

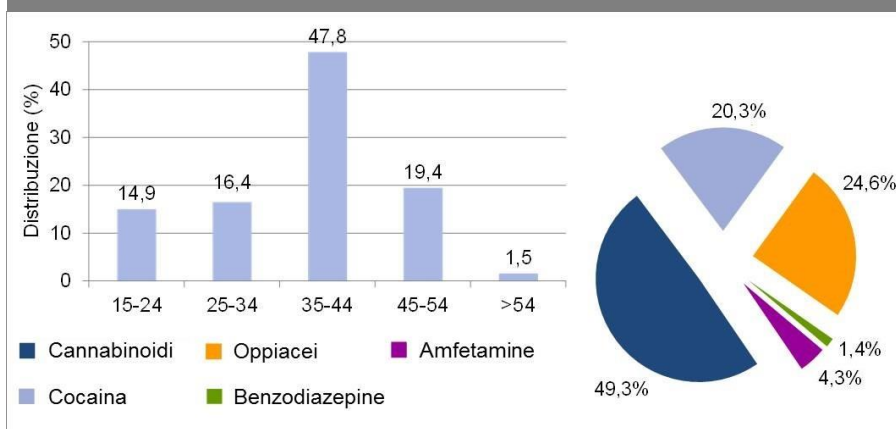
Gli ottimi risultati descritti indicano quanto in questo ambito sia importante continuare a sviluppare attività di prevenzione.

Si evidenzia, inoltre, l'utilità dissuasiva degli accertamenti random nei confronti delle condotte tossicofile su tutto il personale, indipendentemente da

quanto disciplinato in riferimento alle categorie/mansioni a rischio.

Nel 2016 il tasso di positività tra il personale militare è pari allo 0,2%.

Fig.2.2.1 Positività tra il personale militare delle Forze Armate e dell'Arma dei Carabinieri – Anno 2016



Fonte: Ministero della Difesa

PAGINA BIANCA

Capitolo 3

CONSUMO AD ALTO RISCHIO

3.1 Danno associato al consumo delle sostanze psicoattive nella popolazione studentesca

3.2 Conseguenze socio sanitarie riconducibili al consumo di sostanze ad alto rischio tra i minori e i giovani: un focus su alcuni aspetti specifici

Danno associato al consumo delle sostanze psicoattive nella popolazione studentesca

Il presente paragrafo è stato realizzato utilizzando il contributo redatto dal Consiglio Nazionale delle Ricerche, Istituto di Fisiologia Clinica (consultabile nella versione completa al link: <http://www.politicheantidroga.gov.it>).

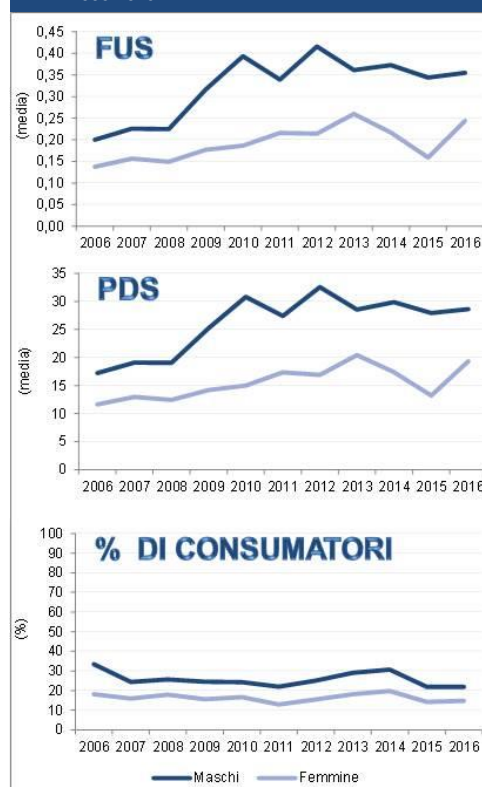
Per valutare l'impatto del consumo delle sostanze psicoattive sullo stato di salute dei consumatori è necessario disporre di informazioni relative sia alla tipologia delle sostanze assunte sia alla frequenza di assunzione delle stesse, considerando anche gli aspetti legati al policonsumo. Attraverso l'analisi della frequenza d'uso e dell'utilizzo congiunto di sostanze è possibile calcolare gli indicatori Frequency of Use Score (FUS) e Poly-Drug Score (PDS), utili per la stima del danno associato al consumo delle sostanze psicoattive.

I trend 2006-2016 degli indicatori FUS e PDS, calcolati nella popolazione studentesca tra i 15 e i 19 anni che hanno utilizzato almeno una sostanza psicoattiva nell'ultimo mese (dati ESPAD®Italia), è illustrato nella Figura 3.1.1 (a, b e c) insieme alle percentuali di consumatori negli ultimi 30 giorni.

Fino al 2012-2013 si è registrato un aumento degli indici FUS e PDS, e quindi dell'uso dannoso, nonostante la diffusione del consumo sia rimasta sostanzialmente invariata.

