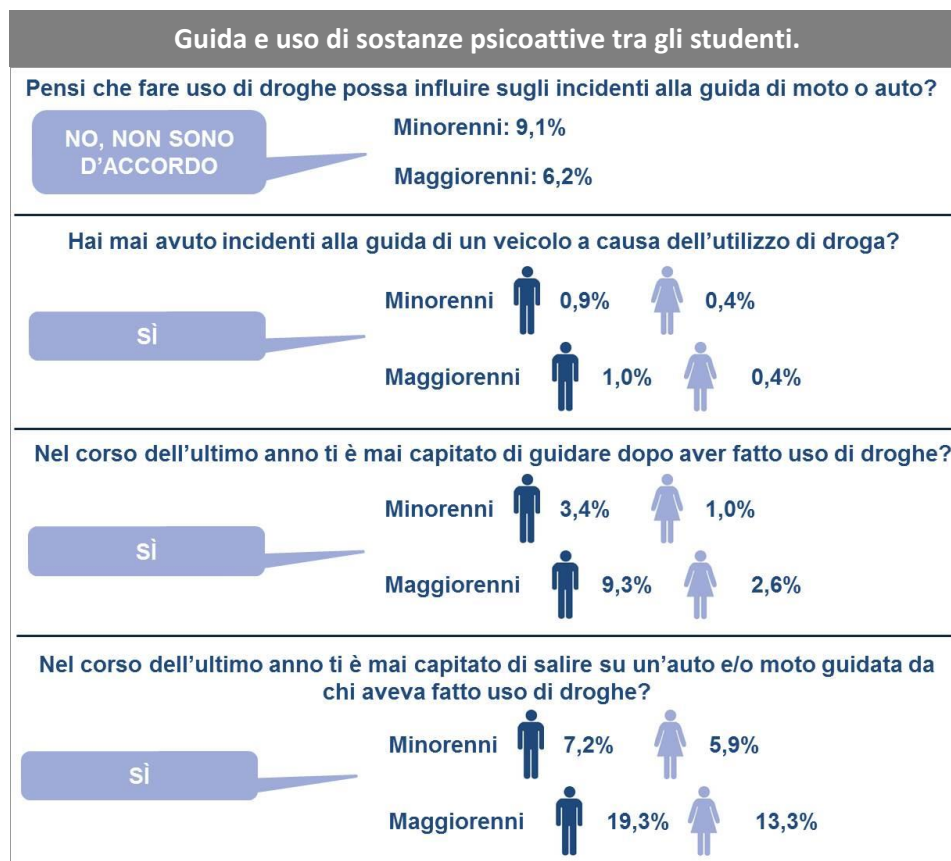


Gli incidenti stradali rilevati da Carabinieri e Polizia Stradale nei quali sono state riportate lesioni a persone e/o almeno uno dei conducenti dei veicoli coinvolti era sotto l'effetto di sostanze stupefacenti sono stati 1.355, pari al 2,3% degli incidenti complessivamente rilevati. Tali quote approssimano per difetto la reale portata del fenomeno, in quanto la Polizia Stradale rileva la quasi totalità degli incidenti

stradali sulle autostrade, mentre i Carabinieri e la Polizia Stradale nel complesso intervengono per oltre il 65% degli incidenti su strade extraurbane e solo in circa il 20% per quelli in ambito urbano. Secondo quanto registrato dai Carabinieri, è proprio sulle strade urbane che si verificano con maggior frequenza gli incidenti droga o alcol correlati.



Fonte: CNR

I dati rilevati dai soli Carabinieri evidenziano che sono stati 748 gli incidenti stradali nei quali almeno uno dei conducenti coinvolti era sotto l'effetto di stupefacenti, 33 sono state le vittime e 1.331 i feriti coinvolti, pari rispettivamente al 2,4%, 2,6% e 2,8% dei totali.

Il 2,3% degli incidenti stradali rilevati dai Carabinieri e Polizia Stradale risulta droga-correlato.

Con riferimento ai dati forniti dalla Polizia Stradale, si rileva che 607 sono stati gli incidenti con lesioni alle persone dovuti alla guida sotto effetto di sostanze stupefacenti e 288 sono quelli nei quali i conducenti dei veicoli coinvolti si sono rifiutati di sottoporsi al test antidroga.

I procedimenti penali per guida sotto l'effetto di sostanze stupefacenti sono in diminuzione.

I procedimenti penali avviati dalle Procure della Repubblica nell'anno 2014 nei confronti di conducenti denunciati per guida sotto effetto di sostanze stupefacenti sono stati 5.330, valori che risultano diminuiti del 9,6% rispetto all'anno precedente.

Mortalità per intossicazione acuta

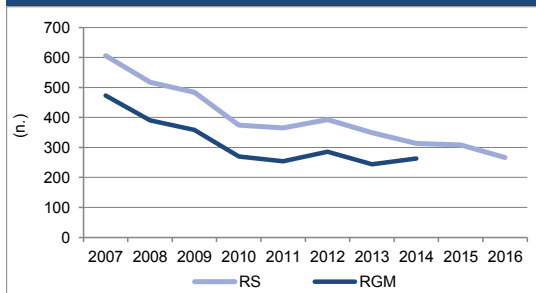
Il paragrafo è stato realizzato utilizzando principalmente il contributo redatto e i dati forniti dal Ministero dell'Interno, Direzione Centrale per i Servizi Antidroga (DCSA) e, limitatamente ad alcune evidenze di trend, a quanto rilevato dal Registro di Mortalità Generale dell'ISTAT. (consultabile in formato tabellare al link <http://www.politicheantidroga.gov.it>).

