



7. MINORI CON COMPORAMENTI DI ABUSO E DIPENDENZE DA SOSTANZE PSICOATTIVE

54. Il Comitato, riferendosi al proprio Commento Generale n. 4, raccomanda che l'Italia adotti le opportune misure per eliminare l'uso di droghe illecite da parte dei minori, attraverso programmi e campagne di comunicazione, attività didattiche sulle competenze esistenziali e la formazione di insegnanti, operatori sociali e altre figure rilevanti. Devono essere inclusi programmi sulla promozione di stili di vita sani tra gli adolescenti, per impedire l'uso di alcol e tabacco, e sull'applicazione di norme inerenti la pubblicizzazione di tali prodotti presso i minori. Il Comitato invita lo Stato parte a presentare le informazioni, su tali attività e i dati sull'uso di droghe illecite da parte dei minori, nel prossimo Rapporto periodico al Comitato.

CRC/C/ITA/CO/3-4, punto 54

Le sostanze psicoattive illegali

Molti studi e ricerche di livello nazionale e internazionale dimostrano come l'uso di sostanze psicoattive da parte di adolescenti e giovani sia in costante aumento⁷⁹. Spesso gli adolescenti usano le droghe per curiosità, oppure perché procurano sensazioni piacevoli o più frequentemente per sentirsi accettati dal

gruppo dei pari. Tra coloro che fanno questa esperienza, non tutti sviluppano una dipendenza ma il passaggio, dall'assunzione occasionale all'abuso e allo sviluppo di una dipendenza, si può verificare senza che il ragazzo/a sia consapevole di quanto sta avvenendo. Molti adolescenti e giovani sottovalutano il pericolo delle sostanze con le quali vengono in contatto, con un conseguente e progressivo aumento delle modalità di assunzione, della frequenza e anche del tipo di sostanze utilizzate.

Una rilevazione del 2014⁸⁰, svolta coinvolgendo gli studenti italiani di età compresa tra i **15 e i 19 anni di 438 istituti scolastici di secondo grado**, ha avuto come obiettivo principale quello di monitorare, nel corso del tempo, il consumo di sostanze stupefacenti nella popolazione scolastica, sia considerando l'aspetto quantitativo (prevalenza di consumo), sia attraverso l'aspetto qualitativo (caratteristiche dei minori consumatori di sostanze, modifiche rispetto al tipo di consumo e modifiche rispetto alle sostanze stesse). Gli studenti coinvolti in totale sono stati 31.661, distribuiti equamente tra maschi e femmine.

Dall'analisi dei dati risulta che **la sostanza maggiormente consumata dagli studenti è la cannabis**, in aumento rispetto ai dati del 2013. È stata consumata almeno una volta nella vita dal 26,7% degli studenti intervistati, mentre il 15% afferma di averla assunta almeno una

⁷⁹ Dipartimento Politiche Antidroga – Presidenza del Consiglio dei Ministri, “Relazione annuale al Parlamento 2015 sullo stato delle tossicodipendenze in Italia”: <http://www.politicheantidroga.gov.it/attivita/pubblicazioni/relazione-ni-al-parlamento/relazione-annuale-2015/presentazione.aspx> (in particolare, Parte IV: Misure di prevenzione – Capitolo 1: Gli interventi di prevenzione). Si vedano anche i seguenti articoli: “L'uso di sostanze stupefacenti, un fenomeno in aumento”, in *Zeroviolenza* del 22 marzo 2016: <http://www.zeroviolenza.it/editoriali/item/73918-luso-di-sostanze-stupefacenti-un-fenomeno-in-aumento>: “Droghe, il trend tra i giovani è consumo alla cieca”, da *Il Fatto Quotidiano* del 23 marzo 2015: <http://www.ilfattoquotidiano.it/2015/03/23/droghe-trend-i-giovani-consumo-cieca-aumentacannabis/1530965/>

