

A livello nazionale, ad oggi, poco più della metà (54,9%) dei dirigenti scolastici riferisce l'esistenza di un Piano provinciale/regionale/locale sulla prevenzione dell'uso di sostanze psicoattive.

Il 50% degli istituti scolastici ha previsto di realizzare delle giornate/attività di studio interamente dedicate alla prevenzione del consumo delle sostanze psicoattive, a dimostrazione del crescente impegno in questo ambito rispetto alle ultime tre annualità.

Considerando la suddivisione in macroaree¹, oltre la metà degli istituti scolastici delle regioni del Centro-Italia e di quelli del Sud/Isole ha programmato giornate/attività specificatamente dedicate alla prevenzione del consumo di sostanze psicoattive. Al contrario, negli istituti scolastici del Nord-Italia questo tipo di iniziative risultano numericamente inferiori rispetto al dato nazionale.

Fig.2.2.2 Trend delle percentuali degli istituti che hanno organizzato attività specifiche di prevenzione del consumo di sostanze.



Fonte: CNR

¹ NORD-EST: Emilia-Romagna, Friuli-Venezia Giulia, Veneto, Province Autonome di Trento e Bolzano. NORD-OVEST: Liguria, Lombardia, Piemonte, Valle d'Aosta. CENTRO: Lazio, Marche, Toscana e Umbria. SUD-ISOLE: Abruzzo, Basilicata, Calabria, Campania, Molise, Puglia, Sardegna, Sicilia.

Gli interventi di prevenzione all'uso di sostanze psicoattive sono più frequenti al centro e al sud.

Le attività progettuali specifiche.

Sono oltre un quarto (25,8%) gli istituti scolastici superiori che nell'anno 2016 hanno riferito di aver svolto almeno un progetto di prevenzione (Figura 2.2.3). La maggior parte dei progetti di prevenzione attuati affronta le tematiche del consumo delle sostanze psicoattive legali e illegali (70,2%), circa la metà riguarda il benessere personale (45,6%), il 40,0% la sessualità e le malattie sessualmente trasmissibile (MST) e poco più di un terzo la prevenzione delle forme di disagio personale (35,1%)².

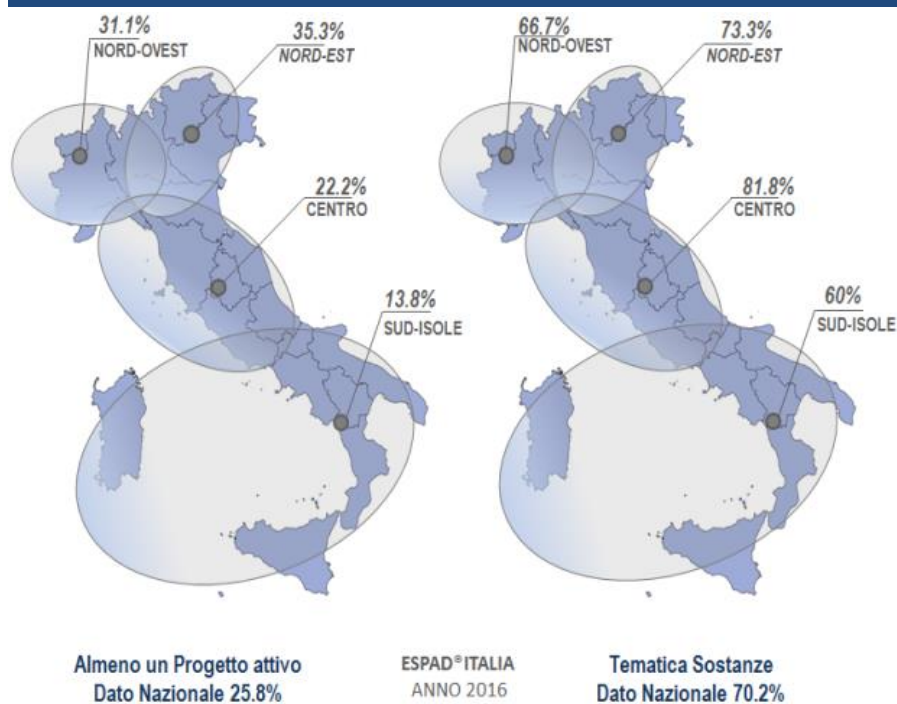
Fra i progetti censiti, quelli che mirano prevalentemente ad accrescere negli studenti la conoscenza e consapevolezza dei rischi per la salute derivanti dalla pratica di comportamenti a rischio sono passati dal 65,9% del 2007 al 67,4% del 2011 al 61,5% nell'ultimo anno. Seguono quelli finalizzati alla promozione della resilienza e delle capacità personali e/o sociali che si attestano al 15,9% nel 2008 e al 10,3% nell'ultima rilevazione.

A una diminuzione della percentuale degli istituti che organizzano attività di prevenzione corrisponde un aumento del consumo di sostanze.

²

Lo strumento di rilevazione prevede anche risposte multiple.

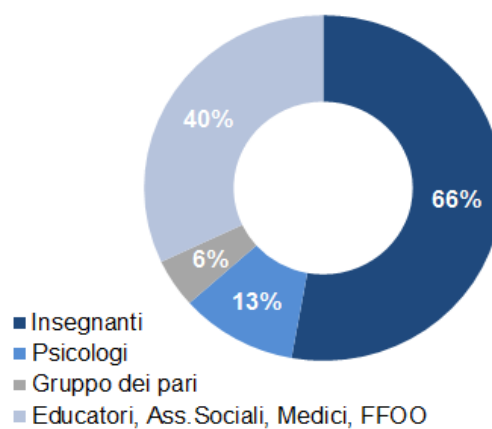
Fig.2.2.3 Percentuali degli istituti che hanno svolto almeno un progetto di prevenzione (fig. a sinistra) e percentuale di istituti che hanno affrontato la tematica del consumo delle sostanze psicoattive, legali e illegali (destra). ESPAD®Italia 2016



Fonte: CNR

Fig.2.2.4 Distribuzione percentuale dei Responsabili principali per la realizzazione del progetto di prevenzione. ESPAD®Italia 2016

Per oltre la metà dei progetti censiti gli insegnanti stessi sono i responsabili della realizzazione.