In Italia le principali evidenze relative ai decessi droga indotti sono quelle che derivano dal Registro Speciale di Mortalità (RS) del Ministero dell'Interno e dal Registro Generale di Mortalità (RGM) dell'ISTAT. Nel primo vengono rilevati i decessi riconducibili all'uso di sostanze stupefacenti rilevati dalle FF.OO o comunque segnalati alle Prefetture-UTG, nel secondo vengono rilevati tutti i decessi che si sono verificati sul territorio nazionale e rispetto ai quali si può attingere al contenuto informativo dei certificati di morte.

Nota: i dati presentati in questo paragrafo sono riferiti alle annualità più recenti rese disponibili dall'Ente fornitore del contributo.

Considerando l'andamento temporale del numero di decessi droga indotti osservato negli ultimi 10 anni, entrambi le rilevazioni concordano nell'evidenziare, in maniera più o meno accentuata, una diminuzione della mortalità droga correlata in Italia (Fig.2.3.1).

Fig.2.3.1 Andamento temporale del numero di decessi droga correlati rilevato dal RS del Ministero dell'Interno e dal RGM dell'ISTAT. Anni 2007-ultima annualità disponibile.



Fonte: Ministero dell'Interno, ISTAT

Focalizzando l'analisi su quanto rilevato dal RS del Ministero dell'Interno, nel 2016³ in Italia si sono osservati 266 decessi droga indotti. Di questi l'89,8% sono riferiti a persone di genere maschile, il 5,6% a persone di nazionalità straniera e il 51,8% a persone con età maggiore di 39 anni. Guardando alla sostanza legata al decesso, nel 44% dei casi essa non è specificata e tra i decessi in cui sia nota la sostanza nel 73% dei casi si tratta di un oppiaceo (principalmente eroina). Rispetto alla distribuzione territoriale del numero di decessi, sono Piemonte (36 decessi rilevati), Toscana (28 decessi), Emilia Romagna e Veneto (25), Lazio e Lombardia (20) le regioni in cui si sono osservati più eventi nel 2016, mentre in Molise non sono stati registrati casi di decessi droga correlati.

“Decessi per overdose: recenti aumenti
 Il consumo di stupefacenti è una causa nota di morte evitabile tra gli adulti europei. Gli studi su coorti di consumatori di stupefacenti ad alto rischio mostrano tassi di mortalità totali compresi tra l'1 e il 2 % l'anno. Nel complesso, i consumatori di oppiacei in Europa hanno una probabilità di morire da 5 a 10 volte maggiore rispetto ai propri coetanei dello stesso sesso. [...] In Europa l'overdose continua a essere la principale causa di morte tra i consumatori di stupefacenti e più di tre quarti delle vittime di overdose sono di genere maschile (78 %). Occorre cautela nell'interpretare i dati relativi all'overdose, tra cui in particolare il totale cumulativo dell'UE, per motivi che includono la sistematica omissione delle segnalazioni in alcuni paesi e i ritardi causati dalle procedure di registrazione. Le stime annue pertanto rappresentano un valore provvisorio minimo.”
 [European Drug Report 2017, EMCDDA]

³ Dato suscettibile di aggiornamento e che non comprende eventi indirettamente riconducibili all'uso di sostanze (ad esempio i decessi a seguito di incidenti stradali per guida in stato di alterazione psicofisica) oppure i decessi di consumatori di droghe dovute a complicazioni patologiche.

Mortalità droga correlata

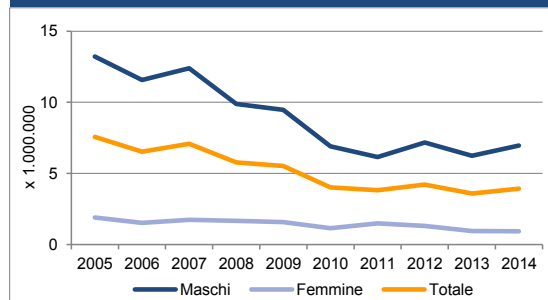
Il paragrafo è stato realizzato utilizzando i dati forniti dall'ISTAT, Servizio sistema integrato salute, assistenza, previdenza e giustizia (consultabile nella versione completa al link <http://www.politicheantidroga.gov.it>).

Quanto rilevato dal RGM dell'ISTAT consente di approfondire l'analisi sulla mortalità droga correlata. Il registro infatti, nell'includere tutti i decessi verificatisi sul territorio nazionale, rileva le informazioni mediche contenute nei certificati di morte, quali ad esempio la causa iniziale, le condizioni patologiche della persona deceduta e altre condizioni di interesse.

Nota: i dati presentati in questo paragrafo sono riferiti al 2014, annualità più recente resa disponibile dall'Ente fornitore del contributo.