⁸⁰ SPS – DPA, “Indagine sul consumo di sostanze psicotrope, sul gioco d'azzardo e sui fattori di rischio per l'assunzione di sostanze stupefacenti nella popolazione studentesca 15/19 anni”: http://presidenza.governo.it/AmministrazioneTrasparente/BandiContratti/Archivio/accordi_pa/politicheAntidroga/SPS_Progetto.pdf; si veda anche Dipartimento Politiche Antidroga – Presidenza del Consiglio dei Ministri: “Relazione annuale al Parlamento 2015 sullo stato delle tossicodipendenze in Italia”: <http://www.politicheantidroga.gov.it/attivita/pubblicazioni/relazione-ni-al-parlamento/relazione-annuale-2015/presentazione.aspx> (in particolare, Parte II: Domanda di sostanze – Capitolo 2: Prevalenza e incidenza di uso).



volta nei 30 giorni precedenti la rilevazione. La ricerca del 2014 conferma quanto già indicato da altri recenti studi, anche a livello europeo, in merito all'età più frequente per il primo uso di cannabis, che avviene intorno ai 15 anni. Per quanto riguarda il consumo di **cocaina e/o crack**, nel 2014, il 2,2% degli studenti italiani intervistati ha riferito di aver assunto questa sostanza almeno una volta nella vita, mentre l'1,6% dichiara di averla consumata nel corso dell'ultimo anno. Nell'uso, l'indagine ha rilevato un maggior coinvolgimento dei maschi rispetto alle femmine. In confronto alla rilevazione del 2013, i numeri dei consumatori di cocaina nella fascia di età considerata risultano lievemente in calo. Anche l'**eroina** ha subito un calo, rispetto a quanto rilevato nel 2013, confermando il trend di diminuzione del consumo di questa sostanza in atto dal 2011. Nel 2014, lo 0,35% degli studenti intervistati ha dichiarato di aver fatto uso di eroina almeno una volta nella vita, mentre lo 0,2% riferisce di averne consumata nel corso dell'anno antecedente alla rilevazione. Nell'uso della sostanza sono maggiormente coinvolti gli studenti maschi rispetto alle coetanee femmine. Risulta, invece, in aumento il consumo di **stimolanti come ecstasy e/o anfetamine**: il 2,2% degli studenti intervistati ha riferito di averne fatto uso almeno una volta nella vita e l'1,3% nel corso dell'ultimo anno. Le ragazze consumatrici di sostanze stimolanti hanno avuto un lieve aumento, contrariamente ai maschi per i quali si riscontra un lieve calo. Per quanto riguarda gli **allucinogeni** (LSD, ketamina, funghi allucinogeni e altri allucinogeni), sono stati sperimentati almeno una volta nella vita dal 2,9% degli studenti e dal 2% nel corso dell'ultimo

anno. Gli alunni maschi risultano più coinvolti nell'uso di queste sostanze rispetto alle coetanee femmine. Invece il consumo di **tranquillanti e sedativi senza prescrizione medica** e senza indicazione dei genitori è un fenomeno più diffuso tra le studentesse. Il 4,8% delle alunne ne ha indicato il consumo almeno una volta nella vita contro il 2,9% dei maschi; nell'ultimo anno, hanno assunto tranquillanti o sedativi il 2,8% delle femmine contro l'1,3% dei maschi. In linea generale, la frequenza dei consumatori di sostanze aumenta con la crescita dell'età. Infine, il **policonsumo di sostanze, legali e illegali**, rappresenta lo stile di consumo prevalentemente rilevato, soprattutto per quanto riguarda l'assunzione di alcol, tabacco e cannabis, che risulta essere pari al 63,4% degli studenti che hanno dichiarato l'assunzione di più sostanze psicoattive nei 30 giorni precedenti la rilevazione.

Secondo lo **Studio 2014 ESPAD-CNR**⁸¹, che ha coinvolto 30.000 studenti di età compresa tra i 15 e i 19 anni di 405 istituti scolastici di secondo grado, il 27% ha utilizzato almeno una sostanza illegale e il 15% degli studenti può essere considerato policonsumatore di due o più sostanze. Il 2,5% ha assunto almeno un volta nella vita sostanze sconosciute; il 56% ha assunto sostanze sconosciute per non più di due volte, mentre il 23% ha ripetuto l'esperienza oltre le 10 volte nell'anno. Infine, riteniamo opportuno fare un brevissimo cenno alle **bevande energizzanti** (*energy drinks*) che, pur essendo analcoliche e composte da sostanze legali (caffaina, aminoacidi, vitamine ecc.), hanno effetti fisiologici e psicologici potenzialmente dannosi per la salute. Il mercato di queste bevande è in continua espansione, sia in America sia in

⁸¹ Si veda la ricerca CNR-ESPAD Italia, "Droghe: mi faccio ma non so di che": <https://www.ifc.cnr.it/index.php/it/spotlight/325-droghe-mifaccio-ma-non-so-di-che>.