Dal 2013, tra gli studenti di genere maschile si è osservato un andamento decrescente sia degli indici FUS e PDS, che della percentuale di consumatori. Tra le studentesse, invece, nell'ultimo anno sono aumentati gli indici, nonostante una stabilità della diffusione del consumo di sostanze psicotrope.

Fig. 3.1.1 Andamento temporale degli indici FUS, PDS e delle percentuali di consumatori negli ultimi 30 giorni di sostanze psicoattive nella popolazione studentesca. Anni 2006-2016.



Fonte: CNR

Metodo di stima

Nel 2010, Van Amsterdam e colleghi hanno definito a livello internazionale un sistema di attribuzione di un punteggio di danno, un "peso", valutando per ciascuna sostanza gli elementi relativi alla tossicità acuta, a quella cronica e alla dipendenza. Tali punteggi permettevano di misurare la gravità dell'uso di ciascuna sostanza, non considerando però il policonsumo. A partire dai punteggi di Van Amsterdam è stata impostata una metodologia per stimare gli effetti e le conseguenze globali negative che sostanze diverse hanno sulla salute: questi possono essere quantificati attraverso gli indici FUS - Frequency of Use Score e PDS - Poly-Drug Score, che definiscono, rispettivamente, la frequenza globale del consumo delle sostanze e la misura del danno globale che l'assunzione di queste provoca allo stato di salute. Per ogni utilizzatore, il FUS si ottiene sommando le frequenze d'uso di tutte le sostanze usate, mentre il PDS è dato dalla somma "pesata" delle frequenze d'uso di tutte le sostanze consumate, utilizzando come "pesi" i punteggi di Van Amsterdam.

Conseguenze socio sanitarie riconducibili al consumo di sostanze ad alto rischio tra i minori e i giovani: un focus su alcuni aspetti specifici

Il presente paragrafo è stato realizzato utilizzando il contributo redatto dall'esperto nazionale HRDU del Punto Focale Nazionale – REITOX (consultabile nella versione completa al link: <http://www.politicheantidroga.gov.it>).

Per “uso di sostanze ad alto rischio”, così come definito dall'Osservatorio Europeo EMCDDA, si intende l'uso ricorrente di droga che provoca danni reali (conseguenze negative) alla persona (inclusa la dipendenza, ma anche altri problemi sanitari, psicologici o sociali) o che espone la persona al rischio di riportare con alta probabilità tali danni.

Si tratta quindi di utilizzatori di droghe con problemi di salute causati dal consumo frequente di droghe e dal poli-uso, ma anche di coloro che, per finanziare il proprio uso, commettono azioni criminali.

In questo paragrafo viene presentato un focus su alcuni aspetti e comportamenti dei minori riconducibili all'uso ad alto rischio di sostanze, soprattutto per quanto riguarda le tendenze negli ultimi anni.

Nota: i dati relativi alle Schede Dimissioni Ospedaliere riportati in questo paragrafo sono riferiti al 2015; i dati relativi ai procedimenti dei minori per violazioni ex art. 73 DPR 309/90 sono relativi al 2014, annualità più recente resa disponibile all'esperto REITOX dall'ISTAT. Relativamente ai soggetti in carico presso i SerD si è scelto di includere anche i 18 e 19enni per favorire la più esaustiva lettura del fenomeno.

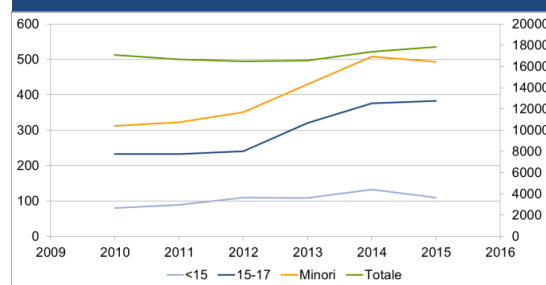
Ricoveri con diagnosi principale e/o secondarie droga-correlate

I dati forniti dall'ISTAT sulle dimissioni ospedaliere relative a ricoveri con diagnosi principale e/o secondarie droga-correlate forniscono altre informazioni importanti in merito alle conseguenze sanitarie dell'uso ad alto rischio di sostanze. Di seguito viene analizzato il dato più recente messo a disposizione dall'ISTAT.

La Figura 3.2.1 mostra sull'asse destro il totale dei ricoveri di qualunque età e sull'asse sinistro i ricoveri riguardanti i minori. L'andamento dei ricoveri globali è poco crescente nel periodo considerato (+4%), mentre gli andamenti relativi ai minori mostrano un aumento

considerabile (<15 anni: +37,5%; 15-17anni: +65%; Minori: +58%). L'aumento percentuale dei minori dal 2013 al 2015 è del 24%.

Fig. 3.2.1 Dimissioni relative a ricoveri correlati con l'uso di sostanze (minori sull'asse sinistro, totale sull'asse destro). Anni 2009 - 2015



Fonte: ISTAT e Ministero della Salute

Le dimissioni relative a ricoveri correlati all'uso di sostanze relativi ai minori sono aumentate negli ultimi anni.

