ATTI PARLAMENTARI

XVIII LEGISLATURA

CAMERA DEI DEPUTATI

Doc. **XXX**
n. **4**

RELAZIONE

SUI DATI RELATIVI ALLO STATO DELLE TOSSICODIPENDENZE IN ITALIA

(Anno 2020)

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

Presentata dal Ministro per le politiche giovanili

(DADONE)

Trasmessa alla Presidenza il 25 giugno 2021

STABILIMENTI TIPOGRAFICI CARLO COLOMBO

PAGINA BIANCA

INDICE

ACRONIMI VI

PREFAZIONE A CURA DEL MINISTRO PER LE POLITICHE GIOVANILI VIII

RINGRAZIAMENTI X

INTRODUZIONE A CURA DEL CAPO DIPARTIMENTO PER LE POLITICHE ANTIDROGA XIV

I OFFERTA E MERCATO DI SOSTANZE STUPEFACENTI

1 OFFERTA DI SOSTANZE STUPEFACENTI E CARATTERISTICHE DEL MERCATO

1.1 Caratteristiche del mercato delle sostanze stupefacenti 4

1.2 Operazioni antidroga e sequestri 7

1.3 Analisi qualitative e quantitative delle sostanze stupefacenti sequestrate 29

1.4 Prezzi delle sostanze 48

1.5 Il Sistema Nazionale di Allerta Precoce 51

1.6 Aggiornamento tabelle delle sostanze stupefacenti e psicotrope 64

2 RIDUZIONE DELL'OFFERTA

2.1 Segnalazioni per detenzione di sostanze stupefacenti o psicotrope per uso personale 68

2.2 Denunce penali per reati droga-correlati 78

2.3 Procedimenti penali pendenti per reati droga-correlati 92

2.4 Condanne per reati droga-correlati 96

2.5 Detenuti per reati droga-correlati 100

2.6 Minorenni nel circuito penale per reati droga-correlati 105

II DIFFUSIONE E TENDENZE DEI CONSUMI

3 CONSUMI NELLA POPOLAZIONE

3.1 Consumi nella popolazione studentesca 114

3.2 Le dipendenze nelle nuove generazioni durante la pandemia COVID-19 141

3.3 Misura dei consumi di sostanze psicoattive mediante analisi delle acque reflue 158

4 ATTIVITÀ DI PREVENZIONE

4.1 Prevenzione dell'incidentalità stradale droga-correlata 164

4.2 Interventi di prevenzione 171

4.3 Interventi di prevenzione in ambito scolastico 176

III OFFERTA E DOMANDA DI TRATTAMENTO

5 OFFERTA E ORGANIZZAZIONE DEI SERVIZI PER LE DIPENDENZE

5.1 Servizi pubblici e privati per le dipendenze 184

5.2 Servizi pubblici per le dipendenze 198

5.3 Servizi del Privato Sociale 203

5.4 Servizi e attività di riduzione del rischio e del danno 210

6 DOMANDA DI TRATTAMENTO

6.1 Utenti in carico e trattamenti erogati dai servizi pubblici per le dipendenze 222

6.2 Utenti in carico ai servizi del Privato Sociale per le dipendenze 233

6.3 Utenti in carico e trattamenti erogati da un campione di servizi del Privato Sociale per le dipendenze 238

6.4. Detenuti tossicodipendenti 248

6.5 Misure alternative al carcere per soggetti tossicodipendenti 252

IV DANNI CORRELATI AL CONSUMO DI SOSTANZE STUPEFACENTI

7 MALATTIE INFETTIVE

7.1 Malattie infettive tra i soggetti tossicodipendenti in trattamento presso i servizi pubblici per le dipendenze 260

7.2 Diffusione di epatiti virali acute in soggetti tossicodipendenti 265

7.3 Diffusione di patologie sessualmente trasmissibili in consumatori per via iniettiva 271

7.4 HIV e AIDS tra i consumatori per via iniettiva 278

8 VIOLAZIONI DEL CODICE STRADALE, RICOVERI OSPEDALIERI E MORTALITÀ DROGA-CORRELATA

8.1 Violazioni e incidenti stradali droga-correlati 290

8.2 Ricoveri ospedalieri 297

8.3 Mortalità per intossicazione acuta 316

8.4 Mortalità droga-indotta 322

V STATUS QUO E PROSPETTIVE FUTURE

9 LO STATUS QUO DELLE REGIONI: OBIETTIVI DI CONVERGENZA

9.1 Obiettivi di convergenza nel panorama Regionale delle Dipendenze 336

10 LA PANDEMIA DA COVID-19 E IL SUO RIFLESSO SULL'AREA DELLE DIPENDENZE

10.1 L'impatto sul sistema di cura 350

10.2 La pandemia da COVID-19 e il suo riflesso sull'area delle dipendenze: il Focus Group 353

10.3 Indicazioni operative per i Servizi delle Dipendenze 358

11 RETI SOCIALI DI PROSSIMITÀ: HOUSING E LAVORO

11.1 Reti sociali di prossimità: housing e lavoro 362

VI ATTIVITÀ PROMOSSE DAL DIPARTIMENTO POLITICHE ANTIDROGA

12 PRINCIPALI ATTIVITÀ DEL DIPARTIMENTO POLITICHE ANTIDROGA

12.1 Accordi Interistituzionali e Protocolli promossi 372

12.2 Avvisi Pubblici 386

12.3 Attività internazionali 388

VII SINTESI CONCLUSIVA 393

ACRONIMI

AIDS	Acquired Immunodeficiency Syndrome
ASL	Azienda Sanitaria Locale
CAST	Cannabis Abuse Screening Test
CC	Arma dei Carabinieri
CdS	Codice della Strada
CNDD	Centro Nazionale Dipendenze e Doping
CNR	Consiglio Nazionale delle Ricerche
COA	Centro Operativo AIDS
DAD	Didattica A Distanza
DCSA	Direzione Centrale per i Servizi Antidroga
DM	Decreto Ministeriale
DPA	Dipartimento Politiche Antidroga
DPCM	Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri
DPR	Decreto del Presidente della Repubblica
EMCDDA	European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction
ESPAD	European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs
FFOO	Forze dell'Ordine
GU	Gazzetta Ufficiale
HAV	Epatite virale di tipo A
HBV	Epatite virale di tipo B
HCV	Epatite virale di tipo C
HIV	Human Immunodeficiency Virus
IDU	Injecting Drug Users – Utilizzatori di sostanze per via iniettiva
INCBI	International Narcotic Control Board