Europa, e coinvolge i bambini a partire dai 12 anni di età. In Italia, uno studio del 2007⁸², ha evidenziato come il 57% degli studenti universitari ne faccia uso. È stato inoltre dimostrato un legame tra *energy drinks* e il consumo di alcool e sostanze psicoattive. Infatti, risulta verosimile che l'uso di queste bevande, per gli effetti psicoattivi e stimolanti, possa aumentare l'interesse dei consumatori anche verso le sostanze illegali. Il fatto che i giovani siano sempre più esposti all'uso di sostanze illegali emerge anche dal **numero dei "segnalati" delle forze dell'ordine**: le età più rappresentate sono quelle giovanili (fino a 20 anni), con il 34,51% dei maschi e 35,01% delle femmine. Inoltre, la percentuale dei segnalati con età inferiore a 14 anni è più che raddoppiata dal 2009⁸³. Questo aspetto desta molta preoccupazione, in quanto l'abbassamento dell'età del primo uso espone maggiormente i minori a un utilizzo successivo più problematico delle sostanze e a un probabile poliuso.

Un ulteriore fattore di rischio per gli adolescenti è rappresentato da Internet, che sta diventando il mercato prioritario per la vendita di sostanze psicoattive illegali in Europa. L'European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA) ha svolto uno studio⁸⁴ che nel 2013 ha portato all'individuazione di 651 siti che vendevano "droghe legali", mentre nel 2014 sono stati individuati alcuni siti Internet che commerciavano l'oppiaceo sintetico MT-45. Sebbene il fenomeno sia

ancora poco monitorato, appare del tutto evidente come Internet e i social media siano sempre più rilevanti per il traffico e la diffusione di nuove sostanze illecite.

Infine, segnaliamo che, il 18 marzo 2015, il **Dipartimento della Gioventù e del Servizio Civile Nazionale, presso il Ministero del Lavoro, e il Dipartimento per le Politiche Antidroga della Presidenza del Consiglio dei Ministri** hanno siglato un importante Protocollo⁸⁵ per promuovere interventi volti alla prevenzione dell'uso di sostanze da parte dei minori e dei giovani, 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". Questo Protocollo ha permesso l'individuazione di risorse economiche pari a 8.500.000 di euro da dedicare alla promozione di interventi sul territorio nazionale attraverso l'indizione di un bando specifico⁸⁶.

Il tabacco

Studi scientifici dimostrano come il fumo crei danni che influiscono sulla salute umana di generazione in generazione, influenzando lo sviluppo del bambino, sia se sottoposto al fumo della madre in gravidanza⁸⁷, sia nel corso della vita. Oltre a danneggiare la salute dei fumatori attivi, il tabacco espone all'insorgenza di malattie coloro che sono sottoposti al fumo passivo e al cosiddetto "fumo di terza

⁸² Dipartimento del Farmaco – Istituto Superiore di Sanità, *Smart Drugs. Terza edizione*, "Bevande Energetiche" paragrafo 6.1, 2011. Per il testo completo, si veda: http://www.iss.it/binary/ofad4/cont/Smart_Drugs.pdf

⁸³ *Ibidem*.

⁸⁴ Per il Rapporto completo della Ricerca EMCDDA, "The Internet and drug markets", 2014, si veda: <http://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/928/Internet%20and%20drug%20markets%20study.pdf> (versione inglese).