Fonte: CNR

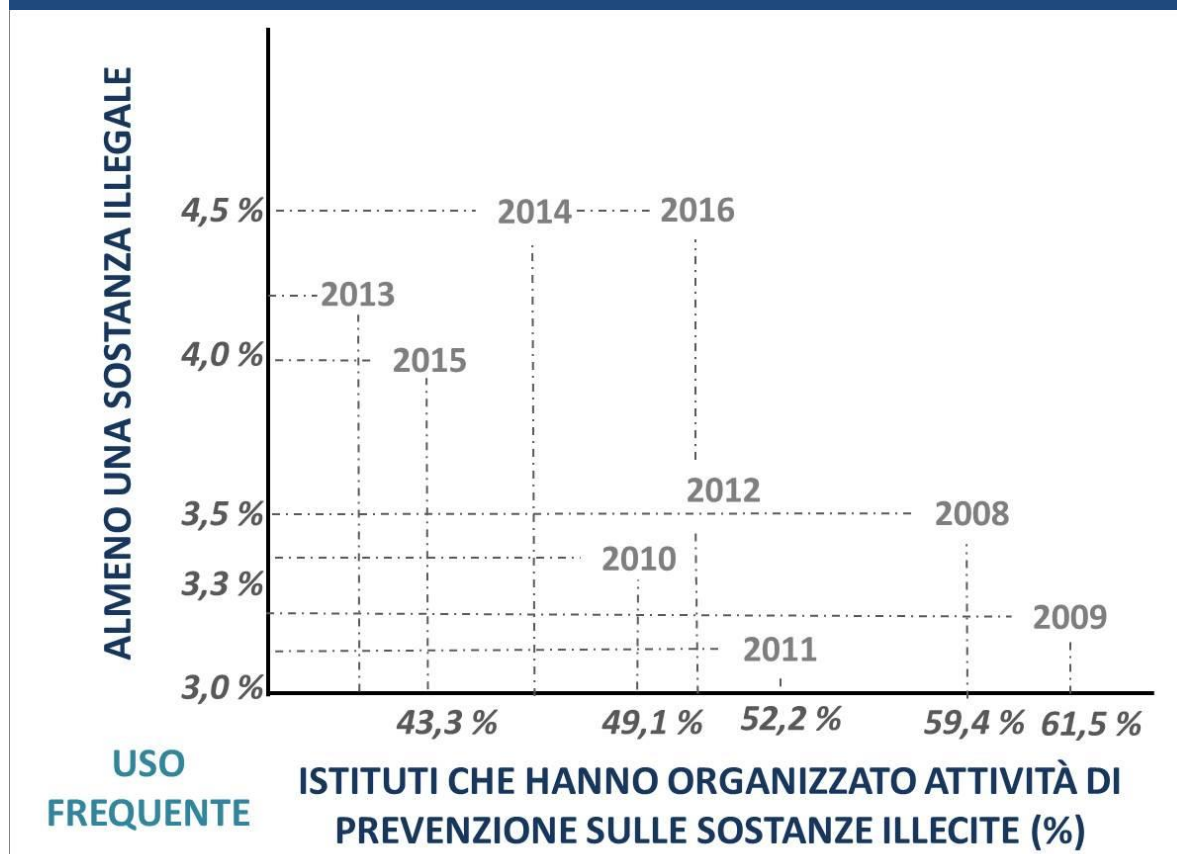
Attività di prevenzione e comportamenti a rischio.

Di seguito vengono presentati gli andamenti temporali congiunti di alcune stime percentuali di utilizzatori di sostanze rilevate dallo studio ESPAD®Italia e della quota di istituti che organizzano attività di prevenzione dedicate a specifici comportamenti e consumi. La Figura 2.2.5 evidenzia come al diminuire del numero di istituti scolastici che hanno avviato progetti/attività di prevenzione in questo ambito, corrisponda una tendenza all'aumento delle percentuali di consumatori frequenti di almeno una sostanza illegale nell'ultimo mese: (20 o più volte per la cannabis e 10 o più volte per le altre sostanze).

Si rileva, infatti, come a fronte di una tendenziale riduzione della quota degli istituti che hanno attuato progetti/attività di prevenzione all'uso delle sostanze psicoattive (circa il 60% nel 2008, il 50% nel 2012, 50% nel 2016) corrisponda un generale incremento della diffusione dell'uso di sostanze illegali, nello specifico l'uso frequente di almeno una sostanza illegale passa dal 3,5% del 2008 al 4,5% dell'ultima rilevazione ESPAD®ITALIA.

Gli istituti scolastici che hanno programmato interventi di prevenzione sono diminuiti del 20%.

Fig.2.2.5 Stime percentuali di consumatori frequenti di ALMENO UNA SOSTANZA ILLEGALE tra gli studenti e percentuale di istituti scolastici che hanno organizzato/programmato attività di prevenzione dei consumi psicoattivi. ESPAD®Italia 2009-2016



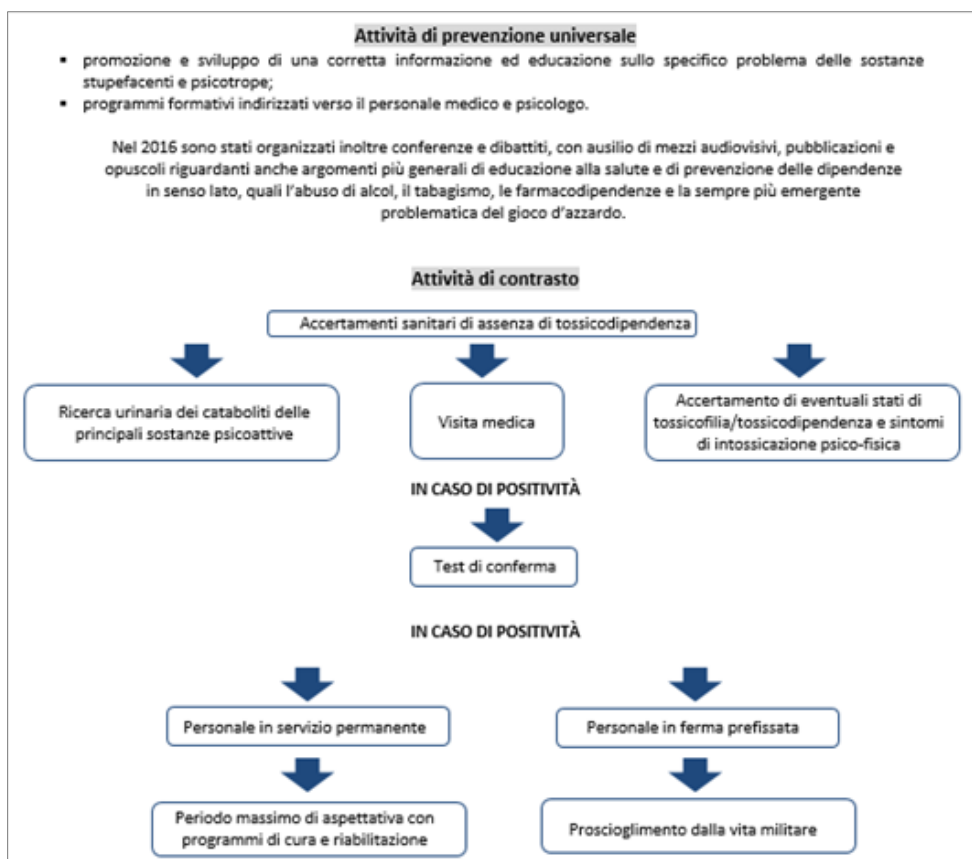
Attività di prevenzione e contrasto all'uso di sostanze psicoattive nelle Forze Armate e nell'Arma dei Carabinieri

Il presente paragrafo è stato realizzato utilizzando il contributo redatto dal Ministero della Difesa, Osservatorio Epidemiologico della Difesa (consultabile nella versione completa al link: <http://www.politicheantidroga.gov.it>).

La prevenzione della diffusione e il contrasto all'uso di sostanze stupefacenti nel contesto militare permangono quali obiettivi importanti perseguiti dal Ministero della Difesa. Anche nel corso del 2016, infatti, tutte le strutture militari di vertice hanno proseguito nell'opera di sensibilizzazione, prevenzione e controllo in favore di tutte le articolazioni dipendenti, fino ai minori livelli, al fine di assolvere alla prioritaria esigenza di assicurare, costantemente e continuativamente, personale integro sul piano psico-fisico e, conseguentemente, idoneo ad assolvere a tutti gli obblighi istituzionali e di servizio in piena sicurezza per sé e per la collettività.

Tutte le Forze Armate e l'Arma dei Carabinieri, per le ovvie ricadute in termini di operatività e di efficienza del personale, sottopongono il proprio personale a controlli periodici e percentualmente anche maggiori rispetto agli standard di forza assegnata (per l'Esercito Italiano, ad esempio, sono previsti controlli a periodicità mensile sul 5% della forza in Patria e a periodicità settimanale sul 3% del personale operante fuori dai confini nazionali).

I risultati dei controlli periodici sono riportati nella Parte II paragrafo 2.2.



Interventi di prevenzione in ambito territoriale

I dati riportati nel presente paragrafo sono stati estratti dall'analisi dei questionari standardizzati predisposti dell'EMCDDA (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction) e compilati dai referenti regionali competenti per materia.