La tabella 3.2.1 mostra un aumento della percentuale di ricoveri per ogni sostanza tra il 2010 e il 2015, soprattutto per gli oppiacei e la cocaina.

Tab. 3.2.1 Percentuali di ricoveri di minori per sostanza ed età. Anni 2010 e 2015

Anni	2010		2015	
	Età			
	<15	15-17	<15	15-17
Cannabis	0,43	5,06	0,83	6,06
Cocaina	0,11	0,74	0,23	0,86
Oppiacei	0,12	0,53	0,28	0,54

Fonte: ISTAT e Ministero della Salute

I minori in carico ai SerD

Dai dati forniti dal Ministero della Salute e dalle Regioni e Province Autonome sui soggetti tossicodipendenti in carico ai SerD è possibile dedurre il coinvolgimento dei minori nell'uso a rischio di sostanze con danni per la salute tanto gravi da ricorrere alla terapia. La Figura 3.2.2 mostra l'andamento negli ultimi 3 anni dell'età di primo uso di sostanze e dell'età di primo trattamento.

Gli andamenti sono sostanzialmente costanti negli ultimi 3 anni considerati e mostrano come ci sia un ritardo tra l'inizio di uso di sostanze e l'inizio di terapia di diversi anni. Le percentuali di minori relative all'inizio di terapia sono, infatti, più basse di quelle relative al primo uso.

Fig. 3.2.2 a) Percentuale di minori in carico ai SerD che hanno richiesto il primo trattamento e che hanno fatto uso prima dei 15 anni o tra i 15 e i 19 anni. Anni 2014-2016. Eroina; Grafico sinistra: Età di primo trattamento; Grafico destra: Età di primo uso

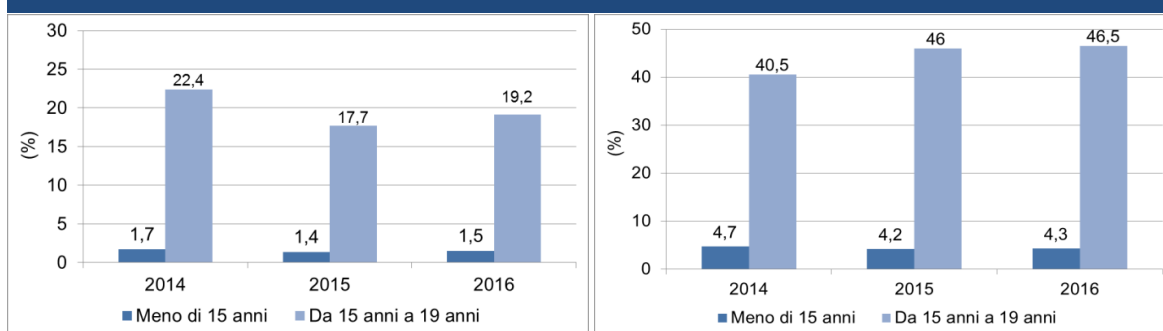


Fig. 3.2.2 b) Percentuale di minori in carico ai SerD che hanno richiesto il primo trattamento e che hanno fatto uso prima dei 15 anni o tra i 15 e i 19 anni. Anni 2014-2016. Cocaina; Grafico sinistra: Età di primo trattamento; Grafico destra: Età di primo uso

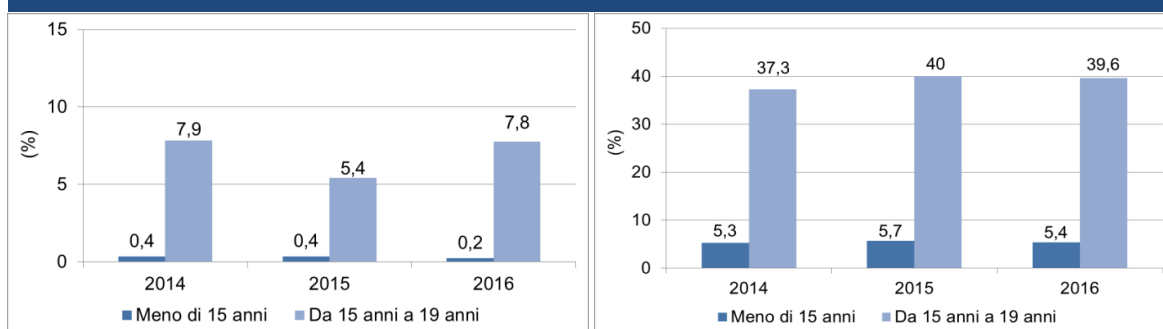
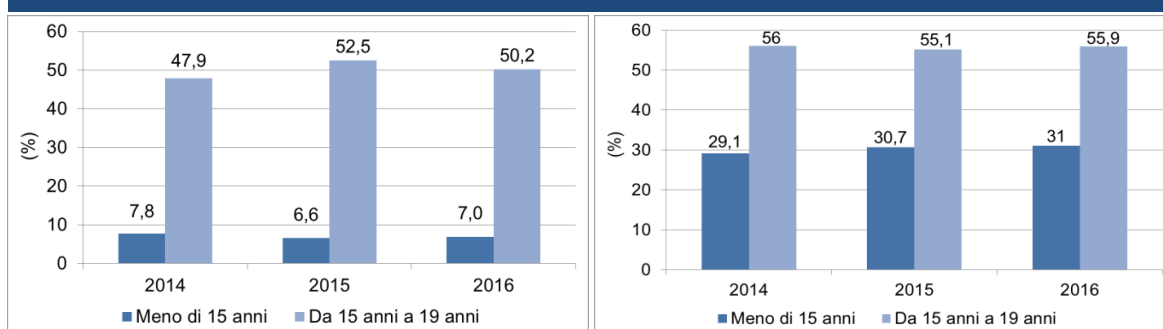