⁸⁵ Protocollo d'Intesa tra il Dipartimento della Gioventù e del Servizio Civile Nazionale e il Dipartimento per le Politiche Antidroga, in materia di prevenzione e contrasto all'uso di sostanze stupefacenti da parte delle giovani generazioni. Per il

testo del documento, si veda:

[http://www.politicheantidroga.it/media/749152/protocollo%20di p.%20gioventu%20dpa%20\(1\).pdf](http://www.politicheantidroga.it/media/749152/protocollo%20di%20p.%20gioventu%20dpa%20(1).pdf)

⁸⁶ Dipartimento della Gioventù e del Servizio Civile Nazionale, Avviso pubblico su "Prevenzione e contrasto al disagio giovanile":

<http://www.gioventuserviziocivilenazionale.gov.it/sx/avvisi-ebandi/avvisi-ebandi-dipartimentali/politiche-giovanili/avvisodisagiogiovanile.aspx>

⁸⁷ AA.VV. (2016), "DNA Methylation in Newborns and Maternal Smoking in Pregnancy: Genome-wide Consortium Meta-analysis", in *The American Journal of Human Genetics*, 98/4, pagg. 680-696, doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ajhg.2016.02.019>.



mano” (ovvero quello che si deposita negli ambienti: pareti, arredi, tappezzerie, abiti, capelli ecc.) che rilascia, per lunghi periodi, sostanze altamente tossiche che, insieme ad altri inquinanti presenti negli ambienti chiusi, costituiscono un grave fattore di rischio per la salute respiratoria dei soggetti più vulnerabili, specie per quella dei bambini.

In Italia, si è ottenuto l'introduzione del divieto di fumare in luoghi pubblici, l'applicazione del divieto alla pubblicità⁸⁸, alla sponsorizzazione e alla distribuzione gratuita⁸⁹ e l'innalzamento del divieto di vendita ai minori dai 16 ai 18 anni di età⁹⁰. Nel 2013, è stato esteso il divieto di fumo, comprese le sigarette elettroniche⁹¹, anche alle aree esterne di pertinenza delle scuole e l'obbligo di dotare i distributori automatici di un sistema di rilevamento dell'età⁹².

Nonostante questa messe di norme e leggi, vigenti nel nostro Paese, l'abitudine tabagica e la sua interruzione dipendono comunque fortemente dalle regole comportamentali individuali e, in particolare, nei bambini e negli adolescenti assume grande importanza “l'esempio” delle figure di riferimento, primi fra tutti i genitori e i familiari. Dati ISTAT, riguardo l'esposizione al fumo nelle famiglie italiane, riportano che il 49% dei neonati e dei bambini fino a 5 anni hanno almeno un

genitore fumatore e il 12% hanno entrambi i genitori fumatori⁹³.

Il personale sanitario, e in particolare i medici e i pediatri di base, in occasione di ogni visita, indipendentemente dal motivo che l'ha resa necessaria, dovrebbero valutare – sia nei genitori, sia nei minori (già a partire dai 10-11 anni), come indicato dalle **“Linee guida cliniche per promuovere la cessazione dell'abitudine al fumo”**⁹⁴ – l'abitudine tabagica individuale e familiare, adottando un approccio personalizzato per rendere efficace e incisivo un intervento preliminare di pochi minuti detto “counseling delle cinque A”⁹⁵.

I dati ISTAT relativi al 2014⁹⁶ indicano come **l'abitudine al fumo di tabacco sia molto diffusa nelle fasce di età giovanili, in particolare tra gli studenti delle superiori**. Il 23,4% degli alunni intervistati fuma sigarette (erano il 20,7% nel 2010) e il 7,6% lo fa ogni giorno. Tra la popolazione di 14 anni e più, la prevalenza dei fumatori di tabacco è del 19,5%. Nel 2014, le vendite del tabacco trinciato (per le sigarette “fai da te”: RYO - *Roll Your Own*) sono più che quintuplicate rispetto al 2004, arrivando a rappresentare il 5,1% del mercato. Il minor costo del tabacco sfuso rispetto alle sigarette lo rende infatti particolarmente “appetibile” per i giovani consumatori⁹⁷.

⁸⁸ DM 425 del 30 novembre 1991: si vieta la pubblicità televisiva dei prodotti del tabacco.

⁸⁹ D.Lgs. 581 del 9 dicembre 1993: si vieta la sponsorizzazione dei prodotti del tabacco nei programmi radiotelevisivi e nelle offerte al pubblico; D.Lgs. 300 del 16 dicembre 2004: regola la pubblicità e la sponsorizzazione a favore dei prodotti del tabacco aventi carattere transfrontaliero, nonché la distribuzione gratuita dei prodotti del tabacco a scopo promozionale.