L'obiettivo di questo contributo è quello di fornire una panoramica sugli interventi attivati in ambito regionale nell'area della prevenzione universale, selettiva e indicata. I dati analizzati sono stati estratti dai questionari standardizzati predisposti dell'EMCDDA (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction).

I questionari sono stati inviati per la compilazione dalla Commissione Salute della Conferenza delle Regioni e delle Province Autonome - sottogruppo Dipendenze ai referenti regionali competenti per le dipendenze patologiche.

Il presente paragrafo è stato elaborato sulla base delle informazioni fornite dalle Regioni Valle d'Aosta, Piemonte, Liguria, Friuli Venezia Giulia, Veneto, Emilia-Romagna, Toscana, Marche, Puglia, Sardegna, nonché dalla Provincia Autonoma di Bolzano.

Prevenzione Universale

Gli interventi di prevenzione universale sono rivolti alla popolazione generale e rappresentano lo strumento che consente di raggiungere la maggioranza degli individui di una popolazione. Essi infatti hanno come target principali la popolazione generale, le comunità – definite come luogo o contesto piuttosto che come una collettività – le famiglie e, come target privilegiato, la popolazione giovanile.

La prevenzione universale mira a ridurre i comportamenti a rischio correlati all'uso di sostanze, fornendo le competenze necessarie per evitare o ritardare l'iniziazione al consumo di sostanze e promuovere comportamenti consapevoli utili al raggiungimento del benessere. Nella prevenzione universale si presume che tutti i membri della popolazione condividano lo stesso rischio generale di consumo di sostanze, sebbene il rischio possa variare notevolmente tra gli individui.

I contesti di attuazione degli interventi di prevenzione universale sono la comunità, la famiglia e le scuole.

Attività svolte in ambito di comunità locale

A livello di comunità locale tutte le Regioni/Province Autonome rispondenti hanno sviluppato piani che prevedono l'integrazione di diversi attori istituzionali e reti formali per coordinare interventi indirizzati alla prevenzione dell'uso di droghe. Tra queste sono 8 quelle che hanno previsto di estendere tale attività alla maggior parte della popolazione, risultando così una copertura completa o estesa del territorio di competenza.

La stessa copertura è stata garantita in circa la metà delle Regioni anche per gli interventi che offrono alternative all'uso di droghe, come ad esempio il coinvolgimento della comunità locale in attività sportive, all'aria aperta e iniziative di scrittura creativa.

I piani di intervento regionali prevedono l'integrazione di attori istituzionali e reti formali.

Attività svolte in ambito familiare

Le attività di prevenzione che coinvolgono le famiglie sono state attivate in 10 Regioni con una copertura territoriale limitata per 6 Regioni. Questi interventi sono stati attuati per lo più da Aziende Sanitarie Locali, SerD e istituti scolastici. Un medesimo quadro si rileva anche rispetto ad iniziative che prevedono incontri e attività di formazione su temi specifici rivolte alle famiglie.

Attività svolte in ambito scolastico

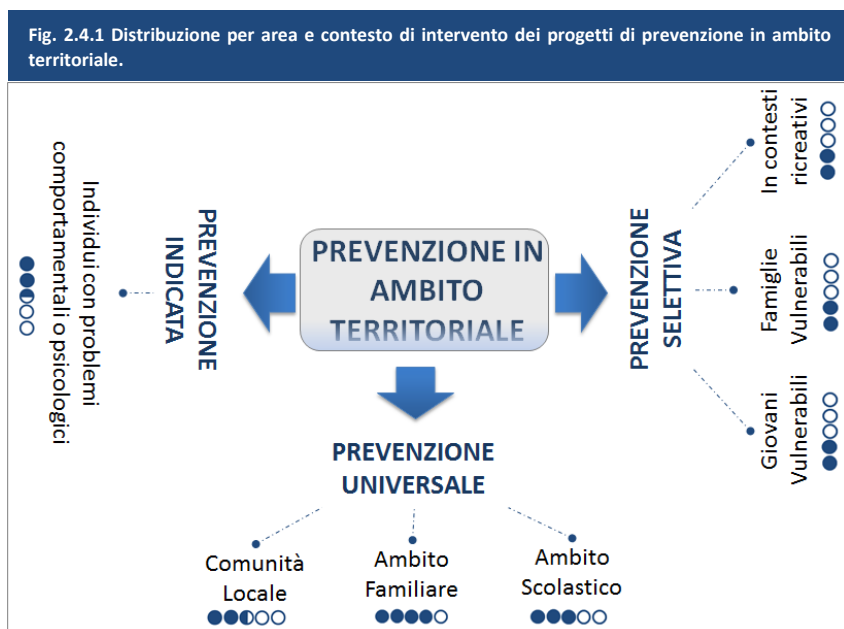
Rispetto alla prevenzione dell'uso di droghe in ambito scolastico, 7 Regioni individuano, nei documenti di indirizzo amministrativo, come obiettivo strategico più importante quello di sviluppare delle abilità per evitare comportamenti rischiosi per la propria salute e 2 Regioni quello di aumentare il livello di informazione sui rischi socio-sanitari. Da 6 Regioni viene indicato come secondo obiettivo quello di rafforzare il ruolo della scuola e il rapporto educativo in questo specifico ambito.

Rispetto alla copertura territoriale in ambito di interventi di regolamentazione e procedure volte al contrasto dell'uso e spaccio di sostanze illegali da parte degli studenti, si osserva una distribuzione uniforme sul campione delle Regioni rispondenti: un terzo riporta una copertura estesa, un terzo limitata, mentre un terzo non dispone di informazioni al riguardo. Tutte le Regioni rispondenti riferiscono una copertura estesa rispetto all'adozione di regole e procedure a garanzia del totale divieto di fumo di sigaretta nel contesto scolastico. La quasi totalità delle Regioni non dispone di informazioni sulla copertura territoriale sia in merito ad interventi che prevedono l'impiego di test antidroga sia di programmi di

prevenzione standardizzati per la prevenzione del consumo di sostanze illecite nelle scuole.

Le giornate informative sulle droghe e gli interventi delle Forze dell'Ordine con lo scopo di prevenire l'uso di droghe hanno avuto una copertura estesa in 2 Regioni, mentre in 5 Regioni hanno avuto una copertura limitata; la restante quota non possiede dati in merito. Fra le FF.OO in particolare è la Polizia che opera sessioni di prevenzione una tantum nelle scuole (8 Regioni). In 4 Regioni non si dispone dell'informazione sulla copertura territoriale riguardo alle attività informative dedicate esclusivamente all'uso di droghe e altri temi di prevenzione integrati nei programmi scolastici e/o didattici. In 7 Regioni sono stati effettuati interventi non standardizzati di sviluppo di competenze personali e/o sociali e tutte le Regioni hanno promosso interventi fra pari.

In 9 Regioni sono state promosse attività ricreative extracurricolari (come ad esempio l'organizzazione di workshop, attività sportive, corsi di fotografia e teatro) a copertura limitata, così come eventi specifici per genitori (ad esempio serate o seminari per i genitori) svolti presso i locali scolastici.



Prevenzione Selettiva

La prevenzione selettiva interviene su gruppi specifici, famiglie o comunità, che possono avere maggiori probabilità di approcciare l'uso di droghe o di progredire nella dipendenza. I gruppi vulnerabili possono essere identificati sulla base di fattori di rischio sociali, demografici o ambientali noti per essere associati all'abuso di sostanze. Esempi di gruppi vulnerabili includono i giovani autori di crimini, coloro che abbandonano il percorso scolastico o gli studenti che presentano gravi problemi in ambito accademico. Gli interventi di prevenzione selettiva si svolgono prevalentemente presso i servizi e le strutture preposte.