Fig. 3.2.2 c) Percentuale di minori in carico ai SerD che hanno richiesto il primo trattamento e che hanno fatto uso prima dei 15 anni o tra i 15 e i 17 anni. Anni 2014-2016. Cannabis; Grafico sinistra: Età di primo trattamento; Grafico destra: Età di primo uso



Tra l'inizio di uso di sostanze e l'inizio di terapia trascorrono diversi anni.

Denunce per reati droga correlati

I dati del Ministero dell'Interno - DCSA riguardanti i minori denunciati alle Autorità Giudiziarie per reati droga correlati sono riportati nella tabella 3.2.2.

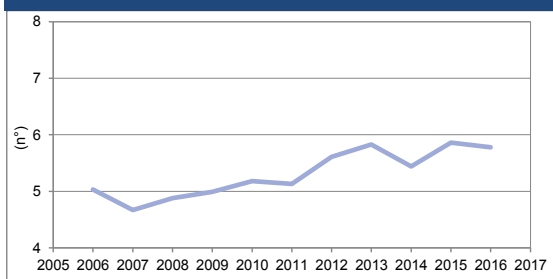
Tab. 3.2.2 Numero di operazioni, numero di denunce di minori e numero di denunce per 100 operazioni. Anni 2006 - 2016

Anno	Numero di operazioni	Denunce di minori	Denunce di minori per 100 operazioni
2006	20.776	1.046	5,03
2007	22.166	1.036	4,67
2008	23.179	1.132	4,88
2009	23.316	1.164	4,99
2010	22.193	1.149	5,18
2011	23.272	1.193	5,13
2012	22.826	1.281	5,61
2013	21.864	1.275	5,83
2014	19.449	1.058	5,44
2015	19.290	1.131	5,86
2016	23.734	1.372	5,78

Fonte: Ministero dell'Interno e ISTAT

I dati mostrano un andamento crescente delle denunce di minori per 100 operazioni. L'aumento sul periodo considerato è pari al 16% (Figura 3.2.3).

Fig. 3.2.3 Numero di denunce di minori per 100 operazioni. Anni 2006 - 2016



Fonte: Ministero dell'Interno e ISTAT

Procedimenti giudiziari per art. 73 del DPR 309/90

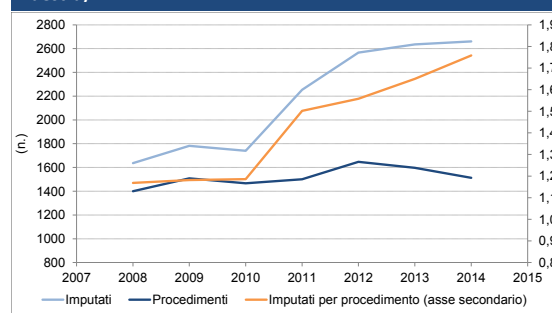
Il Ministero della Giustizia è in possesso di informazioni relative ai procedimenti giudiziari aperti ogni anno per art. 73 DPR 309/90. Per questo paragrafo sono stati utilizzati i dati forniti dall'ISTAT sui procedimenti giudiziari a carico dei minori, aggiornati fino al 2014.

I procedimenti giudiziari per art. 73 DPR 309/90 a carico di minori sono aumentati negli ultimi anni.

Nella Figura 3.2.4 sono riportati gli andamenti dal 2008 al 2014 del numero di procedimenti a carico di minori per art. 73 DPR 309/90 aperti nell'anno, del numero di imputati coinvolti e del numero medio di imputati per procedimento (scala riportata sull'asse secondario del grafico, a destra).

Il numero di procedimenti dal 2008 al 2014 è aumentato di oltre l'8%, il numero di imputati del 63% e il numero di imputati per procedimento del 50%.

