanto si riferisce alle morti attribuite in via diretta alle assunzioni di droghe e ai casi per i quali sono state interessate le Forze di Polizia. Mancano quelli indirettamente riconducibili all'uso di stupefacenti, quali i decessi conseguenti a incidenti stradali per guida in stato di alterazione psico-fisica, oppure le morti di assuntori di droghe dovute a complicazioni patologiche. Va anche chiarito che non tutte le segnalazioni di deeessi per

di Polizia o segnalati dalle Prefetture si sono attestati su 313 casi, con un decremento del 10.32% rispetto al 2013. Le persone decedute per droga di sesso maschile sono state 294 (93,93%), mentre quelle di sesso femminile 19 (6,07%). Nel tempo il numero delle donne decedute per abuso di droga è stato sempre minore rispetto a quello degli uomini.

Esaminando le fasce di età, le cifre più alte si riscontrano a partire dai 25 anni per raggiungere i picchi massimi nella fascia superiore ai 40 anni.

La causa del decesso è stata attribuita nel 2014 in 147 casi all'eroina, in 23 alla cocaina, in 10 al metadone, in 1 all'amfetamina; in 132 casi la sostanza non è stata indicata.

Figura 123: Andamento del numero di decessi droga correlati secondo la fascia di età e il genere. Anni 2010-2014.

Decessi - andamento quinquennale per fasce di età e sesso

Fasce di età	2010		2011		2012		2013		2014	
	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M
15 ÷ 19	-	6	3	9	3	10	1	7	-	4
20 ÷ 24	5	28	3	25	4	23	3	20	3	16
25 ÷ 29	8	49	3	39	7	39	10	35	2	24
30 ÷ 34	5	54	12	53	8	56		44	5	36
35 ÷ 39	9	76	5	59	4	80	10	48	1	48
□ 40	15	119	22	132	21	138	12	159	8	166
Totale	42	332	48	317	47	346	36	313	19	294
	374		365		393		349		313	

L'eroina si conferma quindi lo stupefacente che causa il maggior numero di decessi.

4.2 Mortalità Indotta

La Figura 124 mostra il trend del numero assoluto di decessi droga-indotti registrati in Italia nel periodo 1980-2012. Il numero di decessi per questa causa aumenta fino al 1991 con 1.277 casi. Dopo questo picco si assiste a un trend decrescente terminato solo negli ultimi anni. Nel 2012 si

droga che pervengono alla DCSA dalle Forze di Polizia sono poi corredate da copia degli esami autoptici e tossicologici, di cui normalmente dispone l'Autorità Giudiziaria

registrano 286 casi. Eliminando l'effetto della struttura per età della popolazione mediante il calcolo dei tassi standardizzati di mortalità[60] nel periodo 1992-2012 per la popolazione residente (

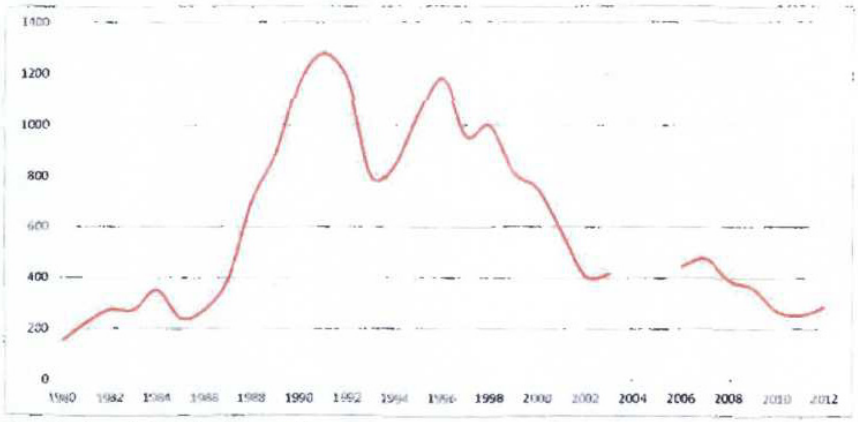
Figura 125), si evidenzia lo stesso trend descritto per il numero assoluto di decessi, con il valore più elevato nel 1996 (20,1 decessi per 1.000.000 di abitanti) e il più basso nel 2011 (4,1); nel 2012 il tasso aumenta raggiungendo il valore di 4,5 per 1.000.000 di residenti. L'andamento è molto diverso per i due generi: gli uomini infatti mostrano rischi di mortalità droga-indotta più elevati rispetto alle donne. All'inizio del ventennio osservato il rischio degli uomini era circa 10 volte superiore a quello delle donne (35,6 per 1.000.000 versus 3,7) e, sebbene tale distanza si stia riducendo nel tempo, nel 2012 il rischio degli uomini è ancora circa 6 volte più elevato di quello femminile (7,8 versus 1,3). A partire dal 2006 la classe di età con i tassi di mortalità droga-indotta più elevati (Figura 126) è quella di 35-44 anni (nel 2012 il valore del tasso è di 11,1 per 1.000.000 di residenti), differentemente da quanto osservato fino al 2003, quando la classe di età più a rischio era 25-34 anni. Dalla seconda metà degli anni '90 quest'ultima classe di età ha sperimentato una forte riduzione della mortalità per queste cause fino a raggiungere nel 2012 un livello pari a 8,3 per 1.000.000 di residenti. Un calo continuo nell'intero periodo considerato si osserva per il gruppo d'età 15-24 anni (il tasso passa da 33,1 decessi per 1.000.000 di abitanti del 1992 a 2,5 nel 2012). In contrasto con il comportamento degli altri gruppi di età, nel periodo 1992-2012 le persone di età 45-54 anni hanno sperimentato un incremento nella mortalità droga-indotta che, fatta eccezione per il lieve declino del 2010 e 2011, raggiunge il valore di 8,1 nel 2012. Tutti i cambiamenti osservati nei livelli di mortalità hanno avuto come effetto una riduzione delle differenze per età.