Giovani vulnerabili

7 Regioni hanno attuato interventi di prevenzione diretta fuori dall'ambito scolastico, inclusi i giovani che abbandonano precocemente la scuola, con una copertura territoriale limitata.

La maggior parte delle Regioni non dispone di informazioni relativamente ai progetti prevenzione selettiva diretti a studenti con problemi scolastici e sociali, giovani appartenenti a gruppi etnici, senza fissa dimora e residenti in quartieri socialmente disagiati. Risulta, invece, che gli interventi che coinvolgono giovani con problematiche legate alla giustizia e quelli inseriti in strutture di accoglienza sono attuati dalla maggior parte delle Regioni con una copertura estesa del territorio.

Le Regioni attuano gli interventi rivolti ai giovani con problematiche legate alla giustizia e inseriti in strutture di accoglienza.

Famiglie vulnerabili

Gli interventi che vedono coinvolte le famiglie con problematiche legate all'uso di sostanze, incluso l'alcol, che hanno un'ampia copertura territoriale sono stati attuati da 6 Regioni.

Per quanto riguarda, invece, gli interventi che hanno come target genitori socialmente svantaggiati, famiglie nelle quali sono presenti situazioni di conflitto e/o abbandono e famiglie emarginate appartenenti a gruppi etnici, così come per le attività di prevenzione svolte nei quartieri vulnerabili, l'informazione a livello regionale è scarsa.

Prevenzione in contesti ricreativi

Le attività di informazione e sensibilizzazione indirizzate a prevenire le problematiche droga correlate, nonché gli interventi educativi mirati ad influenzare le attitudini e i comportamenti d'uso, risultano attuati dalla maggior parte delle Regioni e coprono diffusamente il territorio.

Gli interventi specificatamente rivolti agli utilizzatori di sostanze, come ad esempio la fornitura gratuita di acqua, pur se attuati nella maggior parte delle Regioni, si estendono con copertura territoriale limitata. Un numero esiguo di Regioni attua attività di drug test.

Circa la metà delle Regioni promuove la sorveglianza delle Forze dell'Ordine nei luoghi di incontro e nelle loro immediate vicinanze coprendo in modo esteso il territorio, mentre le attività di formazione rivolte al personale che serve alcolici o quelle di collaborazione tra le industrie del tempo libero e i Servizi, sono effettuati da 6 Regioni.

Un quadro del tutto simile si osserva rispetto agli interventi di prevenzione di guida in stato di ebbrezza, che includono la messa a disposizione di mezzi di trasporto alternativi, e interventi educativi volti a promuovere la scelta 'dell'autista sobrio'.

Prevenzione Indicata

La prevenzione indicata si rivolge a individui con problemi comportamentali o psicologici che possano essere predittivi dello sviluppo sia di un uso problematico di sostanze sia di dipendenza.

Gli interventi brevi nelle scuole coprono in modo esteso i territori regionali.

In 5 Regioni sono stati attuati interventi brevi volti alla precoce identificazione degli studenti con comportamenti a rischio per l'uso di droghe e interventi di strada rivolti ai giovani con copertura territoriale limitata, risultano invece più estesi gli interventi brevi nelle scuole.

PAGINA BIANCA

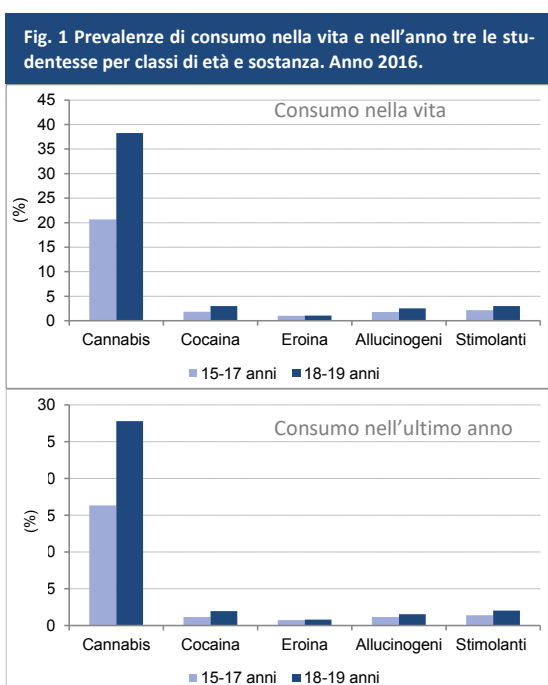
DONNE E DIPENDENZE

Appendice

DONNE E DIPENDENZE

I consumi psicoattivi tra le più giovani

Nel 2016 il 28% delle studentesse fra 15 e i 19 anni ha riferito di aver utilizzato almeno una sostanza psicoattiva illegale nel corso della propria vita e il 20,7% lo ha fatto nell'ultimo anno (contro rispettivamente il 37,7% e 30,9% dei coetanei di genere maschile), in particolar modo le maggiorenti (→PARTE II – par 1.2).



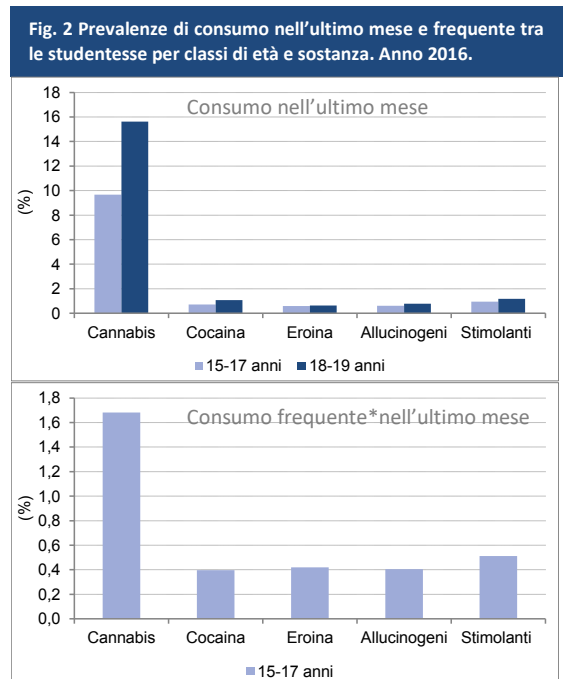
Fonte: CNR

Le ragazze utilizzano soprattutto cannabis, senza particolari differenze di genere (con un rapporto M/F pari a 1,5), differenze che altresì si riscontrano quando si fa riferimento ai consumi di cocaina, stimolanti, allucinogeni e, infine, eroina, per i quali le percentuali femminili risultano dimezzate rispetto a quelle maschili.

Il 28% delle studentesse ha utilizzato almeno una sostanza psicoattiva illegale nella propria vita.

Rispetto al consumo problematico di cannabis, rilevato attraverso la compilazione del test di screening CAST (Cannabis Abuse Screening Test), si osserva che per il 17,7% delle studentesse che hanno assunto la sostanza durante l'anno il comportamento si connota come "problematico" (contro il 27,3% dei coetanei maschi).

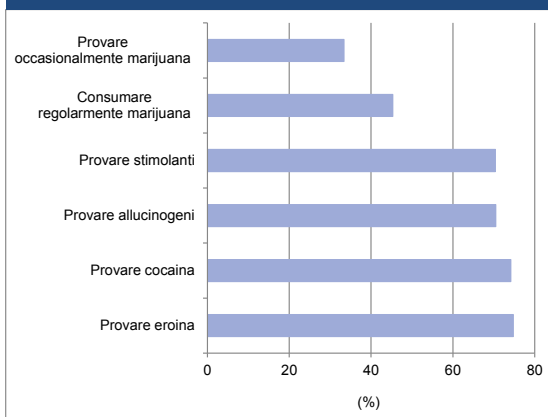
Relativamente ai consumi correnti, quelli avvenuti nel mese in cui è stato condotto lo studio, il 12,1% delle ragazze ha riferito di aver consumato sostanze illegali e il 2,1% ne ha fatto un uso frequente (contro rispettivamente il 20,8% e 6,3% dei coetanei maschi), utilizzando 20 o più volte cannabis e/o 10 o più volte le altre sostanze illegali (cocaina, stimolanti, allucinogeni, eroina).