IRCSS	Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico
ISS	Istituto Superiore di Sanità
IST	Infezioni Sessualmente Trasmesse
ISTAT	Istituto nazionale di statistica
LASS	Laboratori per l'Analisi di Sostanze Stupefacenti
LEA	Livelli Essenziali di Assistenza
LGBTQX	Lesbian Gay Bisexual Transgender Queer
MSM	Maschi che fanno sesso con maschi
NOT	Uffici Territoriali del Governo
NPS	New Psychoactive Substances – Nuove Sostanze Psicoattive
NSIS	Nuovo Sistema Informativo Sanitario
PA	Province Autonome
PDTA	Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali
RDD	Riduzione del Rischio e del Danno
RIS	Reparti Investigazioni Scientifiche
RNAIDS	Registro Nazionale AIDS
SEIEVA	Sistema Epidemiologico Integrato dell'Epatite Virale Acuta
SerD	Servizi per le Dipendenze
SIND	Sistema Informativo Nazionale per le Dipendenze
SNAP	Sistema Nazionale Allerta Precoce
SSN	Servizio Sanitario Nazionale
UCS	Ufficio Centrale Stupefacenti
UNODC	United Nations Organization on Drug and Crime
UEPE	Uffici locali per l'Esecuzione Penale Esterna
UTG	Uffici Territoriali del Governo

PREFAZIONE
A CURA DEL MINISTRO PER LE POLITICHE GIOVANILI

La Relazione al Parlamento sullo stato delle tossicodipendenze in Italia è un fondamentale momento di analisi e sintesi che intreccia fattori e dati trasversali di grande complessità.

La stesura della Relazione è da intendersi quale prodotto espressivo di una fase di transizione ancora non compiuta, i cui molteplici aspetti sarà possibile mettere a fuoco nel prossimo documento annuale.

Nell'attuale inedito contesto pandemico, il fenomeno delle dipendenze ha infatti subìto accenti allarmanti. L'emergenza epidemiologica ha prodotto un impatto drammatico sulla vita delle persone, sia nella dimensione individuale che collettiva.

Le aree di disagio si sono allargate e all'interno di queste i soggetti affetti da dipendenze da sostanze hanno subìto ancor maggiori effetti. In generale, pur se il sistema di cura ha saputo accettare la sfida, dalla lettura del documento relativo al 2020 emergono dinamiche comportamentali, socio-culturali, economiche in rapida evoluzione.

Un quadro articolato, a n dimensioni, di cui occorre cogliere la cifra complessiva, senza soffermarsi sul singolo dato. Ciò allo scopo di catturare quella visione di sistema indispensabile per modulare azioni mirate, specie in punto di prevenzione e cura.

I contenuti della Relazione, in linea con la Strategia e il Piano di Azione dell'Unione Europea 2021-25, valorizzano diversi prismi di analisi, sviluppati dalle singole strutture coinvolte attraverso un approccio evidence-based.

A tutti i soggetti coinvolti nel processo di elaborazione del documento esprimo il sincero ringraziamento e apprezzamento per il lavoro svolto.

I dati presentati riflettono un fenomeno che rivela nuove tendenze, soprattutto fra i giovani, rispetto alle quali Istituzioni e società civile devono saper fare fronte comune, anche riorientando talune scelte per renderle più sinergiche e coerenti con lo scenario attuale e le sfide del futuro.

In tal senso, è mio auspicio che il Legislatore in primis tenga conto della morfologia del fenomeno, così come storicamente conosciuto, e delle pratiche emergenti, quali quelle connesse agli effetti della pandemia.

È necessario che, ai vari livelli, tutti gli attori coinvolti siano aperti al dialogo per dare, senza pregiudizi, il proprio costruttivo contributo.

In quest'ottica, la prossima Conferenza Nazionale sulle droghe – che si svolgerà entro quest'anno dopo l'edizione del lontano 2009 - costituirà certamente una preziosa occasione di corale confronto per individuare proposte di soluzioni alle diverse problematiche, con rinnovata attenzione ai soggetti più vulnerabili e ai bisogni delle giovani generazioni.

On. Fabiana Dadone

Ministro per le Politiche Giovanili

RINGRAZIAMENTI

La redazione della Relazione è stata curata dal Dipartimento Politiche Antidroga con il supporto tecnico dell'Istituto di Fisiologia Clinica del CNR.

Il Dipartimento Politiche Antidroga desidera ringraziare per il loro contributo alla pubblicazione della Relazione:

MINISTERO DELLA GIUSTIZIA

- Dipartimento per gli Affari di Giustizia - Direzione Generale degli Affari Interni - Ufficio I
- Dipartimento per gli Affari di Giustizia - Direzione Generale Affari Penali - Ufficio III – Reparto I Casellario e Registro Sanzioni civili
- Dipartimento amministrazione penitenziaria
- Dipartimento per la giustizia minorile e di comunità – Sezione statistica, Ufficio Attuazione provvedimenti giudiziari del giudice minorile
- Dipartimento per la giustizia minorile e di comunità – Direzione Generale per l'Esecuzione penale esterna e di messa alla prova

MINISTERO DELL'INTERNO

- Direzione Centrale per i Servizi Antidroga
- Dipartimento della Pubblica Sicurezza - Direzione Centrale Anticrimine della Polizia di Stato - Servizio Polizia Scientifica – Indagini sulle droghe
- Dipartimento della Pubblica Sicurezza – Servizio Polizia Stradale
- Dipartimento per l'amministrazione generale, per le politiche del personale dell'amministrazione civile e per le risorse strumentali e finanziarie: Direzione centrale per le risorse finanziarie e strumentali - Ufficio XIV - Innovazione tecnologica per l'amministrazione generale
- Direzione centrale per l'amministrazione generale e le Prefetture – Uffici Territoriali del Governo - Ufficio V - Studi, ricerca e documentazione generale

MINISTERO DELLA SALUTE

- Direzione generale dei dispositivi medici e del servizio farmaceutico - Ufficio Centrale Stupefacenti
- Direzione generale della digitalizzazione, del sistema informativo sanitario e della statistica