La geografia della mortalità droga-indotta è cambiata negli ultimi 20 anni di osservazione (

Figura 127). Dal 1992 al 2001 la mortalità è stata più elevata nell'Italia del Nord e del Centro in confronto alle regioni del Sud e alle Isole. Dal 2002 i valori del Nord e del Sud sono diventati più simili e nel loro complesso più bassi di quelli del Centro. Nel 2012 i tassi di mortalità in queste macro aree variano tra 2,6 per 1.000.000 di abitanti nel Sud e 4,1 nel Nord-Ovest, mentre il Centro mostra valori più elevati (8,5) e una tendenza all'aumento nell'ultimo anno.

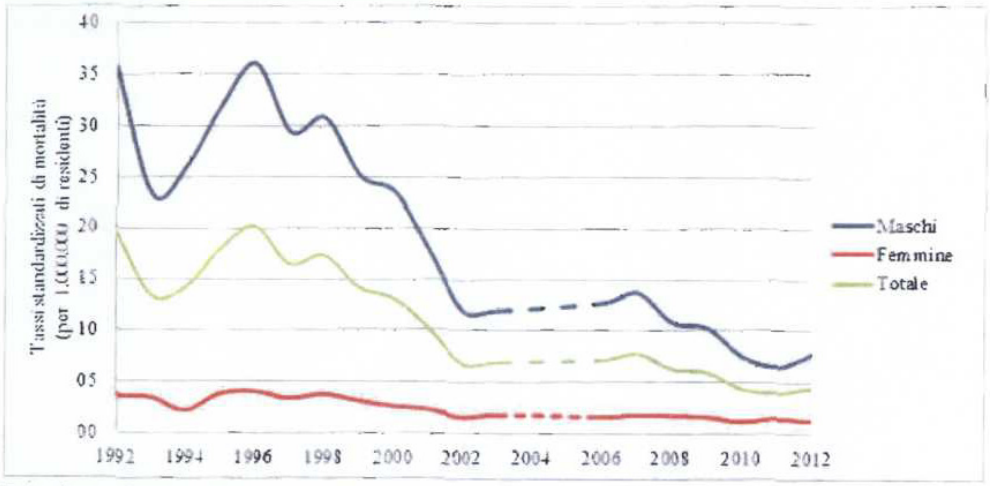
60 I tassi standardizzati di mortalità sono stati calcolati con il metodo diretto utilizzando classi di età quinquennali (0, 1-5, 5-9, .. , 90+), la popolazione standard utilizzata è la popolazione residente in Italia alla data del Censimento 2001

Figura 124: Trend della mortalità per droga in Italia, per anno di decesso. Numero assoluto di decessi. Popolazione presente. anni 1980-2012.



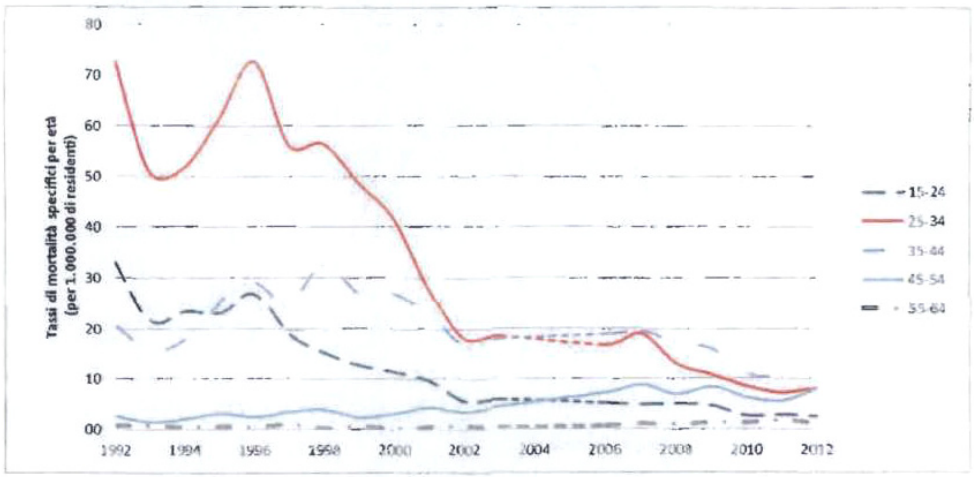
Fonte: Istat, Indagine sui decessi e le cause di morte

Figura 125: Trend della mortalità per droga in Italia, per sesso e anno di decesso. Tassi standardizzati di mortalità per 1.000.000 di residenti. Popolazione residente, anni 1992-2012.