Fig.3.2.4 Numero di procedimenti aperti a carico di minori per art. 73 del DPR 309/90, numero di minori imputati e numero di imputati minori per procedimento (asse secondario a destra)



Fonte: Ministero dell'Interno e ISTAT

Art. 73 DPR 309/90

Punisce il reato di "Produzione, traffico e detenzione illeciti di sostanze stupefacenti o psicotrope".

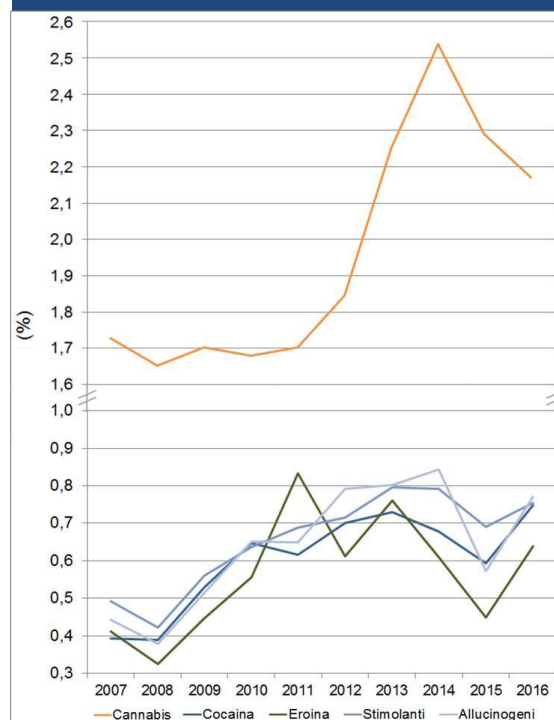
L'uso frequente di sostanze nella popolazione studentesca

Attraverso lo studio ESPAD®, condotto dall'istituto di Fisiologia Clinica del CNR, sono stati rilevati dati sulla popolazione studentesca di 15-19 anni che ha utilizzato almeno una sostanza psicoattiva nei 30 giorni antecedenti lo svolgimento dello studio ed è stata rilevata la percentuale di utilizzatori frequenti di sostanze, definiti come consumatori di cannabis che hanno consumato almeno 20 volte nei 30 giorni antecedenti lo studio e, per le altre sostanze, almeno 10 volte.

La Figura 3.2.5 riporta l'andamento delle percentuali di utilizzatori per sostanza.

Come si può osservare, tutte le curve sono mediamente crescenti nel periodo considerato soprattutto per le sostanze come la cocaina e l'eroina, ma anche per gli stimolanti e gli allucinogeni.

Fig. 3.2.5 Percentuali di consumo frequente nei minori (15-17 anni) negli ultimi 30 giorni per sostanza. Anni 2007 - 2016



Fonte: CNR

III

**OFFERTA E DOMANDA
DI TRATTAMENTO**

Parte III

Elementi chiave

Offerta di Trattamento

L'offerta di trattamento è dislocata in 638 sedi ambulatoriali SerD e 917 strutture socioriabilitative private accreditate. In entrambi i casi si rilevano forti differenze interregionali per quanto riguarda la distribuzione sul territorio nazionale.

Domanda di trattamento

Nei Servizi pubblici per le dipendenze (SerD), nel 2016 sono arrivati 21.458 nuovi soggetti con problematiche legate all'uso di sostanze, nel complesso gli assistiti sono stati 143.271. La maggior parte dell'utenza è di genere maschile, in cura per uso primario di eroina, e ha tra i 30 e i 54 anni. Nel corso del tempo si è assistito ad un progressivo invecchiamento della popolazione dei SerD.

I nuovi utenti sono mediamente più giovani di quelli già in cura (32 anni rispetto a 41 anni).

Aumenta la domanda di trattamento per uso di cocaina, i nuovi utenti arrivano a rappresentare il 34% di chi chiede aiuto.

Resta stabile invece la quota di soggetti che chiede aiuto per uso primario di cannabinoidi, utenza che si contraddistingue per un'alta percentuale di utilizzatori esclusivi (44% di chi è in cura non fa uso di altre sostanze).

Per quanto riguarda i servizi del Privato Sociale risultano in trattamento 15.563 persone di cui poco meno del 60% è concentrato in 4 regioni. 4.764 sono stati avviati ad un percorso in comunità durante l'ultimo anno. La maggior parte dell'utenza è di genere maschile e risulta in trattamento presso strutture residenziali.

Un quarto della popolazione carceraria risulta composta da detenuti tossicodipendenti (14.157 persone), per la quasi totalità di genere maschile. La percentuale di tossicodipendenti rispetto al totale dei detenuti è rimasta stabile nel tempo, mentre dal 2013 sono in aumento i detenuti tossicodipendenti sul totale dei nuovi ingressi.

I soggetti tossicodipendenti condannati che hanno usufruito di una misura alternativa sono in calo nell'ultimo biennio (4.876 persone): tra coloro che risultano in affidamento di prova presso i servizi sociali la maggioranza è seguita dai servizi pubblici, mentre i restanti sono seguiti dalle comunità terapeutiche.