- Direzione generale della prevenzione sanitaria

MINISTERO DELL'ISTRUZIONE

- Dipartimento per il sistema educativo di ostruzione e formazione - Direzione Generale per lo Studente, l'Inclusione e l'Orientamento Scolastico - Ufficio III

REGIONI E PROVINCE AUTONOME

ISTITUTO DI RICERCHE FARMACOLOGICHE IRCSS "MARIO NEGRI"

COMANDO GENERALE DELL'ARMA DEI CARABINIERI - RAGGRUPPAMENTO CARABINIERI INVESTIGAZIONI SCIENTIFICHE DI ROMA

COMANDO GENERALE DELLA GUARDIA DI FINANZA

ISTITUTO NAZIONALE DI STATISTICA - ISTAT

- Dipartimento per la Produzione Statistica Direzione Centrale per la Contabilità Nazionale, Servizio Domanda Finale, Input di Lavoro e Capitale, Conti Ambientali – CNB
- Direzione centrale per le statistiche sociali e il welfare – servizio sistema integrato salute, assistenza e previdenza

ISTITUTO SUPERIORE DI SANITÀ - ISS

- Centro Nazionale Dipendenze e Doping
- Centro Nazionale per la Salute Globale -Sistema Epidemiologico Integrato dell'Epatite Virale Acuta
- Dipartimento malattie infettive – centro operativo AIDS.

CONSIGLIO NAZIONALE DELLE RICERCHE

- Istituto di Fisiologia Clinica – Sezione di epidemiologia e ricerca sui servizi sanitari

GRUPPO TECNICO INTERREGIONALE DIPENDENZE COSTITUITO PRESSO LA COMMISSIONE SALUTE DELLA CONFERENZA DELLE REGIONI E DELLE PROVINCE AUTONOME

CNCA - COORDINAMENTO NAZIONALE COMUNITÀ DI ACCOGLIENZA

FICT – FEDERAZIONE ITALIANA DELLE COMUNITÀ TERAPEUTICHE

INTERCEAR - COORDINAMENTO NAZIONALE DEI COORDINAMENTI REGIONALI DEGLI ENTI ACCREDITATI PER LE DIPENDENZE

FEDERSERD - FEDERAZIONE ITALIANA DEGLI OPERATORI DEI DIPARTIMENTI E DEI SERVIZI DELLE DIPENDENZE

SITD – SOCIETÀ ITALIANA TOSSICODIPENDENZE

FEDERSANITÀ TOSCANA

LEGACOOPSOCIALI

CONFCOOPERATIVE – FEDERSOLIDARIETÀ

DIPARTIMENTI E SERVIZI PUBBLICI PER LE DIPENDENZE

ORGANIZZAZIONI E SERVIZI DEL PRIVATO SOCIALE PER LE DIPENDENZE PARTECIPANTI ALLO STUDIO CONOSCITIVO EPIMONITORING 3.0

INTRODUZIONE
A CURA DEL CAPO DIPARTIMENTO PER LE POLITICHE ANTIDROGA

La Relazione al Parlamento ha l'obiettivo di offrire una visione integrata del complesso fenomeno tossicodipendenze in Italia. Essa rappresenta il frutto dello sforzo di coordinamento inter istituzionale tra le Amministrazioni centrali e periferiche dello Stato e gli Enti pubblici e privati competenti in materia che hanno collaborato attivamente al fine di fornire i dati più aggiornati, che per la maggior parte si riferiscono al 2020. Questo lavoro comune permette di presentare una lettura integrata degli indicatori diretti e indiretti che descrivono il mercato delle sostanze stupefacenti, la diffusione del consumo nonché delle risposte adottate a livello nazionale per la prevenzione e il trattamento dei danni (sanitari, sociali e legali) correlati all'uso. Vengono inoltre presentate informazioni relative al mondo del privato sociale, all'impatto delle strategie di prevenzione, cura, recupero delle persone tossicodipendenti e alle attività di contrasto del mercato illegale. Nonostante la complessità delle problematiche la Relazione si pone l'obiettivo di fornire indicatori metodologicamente validati, utili alla definizione di politiche e interventi adeguati.

Nello specifico, la Relazione al Parlamento di quest'anno è articolata in sette parti. Le prime quattro sono dedicate al mercato delle sostanze stupefacenti, alle tendenze dei consumi, al sistema dei servizi, ai danni correlati con il consumo, per confermare l'impianto conoscitivo sedimentato nel corso degli anni e renderne misurabili le dinamiche longitudinali. La quinta parte sviluppata con dati raccolti attraverso un approccio innovativo raccoglie alcune preziose attività sviluppate in collaborazione con il Gruppo tecnico interregionale Dipendenze da cui scaturiscono degli obiettivi generali di convergenza, integrati con un approfondimento qualitativo sviluppato intorno all'impatto che l'epidemia da COVID-19 ha avuto sul sistema di cura. Vengono inoltre sintetizzati i risultati di un Focus Group dedicato al rapporto tra marginalità, reinserimenti sociali e lavoro. La sesta parte evidenzia le attività specifiche realizzate dal Dipartimento Politiche Antidroga e la settima parte chiude la Relazione al Parlamento con una sintesi trasversale dei dati attraverso la lettura delle tematiche che hanno mostrato un maggiore rilievo. Quest'anno, sulla base delle deleghe affidate al Ministro Dadone, abbiamo introdotto, anche una breve parte dedicata ad un approfondimento specifico per le dipendenze nelle nuove generazioni durante la pandemia COVID-19, tema che rappresenta una delle nuove sfide che il Dipartimento si presta ad affrontare.

Per essere efficaci, le politiche volte al contrasto di domanda e offerta di droghe necessitano di essere sviluppate sulla base di indicatori in grado di fornire una descrizione del contesto quanto più oggettiva e completa possibile. Lo sviluppo di indicatori affidabili è reso ancora più necessario dalla sempre maggiore complessità e dinamicità del fenomeno sia a livello nazionale che internazionale. L'avvento della pandemia da COVID-19 ha ulteriormente messo in luce l'importanza di questo difficile compito dato che le conseguenze sociali ed economiche avranno un effetto di medio e lungo periodo e ripercussioni più gravose soprattutto sulle popolazioni vulnerabili ed emarginate, che sono anche quelle maggiormente esposte ai rischi dell'uso di sostanze.