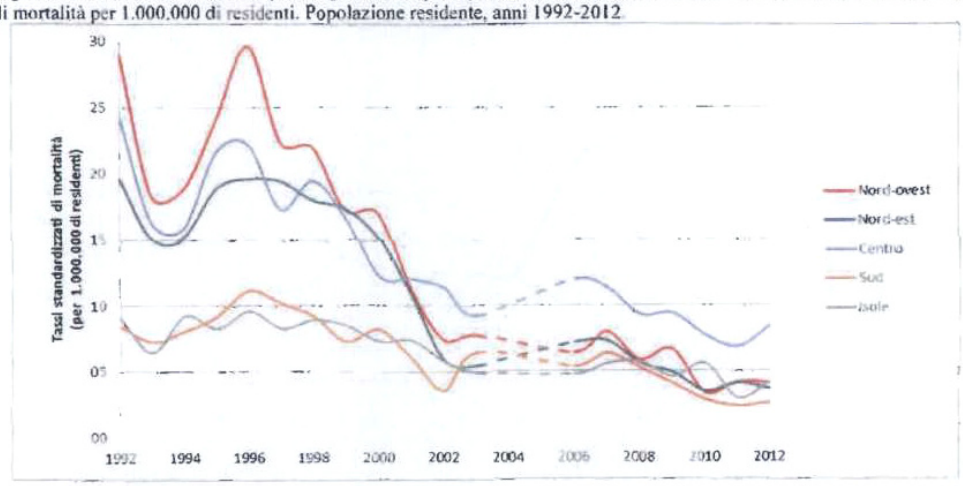
Fonte Istat, Indagine sui decessi e le cause di morte

Figura 126: Trend della mortalità per droga in Italia, per età e anno di decesso. Tassi di mortalità specifici per età, per 1.000.000 di residenti. Popolazione residente, anni 1992-2012.



Fonte: Istat, Indagine sui decessi e le cause di morte

Figura 127: Trend della mortalità per droga in Italia, per ripartizione di residenza e anno di decesso. Tassi standardizzati di mortalità per 1.000.000 di residenti. Popolazione residente, anni 1992-2012.



Fonte: Istat, Indagine sui decessi e le cause di morte

Nella Tabella 82 è mostrato il confronto tra i livelli di mortalità droga-indotta misurati con riferimento alla causa iniziale di morte e alle cause multiple di morte[61], ovvero a tutte le condizioni

61 La causa iniziale è definita dall'OMS (Classificazione Internazionale delle Malattie, 2000) come (a) la malattia o il traumatismo che avvia il concatenamento degli eventi morbosi che conduce direttamente alla morte, o (b) l'insieme delle circostanze dell'accidente o

droga-correlate menzionate nelle schede di morte, anche se non selezionate come cause iniziali. Questo consente di individuare quei decessi per i quali la condizione di tossicodipendenza o l'abuso di sostanze psicotrope non sono causa scatenante la morte e che pertanto non sarebbero classificati come droga-correlati considerando la sola causa iniziale.

Nel triennio 2010-2012 nella fascia di età 15-64 anni il numero totale di certificati con menzione di uso di droghe o avvelenamento è pari a 1.301, ovvero l'80% in più rispetto al numero basato sulla sola causa iniziale di morte (729 casi). Il rapporto multiple su iniziale differisce in base all'età e mostra valori più elevati per i gruppi di età più avanzata (da 1,2 per 15-24 anni si arriva a 3,2 per 55 anni e più).

Come osservato per la causa iniziale di morte anche le menzioni delle cause droga-correlate differiscono per genere e sono circa 6 volte maggiori negli uomini che nelle donne: il tasso standardizzato è, rispettivamente, 19 e 3,1 per 1.000.000 di abitanti (Figura 128), con differenze non significative nel rapporto multiple su iniziale (1,8 nei maschi e 1,6 nelle femmine).

della violenza che hanno provocato la lesione traumatica mortale. La causa iniziale è quella che normalmente compare nelle statistiche ufficiali di mortalità. Tuttavia sui certificati di morte, i medici certificatori riportano generalmente anche altre condizioni che hanno avuto un ruolo nel causare il decesso ma che non sono cause iniziali (cause associate) L'analisi delle cause multiple consente di tenere conto oltre che della causa iniziale di morte, anche delle cause associate.

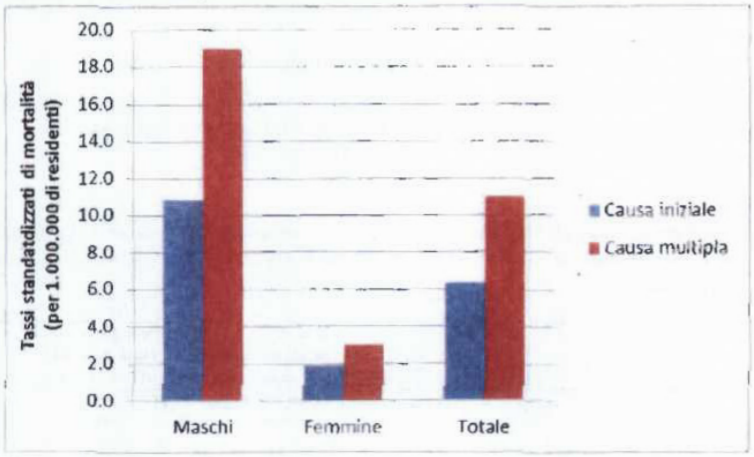
Tabella 82: Mortalità droga-correlata in Italia, come causa iniziale e causa multipla, per sesso e classe di età. Numero assoluto e tassi grezzi (per 1.000.000 di residenti). Popolazione residente di 15-64 anni, triennio 2010-2012 (a).