Secondo quanto rilevato nell'ultima annualità disponibile e relativa al 2014, in Italia si sono osservati 263 decessi con causa iniziale droga correlata, l'88,2% riferiti a persone di genere maschile, il 6,2% a persone di nazionalità straniera, il 63,9% a persone con età maggiore di 39 anni e il 73,4% di età compresa tra 35 e 54 anni. L'analisi dell'andamento temporale dei tassi standardizzati⁴ di mortalità per genere rilevati dal RGM mostra come la diminuzione della mortalità negli ultimi 10 anni disponibili sia più marcata nel genere femminile, in particolare negli ultimi 4 anni osservati, stante comunque la bassa numerosità di decessi in questa popolazione (Fig.2.4.1).

Fig.2.4.1 Andamento temporale dei tassi standardizzati di mortalità per genere per 1.000.000 di residenti dei decessi con causa iniziale droga correlata. Anni 2005-2014.

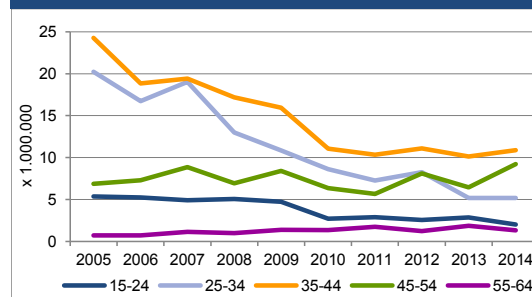


Fonte: ISTAT

⁴ La popolazione utilizzata per la serie storica è la media ricostruita intercensuaria e come popolazione standard è stata utilizzata quella europea (Eurostat 2012)

Rispetto alle fasce di età si osserva nel tempo una diminuzione più evidente in quelle età maggiormente interessate dal fenomeno, in particolare per la fascia 25-34 anni (Fig.2.4.2).

Fig.2.4.2 Andamento temporale dei tassi standardizzati di mortalità per fasce di età per 1.000.000 di residenti dei decessi con causa iniziale droga correlata. Anni 2005-2014.



Fonte: ISTAT

Diminuiscono fra i giovani i decessi droga correlati.

Dal punto di vista della distribuzione territoriale, tra le 252 persone decedute con residenza nota e residenti in Italia, il 79,8% risiedeva nell'area centro settentrionale del paese. Guardando ai tassi standardizzati di mortalità per area geografica non si osserva comunque un gradiente nord-sud e i valori più elevati si rilevano nel centro Italia, sia per quanto riguarda il genere maschile che femminile (Tab.2.4.1).

Tab.2.4.1 Tassi standardizzati di mortalità per regione di residenza e genere per 1.000.000 di residenti dei decessi con causa iniziale droga correlata. Anno 2014.

Area	Maschi	Femmine	Totale
Nord Est	6,6	0,8	3,7
Nord Ovest	6,4	0,5	3,5
Centro	13,1	1,9	7,5
Sud	2,7	0,5	1,6
Isole	6,7	1,1	3,8
ITALIA	6,9	0,9	3,9

Fonte: ISTAT

PAGINA BIANCA

V

**CONTESTO
NORMATIVO E
ATTIVITÀ DI
PREVENZIONE**

Parte V

Elementi chiave

Il contesto normativo e le principali attività:

Il DPA intende procedere alla definizione di un nuovo Piano Nazionale sulle droghe e proseguire nelle azioni riguardanti la prevenzione dell'incidentalità alcol e droga correlata, il Sistema di Allerta Precoce, la prevenzione dell'uso di droghe in ambito scolastico e le attività di studio, ricerca e monitoraggio epidemiologico sul fenomeno droghe.

Le attività di prevenzione:

Nell'ambito del Protocollo d'Intesa con il Dipartimento della Gioventù e del Servizio Civile Nazionale della Presidenza del Consiglio dei Ministri, il DPA nel 2016 ha ammesso al finanziamento 28 progetti riguardanti l'area di intervento sulla Prevenzione dell'incidentalità stradale alcol-droga correlata (indirizzati alla popolazione di 14-35 anni) e ha ammesso al finanziamento 48 proposte progettuali riguardanti l'area di intervento III sulla Prevenzione dell'uso non controllato di internet da parte dei minori (indirizzati ai giovani di 11-18 anni).

Le attività di prevenzione attuate in ambito scolastico:

La metà degli istituti scolastici superiori ha previsto di realizzare giornate/attività specificatamente dedicate alla prevenzione del consumo delle sostanze psicoattive, mostrando negli ultimi anni un progressivo aumento dal 2014.

Un quarto circa degli istituti scolastici superiori ha realizzato almeno un progetto di prevenzione (strutturato in più giornate e/o moduli di intervento). Gli interventi di prevenzione all'uso di sostanze psicoattive sono più frequenti al centro e al sud. Per oltre la metà dei progetti censiti gli insegnanti stessi sono i responsabili della realizzazione.

Le attività di prevenzione attuate dalle Forze Armate e dall'Arma dei Carabinieri:

Le Forze Armate e l'Arma dei Carabinieri portano avanti regolarmente attività di prevenzione universale e di contrasto all'uso di sostanze psicoattive, legali e illegali; tali attività sono svolte attraverso accertamenti sanitari periodici.

Le attività di prevenzione svolte a livello territoriale:

Le attività di prevenzione universale dirette alla comunità locale risultano diffuse a livello territoriale, così come quelle svolte in ambito scolastico, che hanno l'obiettivo prioritario di favorire lo sviluppo di abilità sociali e di life-skills, ma anche di aumentare il livello di informazione sui rischi correlati al consumo di sostanze. Gli interventi di prevenzione rivolti alle famiglie risultano più limitati.