Il tema prevalente e trasversale che deve essere considerato nella Relazione al Parlamento di quest'anno, è il profondo impatto prodotto dall'epidemia COVID-19 sui mercati delle sostanze, sulle modalità e le tendenze del consumo, sulle attività di riduzione della domanda e dell'offerta, sugli assetti stessi dei servizi sociosanitari e socioeducativi.

La produzione e il traffico di stupefacenti sembrano essersi rapidamente adattati alle restrizioni connesse alla pandemia. Nel 2020 è aumentato infatti il quantitativo di sostanze sequestrate nel territorio nazionale malgrado un numero inferiore di operazioni antidroga. Sono aumentati anche i sequestri delle Nuove Sostanze Psicoattive e ne sono state individuate ben 44 mai viste prima in Italia. Le misure di *lockdown* che probabilmente hanno inciso sul commercio al dettaglio di stupefacenti, potrebbero infatti aver favorito il potenziamento di modalità di distribuzione on line delle sostanze, accelerando una tendenza registrata negli ultimi anni, di un mercato sempre più digitalizzato. Tutti gli indicatori descrivono modelli di consumo sempre più complessi incentivati probabilmente dal fatto che gli utilizzatori accedono ad un mercato illegale in cui si reperiscono più tipologie di sostanze. Anche nel sistema giudiziario l'impatto della pandemia sembra aver portato ad un rallentamento delle procedure che in correlazione con una plausibile riduzione dei reati da imputare alle restrizioni della mobilità, ha fatto registrare un minor numero di segnalazioni per possesso, di denunce, di procedimenti, di condanne e di affidamenti in esecuzione penale esterna.

Appare, a mio avviso, fondamentale segnalare, in questo specifico contesto emergenziale, il ruolo svolto dagli operatori socio-sanitari che hanno saputo riorganizzarsi, fare rete, garantire la continuità terapeutica sviluppando percorsi di telemedicina e proseguire nell'attività di prevenzione e di riduzione del rischio e del danno.

Risulta quindi evidente come i cambiamenti già in atto da qualche anno, con la pandemia da COVID-19, abbiano subito un'accelerazione imponente e generalizzata, che ha segnato in modo irreversibile l'esigenza di un'ampia riflessione su fenomeni molto più fluidi, sfaccettati e polimorfi di un tempo. È sufficiente pensare alla propensione sempre più accentuata, specialmente nelle nuove generazioni, verso consumi non legati a una sola sostanza, o alla compresenza in molti casi di dipendenze da sostanze insieme a quelle comportamentali. Così come colpiscono i casi in cui l'uso problematico non nasce in presenza di condizioni di emarginazione o fragilità sociale oppure, all'opposto, i casi in cui la progressione a volte drammatica delle condizioni di fragilità individuale e familiare è dovuta quasi esclusivamente a dipendenze comportamentali. Come è evidente il quadro dei cambiamenti a cui fare fronte è davvero imponente e caratterizzato da un periodo di fortissime accelerazioni in queste direzioni difficili anche solo da rilevare e comprendere in termini di entità e dinamiche.

Il Dipartimento si propone nei prossimi anni di affiancare agli indicatori riconosciuti nuove fonti di dati raccolte con approcci innovativi a complemento del monitoraggio, sfruttando al massimo le opportunità che vengono offerte dalla digitalizzazione, per lavorare in modo più dinamico e interattivo con le parti interessate, al fine di garantire che le nostre politiche e le nostre azioni nel settore delle tossicodipendenze siano guidate da una valutazione condivisa ed aggiornata delle problematiche in essere e delle risposte più efficaci messe in atto.

Per queste ragioni al Dipartimento Politiche Antidroga è apparso quanto mai opportuna la scelta di organizzare nel corso del 2021, la Conferenza Nazionale sulle Droghe. Un appuntamento decisivo per affrontare ed aggiornare il sistema dei servizi del pubblico e del privato sociale alla luce di nuove condizioni dei consumi e dei mercati e delle conseguenze che questi mutamenti provocano sulla tutela della salute pubblica. A questo proposito è centrale il rapporto con le Amministrazioni Centrali, le Regioni, gli enti pubblici e con tutti gli *stakeholders* del territorio a cui va il ringraziamento per l'intensa collaborazione già attivata in occasione di questa Relazione al Parlamento, che proseguirà senza interruzioni per la preparazione della Conferenza nazionale.

Dott. Flavio Siniscalchi

Capo Dipartimento Politiche Antidroga

PARTE I
OFFERTA E MERCATO DI SOSTANZE STUPEFACENTI

Elementi chiave

Offerta di sostanze e caratteristiche del mercato

Il mercato delle sostanze stupefacenti muove attività economiche per 16,2 miliardi di euro, di cui circa il 39% attribuibile al consumo dei derivati della cannabis e quasi il 32% all'utilizzo di cocaina. Negli ultimi 3 anni per il mercato della cocaina si è osservato un incremento medio del commercio di circa 2,5 punti percentuali.

Il 2020 ha segnato un calo delle operazioni antidroga condotte dalle Forze di Polizia (-13%), unitamente a un contestuale aumento dei quantitativi di sostanze sequestrate (+7,4%). Quest'ultimo è da attribuire principalmente al sequestro di sostanze sintetiche.

La percentuale media di principio attivo rilevata nei campioni analizzati nel 2020 è rimasta stabile rispetto all'anno precedente per quanto riguarda cocaina e marijuana, mentre è aumentata per metamfetamine, hashish e crack. Minore la percentuale di principio attivo in eroina e MDMA.

Per quanto riguarda i prezzi riferiti al traffico, si è osservata una riduzione per amfetamine e metamfetamine e un aumento per hashish. Relativamente ai prezzi riferiti allo spaccio, una riduzione per amfetamine e LSD e un aumento di marijuana, hashish, cocaina e metamfetamine.

Nel 2020 sul territorio Italiano sono state individuate 44 nuove sostanze psicoattive, la maggior parte riconducibili alla categoria dei catinoni sintetici. Nel corso del primo semestre *post-lockdown*, si è evidenziato un forte aumento rispetto allo stesso periodo del 2019 (circa 200%) delle segnalazioni inviate allo SNAP per "sequestro di NPS".