Età	Causa iniziale		Causa multipla		Rapporto multipla/iniziale
	Decessi	Tasso grezzo	Decessi	Tasso grezzo	
		Maschi			
15-24	36	4,03	45	5,04	1,3
25-34	153	14,47	197	18,64	1,3
35-44	259	18,79	420	30,48	1,6
45-54	147	11,47	374	29,19	2,5
55-64	20	1,88	79	7,44	4,0
Tot (15-64)	615	10,84	1.115	19,66	1,8
		Femmine			
15-24	11	1,29	12	1,41	1,1
25-34	20	1,89	24	2,27	1,2
35-44	43	3,09	65	4,67	1,5
45-54	28	2,11	63	4,75	2,3
55-64	12	1,06	22	1,94	1,8
Tot (15-64)	114	1,98	186	3,23	1,6
		Totale			
15-24	47	2,69	57	3,27	1,2
25-34	173	8,19	221	10,46	1,3
35-44	302	10,91	485	17,52	1,6
45-54	175	6,71	437	16,76	2,5
55-64	32	1,46	101	4,60	3,2
Tot (15-64)	729	6,38	1.301	11,39	1,8

Fonte: Istat, Indagine sui decessi e le cause di morte

(a) I deceduti in Trentino Alto Adige sono stati esclusi dall'analisi poiché i dati delle cause multiple di questo territorio non sono disponibili per tutto il triennio di osservazione

Figura 128: Mortalità per droga in Italia, come causa iniziale e causa multipla, per sesso. Tassi standardizzati di mortalità per 1.000.000 di residenti. Popolazione residente di età 15-64 anni. nel triennio 2010-2012.



Fonte. Istat. Indagine sui decessi e le cause di morte

L'approccio delle cause multiple di morte consente di analizzare il quadro patologico dei decessi degli utilizzatori di droghe che costituisce un gruppo di popolazione generalmente caratterizzato da un contesto morboso complesso.

Nella Tabella 83 sono riportati i risultati dell'analisi delle condizioni associate alle cause droga-correlate[62]. Il gruppo più fortemente associato con queste cause è quello dei disturbi psichici e comportamentali (Icd-10: F01-F99); in particolare, i disturbi dovuti all'uso di alcol che mediamente sono presenti nei decessi droga-correlati 21,4 (misura di associazione) volte di più rispetto agli altri decessi.

Rilevante è anche il gruppo delle malattie infettive e parassitarie (Icd-10: A00-B99) che è associato ai decessi droga-correlati 3,5 volte di più rispetto agli altri decessi e che è presente in circa il 27% dei certificati di questo gruppo. Tra queste malattie spicca l'epatite virale cronica (Icd10: B18, con misura di associazione pari a 10,3) e con la malattia da HIV (Icd10: B24, con associazione pari a 5).

Un altro gruppo di malattie che risulta fortemente associato con le cause droga-correlate è costituito dalle malattie dell'apparato digerente che compaiono mediamente il doppio delle volte rispetto agli altri certificati. Tra queste cause le associazioni più rilevanti si osservano con le malattie del fegato, specialmente l'epatite cronica (associazione pari a 14,5), confermando il legame già descritto per le epatiti virali, e l'epatopatia alcolica che ha un'associazione pari a 5.

62 Come misura di associazione tra cause droga-correlate e condizioni specifiche riportate nel certificato di morte, è stata usata una stima del rapporto delle proporzioni standardizzato per età (Age-Standardized Proportion Ratio - ASPR) (Drug indueed mortality: a multiple eause approach on Italian causes of death Register Epidemiology Biostatistics and Public Health - 2015, Volume 12, Issue 1 - Suppl 1)

Sebbene i tumori nel complesso risultino non associati alle cause droga correlate, tra di essi il tumore maligno del fegato e dei dotti biliari intraepatici fa registrare un'associazione significativa di 1,6.

Infine, le malattie del sistema circolatorio prese nell'insieme (Icd10: I00-I99) hanno una associazione positiva ma molto bassa. All'interno di questo gruppo tuttavia, le endocarditi acute e subacute (Icd10: I33) sono presenti 14 volte più frequentemente negli utilizzatori di droghe rispetto ai non utilizzatori.

Tabella 83: Misure di associazione. standardizzate per età, di alcune condizioni con le cause droga-correlate (definite in base alla selezione B dell'Emcdda) menzionate nei certificati di morte. Decessi dei residenti in Italia avvenuti nel triennio 2010-2012 in età compresa tra 15 e 64 anni.