I soggetti in affidamento specifico sono 2.991. La maggior parte degli affidamenti a misure alternative specifiche ha avuto esito positivo, percentuale che cresce quando l'accesso alle misure avviene direttamente dallo stato di libertà.

Capitolo 1

ORGANIZZAZIONE DEI SERVIZI

1.1 Servizi pubblici per le Dipendenze (SerD)

1.2 Servizi del Privato Sociale Accreditato

Servizi pubblici per le Dipendenze (SerD)

Il paragrafo è stato realizzato utilizzando il contributo redatto dal Ministero della Salute e dal Gruppo di lavoro SIND: Ministero della Salute, Regioni e Province Autonome (consultabile nella versione completa al link: <http://www.politicheantidroga.gov.it>).

La raccolta e l'analisi dei dati sui servizi e l'utenza in carico ai SerD a livello nazionale sono gestite dal Ministero della Salute e a livello locale dalle singole Regioni e Province Autonome (PA).

Nel contesto di NSIS, secondo le indicazioni del D.M. 11 giugno 2010 "Istituzione del Sistema Informativo Nazionale per le Dipendenze", è stato definito il SIND con le finalità di monitoraggio, valutazione e supporto alla stesura della Relazione al Parlamento e degli altri rapporti epidemiologici derivanti dagli obblighi informativi ai quali il nostro Paese deve rispondere.

Oggetto di rilevazione SIND è il singolo assistito per il quale siano soddisfatti i seguenti requisiti:

- accesso al SerD, specificando se in ambito penitenziario;
- accertamento documentato clinico o diagnostico dell'uso di sostanze psicotrope (escluse alcol o tabacco come uso primario) con frequenza occasionale, saltuaria o giornaliera;
- erogazione di almeno una prestazione (riferibile a gruppi omogenei di prestazioni, compreso l'invio in strutture socioriabilitative) nel periodo di riferimento.

Per ciascun assistito devono essere rilevati tutti i contatti avuti con i SerD della Regione nel corso dell'anno: per "contatto" si intende la presa in carico assistenziale all'interno della quale è stata erogata almeno una prestazione.

Tale sistema è entrato a regime dal 01/01/2012, con una copertura informativa che è aumentata nel corso degli anni. Nelle Relazioni al Parlamento redatte dal 2009 al 2014 i dati mancanti venivano integrati con numeri stimati; a partire dall'edizione del 2015 i dati presentati si riferiscono ai SerD effettivamente rispondenti.

È importante sottolineare che il numero di assistiti non coincide con la totalità degli utenti trattati presso i SerD, in quanto nella maggior parte dei servizi risultano in carico anche utenti per il trattamento per alcol, tabacco e gioco d'azzardo patologico, nonché utenza per accertamenti e consulenze.

Nel 2016 i SerD rispondenti alla rilevazione annuale sono stati 581, dislocati in 638 sedi ambulatoriali, con un tasso di rispondenza del 95,9% su scala nazionale.

La distribuzione delle sedi ambulatoriali, che corrisponde a circa 1 struttura ogni 100.000 residenti, varia da un minimo di 0,7 ad un massimo di circa 2,5 strutture ogni 100.000 residenti.

Le sedi ambulatoriali sono 638, circa 1 ogni 100.000 residenti.

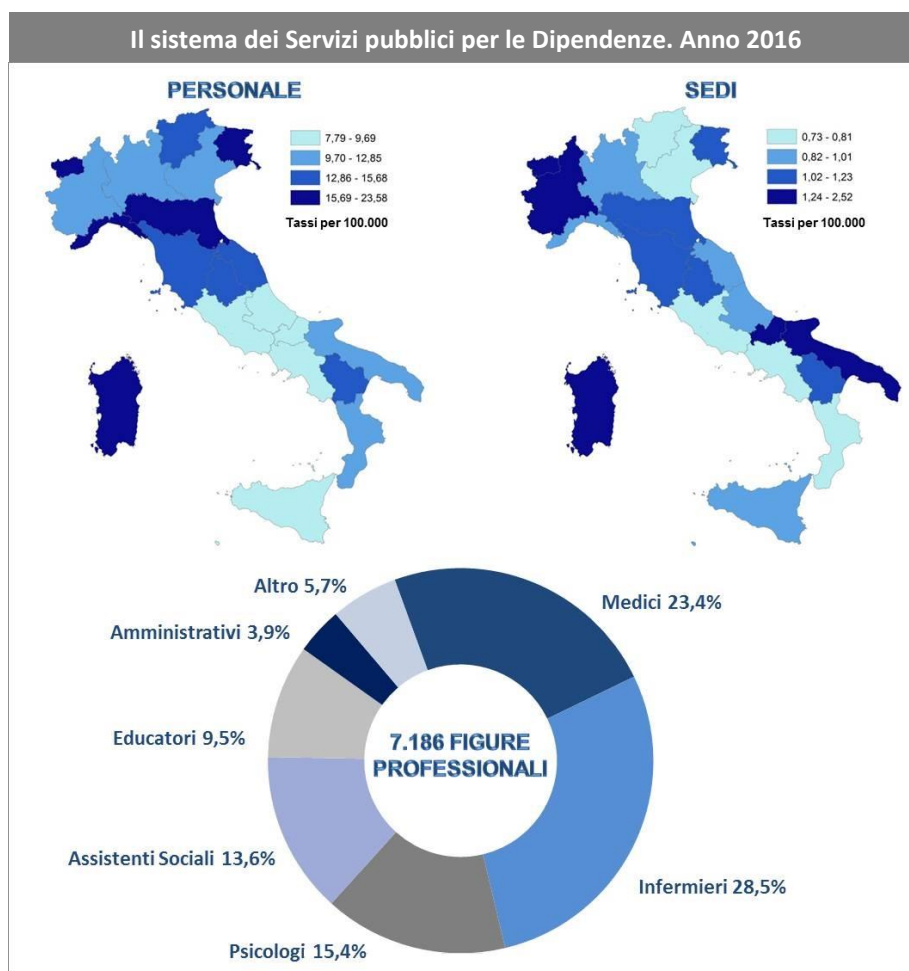
NSIS Nuovo Sistema Informativo Sanitario