Nel 2020, gli 8 decreti emanati dal Ministero della Salute per l'aggiornamento delle tabelle hanno portato all'aggiunta di 74 nuove sostanze a quelle attualmente controllate.

Riduzione dell'offerta

Alle Prefetture, sono pervenute 32.879 segnalazioni per detenzione di sostanze psicotrope per uso personale (Art. 75 DPR n. 309/1990), riguardanti 31.016 persone. Un terzo dei segnalati ha più di 40 anni e il 9,4% è minorenne. Il 74% delle segnalazioni ha riguardato cannabis, il 19% cocaina.

Le persone segnalate all'Autorità Giudiziaria per reati penali droga-correlati sono state 31.335 (-11% rispetto al 2019). Il 43% delle persone è stata denunciata per reati correlati alla cannabis e suoi derivati, il 41% alla cocaina e il 9% all'eroina.

I procedimenti penali pendenti nel 2020 per reati di produzione, traffico e detenzione di sostanze stupefacenti (Art. 73 DPR n. 309/1990) sono stati 92.875 e hanno coinvolto 189.707 persone, dati entrambi in crescita nell'ultimo quinquennio. In aumento nel 2020 anche il numero di soggetti (45.467) coinvolti in reati di associazione finalizzata al traffico illecito di sostanze stupefacenti o psicotrope (Art. 74 DPR n. 309/1990) per un totale di 4.681 procedimenti penali.

Sono stati 10.578 i soggetti condannati nel 2020 per reati di produzione, traffico e detenzione di sostanze stupefacenti e/o associazione (Artt. 73 e 74 DPR n. 309/1990). Il 29% dei soggetti condannati con sentenza definitiva era recidivo.

Alla fine del 2020 i detenuti per reati droga-correlati erano 18.697 e rappresentavano oltre un terzo della popolazione carceraria.

Nel 2020 i soggetti in carico ai Servizi Sociali della Giustizia Minorile per reati droga-correlati sono stati 3.622, circa un quinto del totale. In calo rispetto agli anni precedenti.

CAPITOLO 1

OFFERTA DI SOSTANZE STUPEFACENTI E CARATTERISTICHE DEL MERCATO

1.1 CARATTERISTICHE DEL MERCATO DELLE SOSTANZE STUPEFACENTI

Fonte: Istituto Nazionale di Statistica (ISTAT) - Dipartimento per la Produzione Statistica Direzione Centrale per la Contabilità Nazionale, Servizio Domanda Finale, Input di Lavoro e Capitale, Conti Ambientali – CNB
Nota: i dati sono riferiti al 2018, annualità più recente disponibile

Le attività di commercializzazione di sostanze stupefacenti rappresentano quella componente dell'economia non osservata costituita dalle attività economiche di mercato che, per motivi diversi, sfuggono all'osservazione diretta della statistica ufficiale e pongono dunque problemi particolari nella loro misurazione. Questa componente comprende l'economia sommersa e quella illegale, quest'ultima circoscritta appunto alle attività di commercializzazione di sostanze stupefacenti, insieme a prostituzione e contrabbando di sigarette. L'Istat elabora correntemente delle stime al fine di quantificare il valore di queste attività.

Stimare la dimensione economica di un fenomeno non osservato è un'attività complessa poiché le stime delle attività illegali, praticate da soggetti con incentivi a occultare il proprio coinvolgimento, sia come produttori sia come consumatori, possono essere affette da un margine di errore superiore a quello che caratterizza altre componenti del Pil.

In Italia non esistono indagini statistiche dirette utili ai fini della stima del valore degli aggregati economici associati al consumo di sostanze stupefacenti.

Come in altri Paesi europei, anche in Italia si evidenzia una situazione di scarsa disponibilità e qualità dei dati. Le fonti amministrative fornite dagli organi di polizia, dai ministeri e dalle dogane, gli studi del CNR-IFC sull'uso di alcol e altre sostanze psicoattive nella popolazione, così come le ricerche di associazioni non-profit o universitarie utilizzano spesso concetti e modalità di rilevazione tra loro molto diversi e non standardizzati.

Le informazioni sulle quantità scambiate, i prezzi e il numero dei consumatori di sostanze stupefacenti, sono deducibili principalmente dalle due agenzie internazionali EMCDDA (*European Monitoring Center for Drug and Drug Addiction*) e UNODC (*United Nations Organization on Drug and Crime*) che da molti anni monitorano il mercato della droga per diversi ordini di finalità (in particolare, controllo e prevenzione). Anche in questo caso, tuttavia, la qualità del dato non è del tutto assicurata poiché le rilevazioni sono affidate ai singoli Paesi e non è possibile stabilirne il grado di accuratezza.

La stima, quindi, è condotta prevalentemente utilizzando indicatori di domanda e informazioni relative agli utilizzatori finali e ai loro comportamenti di consumo per tipologia di sostanza stupefacente. Più in dettaglio, vengono analizzati i mercati illegali per le diverse sostanze stupefacenti oggetto di analisi allo scopo di

determinare il numero dei consumatori, la quantità media consumata e i prezzi di mercato unitari. I corrispondenti valori di consumo sono ottenuti tramite una stima prezzo per quantità.

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

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

Nel 2019 l'Istat ha effettuato una revisione generale dei conti nazionali, concordata in sede europea a cinque anni dal passaggio al regolamento europeo dei conti nazionali e regionali SEC 2010, che ha introdotto innovazioni e miglioramenti di metodi e di fonti nei diversi domini di stima (annuale, istituzionale, trimestrale). La revisione generale, che ha comportato la ricostruzione delle serie storiche fino al 1995, ha consentito di rivedere e di aggiornare anche le ipotesi e le fonti alla base delle stime relative alle attività illegali.

La stima del mercato degli stupefacenti non ha visto cambiamenti nella metodologia, che mantiene l'approccio dal lato della domanda, ma sono state inserite nuove fonti informative e dati aggiornati per le componenti della stima.

L'approccio è così formalizzato:

$$HFCj = Nj \times Q_{HFC}j \times P_{HFC}j$$

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

Il numero dei consumatori N si ottiene utilizzando dati di survey sui tassi di prevalenza del consumo per tipologia di sostanza: eroina, cocaina, cannabis, amfetamine, ecstasy e LSD. Il tasso di prevalenza annuale (*last year prevalence rate*) è un indicatore chiave dell'agenzia europea EMCDDA e viene stimato sulla base della *General Population Survey*. Il tasso ha l'obiettivo di stimare la proporzione di soggetti che hanno fatto uso di sostanze stupefacenti nei 12 mesi precedenti il momento della rilevazione, rispetto all'intera popolazione di riferimento (15-64 anni). Attraverso i tassi di prevalenza annuale è possibile stimare il numero dei consumatori per tipologia di sostanza.