Cause		Numero di decessi per causa menzionata tra i deceduti per cause droga-correlate	Proporzione grezza (%) di decessi per causa menzionata sul certificato di morte		ASPR	CI 95%
Codice ICD10	Descrizione		Decessi droga-correlati (N=1,301)	Altri decessi (N=212,063)		
A00-B99	Alcune malattie infettive e parassitarie	346	26,6	9,9	3,5	(3.2 - 3.7)
di cui						
B18	*Epatite virale cronica*	*263*	*20,2*	*2,4*	*10,3*	*(9.4 - 11.4)*
B23	*Malattia da virus dell'immunodeficienza umana [HIV] che da luogo ad altre condizioni morbose*	*11*	*0,8*	*0,1*	*5,8*	*(3.1 - 11.0)*
B20	*Malattia da virus dell'immunodeficienza umana [HIV] che da luogo a malattie infettive o parassitarie*	*33*	*2,5*	*0,4*	*5,6*	*(3.9 - 8.1)*
B24	*Malattia da virus dell'immunodeficienza umana [HIV] non specificata*	*82*	*6,3*	*1,2*	*5,0*	*(4.0 - 6.2)*
B22	*Malattia da virus dell'immunodeficienza umana [HIV] che da luogo ad altre malattie specificate*	*17*	*1,3*	*0,3*	*4,2*	*(2.6 - 6.5)*
B16	*Epatite acuta B*	*11*	*0,8*	*0,3*	*2,6*	*(1.4 - 5.0)*
B99	*Altre e non specificate malattie infettive*	*18*	*1,4*	*0,5*	*2,4*	*(1.4 - 3.9)*
A41	*Altre forme di setticemia*	*85*	*6,5*	*6,0*	*1,4*	*(1.2 - 1.7)*
C00-D48	Tumori	80	6,1	51,3	0,2	(0.2 - 0.3)
di cui						
C22	*Tumore maligno del fegato e dei dotti biliari intraepatici*	*33*	*2,5*	*2,8*	*1,6*	*(1.2 - 2.1)*
D50-D89	Malattie del sangue e degli organi ematopoietici ed alcuni disturbi del sistema immunitario	51	3,9	4,6	0,5	(0.4 - 0.8)
di cui:						
D68	*Altri difetti della coagulazione*	*10*	*0,8*	*0,3*	*2,4*	*(1.2 - 4.8)*
E00-E90	Malattie endocrine, nutrizionali e metaboliche	80	6,1	12,4	1,4	(1.3 - 1.6)
di cui:						
E66	*Obesità*	*24*	*1,8*	*1,9*	*2,1*	*(1.6 - 2.8)*
F01-F99	Disturbi psichici e comportamentali	229	17,6	4,2	7,3	(6.7 - 7.9)
di cui.						
F10	*Disturbi psichici e comportamentali dovuti all'uso di alcol*	*162*	*12,5*	*1,0*	*21,4*	*(19.1 - 24)*
F32	*Episodio depressivo*	*28*	*2,2*	*0,9*	*5,4*	*(4.2 - 6.9)*
F17	*Disturbi psichici e comportamentali dovuti all'uso di tabacco*	*15*	*1,2*	*0,5*	*4,6*	*(3.2 - 6.6)*
G00-H95	Malattie del sisema nervoso e degli organi di senso	77	5,9	8,2	0,8	(0.6 - 0.9)
I00-I99	Malattie del sistema circolatorio	579	44,5	48,3	1,1	(1.1 - 1.2)
di cui:						
I33	*Endocardite acuta e subacuta*	*14*	*1,1*	*0,1*	*14,0*	*(9.2 - 21.2)*
I42	*Cardiomiopatia*	*10*	*0,8*	*1,1*	*3,2*	*(2.4 - 4.3)*
I85	*Varici esofagee*	*31*	*2,4*	*0,7*	*2,3*	*(1.5 - 3.4)*
I61	*Emorragia intracerebrale*	*30*	*2,3*	*2,6*	*1,6*	*(1.3 - 2.1)*
I51	*Complicanze e descrizioni mal definite di cardiopatia*	*100*	*7,7*	*6,2*	*1,3*	*(1.1 - 1.6)*
I50	*Insufficienza cardiaca*	*49*	*3,8*	*4,1*	*1,3*	*(1.0 - 1.6)*

I25	*Cardiopatia ischemica cronica*	*35*	*2,7*	*6,6*	*1,3*	*(1.1 - 1.5)*
J00-J99	**Malattie del sistema respiratorio**	**421**	**32,4**	**24,2**	**1,3**	**(1.2 - 1.4)**
di cui:						
J44	*Altre pneumopatie ostruttive croniche*	*21*	*1,6*	*2,4*	*3,2*	*(2.7 - 3.9)*
J81	*Edema polmonare*	*216*	*16,6*	*4,2*	*2,2*	*(1.8 - 2.6)*
J18	*Polmonite da microorganismo non specificato*	*59*	*4,5*	*3,9*	*1,4*	*(1.1 - 1.7)*
K00-K92	**Malattie dell'apparato digerente**	**331**	**25,4**	**16,0**	**2,0**	**(1.8 - 2.2)**
di cui:						
K73	*Epatite cronica non classificata altrove*	*15*	*1,2*	*0,2*	*14,5*	*(10.2 - 20.5)*
K70	*Epatopatia alcolica*	*46*	*3,5*	*1,3*	*5,0*	*(4.0 - 6.2)*
K74	*Fibrosi e cirrosi epatica*	*214*	*16,4*	*5,1*	*3,6*	*(3.2 - 4)*
K76	*Altre malattie del fegato*	*86*	*6,6*	*2,7*	*2,3*	*(1.8 - 2.8)*
K72	*Insufficienza epatica non classificata altrove*	*89*	*6,8*	*5,1*	*1,4*	*(1.1 - 1.7)*
L00-L99	**Malattie della cute e del tessuto sottocutaneo**	**25**	**1,9**	**0,7**	**4,0**	**(2.9 - 5.4)**
N00-N99	**Malattie dell'apparato genitourinario**	**62**	**4,8**	**8,5**	**0,8**	**(0.6 - 0.9)**
R00-R99	**Sintomi, segni e altre condizioni morbose mal definite**	**520**	**40,0**	**34,0**	**1,0**	**(0.9 - 1.1)**
di cui:						
R75	*Messa in evidenza, con esami di laboratorio, del virus della immunodeficienza umana (HIV)*	*19*	*1,5*	*0,1*	*10,2*	*(6.3 - 16.5)*
R09	*Altri sintomi e segni che interessano gli apparati circolatorio e respiratorio*	*200*	*15,4*	*5,2*	*2,9*	*(2.6 - 3.3)*
R18	*Ascite*	*25*	*1,9*	*1,6*	*2,1*	*(1.5 - 2.8)*
V00-Y99	**Cause esterne di mortalità**	**552**	**42,4**	**14,0**	**1,8**	**(1.6 - 2)**