Gli interventi di prevenzione selettiva vengono realizzati prevalentemente presso le strutture e i Servizi specifici per le dipendenze; risultano ampiamente diffusi quei progetti che coinvolgono giovani con problematiche legate alla giustizia e quelli inseriti in strutture di accoglienza, così come i progetti di sensibilizzazione e informazione e gli interventi educativi che mirano ad aumentare la consapevolezza dei rischi connessi ai comportamenti di uso e di trovare efficaci alternative.

A livello di prevenzione indicata risultano abbastanza diffusi gli interventi brevi attuati in ambito scolastico.

Capitolo 1

IL CONTESTO NORMATIVO

1.1 Principali azioni nazionali

1.2 Quadro giuridico

Principali azioni nazionali

La documentazione cui si fa riferimento nel testo è consultabile nella versione completa al link: <http://www.politicheantidroga.gov.it>.

In Italia le strategie nazionali e le politiche d'azione sono contenute nel Piano di Azione Nazionale (PAN) sulle Droghe 2010-2013, adottato dal Consiglio dei Ministri 29 Ottobre 2010, tuttora in vigore. Il Piano è stato integrato nel 2013 con un Piano d'Azione Nazionale sulle Nuove Sostanze Psicoattive (PAN-NSP). Il piano di azione è diviso in 5 principali aree di intervento: prevenzione, cura e diagnosi delle dipendenze, riabilitazione e reinserimento, monitoraggio e valutazione, la legislazione, le attività di contrasto e la giustizia minorile. Queste 5 aree sono raggruppate in due grandi ambiti: riduzione della domanda e riduzione dell'offerta.

Anche nel PAN-NSP vengono specificati 6 ambiti di intervento: area epidemiologica, dell'allerta precoce e del networking; potenziamento diagnostico; prevenzione e riduzione della domanda; riduzione dell'offerta; ricerca scientifica; collaborazioni, coordinamento e formazione.

In vista dell'approvazione del nuovo Piano d'Azione dell'Unione Europea sulla lotta alla droga, il Dipartimento Politiche Antidroga intende procedere alla elaborazione di un **Nuovo Piano Nazionale** in grado di fornire indicazioni, in linea con quelle europee e internazionali, alle Amministrazioni centrali e regionali per le politiche e le azioni di lotta alla droga. Si intende inoltre sollecitare le singole Regioni e Province Autonome, nel rispetto della loro autonomia, a formulare e aggiornare le strategie politiche locali e i Piani di Azione regionali, oltre che a riorganizzare e adeguare i servizi deputati, anche in considerazione dei mutamenti che interessano il fenomeno delle dipendenze, in particolar modo nell'ambito delle NPS.

Soprattutto in relazione alle NPS è intento del Dipartimento quello di **incentivare e promuovere gli interventi di prevenzione**, specialmente nella popolazione giovanile, sia attraverso la proposizione di accordi con altre amministrazioni centrali per lo sviluppo di azioni comuni, sia con campagne di comunicazione, nonché attraverso il potenziamento dei sistemi di monitoraggio epidemiologico e di sistemi di allerta precoce.

In tale ottica, infatti, uno degli obiettivi del DPA è quello di proseguire nelle azioni già intraprese, quali il progetto **“La prevenzione dell'incidentalità stradale alcol/droga correlata”**. Trattasi di una serie di azioni

avviate con la definizione del Protocollo di Intesa siglato in data 23 Dicembre 2015 e del relativo Accordo Esecutivo del 7 aprile 2016, sottoscritti dal Dipartimento Politiche Antidroga della Presidenza del Consiglio dei Ministri con il Dipartimento della Pubblica Sicurezza del Ministero dell'Interno.

Tale iniziativa è stata successivamente implementata estendendo la collaborazione anche all'Arma dei Carabinieri e al Corpo della Guardia di Finanza, attraverso il nuovo accordo stipulato nel Dicembre 2016. Tale accordo prevede anche la prosecuzione di attività già previste in capo alla Polizia di Stato, ulteriormente arricchite da previsioni in materia di campagne di sensibilizzazione e informazioni, rivolte particolarmente ai giovani. Ai sensi delle suddette intese, il Dipartimento di Pubblica Sicurezza, l'Arma dei Carabinieri e il Corpo della Guardia di Finanza potranno utilizzare le risorse messe a disposizione dal DPA, tratte dal Fondo Incidentalità Notturna - di cui al D.L. n. 117 del 2007, convertito dalla Legge 160 del 2007 - istituito presso la Presidenza del Consiglio dei Ministri, nel quale confluisce una quota delle sanzioni comminate per talune violazioni al codice della strada. Tali risorse sono destinate, in particolare, ad acquisizioni di sofisticate tecnologie, di strumenti precursori per il controllo preliminare della presenza di stupefacenti e dei relativi kit diagnostici per gli accertamenti di laboratorio, secondo rigorosi protocolli tecnico-scientifici e sanitari.