Una volta definito il numero degli utilizzatori per tipo di sostanza e per comportamento di consumo (consumo problematico, regolare e occasionale) è possibile pervenire alla stima della quantità di droga immessa nel mercato interno, facendo alcune assunzioni sulla frequenza e le quantità d'uso delle diverse tipologie di consumatori.

In occasione dell'ultima revisione dei conti nazionali, nel settembre 2019, le stime sui comportamenti di consumo della popolazione, che riguardano sia la frequenza di consumo in un anno sia le dosi giornaliere, sono state aggiornate utilizzando i risultati di un nuovo studio, *l'European Web Survey on Drugs* (Survey europea sulle droghe) coordinata dall'EMCDDA e svolta in diversi Paesi europei. Quest'ultima è un'indagine a partecipazione volontaria in grado di fornire un quadro dei comportamenti di una popolazione occulta quale appunto quella degli utilizzatori di sostanze. Sono state inserite, inoltre, le informazioni fornite dalla Direzione Centrale per i Servizi Antidroga del Ministero dell'Interno.

Il consumo in termini di valore è individuato moltiplicando le quantità consumate per i prezzi al dettaglio. I dati relativi al numero di consumatori e alle quantità assunte richiedono un lavoro di raccordo tra fonti diverse,

nonché la formulazione di assunzioni sui comportamenti di consumo. Le informazioni sui prezzi sono invece più univoche e rese note nelle relazioni annuali della Direzione Centrale per i Servizi Antidroga del Ministero dell'Interno. Ai fini della stima della spesa, si considera un prezzo al consumo intermedio tra le due quotazioni estreme indicate per le vendite al dettaglio. I prezzi risultano coerenti con quelli diffusi dalle Nazioni Unite.

Secondo le nuove stime prodotte, nel 2018 il numero di utilizzatori di cannabis era pari a circa 5,9 milioni, mentre poco più di 900 mila erano gli utilizzatori di cocaina. I consumatori di eroina superavano di poco i 300 mila e gli utilizzatori di altre sostanze chimiche (ecstasy, LSD, anfetamine) risultavano meno di 600 mila.

Il consumo finale di sostanze stupefacenti sul territorio nazionale è stimato nel 2018 in 16,2 miliardi di euro, di cui circa il 39% attribuibile al consumo dei derivati della cannabis e quasi il 32% all'utilizzo della cocaina. Le stime per il periodo 2016-2018 mostrano un incremento medio del commercio di stupefacenti di circa 2,5 punti percentuali.

Tabella 1.1.1 - Spesa per consumi finali di droga per tipologia di sostanza stupefacente (valori in miliardi di euro)

	2016	2017	2018
Eroina	2,9	2,8	3,1
Cocaina	4,5	4,9	5,1
Cannabis	6,0	6,3	6,3
Altro	1,7	1,8	1,7
TOTALE	**15,0**	**15,8**	**16,2**

Fonte: ISTAT - Anni 2016 - 2018

Nel complesso, l'Istat ritiene che le stime prodotte permettano tanto di misurare la spesa per consumi di stupefacenti in modo soddisfacente, quanto di monitorare il fenomeno nel tempo in termini di comportamenti, di consumo e prezzi al dettaglio. Le stime consentono ai conti nazionali di rispondere al criterio dell'esaustività, includendo anche fenomeni che sfuggono all'osservazione statistica diretta.

1.2 OPERAZIONI ANTIDROGA E SEQUESTRI

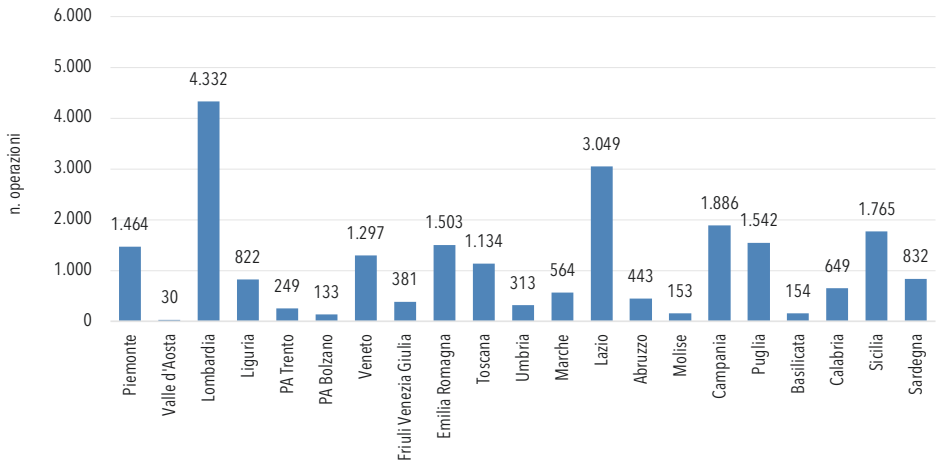
Fonte: Ministero dell'Interno - Direzione Centrale per i Servizi Antidroga (DCSA)

Il traffico delle sostanze stupefacenti e psicotrope costituisce una delle principali fonti di proventi illegali per le organizzazioni criminali che, anche grazie alle sempre più performanti tecnologie, attuano le proprie attività illecite a prescindere dai confini geografici e dalle difficoltà di comunicazione, trasporto e occultamento, che risultano essere sempre in evoluzione.

Le operazioni antidroga svolte dalle Forze di Polizia in Italia e nelle acque internazionali limitrofe, considerando solo gli interventi con risvolti di rilevanza penale, nel 2020 sono state 22.695 (-13% rispetto al 2019).

Il 45% delle operazioni è stato condotto nelle aree settentrionali del Paese e per un terzo in quelle meridionali e insulari: la regione Lombardia emerge per il numero assoluto più elevato di operazioni condotte, seguita da Lazio, Campania, Sicilia, Puglia, Emilia Romagna e Piemonte. In termini percentuali, i maggiori incrementi, rispetto al 2019, sono stati invece registrati in Molise e Umbria, a fronte di un decremento percentuale registrato in Basilicata, Liguria, Toscana, Lazio, Emilia Romagna, Piemonte, Trentino Alto Adige e Veneto.