Fonte: Istat, Indagine sui decessi e le cause di morte

In tabella sono riportate le proporzioni e le misure di associazione per le malattie raggruppate secondo i settori della classificazione Icd10 e per le categorie (codici a tre caratteri). Sono presentati tutti i settori Icd10 in cui ci siano stati almeno 10 casi. Per le categorie, invece, sono riportate solo quelle con almeno 10 casi e per le quali sia stato rilevato un valore significativamente positivo dell'associazione (valore inferiore dell'intervallo di confidenza al 95% superiore a 1).

Bibliografia

EMCDDA – "Mortality Related to Drug Use in Europe: Public Health and Implication". 2011. *http: www.emcdda.europe eu publications selected-issues mortality*)

EMCDDA – "European Drug Report 2015. Trends and developments 2014"

Nunziata Barbera, Francesco Paolo Busardò,Francesca Indorato, Guido Romano. "The pathogeneticnrole of adulterants in 5 cases of drug addicts with a fatal out come". Forensic Sci.Int. 227 (2013) 74-76.

Francesco Grippo, Marilena pappagallo, Alessandra Burgio, Roberta Crialesi. "Drug induced mortality: a multiple case report on Italian causes of death Register" Epidemiology Biostatistics and Public Health – 2015 vol. 12, Issue 1, Suppl. 1, e1-e13,

Borriello R, carfora A,Cassandro P,Petrella R. "A five years study on drug-related deaths in Campania (Italy)". Annali dell'Isstituto Superiore di Sanità, 2014, 50(4):328-33. DOI:10.4415/ANN_14_04_06.

DCSA – Ministero dell'Interno. Relazione Annuale relativa all'anno 2014

http://img.poliziadistato.it/docs/Annuale%202014.pdf

Capitolo 5. Accertamenti lavorativi

A cura del Ministero della Salute

5.1 Dati sugli accertamenti sanitari di assenza tossicodipendenze e di assunzione di sostanze stupefacenti o psicotrope negli ambienti di lavoro

Introduzione sul quadro legislativo in materia di prevenzione e sicurezza nei luoghi di lavoro

Le attività di indirizzo normativo e di coordinamento in tema di salute e sicurezza sul lavoro sono state affidate, a livello centrale e per le rispettive competenze, al Ministero del Lavoro e delle politiche sociali e al Ministero della Salute e, a livello territoriale, alle Regioni e Province Autonome di Trento e di Bolzano.

Sono state inoltre ampliate le funzioni assegnate ad INAIL, cui è stato affidato un ruolo centrale nell'ambito del sistema di prevenzione, in termini di sostegno al Ministero della Salute e alle Regioni e Province Autonome per le azioni strategiche a carattere preventivo.

Una delle novità di maggior peso sotto il profilo sostanziale introdotte dal D.Lgs 81/08, rispetto al D.Lgs 626/94, ha riguardato l'evoluzione del concetto di "sorveglianza sanitaria" che, come sintetizzato nella definizione dell'articolo 2, interessa ormai l'intero ambito di tutela dello stato di salute e sicurezza dei lavoratori, nei confronti dei rischi professionali, ambientali ed organizzativi, presenti nel luogo di lavoro.

La sorveglianza sanitaria, da semplice procedura di controllo per la diagnosi precoce di malattie professionali e verifica dello stato di salute, si è di fatto trasformata in un insieme di procedure a tutto campo di monitoraggio sanitario, giustificato da evidenze scientifiche e da presupposti giuridici, di fattori predisponenti eventi infortunistici e malattie professionali, che vedono al centro sia il lavoratore, in quanto individuo esposto a rischi particolari di tipo individuale, sia l'intera comunità di lavoratori, questi ultimi esposti collettivamente in un determinato contesto ambientale ed organizzativo lavorativo al rischio di malattie professionali o di infortunio.

Tale evoluzione si basa su una valorizzazione del ruolo e della funzione del medico competente, che può ritenersi un "consulente globale" per la tutela della salute e sicurezza dei lavoratori ed anche una sorta di sentinella avanzata, in grado di verificare sul campo gli effetti delle misure di prevenzione adottate e di individuare precocemente i fenomeni negativi, legati ai nuovi rischi professionali per la salute, in relazione all'utilizzazione di nuove tecnologie, nuovi materiali, nuovi modelli organizzativi e ritmi produttivi, che possono emergere attraverso un'attenta analisi dei dati sanitari e di rischio dei lavoratori sottoposti a sorveglianza sanitaria.