* Per Cannabis: 20 o più volte; per Cocaina, Allucinogeni, Stimolanti ed Eroina: 10 o più volte. Fonte: CNR

Le studentesse si distinguono anche rispetto alla percezione del rischio correlato al consumo di sostanze: le ragazze che considerano molto rischioso consumare sostanze psicoattive sono sempre in quota superiore a quelle dei coetanei e per tutte le tipologie di sostanza.

Fig. 3 Distribuzione percentuale delle studentesse che ritengono MOLTO rischioso il consumo di sostanze. Anno 2016.

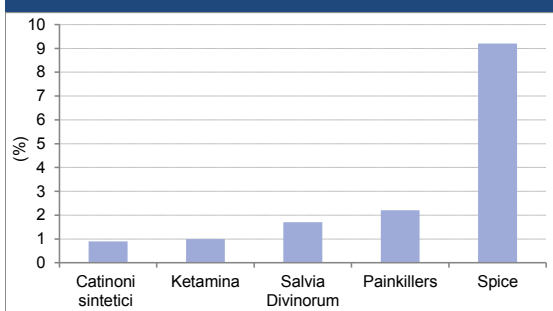


Fonte: CNR

Le ragazze hanno una percezione del rischio maggiore rispetto ai coetanei.

Nel 2016 il 2,8% delle studentesse italiane di 15-19 anni almeno una volta nella vita ha utilizzato Nuove Sostanze Psicoattive, le cosiddette **NPS** (che comprendono catinoni sintetici, ketamina e/o painkillers), quota che raggiunge il 9,9% se si includono i cannabinoidi sintetici, la cosiddetta SPICE (percentuali che risultano inferiori a quelle riscontrate tra i coetanei, pari rispettivamente a 4,1% e 13,8%).

Fig. 4 Percentuali di studentesse che hanno utilizzato NPS almeno una volta nella vita per sostanza. Anno 2016.



Fonte: CNR

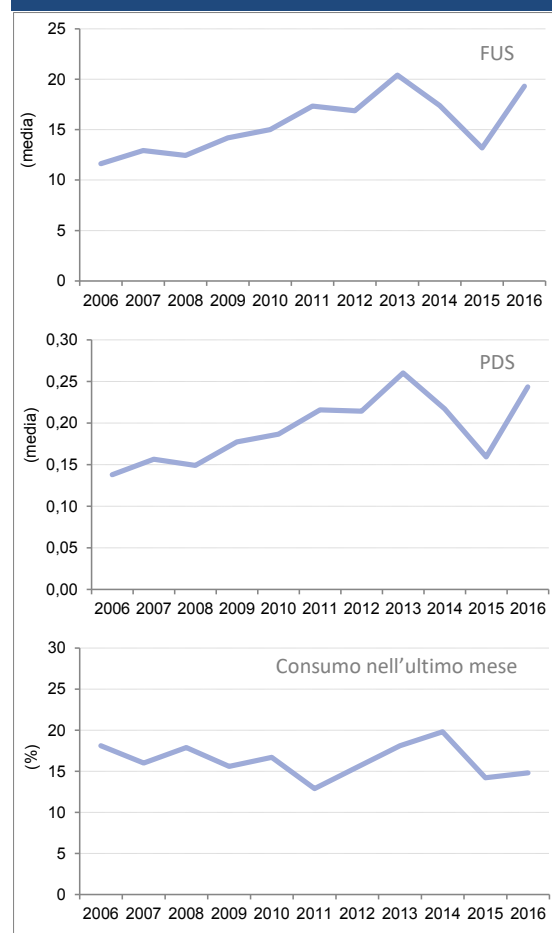
Il 2,8% delle studentesse ha utilizzato almeno una volta nella vita Nuove Sostanze Psicoattive.

Il 17,7% delle consumatrici di cannabis ne fa un uso problematico.

Riferendosi agli indicatori FUS e PDS è stato valutato anche il **danno associato al consumo delle sostanze psicoattive nella popolazione studentesca di 15-19 anni** che ha utilizzato almeno una sostanza psicoattiva¹ nei 30 giorni antecedenti lo svolgimento dello studio ESPAD®Italia (→PARTE II – par 3.1).

Tra le studentesse, nell'ultimo anno, sono aumentati gli indici FUS e PDS, nonostante una stabilità della diffusione del consumo di sostanze psicotrope.

Fig. 5 Andamento temporale degli indici FUS, PDS e delle percentuali di consumatrici negli ultimi 30 giorni fra le studentesse (15-19 anni). Anni 2006-2016.



Fonte: CNR

¹ Cannabis, eroina, cocaina, stimolanti, allucinogeni, psicofarmaci senza prescrizione medica e anabolizzanti.

L'ambito sanitario

Utenti in carico ai SerD

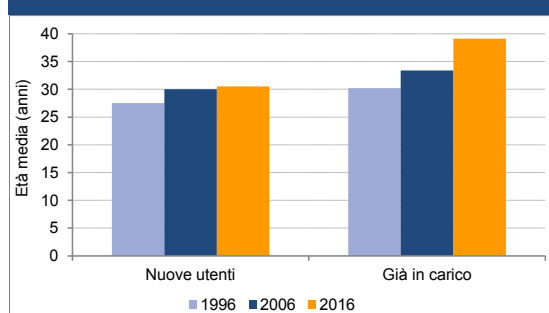
Nel corso dell'anno 2016 i SerD hanno assistito 19.686 donne tossicodipendenti², che rappresentano il 13,7% dell'utenza complessivamente assistita, con un rapporto di genere pari a 1 donna in carico ogni 6,3 utenti uomini. Complessivamente in Italia nel 2016 sono state assistite 6,3 donne ogni 10.000 residenti (contro 42 ogni 10.000 uomini residenti).

Nei SerD le donne rappresentano il 13,7% dei soggetti tossicodipendenti assistiti.

Il 14,6% dell'utenza femminile è rappresentato da nuove utenti, con una percentuale del tutto simile a quella rilevata tra gli uomini (15%). (→PARTE III – par 2.1).

L'utenza femminile ha un'età media pari a 38 anni, leggermente più giovane di quella maschile (39 anni). Nel corso degli anni si osserva un progressivo invecchiamento dell'utenza: se tra le nuove utenti l'età media passa da 28 anni del 1996 a 30 del 2006 a 31 nel 2016, è tra le utenti in carico dagli anni precedenti che si osserva il maggior aumento dell'età media, che da 30 anni del 1996 passa a 33 nel 2006 a 39 anni nel 2016.

Fig.6 Età media delle utenti trattate nei SerD per tipologia. Anni 1996-2006-2016.

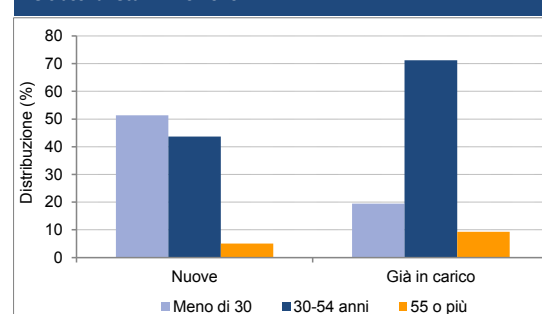


Fonte: Ministero della Salute - SIND

Nel corso degli anni si osserva un progressivo invecchiamento dell'utenza sia fra le utenti "storiche" che fra le nuove.