Figura 1.2.1 – Distribuzione assoluta delle operazioni antidroga condotte per regione. Anno 2020



Fonte: Ministero dell'Interno - DCSA - Anno 2020

Le operazioni antidroga svolte hanno portato al sequestro di kg 58.827,66 di sostanze stupefacenti (+7,4% rispetto al 2019), di 414.396 piante di cannabis (+85%) e di 38.276 compresse/dosi (-40%).

Dei quantitativi di sostanze stupefacenti sequestrati sotto forma di polvere, il 50% riguarda i prodotti della cannabis, principalmente marijuana, il 23% la cocaina e poco meno dell'1% eroina e altri oppiacei; il 24% è rappresentato dalle sostanze sintetiche.

Tabella 1.2.1 - Operazioni antidroga e quantitativi di sostanze stupefacenti sequestrati

		2016	2017	2018	2019	2020
Operazioni (n.)		23.841	26.038	25.745	26.025	22.695
Cocaina (kg)		4.716,75	4.107,82	3.633,60	8.277,02	13.432,77
Eroina/altri oppiacei (kg)		480,18	611,92	978,96	618,59	512,39
Cannabis	Hashish (kg)	24.331,51	18.764,88	78.543,16	21.053,84	9.747,42
	Marijuana (kg)	41.529,78	93.396,59	39.299,49	23.668,51	19.868,69
	Piante cannabis (n.)	468.615	270.037	524.904	223.852	414.396
Droghe sintetiche	in dosi (n.)	19.137	19.839	26.534	56.620	17.687
	in peso (kg)	71,86	167,48	77,21	102,13	14.293,88
Altre sostanze stupefacenti	dosi (n.)	185.393	13.225	7.906	7.153	20.589
	peso (kg)	939,87	893,56	799,90	1.051,72	972,50
TOTALE	**dosi (n.)**	**204.530**	**33.064**	**34.440**	**63.773**	**38.276**
	peso (kg)	**72.069,96**	**117.942,25**	**123.332,32**	**54.771,81**	**58.827,66**

Fonte: Ministero dell'Interno - DCSA - Anni 2016-2020

I sequestri più significativi, in termini quantitativi, sono stati effettuati nelle seguenti località:

- per la cocaina, kg 3.330 nel porto di Livorno;
- per l'eroina, kg 59,56 a Tradate (Varese);
- per l'hashish, kg 2.844,50 nel porto di Salerno;
- per la marijuana, kg 1.034,58 a Pernumia (Padova);
- per le droghe sintetiche, kg 14.005 di amfetamina nel porto di Salerno.

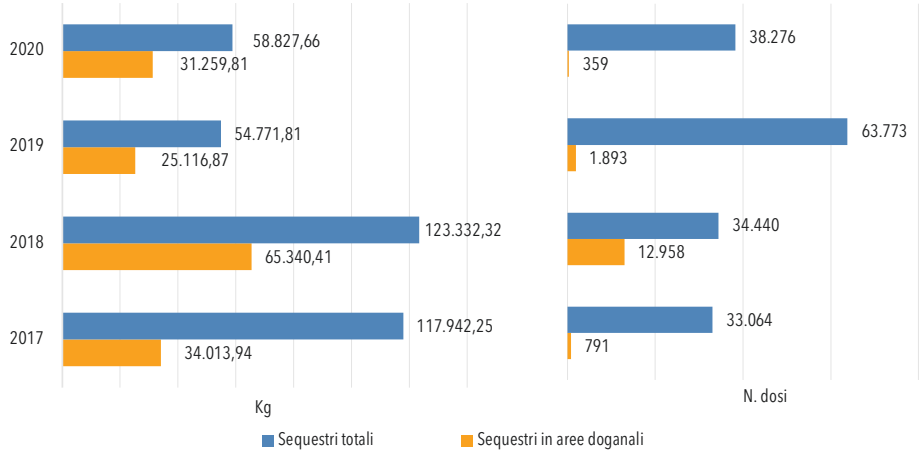
Sono meritevoli di menzione i dati più rilevanti dei sequestri di altre sostanze psicoattive, storicamente meno diffuse nel nostro Paese, riferiti a kg 131,80 di khat (o Qat), kg 112 di bulbi di papavero e 11.544 dosi/compresse di ossicodone.

In Italia, i gruppi criminali maggiormente coinvolti nei traffici più rilevanti si confermano:

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

Nel 2020, in Italia i quantitativi di stupefacenti sequestrati presso le aree di frontiera ammontano a kg 31.259,81 (pari al 53% del quantitativo totale intercettato), facendo registrare un incremento del 25% rispetto al 2019 (kg 25.116,87 intercettati nelle aree doganali, pari al 46% del quantitativo totale).

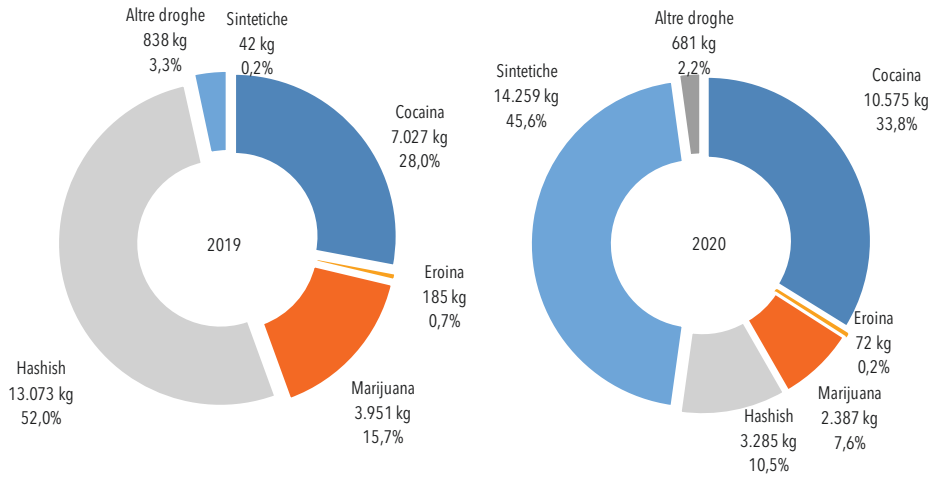
Figura 1.2.2 – Quantitativi di sostanze stupefacenti in polvere (Kg) e in dosi (n.) sequestrati in totale e in aree frontaliere



Fonte: Ministero dell'Interno - DCSA - Anni 2017-2020

Le droghe sintetiche, con kg 14.259,41 e la cocaina, con kg 10.574,76, sono state le sostanze maggiormente sequestrate nelle zone di frontiera, incidendo rispettivamente per il 46% e per il 34% sul totale intercettato. Il quantitativo totale di droghe sintetiche (in kg) è condizionato da un unico sequestro, effettuato nel porto di Salerno, di 14.005 kg.