Il presente lavoro di raccolta e di prima analisi, su scala nazionale, delle informazioni relative ai dati collettivi aggregati sanitari e di rischio dei lavoratori sottoposti a sorveglianza sanitaria nell'anno 2013, inviate con l'allegato 3B dai medici competenti, ai sensi dell'articolo 40 del Dlgs 81/08, pur con i limiti statistici evidenziati nello stesso documento e la necessità di cautela nella lettura dei dati indicati, tratteggia un primo quadro di riferimento generale della popolazione di lavoratori sottoposti a sorveglianza sanitaria.

L'articolo 8, comma 6 del D. Lgs. 81/2008, declina i contenuti che devono comporre i flussi informativi del SINP (sistema informativo nazionale per la prevenzione nei luoghi di lavoro) di cui INAIL è titolare del trattamento dei dati e garante della gestione tecnica e informatica, specificando che essi devono riguardare, tra gli altri, il "quadro dei rischi anche in un'ottica di genere" e il "quadro di salute e sicurezza dei lavoratori e delle lavoratrici".

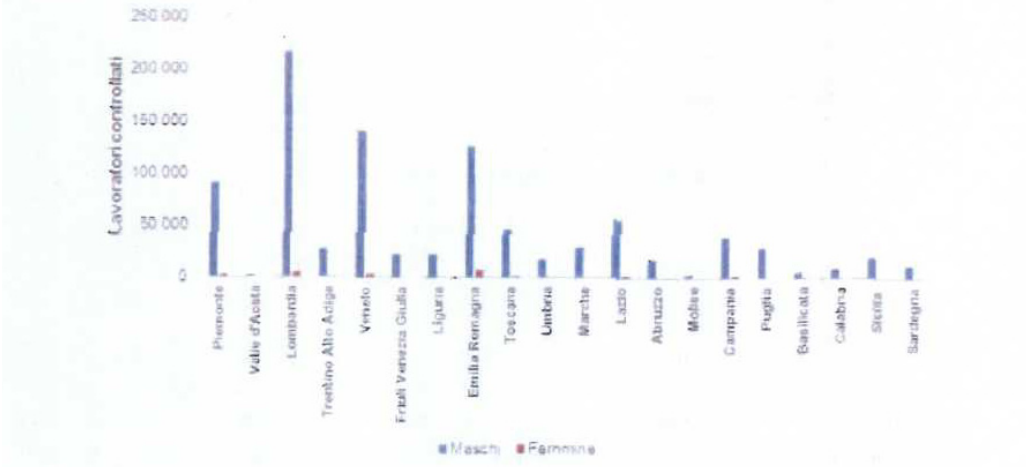
I dati aggregati contenuti nel "cruscotto di monitoraggio" del portale INAIL costituiscono oggi un patrimonio informativo di grande rilevanza per la definizione di un quadro dei rischi indispensabile ad individuare, a livello centrale, obiettivi e programmi delle politiche nazionali di prevenzione ed a indirizzare e programmare le attività di prevenzione a livello territoriale, sviluppando piani che tengano conto delle specificità dei singoli territori.

Uso di sostanze stupefacenti: lavoratori sottoposti a controllo

Il numero di lavoratori sottoposti a controllo per sostanze stupefacenti varia significativamente da regione a regione e rispetto al sesso: nella Figura 129 viene mostrata la distribuzione dei lavoratori sottoposti a controllo per l'uso di sostanze stupefacenti nel 2013.

Riguardo ai lavoratori controllati per l'uso di droghe, rileva il dato della la regione Lombardia con oltre 200.000 maschi controllati, seguita da Veneto ed Emilia Romagna con circa 130.000 maschi; in tutte le altre regioni il numero dei lavoratori maschi controllati è ampiamente al di sotto di 100.000.

Figura 129: Numero di lavoratori sottoposti a controlli per uso di sostanze stupefacenti per regione e per genere.Anno 2013



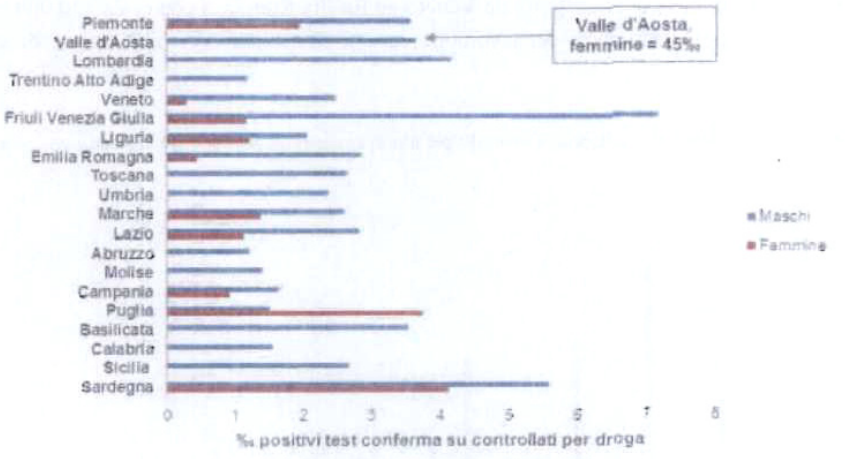
Una particolarità della distribuzione dei lavoratori sottoposti a verifiche per uso di droghe è che la quasi totalità dei controllati è di sesso maschile, essendo in questo caso la presenza femminile quasi nulla in percentuale. Tali evidenti differenze per genere riflettono la diversa distribuzione di maschi e femmine per comparto produttivo: i maschi si collocano più spesso nei comparti dove

l'uso di droghe è più monitorato perché sono più frequenti le mansioni che prevedono l'obbligo di accertamento.