L'obiettivo complessivo è finalizzato a ridurre l'incidentalità stradale alcol-droga correlata, incrementando i controlli per contrastare la guida sotto l'effetto di sostanze stupefacenti e in stato d'ebbrezza alcolica, ma anche migliorando la specifica offerta informativa del Dipartimento, il cui sito istituzionale è stato dotato anche di una sezione specificatamente dedicata al tema.

Nel corso del 2016, inoltre, sono state poste le basi per la **centralizzazione del “Sistema Nazionale di Allerta Precoce”** presso l'Istituto Superiore di Sanità che si avvale del supporto della rete dei centri collaborativi. L'attività del sistema è finalizzata ad intercettare precocemente la comparsa di nuove droghe e nuove modalità di consumo sul territorio, a segnalare tempestivamente l'allerta alle strutture preposte alla tutela e alla promozione della salute; ad adottare adeguate misure in risposta alle emergenze segnalate.

Per quanto riguarda le **attività di prevenzione dell'uso di droghe tra gli studenti**, sono in fase di ultimazione le attività frutto del Protocollo siglato il 19 Dicembre 2012 tra il Dipartimento Politiche Antidroga in collaborazione con il Ministero dell'Istruzione, Università e Ricerca.

Attualmente sono in fase di ideazione, le nuove priorità di azione, finalizzate all'attivazione di interventi di prevenzione nella popolazione giovanile e proposizione di stili di vita sani che verranno poste in essere nel nuovo protocollo di collaborazione

Infine, il Dipartimento ha avviato il Progetto **"MONITORING"** esecutivo dell'Accordo di cooperazione con l'Istituto di Fisiologia Clinica del CNR per l'attuazione di attività di studio e ricerca sul fenomeno delle dipendenze e per il supporto all'Osservatorio Epidemiologico Nazionale delle Dipendenze. Il progetto si propone di eseguire uno studio di fattibilità finalizzato all'implementazione di un Osservatorio Epidemiologico Nazionale sul fenomeno delle dipendenze.

L'obiettivo sarà perseguito sia attraverso la revisione sistematica delle informazioni esistenti (flussi informativi correnti di competenza delle Amministrazioni centrali e periferiche dello Stato, studi epidemiologici ad hoc e ogni altra informazione rilevante), sia attraverso lo svolgimento di due studi campionari necessari per l'aggiornamento dell'indicatore epidemiologico descrittivo della diffusione dei consumi di sostanze psicoattive nella popolazione.

Quadro giuridico

La documentazione cui si fa riferimento nel testo è consultabile nella versione completa al link: <http://www.politicheantidroga.gov.it>.

In tema di stupefacenti e tossicodipendenze la disciplina fondamentale è dettata dal DPR 309/1990 “Testo unico delle leggi in materia di disciplina degli stupefacenti e sostanze psicotrope, prevenzione, cura e riabilitazione dei relativi stati di tossicodipendenza”, che nel corso degli anni ha subito successive integrazioni e modifiche, sia ad opera del legislatore che del giudice costituzionale.

Di recente, dopo le modifiche conseguenti alla sentenza della Corte Costituzionale n. 32/2014, che ha ripristinato la disciplina vigente prima della Legge 21 Febbraio 2016, n. 49 (cd Legge Fini-Giovanardi), il Testo Unico ha ulteriormente subito alcuni interventi del legislatore.

Riguardo all’art. 73 DPR 309/90 e alle pene in esso previste, è da segnalare l’Ordinanza n. 1418 del 12 Gennaio 2017 della Cassazione Penale, Sezione VI che ritiene rilevante e non manifestamente infondata la questione di legittimità costituzionale dell’art. 73, comma 1, DPR n. 309/1990, come risultante a seguito della sentenza n. 32 del 2014 della Corte Costituzionale, per contrasto con gli artt. 25, 3 e 27 Cost. quanto alla pena minima edittale. Se la Legge Fini Giovanardi, per i reati di cui all’art. 73 DPR 309/90, da una parte prevedeva lo stesso trattamento sanzionatorio della reclusione da 6 a 20 anni e della multa da € 26.000 a 260.000, senza distinzione tra droghe leggere e droghe pesanti, aveva d’altra parte abbassato il minimo edittale da 8 anni (come nella disciplina previgente Iervolino – Vassalli) a 6 anni. La questione sollevata, dunque, si incentra sull’affermazione che la sentenza della Corte Cost. n. 32/2014, ripristinando la disciplina previgente alla legge Fini Giovanardi, avrebbe reintrodotta una pena edittale minima più grave, annullando così una norma penale favorevole al reo.

Altro intervento legislativo è rappresentato dal **Decreto Legislativo 29 Ottobre 2016 n. 202 di Attuazione della direttiva 2014/42/UE** relativa al congelamento e alla confisca dei beni strumentali e dei proventi da reato nell’Unione europea. La legge prevede l’obbligatorietà della confisca, anche per equivalente, del profitto o del prodotto di alcuni gravi reati, tra cui quelli previsti dall’art. 73 del DPR 309/1990.