NSIS (Nuovo Sistema Informativo Sanitario) è un sistema informativo unitario, basato sulla cooperazione e l'integrazione dei diversi sistemi informativi gestiti in piena autonomia dalle singole amministrazioni regionali e locali. Il nuovo sistema è strumento essenziale per il governo della sanità, il monitoraggio dello stato di salute della popolazione, dell'efficacia/efficienza del sistema sanitario, dell'appropriatezza delle prestazioni, della spesa sanitaria e, inoltre, mira a garantire la disponibilità a livello nazionale di un sistema integrato di informazioni sanitarie individuali, a facilitare l'accesso degli utenti alle strutture e alle prestazioni attraverso strumenti informatici e a promuovere la globalizzazione dell'offerta dei servizi (Accordo quadro tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano del 22 febbraio 2001).

7.186 operatori impiegati nei SerD nel 2016.

Il personale presente nei SerD e dedicato al trattamento dei soggetti tossicodipendenti, ammonta nell'anno 2016 a 7.186 figure professionali, il 75,6% delle quali a tempo pieno. Il 51,9% delle figure professionali operanti sono medici e infermieri, il

38,5% psicologi, assistenti sociali ed educatori, il resto sono amministrativi e altre figure professionali, con un tasso di personale disponibile ogni 100.000 residenti compreso tra 8 e 24 unità, dato che evidenzia una forte variabilità interregionale.



Fonte: Ministero della Salute

L'offerta dei Servizi pubblici delle Dipendenze presenta una forte variabilità regionale.

Servizi del Privato Sociale Accreditato

Il paragrafo è stato realizzato utilizzando il contributo redatto e i dati forniti dal Ministero dell'Interno, Centro Studi, Ricerca e Documentazione del Dipartimento per le Politiche del personale (consultabile nella versione completa al link: <http://www.politicheantidroga.gov.it>).

In Italia, per quanto riguarda le strutture socioriabilitative del privato sociale accreditato, vengono effettuate, a cura del Ministero dell'Interno, due rilevazioni puntuali, alla data del 30 giugno e del 31 Dicembre di ogni anno.

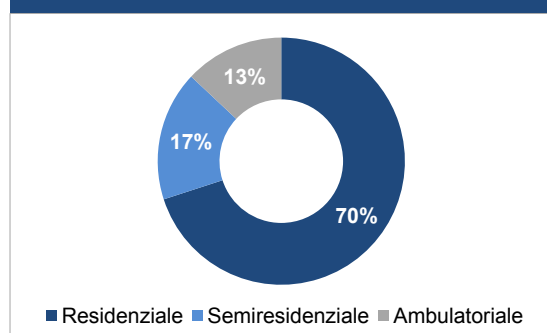
Le strutture vengono classificate secondo tre tipologie di offerta: quelle residenziali, quelle semiresidenziali, ovvero con ospitalità e attività per un minimo di 40 ore settimanali e quelle ambulatoriali, in cui l'ospitalità e le attività sono inferiori alle 40 ore settimanali.

Con la rilevazione del 31 Dicembre 2016 è stato aggiornato l'elenco delle strutture esistenti.

Complessivamente in Italia risultano esistenti 917 strutture socioriabilitative private accreditate, corrispondenti a circa 1,5 strutture ogni 100.000 residenti.