⁹⁰ Decreto Legge n. 158 del 13 settembre 2012, art. 7, comma 1 e 2.

⁹¹ Legge n. 128 dell'8 novembre 2013, art. 4, comma 2.

⁹² Decreto Legge n. 104 del 12 settembre 2013.

⁹³ Fonte ISTAT riportata in Società Italiana di Pediatria Preventiva e Sociale (SIPPS), “Il fumo di sigaretta”, scheda informativa del 22 luglio 2015: http://www.sipps.it/pdf/areagenitori/IL_FUMO_DI_SIGARETTA.pdf. Cfr. anche DL 158/2012, art. 7, comma 2 e D.Lgs. 6 del 12 gennaio 2016 che recepisce la Direttiva europea

2014/40/UE introducendo alcune disposizioni non espressamente previste dalla Direttiva, quali la verifica dei distributori automatici, possibilmente al momento dell'installazione e comunque periodicamente, al fine di controllare il corretto funzionamento dei sistemi automatici di rilevamento dell'età dell'acquirente.

⁹⁴ Istituto Superiore di Sanità (ISS):

http://www.iss.it/binary/fumo/cont/fumo_e_tutela_bambini.pdf

⁹⁵ Le cinque A: 1) (Ask) chiedere (se il soggetto è fumatore o meno); 2) (Advise) consigliare di smettere di fumare tramite messaggi chiari e personalizzati; 3) (Assess) valutare la volontà di smettere; 4) (Assist) fornire assistenza nella fase di cessazione; 5) (Arrange) pianificare il follow-up e gli interventi di sostegno, volti a favorire la cessazione del fumo.

⁹⁶ Si veda la pagina ISTAT, cercando “percorso salute e sanità” / “stili di vita e fattori di rischio” / “abitudine al fumo”: <http://dati.istat.it/>

⁹⁷ Cfr. ISS:

http://www.iss.it/binary/fumo4/cont/31_maggio_2014_fumo_PA_CIFICI.pdf



Ulteriori indagini, svolte nello stesso anno tra ragazzi di età compresa tra gli 11 e i 15 anni, selezionati all'interno di alcune scuole campionate statali e paritarie, hanno evidenziato che la percentuale degli studenti 15enni che dichiara di aver fumato almeno una volta nella vita è del 42,1% tra i ragazzi, e sfiora il 50% tra le ragazze. Valori più bassi si rilevano fra i 13enni (19,7% le ragazze e 18,5% i ragazzi) e tra gli 11enni (3,7% i ragazzi e 2,5% le ragazze). Gli studenti 15enni che dichiarano di fumare tutti i giorni sono il 13,8% dei maschi e il 13,3% delle femmine. Inoltre, l'indagine evidenzia che la metà degli studenti intervistati, in età compresa fra i 13 e i 15 anni, è esposta al fumo passivo in casa propria⁹⁸.

Significativo il dato riferito al **mancato rispetto del divieto di vendita di prodotti del tabacco ai minori**: il 38% degli studenti compra le sigarette nei bar o nei tabaccai e il 63,9% dichiara di non aver avuto problemi all'acquisto nelle rivendite autorizzate, nonostante la minore età (si ricorda che la vendita è vietata ai minori di 18 anni).

Rispetto ai dati ISTAT e all'indagine fin qui menzionata, il rapporto 2015 dell'Istituto Superiore di Sanità⁹⁹ conferma come stabile (al 17%) la percentuale di fumatori, principalmente giovani e in particolare maschi (fino ai 25 anni), che scelgono le **sigarette fatte a mano**. Si inizia a fumare mediamente a 17,9 anni, ma circa il 73% dei fumatori ha iniziato a fumare tra i 15 e i 20 anni e il 12,9% anche prima dei 15 anni. La motivazione principale dell'iniziazione al fumo di sigaretta rimane,

costantemente nel tempo, l'influenza dei pari (61,3%)¹⁰⁰.

Il tabagismo, dipendenza che rappresenta la più grande minaccia evitabile per la salute individuale, è uno dei principali determinanti di molte malattie croniche e necessita di un sempre maggiore impegno multisettoriale, vista la pluralità di interessi correlati ai prodotti del tabacco.