Ancora in tema di azioni di contrasto all’uso di sostanze psicoattive, nel 2016 con l’approvazione della **legge 23 Marzo 2016 n. 41**, è stata introdotta nell’ordinamento la figura del cd “omicidio stradale”, quale autonomo reato colposo, distinto dalle ipotesi di omicidio colposo previste dall’art. 589 c.p.. La legge, nel punire la condotta di “chiunque cagioni per colpa la morte di una persona con violazione delle norme sulla disciplina della circolazione stradale” prevede la fattispecie aggravata, punita con la pena da 8 a 12 anni, per chi provoca la morte di una persona, ponendosi alla guida di un veicolo a motore, sotto effetto di droghe o in stato di ebbrezza grave (con un tasso alcolemico superiore a 1,5 grammi per litro).

Sul versante dell’assistenza, cura e riabilitazione delle persone tossicodipendenti una importante innovazione è costituita dall’emanazione del **DPCM 12 Gennaio 2017 contenente i nuovi Livelli Essenziali di Assistenza (LEA)**, il cui schema era già stato approvato con l’Intesa Stato Regioni n. 157 del 7 Settembre 2016 e che sostituisce il vigente DPCM del 29 Novembre 2001.

Il Decreto introduce una importante novità in quanto inserisce la riduzione del danno tra le prestazioni di Assistenza socio-sanitaria domiciliare e territoriale che il Servizio sanitario nazionale deve assicurare alle persone con dipendenze patologiche (articolo 28, comma 1, lettera k).

Rispetto alla normativa regionale sulle tossicodipendenze, particolare rilevanza riveste la disciplina della **sanità penitenziaria**.

In tale ambito le singole Regioni hanno adottato atti di recepimento dell’Accordo del 22 Gennaio 2015 della Conferenza Unificata sul documento “Linee guida in materia di modalità di erogazione dell’assistenza sanitaria negli istituti penitenziari per adulti; implementazione delle reti sanitarie regionali e nazionali”. Esse inoltre, al fine di consentire l’applicazione delle misure sanzionatorie alternative alla detenzione, come il lavoro di pubblica utilità, ai condannati tossicodipendenti, hanno stipulato **Protocolli di Intesa con il Ministero della Giustizia**.

I Protocolli hanno la finalità di dare piena attuazione ai principi sottesi alla normativa in materia di tossicodipendenza, rivolti alla riabilitazione e alla risocializzazione dei soggetti con diagnosi di dipendenza, anche attraverso l'attuazione di specifici programmi di recupero.

Sempre in ambito regionale, si evidenziano diversi provvedimenti di **riorganizzazione della rete dei servizi per le dipendenze** e di ridefinizione dei requisiti per l'autorizzazione all'esercizio di attività sanitaria e

socio-assistenziale delle strutture residenziali e semiresidenziali per le dipendenze (Abruzzo, Liguria, Marche, Emilia Romagna, Piemonte, Puglia, Veneto, Valle D'Aosta).

PAGINA BIANCA

Capitolo 2

ATTIVITÀ DI PREVENZIONE

2.1 Prevenzione e contrasto al disagio giovanile

2.2 Interventi di prevenzione in ambito scolastico

2.3 Attività di prevenzione e di contrasto all'uso di sostanze psicoattive nelle Forze Armate e nell'Arma dei Carabinieri

2.4 Interventi di prevenzione in ambito territoriale

Prevenzione e contrasto al disagio giovanile

La documentazione cui si fa riferimento nel testo è consultabile nella versione completa al link: <http://www.politicheantidroga.gov.it>.

Il Dipartimento per le Politiche Antidroga e il Dipartimento della Gioventù e del Servizio civile nazionale della Presidenza del Consiglio dei Ministri hanno siglato il 18 Marzo 2015 un Protocollo d'Intesa con la finalità di promuovere, nel mondo giovanile, la prevenzione dell'uso di sostanze psicotrope e stupefacenti con una particolare attenzione alla ricostruzione di un tessuto sociale inclusivo, in grado di sviluppare i fattori di benessere individuali come la coesione e la crescita culturale e partecipativa. Con la sottoscrizione del Protocollo d'intesa i Dipartimenti della Gioventù e del Servizio Civile Nazionale e delle Politiche Antidroga si sono impegnati a intraprendere, di comune intesa, iniziative finalizzate alla rimozione degli ostacoli al pieno esercizio dei diritti dei giovani, in particolare dei giovani che vivono in condizioni di disagio, promuovendo la prevenzione dell'uso di droghe convenzionali e non convenzionali.

Gli ambiti di intervento per i quali sono state presentate le proposte progettuali sono i seguenti:

I. Prevenzione e contrasto al disagio giovanile attraverso l'inserimento dei giovani NEET (Not (engaged) in Education, Employment or Training) di età compresa fra i 14 e i 28 anni; tale ambito è di competenza del Dipartimento Gioventù e Servizio civile nazionale. Si tratta di azioni promosse a livello territoriale che, avvalendosi dell'innovazione sociale e del lavoro in rete, agiscono per contrastare la diffusione di comportamenti a rischio e promuovere il reinserimento fra i giovani appartenenti allo specifico target.

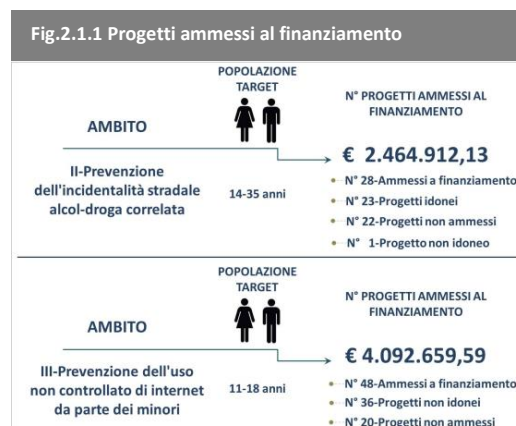
II. Prevenzione dell'incidentalità stradale causata dalla guida in stato di alterazione psicofisica da alcol e/o droga, di competenza del Dipartimento Politiche Antidroga.