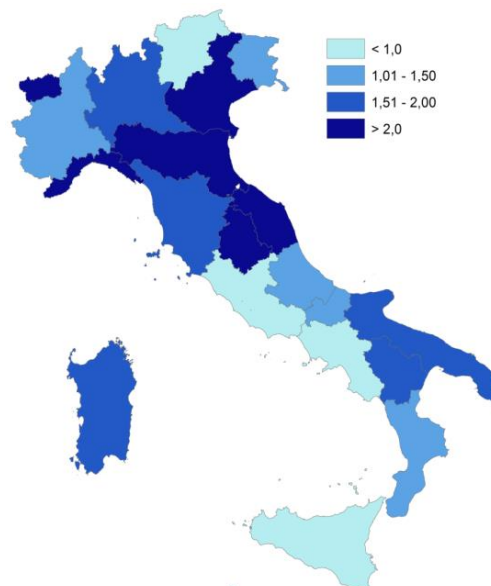
917 strutture socioriabilitative private accreditate.

Fig.1.2.1 Distribuzione delle strutture socioriabilitative private accreditate per tipologia. Aggiornamento al 31 Dicembre 2016.



Fonte: Ministero dell'Interno

Fig.1.2.2 Distribuzione regionale del numero di strutture socioriabilitative esistenti per 100.000 residenti. Aggiornamento al 31 Dicembre 2016.



Fonte: Ministero dell'Interno

Di queste il 70% sono di tipo residenziale, il 17% di tipo semiresidenziale e il restante 13% di tipo ambulatoriale. Il 43% del totale delle strutture esistenti si trova concentrato in 3 regioni densamente popolate quali la Lombardia (170 strutture), l'Emilia Romagna (113) e il Veneto (111). La distribuzione regionale del numero di strutture esistenti per 100.000 residenti mostra un gradiente territoriale abbastanza ben definito, con la totalità delle regioni a più alta frequenza di strutture che si colloca nell'area centro settentrionale del Paese (Figura 1.2.2).

Capitolo 2

DOMANDA DI TRATTAMENTO

2.1 Utenti in carico e trattamenti erogati dai Servizi pubblici per le Dipendenze

2.2 Utenti in carico ai Servizi del Privato Sociale Accreditato

2.3 Soggetti tossicodipendenti in carcere

2.4 Misure alternative per i soggetti tossicodipendenti in carcere

Utenti in carico e trattamenti erogati dai Servizi pubblici per le Dipendenze

Il paragrafo è stato realizzato utilizzando il contributo redatto dal Ministero della Salute e dal Gruppo di lavoro SIND: Ministero della Salute, Regioni e Province Autonome (consultabile nella versione completa al link: <http://www.politicheantidroga.gov.it>).

Caratteristiche degli utenti in carico ai SerD

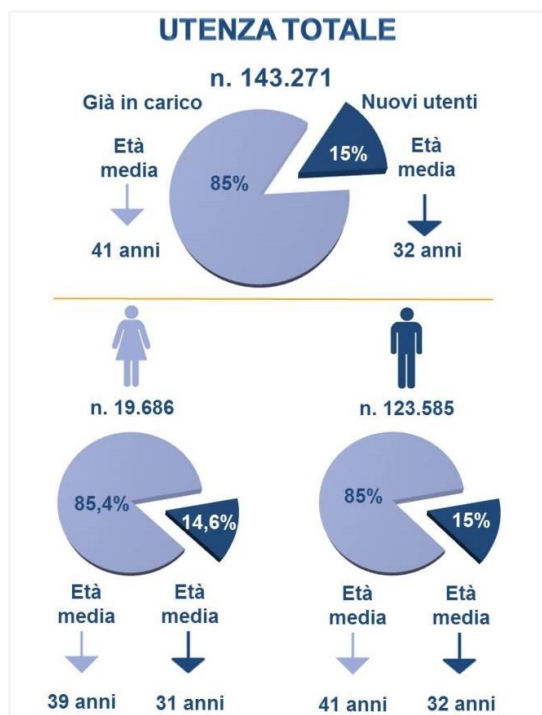
Nel corso del 2016 i SerD hanno assistito 143.271 soggetti tossicodipendenti¹, di cui 21.458 nuovi utenti (15%) e i restanti 121.813 già in carico dagli anni precedenti (85%). L'86,3% è di genere maschile, senza differenze tra nuovi e già in carico e il rapporto M/F è pari a 6,3 (Tab. 2.1.1).

La nuova utenza è pari al 15% dei soggetti.

Tab.2.1.1 Utenti tossicodipendenti in trattamento nei SerD per tipologia di utente, genere ed età media. Anno 2016.

Caratteristiche	N	%	Età media
Nuovi utenti Maschi	18.585	86,6	32
Nuovi utenti Femmine	2.873	13,4	31
Nuovi utenti totali	21.458		32
Utenti già in carico Maschi	105.000	86,2	41
Utenti già in carico Femmine	16.813	13,8	39
Utenti già in carico Totale	121.813		41
Totale Maschi	123.585	86,2	39
Totale Femmine	19.686	13,8	38
Totale utenti	143.271		39
Rapporto M/F	6,3		

Fonte: Ministero della Salute



Fonte: Ministero della Salute

Nel 2016 oltre 143.000 soggetti tossicodipendenti in trattamento nei SerD.

¹ Non sono inclusi i dati riferiti alla P.A. di Trento.