Il 67% delle utenti in carico ha tra i 30 e i 54 anni di età, il 24% ha meno di 30 anni e il 9% ha più di 54 anni.

Fig.7 Distribuzione delle utenti trattate nei SerD per tipologia e classi di età. Anno 2016.



Fonte: Ministero della Salute - SIND

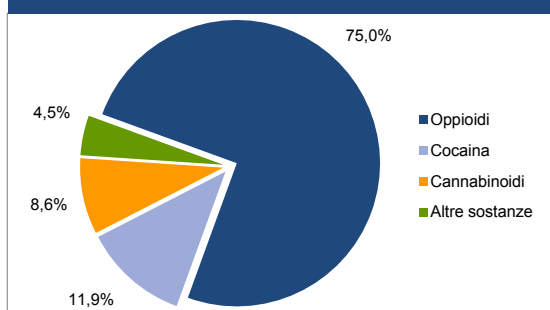
La classe maggiormente rappresentata fra le donne è quella delle 30-34enni pari a 16 donne assistite ogni 10.000 abitanti di genere femminile di pari età.

Gli oppioidi sono la sostanza primaria di abuso nel 75% delle utenti.

Gli oppioidi sono nella maggior parte dei casi (75%) la sostanza primaria per la quale si è in trattamento, seguiti dalla cocaina (11,9%). Le donne in trattamento per dipendenza da cannabis sono l'8,6%, mentre il restante 4,5% è in trattamento per altre sostanze (principalmente ipnotici e sedativi e stimolanti).

² Mancano i dati riferiti alla P.A. di Trento.

Fig.8 Distribuzione percentuale delle utenti secondo la sostanza primaria di abuso. Anno 2016.



Fonte: Ministero della Salute - SIND

Diffusione malattie infettive in soggetti tossicodipendenti

I soggetti tossicodipendenti, soprattutto quelli che assumono droghe per via iniettiva, sono ad aumentato rischio di epatite virale a trasmissione parenterale (B, C e Delta), così come di epatite A (→PARTE IV – par 1.2).

I casi di epatite virale acuta a carico del genere femminile rappresentano il 20,8%.

Nel quinquennio 2012-2016 i casi di epatite virale acuta a carico del genere femminile rappresentano il 20,8% del totale dei casi in soggetti tossicodipendenti, con l'epatite C che costituisce la forma più diffusa fra le donne. Dei 113 e 58 nuovi casi rispettivamente di epatite C e B, segnalati nel quinquennio, il 27,4% e 10,3% riguardano donne tossicodipendenti, così come il 16,1% dei 31 casi di epatite A.

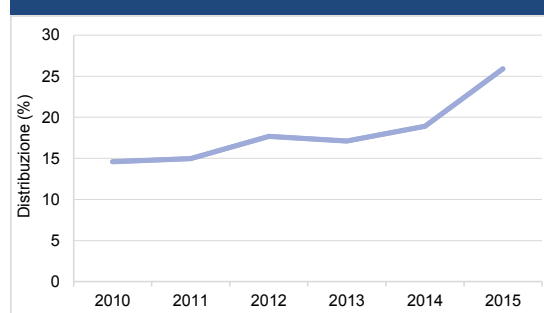
L'epatite C è la forma più diffusa nelle donne.

Nell'anno 2016, in particolare, sono stati segnalati 38 casi di epatite virale acuta in soggetti consumatori di droghe: 20 casi sono per epatite C, 10 per tipo B e 8 per tipo A.

Fra questi, 5 casi sono a carico del genere femminile e sono tutti per epatite C.

Rispetto alle 112 nuove diagnosi di HIV (→PARTE IV – par 1.1) segnalate nel 2015 (ultimo anno disponibile) in persone che fanno uso di droghe per via iniettiva, il 25,9% (29 casi) ha riguardato donne, tra le quali dal 2011 si osserva un andamento crescente dell'incidenza: nel 2011, infatti, rappresentavano il 15% circa, al contrario di quanto sta accadendo nel genere maschile.

Fig.9 Distribuzione percentuale delle nuove diagnosi di infezione da HIV tra le IDU. Anni 2010-2015.



Fonte: ISS

L'incidenza delle diagnosi di HIV tra le donne è in crescita.

Tra le donne l'età mediana alla segnalazione è di 43,5 anni, leggermente superiore rispetto a quella degli uomini (41 anni).

Rispetto, invece, alle 81 nuove diagnosi di AIDS notificati nel 2015 sempre tra i soggetti che usano droghe per via iniettiva, 18 riguardano donne (pari al 22,2% di tutte le diagnosi). Le donne segnalate risultano avere un'età mediana di 48 anni, di un solo anno più giovane rispetto ai segnalati di genere maschile (49 anni).

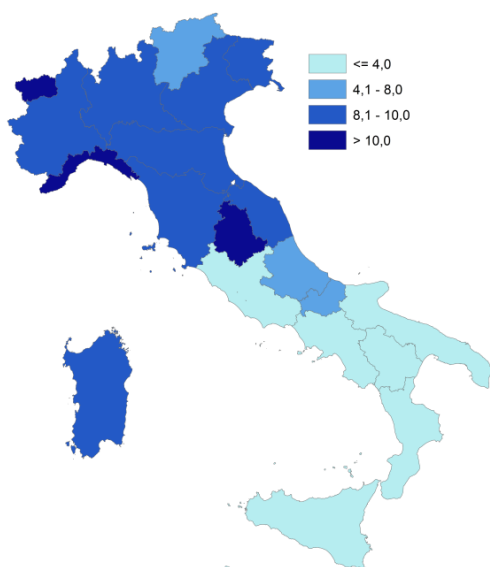
Per entrambi i generi i "Late testers", ovvero coloro che hanno ricevuto la prima diagnosi di positività per HIV nei 6 mesi precedenti l'esordio dell'AIDS, rappresentano soltanto un quarto dei nuovi casi di AIDS (M: 25,9%; F: 25,0%), suggerendo che molti soggetti arrivano allo stadio di AIDS conclamato ignorando la propria sieropositività.

Ricoveri ospedalieri droga correlati

Nel 2015 (ultimo dato disponibile) i ricoveri femminili con diagnosi principale droga-correlata sono stati 2.148, il 35,3% di quelli totali, pari ad un tasso di ospedalizzazione di circa 6,7 ricoveri ogni 100.000 residenti donne (contro 12,9 ricoveri maschili ogni 100.000 uomini residenti), mostrando i tassi più elevati nelle regioni Valle d'Aosta e Liguria e quelli inferiori in Basilicata e Campania.

Il tasso di ospedalizzazione con diagnosi principale droga-correlata è il 6,7 ogni 100.000 donne residenti.

Fig.10. Tassi femminili di ospedalizzazione per ricoveri direttamente droga-correlati. Anno 2015.

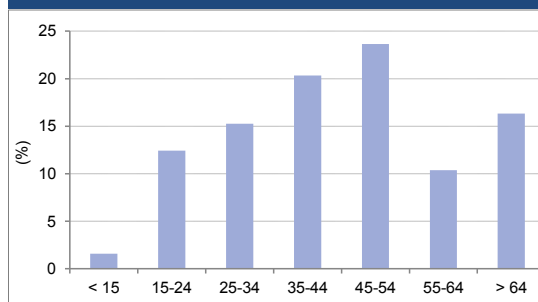


Fonte: ISTAT

Nel tempo i tassi di ospedalizzazione mostrano nelle donne una sostanziale stabilità (nel 2011 8,4 ricoveri ogni 100.000 donne residenti), a differenza quanto si rileva negli uomini che tendono a aumentare (da 11,4 del 2011 ai 12,9 ricoveri per 100.000 residenti maschi nel 2015) (→PARTE IV – par 2.1).