Il dato forse più interessante che è possibile estrarre da questa sezione delle comunicazioni dei medici competenti è costituito dall'esito dei controlli effettuati per sostanze stupefacenti.

Preliminarmente si segnala che i controlli per l'uso di droghe si articolano in due fasi: dapprima viene somministrato un test di screening al campione di lavoratori da controllare, test che presenta un basso livello di affidabilità in caso di esito positivo, ma risulta attendibile per gli esiti negativi. Pertanto, agli individui che risultano positivi al test di screening viene somministrato un test di conferma ad alto valore predittivo. Facendo riferimento a quest'ultimo test, in Figura 130 viene mostrato il numero (moltiplicato per mille) di lavoratori positivi ai test di conferma per droghe sul totale di lavoratori controllati nel 2013, per regione e per sesso. Nel grafico non è stato proiettato il valore registrato dalle lavoratrici in Valle d'Aosta (45‰), in quanto dipende dal contingente di partenza estremamente esiguo: la sua presenza rendeva tutti gli altri valori meno leggibili.

Figura 130: Lavoratori positivi ai test di conferma sul totale lavoratori soggetti a verifiche per droga (per mille), per genere e regione. Anno 2013

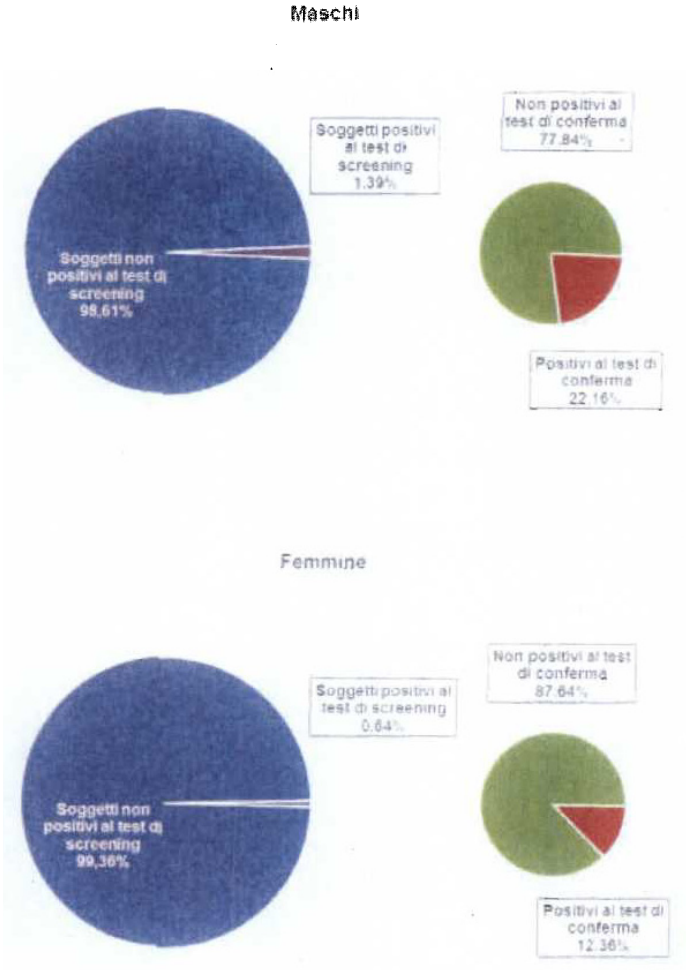


A parte questo valore anomalo, si può osservare il picco del Friuli Venezia Giulia, dove 7 lavoratori su mille controllati risultano positivi ai test di conferma per droghe, seguito da Sardegna (circa 6‰ per i maschi e 4‰ per le femmine), Lombardia, Valle d'Aosta, Piemonte, Basilicata (circa 4‰ per i lavoratori maschi) e Puglia (4‰ per le lavoratrici femmine). Tutte le altre regioni si assestano su valori inferiori al 3‰.

Tornando alla distinzione tra test di screening e test di conferma, può essere utile osservare i grafici riportati in Figura 131. In tale figura si riportano, distintamente per sesso e facendo riferimento all'intero contingente nazionale riferito al 2013, le percentuali di soggetti positivi ai test di screening e, rispetto a questo insieme, le percentuali di soggetti positivi ai test di conferma. Le differenze tra i due generi sono notevoli e meritano di essere commentate. La percentuale di positivi ai test di screening del campione di lavoratori ispezionati è pari a 1,39, oltre il doppio

rispetto allo stesso dato per le lavoratrici (0,64%). Di questo sottoinsieme, nel caso dei maschi il 22,16% è risultato essere positivo agli ulteriori test di conferma, contro il 12,36% osservato nel sottoinsieme femminile.

Figura 131: Percentuale di positivi ai test di screening sui controllati per droga e percentuale di positivi ai test di conferma sul totale positivi ai test di screening a livello nazionale secondo il genere. Anno 2013



Questi risultati mettono in luce non solo le differenze rispetto al fenomeno "uso di stupefacenti" osservabili tra lavoratori di genere diverso, ma anche la bassa validità predittiva dei test di screening, specialmente per i maschi, che (stando ai dati del 2013) hanno solo il 20% di probabilità di risultare positivi ai test di conferma laddove siano risultati positivi al test di screening, probabilità che diminuisce al 12% nel caso delle lavoratrici.

PAGINA BIANCA

€ 19,80

170300006820