III. Prevenzione dell'uso non controllato di internet da parte dei minori, di competenza del Dipartimento Politiche Antidroga, attraverso la promozione dell'uso consapevole del web e il controllo di siti potenzialmente pericolosi.

Nel corso del 2016 il Dipartimento Politiche Antidroga ha stanziato i fondi per finanziare due delle tre linee di intervento previste dal Protocollo d'Intesa del 2015. La Commissione di valutazione, appositamente costituita, ha ammesso a finanziamento: 28 progetti nell'ambito II (Prevenzione dell'incidentalità stradale alcol-droga correlata), per un totale di Euro 2.464.912,13; 48 proposte progettuali nell'ambito III (Prevenzione dell'uso non controllato di internet da parte dei minori), per un totale di Euro 4.092.659,59.

Nel 2016 il DPA ha finanziato due linee di intervento del Protocollo 2015 sulla prevenzione.

La Figura 2.1.1 descrive sinteticamente i progetti ammessi al finanziamento nell'ambito della "Prevenzione e contrasto al disagio giovanile" di competenza del Dipartimento Politiche Antidroga (Ambito II e III).



Fonte: DPA

Interventi di prevenzione in ambito scolastico

Il presente paragrafo è stato realizzato utilizzando il contributo del Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca - Direzione Generale per lo Studente, l'Integrazione e la Partecipazione – e il contributo redatto dal gruppo di Ricerca di Epidemiologia e ricerca sui servizi sanitari dell'Istituto di Fisiologia Clinica del CNR (consultabili nella versione completa al link: <http://www.politicheantidroga.gov.it>).

Il Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca (MIUR) è impegnato nella prevenzione delle dipendenze. La scuola, infatti, è il contesto privilegiato per realizzare interventi efficaci di promozione di stili di vita sani e di prevenzione delle tossicodipendenze favorendo lo sviluppo della personalità dei giovani, aiutando coloro che presentano comportamenti o atteggiamenti riferibili all'insicurezza, alla sfiducia e alla disistima e rendendoli autonomi e responsabili nelle scelte per favorire stili di vita salutari e comportamenti sociali adeguati.

La collaborazione tra MIUR e DPA si è concretizzata, nel biennio scolastico 2015/2017, mediante la realizzazione di progetti che hanno visto coinvolti gli studenti delle scuole secondarie di I e II grado in tema di prevenzione della guida in stato psicofisico alterato da alcol e/o sostanze stupefacenti. I progetti hanno previsto incontri strutturati con esperti e la distribuzione di materiali didattico/informativi mirati a fornire approfondimenti sui danni per la salute derivati dall'uso di droghe e alcol, nonché sui rischi correlati alla guida in stato di alterazione da assunzione di sostanze psicoattive. Per una maggiore efficacia, gli stessi progetti hanno coinvolto anche docenti e genitori attraverso incontri di formazione con team di esperti.

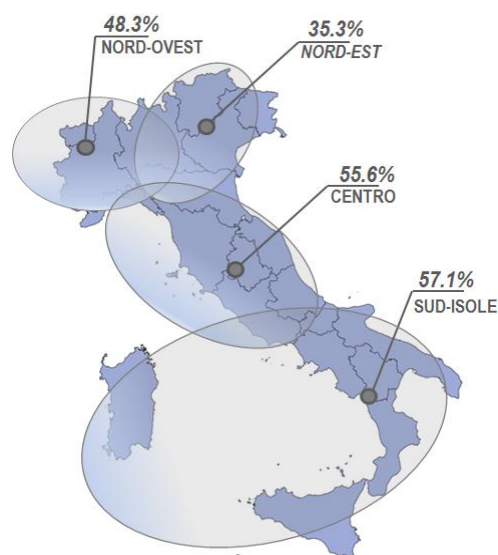
Nel presente contributo, inoltre, si illustrano le iniziative di prevenzione sull'uso di sostanze psicoattive, lecite e illecite e sul doping, attuate negli istituti superiori che negli anni hanno partecipato allo studio ESPAD®Italia. I dati sono stati rilevati attraverso la compilazione da parte dei dirigenti scolastici di un questionario, costruito sulla base delle direttive EMCDDA (European Monitoring Centre on Drugs and Drug Addiction), con lo scopo di rilevare informazioni sia generali sui progetti attuati nelle scuole (prima parte) che specifiche sulle singole progettualità svolte (seconda parte).

La programmazione delle attività prevede un'intensa collaborazione interistituzionale con il Dipartimento delle Politiche Antidroga della Presidenza del Consiglio dei Ministri (DPA).

Il MIUR collabora con il Dipartimento per tutte le iniziative di prevenzione delle tossicodipendenze che coinvolgono le Istituzioni Scolastiche.