Il 44% dei ricoveri femminili droga-correlati ha riguardato donne di età compresa tra i 35 e i 54 anni, il 26,7% donne ultra 54enni e il 14% giovani donne con meno di 25 anni.

Fig.11 Distribuzione percentuale dei ricoveri femminili direttamente droga-correlati per classi di età. Anno 2015.



Fonte: ISTAT

Fra le donne risulta predominante la quota di ricoveri che fanno riferimento a sostanze miste o non specificate.

Fra le donne risulta predominante la quota di ricoveri che fanno riferimento a sostanze miste o non specificate (71,7%), quota decisamente più elevata rispetto agli uomini (49,7%).

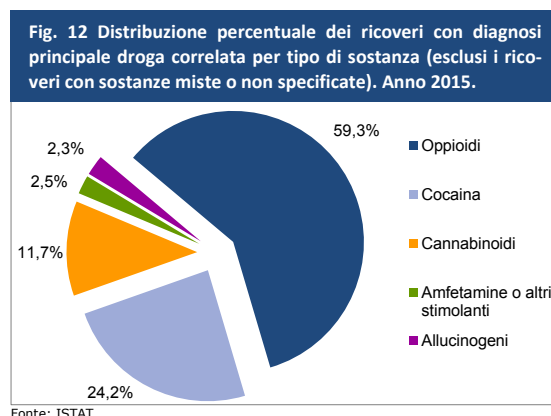
Il consumo di oppiacei come causa principale di ricovero è più frequente nelle donne rispetto agli uomini.

Limitatamente ai ricoveri che riportano la sostanza in diagnosi principale, tra le donne si osserva che il 59,3% è attribuibile al consumo di oppiacei e l'11,7% di cocaina, rispettivamente in quota superiore e inferiore a quanto riscontrato nei ricoveri maschili (Fig. 15).

Estendendo l'analisi dei ricoveri a tutte le diagnosi riportate nelle SDO dell'anno 2015, il tasso di ospedalizzazione si triplica e raggiunge 30,2 ricoveri ogni 100.000 donne residenti (contro 40,1/100.000 per gli uomini).

L'analisi per sostanza laddove specificata, evidenzia un decremento percentuale di tutte le sostanze a favore di un netto incremento dei cannabinoidi, che nei ricoveri femminili raggiunge il 25,7% (29,8% in quelli maschili).

Il tasso di ospedalizzazione sale a 30,2 ogni 100.000 donne residenti includendo anche le diagnosi secondarie.



Decessi per abuso di sostanze stupefacenti

Nel corso del 2016, i **decessi femminili per intossicazione acuta** rilevati dalle Forze di Polizia o segnalati dalle Prefetture sono stati 27, che rappresentano il 10,2% dei complessivi 266 casi avvenuti nell'anno (→PARTE IV – par 2.3).

L'eroina si conferma lo stupefacente che causa il maggior numero di decessi.

Tab.1 Andamento quinquennale dei decessi per abuso di sostanze stupefacenti per genere e classe di età. Anni 2012-2016

| Fasce di età (anni) | 2012 | | 2013 | | 2014 | | 2015 | | 2016 | |
|---------------------|-----------|------------|-----------|------------|-----------|------------|-----------|------------|-----------|------------|
| | F | M | F | M | F | M | F | M | F | M |
| < 15 | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - |
| 15-19 | 3 | 10 | 1 | 7 | - | 4 | 2 | 5 | 1 | 4 |
| 20-24 | 4 | 23 | 3 | 20 | 3 | 16 | 4 | 13 | 4 | 9 |
| 25-29 | 7 | 39 | 10 | 35 | 2 | 24 | 8 | 15 | 2 | 16 |
| 30-34 | 8 | 56 | - | 44 | 5 | 36 | 6 | 33 | 5 | 34 |
| 35-39 | 4 | 80 | 10 | 48 | 1 | 48 | 7 | 65 | 7 | 46 |
| ≥40 | 21 | 138 | 12 | 159 | 8 | 166 | 15 | 135 | 8 | 130 |
| Totale | 47 | 393 | 36 | 313 | 19 | 294 | 42 | 308 | 27 | 266 |

Fonte: Ministero dell'Interno

Il Registro Generale di Mortalità (RGM) dell'ISTAT, basandosi sui certificati di morte, consente di stimare il fenomeno dei **decessi droga-correlati**, utilizzando oltre alla causa iniziale di morte anche le concause (→PARTE IV – par 2.4).

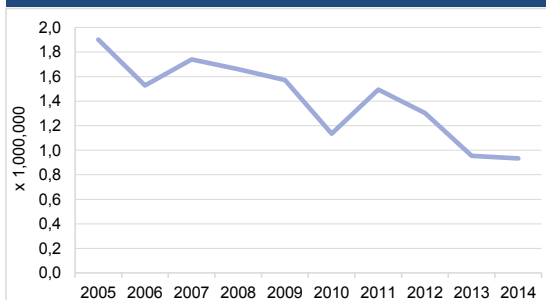
Secondo quanto rilevato nell'ultima annualità disponibile e relativa al 2014, in Italia si sono osservati 263 decessi con causa iniziale droga correlata, l'11,8% riferiti a persone di genere femminile.

Nel 2014 l'11,8% dei decessi droga-correlati sono di genere femminile.

L'analisi dell'andamento temporale dei tassi standardizzati³ 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.

Negli ultimi 10 anni la mortalità droga correlata è in diminuzione, soprattutto fra le donne.

Fig. 13 Andamento temporale dei tassi standardizzati di mortalità droga correlata per 1.000.000 di residenti. Anni 2005-2014.



Fonte: ISTAT

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 Tassi standardizzati di mortalità droga correlata per macro-area di residenza e genere per 1.000.000 di residenti. 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

L'ambito della giustizia

Le denunce per reati droga correlati

Nel 2016 le donne denunciate all'Autorità Giudiziaria per reati droga correlati (→PARTE I – par 2.1) sono state 2.224, corrispondenti al 6,7% del totale dei denunciati per tali reati e con un incremento, rispetto all'anno precedente, del 10,6%.

Nel 2016 il 6,7% dei denunciati per reati droga correlati è di genere femminile.

Il 20,2% di queste è di nazionalità straniera (contro il 39,6% degli uomini) e 1.492 (67,1%) sono in stato di arresto.

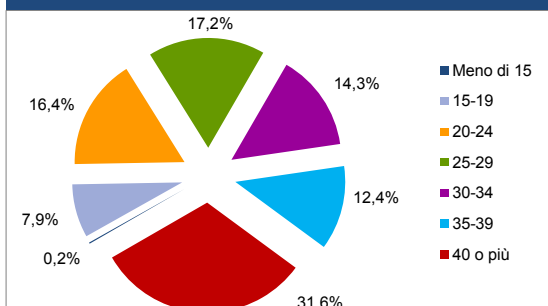
Anche sotto quest'ultimo aspetto le donne si differenziano dagli uomini: tra queste, infatti, si registra una quota più alta di denunce a piede libero (32,6% vs 28%) e più bassa di arresti e irreperibilità (rispettivamente 67,1% vs 71,1% e 0,3% vs 0,9%).

Le denunce per reati droga correlati a carico delle donne sono in incremento soprattutto fra le minorenni.

La fascia di età maggiormente coinvolta è stata quella ≥ 40 anni, con 702 casi ed è fra le minorenni che si è rilevato l'incremento maggiore di denunce (+20%) rispetto all'anno precedente.

³ La popolazione utilizzata per la serie storica è la media ricostruita intercensuaria e come popolazione standard è stata utilizzata quella europea (Eurostat 2012)

Fig. 14 Distribuzione delle donne denunciate per classi di età. Anno 2016.