Nell'8° Rapporto CRC avevamo dato spazio, tra le dipendenze, anche alla **dipendenza da Internet**, per sottolineare il fatto che un abuso delle nuove tecnologie può avere ugualmente conseguenze e incidere negativamente su un sano sviluppo dei minori.

Così come si rilevava con preoccupazione l'aumento del **gioco d'azzardo** anche tra persone di minore età, soprattutto online, sebbene la legge vieti la partecipazione dei minori ai giochi con vincita di denaro¹⁰¹ e l'ingresso dei minorenni nelle aree destinate ai giochi pubblici per adulti¹⁰². Gli aderenti alla campagna "Mettiamoci in gioco"¹⁰³ avevano accolto con favore la previsione nella Legge di Stabilità di misure per il contenimento della promozione del gioco d'azzardo, ma hanno ribadito la necessità di avere, al più presto, una **legge quadro** per tale settore. In particolare, si sottolinea che la suddetta Legge ha destinato una quota di 50 milioni di euro, a partire dal 2015, fra le risorse destinate al finanziamento del Servizio Sanitario Nazionale, per la prevenzione, cura e riabilitazione delle patologie connesse alla dipendenza dal gioco d'azzardo. La Legge di Stabilità 2016 ha rinnovato l'impegno in tal senso, presso il

⁹⁸ L'HBSC e il GYTS, come OKkio alla Salute, fanno parte del Progetto "Sistema di indagini sui rischi comportamentali in età 6-17 anni", promosso dal Ministero della Salute/CCM, in collaborazione con il MIUR, e coordinato dal Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute (CNESPS) dell'Istituto Superiore di Sanità (ISS). Cfr. <http://www.epicentro.iss.it/okkioallasalute/hbsc-gyts/hbscgyts.asp>.

⁹⁹ ISS, *Rapporto annuale sul Fumo*, 2015: <http://www.iss.it/fumo/index.php?lang=1&id=346&tipo=3>.

¹⁰⁰ Fonte: Ministero della Sanità, "Dati epidemiologici sul tabagismo": http://www.salute.gov.it/portale/temi/p2_6.jsp?lingua=italiano&d=467&area=stiliVita&menu=fumo.

¹⁰¹ DL 98 del 6 luglio 2011, art. 24, comma 20, 21 e 22.

¹⁰² DL 158 del 13 settembre 2012, art. 7, comma 8.

¹⁰³ Mettiamoci in gioco – Campagna nazionale contro i rischi del gioco d'azzardo: su www.mettiamociingiochi.org.



Ministero della Salute, con un nuovo fondo di 50 milioni di euro per il gioco d'azzardo patologico, a decorrere dal 2016. Nell'interrogazione parlamentare del febbraio 2016¹⁰⁴, si è chiesto al Ministro della Salute se siano state ripartite e in che modo tali risorse economiche e se siano state già avviate le attività di ricerca e controllo nell'ambito delle tematiche riguardanti il gioco d'azzardo, così come previste dall'Accordo quadro sottoscritto dall'Agenzia delle Dogane e dei Monopoli e dall'Istituto Superiore di Sanità. Sarebbe auspicabile sollecitare iniziative analoghe e specifiche per le persone di minore età.

Pertanto **il Gruppo CRC raccomanda:**

1. Al **Ministero della Salute** di incentivare campagne informative rispetto ai danni derivanti dalle sostanze psicotrope e dal fumo e percorsi educativi indirizzati agli adolescenti;

2. Al **Parlamento** di riprendere l'iter per una regolamentazione complessiva del fenomeno del gioco d'azzardo, al fine di approvare una legge quadro che tuteli la popolazione in generale e, in particolare, le fasce più esposte e quindi i minori, attraverso il divieto di pubblicità e la distanza minima delle sale gioco e dei centri scommesse dalle scuole e dai centri di aggregazione giovanile.

¹⁰⁴ Mettiamoci in gioco, Interrogazione al Ministro della Salute sul tema delle dipendenze dal gioco d'azzardo, seduta n. 559

dell'1 febbraio 2016:
http://www.mettiamociingioco.org/index.php?option=com_zoo&task=item&item_id=82&Itemid=213.