Il MIUR a partire dall'anno scolastico 2017/18, avvierà un progetto che coinvolgerà gli studenti delle scuole di ogni ordine e grado con l'obiettivo di promuovere una serie di iniziative atte a prevenire le dipendenze dalle sostanze stupefacenti, l'assunzione di farmaci senza prescrizione medica, l'uso di alcol, di fumo e il gioco d'azzardo.

Fig.2.2.1 Percentuali di istituti che hanno organizzato attività specifiche di prevenzione del consumo di sostanze psicoattive. ESPAD®Italia 2016.

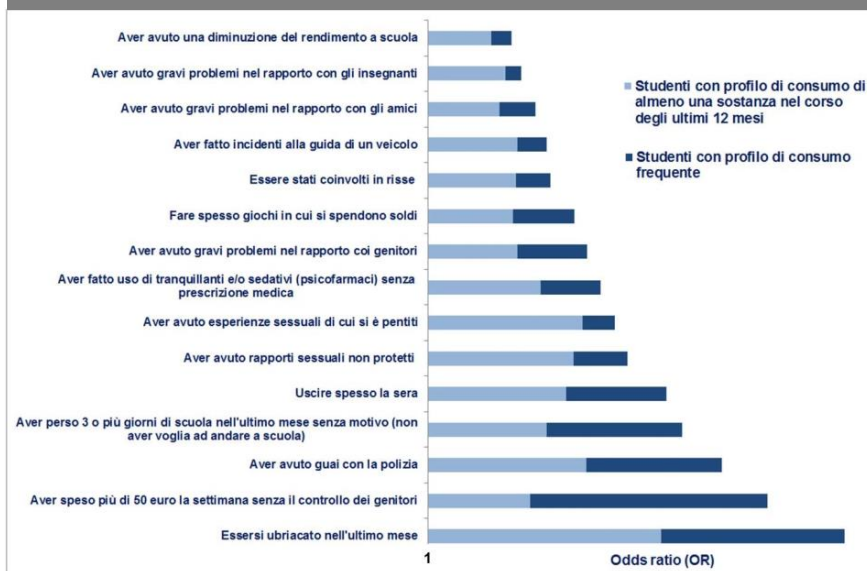


Sostanze Psicoattive
Dato Nazionale 50% ESPAD®ITALIA
ANNO 2016

Spunti per un'accurata progettazione.

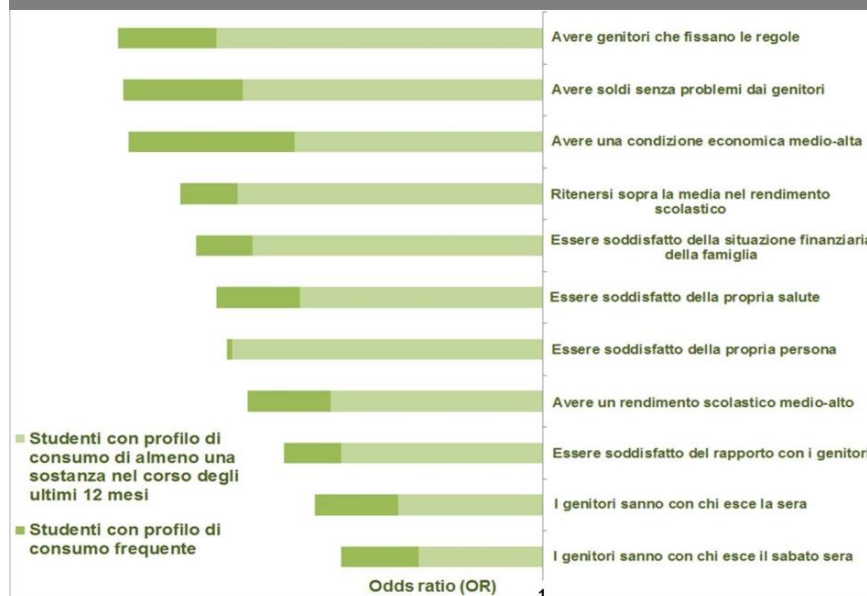
Individuare i fattori causali concorrenti e capire come interagiscono tra di loro è di fondamentale importanza per comprendere i sistemi e le dinamiche tipiche dei determinanti delle dipendenze. Riconoscerli precocemente negli individui permette di agire per correggerli nei diversi ambienti in funzione preventiva e di recupero.

Fattori associati positivamente al consumo di sostanze ("a rischio")



Fonte: CNR

Fattori associati negativamente al consumo di sostanze ("protettivi")



Fonte: CNR

Odds Ratio

L'Odds Ratio misura l'associazione tra variabili come stima del rapporto tra la probabilità di presentare un certo evento tra chi ha certe caratteristiche e la probabilità di presentare lo stesso evento tra chi non ha quelle caratteristiche. Una caratteristica risulta protettiva verso un evento spiacevole quando la presenza della caratteristica riduce la probabilità di osservare l'evento. A contrario una caratteristica risulta fattore di rischio verso un evento non gradito quando la presenza della caratteristica aumenta la probabilità di osservare l'evento stesso. In verde sono riportate le caratteristiche in corrispondenza delle quali si osserva una minore probabilità di essere consumatori (o nell'ultimo anno o frequenti), in blu sono riportate quelle caratteristiche in corrispondenza delle quali si osserva una maggiore probabilità di essere consumatori (o nell'ultimo anno o frequenti).