Fonte: Ministero della Giustizia

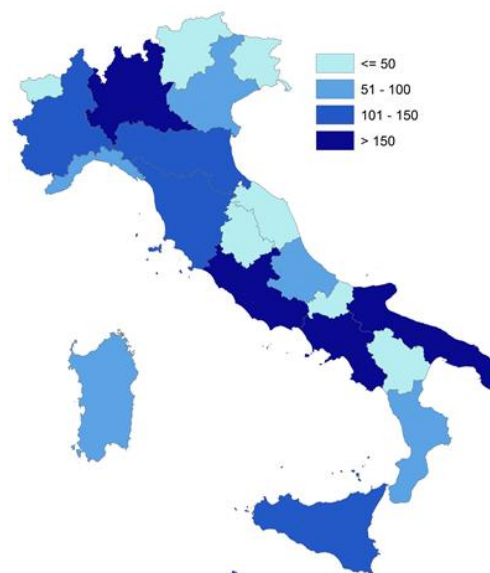
Le denunce hanno riguardato per il 91,6% il reato di produzione, traffico e detenzione di sostanze stupefacenti (art. 73 DPR 309/90) e per l'8,4% quello di associazione finalizzata al traffico di sostanze stupefacenti (Art. 74 DPR 309/90).

Relativamente alle sostanze, il quadro che si è configurato nel 2016, è il seguente: tra le 10.980 persone denunciate per i delitti aventi per oggetto la **cocaina**, 833 (7,6%) sono donne. Tra le 3.680 persone denunciate per **eroina**, 333 (9,1%) sono donne. Tra le 16.327 persone denunciate per condotte concernenti i derivati della **cannabis**, 914 (5,6%) sono donne. Il 10,20% delle persone denunciate per **droghe sintetiche** è di genere femminile (40 donne).

È per droghe sintetiche la maggior parte delle denunce per singola sostanza.

Dal punto di vista geografico, è la regione Lazio con 398 donne coinvolte nel traffico di stupefacenti ad emergere come valore assoluto rispetto alle altre regioni. Fanno seguito Campania (315), Lombardia (260), Puglia, (182), Sicilia (148) ed Emilia Romagna (143). I valori più bassi in Molise (13), Basilicata (12) e Valle d'Aosta (5).

Fig. 15 Distribuzione delle donne denunciate per regione. Anno 2016.



Fonte: Ministero della Giustizia

Le condanne per reati droga correlati

Nel 2016 sono state condannate 618⁴ donne per reati di produzione, traffico e detenzione di sostanze stupefacenti (art. 73 DPR 309/90) o associazione finalizzata al traffico di sostanze stupefacenti (Art. 74 DPR 309/90), pari al 6,2% del totale dei condannati per tali reati.

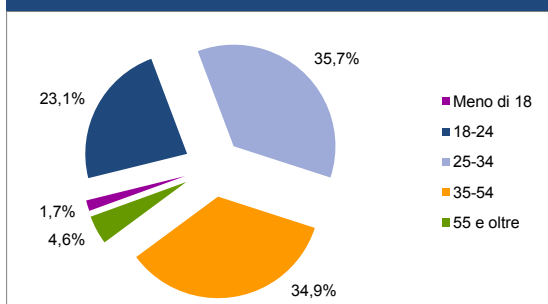
Il 6,2% delle condanne per reati droga correlati è a carico del genere femminile.

Tra queste, la percentuale di straniere è del 29,1% (contro il 44,9% rilevata tra gli uomini).

Le donne condannate sono prevalentemente di età compresa tra i 25 e i 54 anni, come mostra la figura seguente.

⁴ La rilevazione si discosta dai dati reali a causa del fenomeno dell'arretrato nell'alimentazione del sistema da parte degli uffici.

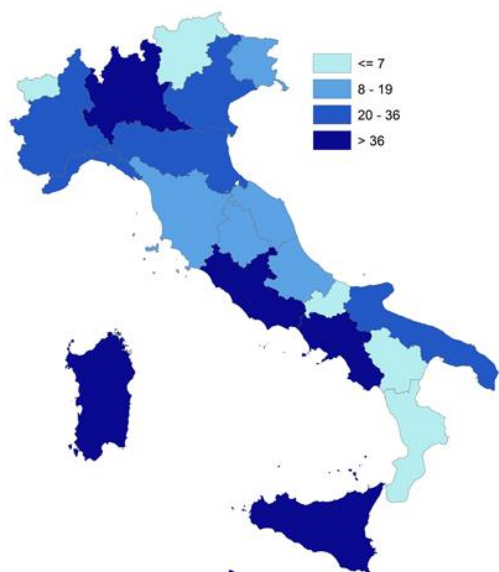
Fig. 16 Distribuzione delle donne condannate per classi di età. Anno 2016.



Fonte: Ministero della Giustizia

Nella seguente figura è mostrata la distribuzione delle donne condannate per reati droga correlati per regione del commesso reato.

Fig. 17. Distribuzione delle donne denunciate per regione. Anno 2016.



Fonte: Ministero della Giustizia

Detenute e misure alternative al carcere

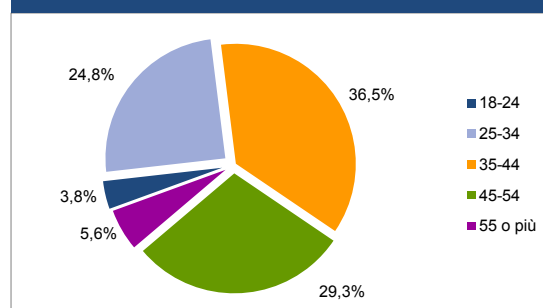
Circa un quarto delle donne in carcere sono tossicodipendenti (545 corrispondenti al 23,9% del totale delle detenute al 31/12/2016) (→PARTE III – par 2.3). Di queste 134 (24,6%) sono di nazionalità straniera.

Circa un quarto delle donne in carcere sono tossicodipendenti.

Rispetto al totale degli ingressi dalla libertà a carico di donne avvenuti durante tutto l'arco del 2016, il 20,9% (710) ha riguardato donne tossicodipendenti. Di queste il 26,5% sono straniere.

Le donne tossicodipendenti condannate che hanno usufruito di una **misura alternativa al carcere** (sia specifica per tossicodipendenti che non) nel 2016 sono state 266 (→PARTE III – par 2.4) e rappresentano solo una piccola quota del totale dei tossicodipendenti in misura alternativa (5,5%). La classe di età maggiormente rappresentata è quella tra i 35 e i 44 anni.

Fig. 18. Distribuzione delle donne in misura alternativa per classi di età. Anno 2016.



Fonte: Ministero della Giustizia

Il 5,5% dei tossicodipendenti in misura alternativa è di genere femminile.

Le donne tossicodipendenti in misura alternativa sono seguite principalmente dai servizi pubblici per le dipendenze (65,7% - rilevazione puntuale al 31 dicembre 2016).

La proporzione di donne detenute per reati ascritti all'art. 73 e/o 74 del DPR 309/90 è accomunabile a quella della popolazione femminile detenuta nel suo complesso (4%) e presenta un'età mediana fra i 40 e i 44 anni (→PARTE I – par 2.3).

Le giovani donne in carico ai Servizi Sociali della Giustizia Minorile sono il 5,1% del totale degli imputati.

Le minorenni (14-17 anni) e le giovani adulte (18-25 anni) in carico ai Servizi Sociali della Giustizia Minorile (→PARTE III – par 2.4) con imputazioni di reato per violazione delle disposizioni in materia di sostanze stupefacenti, sono state 204 (5,1% sul un totale complessivo degli imputati per reati droga correlati).