Figura 1.2.3 – Quantitativi di sostanze stupefacenti in polvere (Kg) sequestrati nelle aree frontaliere



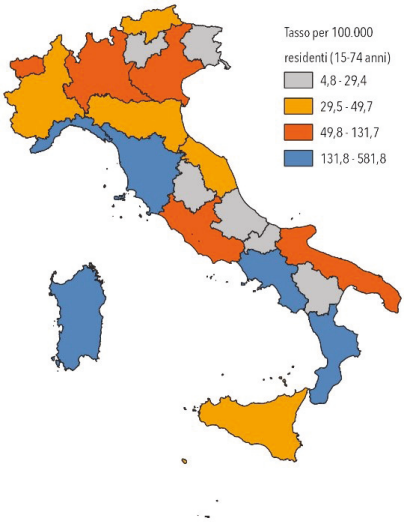
Fonte: Ministero dell'Interno - DCSA - Anni 2019-2020

Dei quantitativi di sostanze stupefacenti sequestrate il 63% è stato intercettato nelle regioni meridionali e insulari e il 23% in quelle settentrionali. La regione Campania, con kg 18.610,53 di sostanze stupefacenti e 17.968 piante di cannabis sequestrate, emerge per un valore assoluto superiore rispetto alle altre regioni, influenzato dal sequestro straordinario di kg 14.005 di amfetamine (un record assoluto a livello mondiale), probabilmente destinate ad alimentare vari mercati internazionali.

Rispetto al 2019, in termini percentuali, gli aumenti più consistenti di quantitativi sequestrati sono avvenuti in Campania, Valle d'Aosta, Calabria, Veneto, Sardegna, Lombardia e Toscana, mentre i decrementi più elevati in Basilicata, Molise, Abruzzo, Sicilia, Liguria e Puglia.

In termini relativi, i quantitativi di sostanze stupefacenti sequestrati corrispondono a quasi 132 kg ogni 100.000 residenti di 15-74 anni[1], con valori che superano i 300 kg in Campania, Calabria e Sardegna.

Figura 1.2.4 - Distribuzione assoluta e percentuale dei quantitativi di sostanze stupefacenti sequestrati per regione e tasso ogni 100.000 residenti di 15-74 anni



	Kg sequestrati sostanze stupefacenti	% sul totale	Tasso per 100.000 residenti (15-74 anni)
Piemonte	1.538,51	2,6	48,4
Valle d'Aosta	50,88	0,1	54,7
Lombardia	5.750,05	9,8	76,9
Liguria	1.866,55	3,2	168,3
Nord-ovest	*9.205,99*	*15,6*	*77,6*
PA Bolzano	168,67	0,3	42,7
PA Trento	40,71	0,1	10,0
Veneto	2.075,73	3,5	56,8
Friuli Venezia Giulia	142,23	0,2	16,0
Emilia Romagna	1.646,63	2,8	49,7
Nord-est	*4.073,97*	*6,9*	*47,0*
Toscana	4.327,38	7,4	158,7
Umbria	180,64	0,3	28,2
Marche	551,81	0,9	49,4
Lazio	3.335,75	5,7	77,0
Centrale	*8.395,58*	*14,3*	*95,2*
Abruzzo	285,40	0,5	29,4
Molise	28,33	0,0	12,6
Campania	18.610,53	31,6	425,4
Puglia	3.944,60	6,7	131,7
Basilicata	20,13	0,0	4,8
Calabria	8.328,44	14,2	581,8
Meridionale	*31.217,43*	*53,1*	*299,7*
Sicilia	1.791,80	3,0	48,7
Sardegna	4.142,89	7,0	336,7
Insulare	*5.934,69*	*10,1*	*120,8*
ITALIA	**58.827,66**	**100,0**	**131,7**

Fonte: Ministero dell'Interno - DCSA – Anno 2020

[1] I tassi sono stati calcolati utilizzando la popolazione residente al 01/01/2021 (stima) - Estrazione 15/05/2021 – www.demo.istat.it

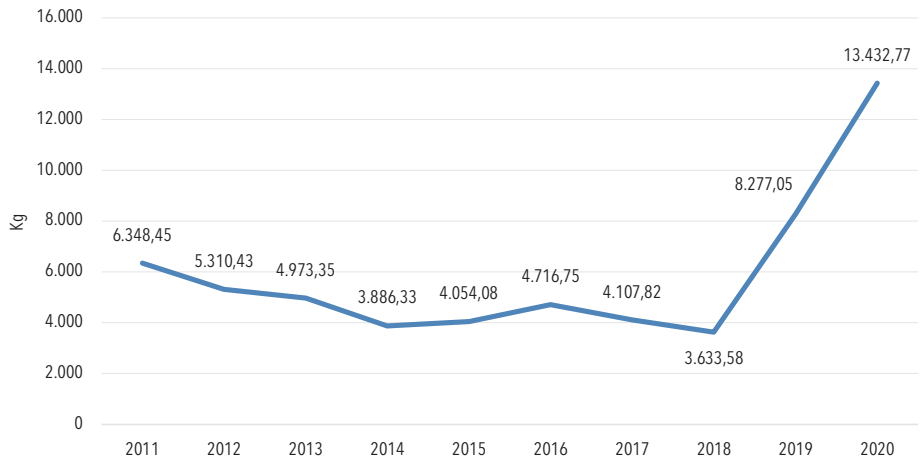
COCAINA

La cocaina introdotta in Italia proviene prevalentemente dal mercato colombiano e transita, quando non parte direttamente dalla Colombia, principalmente attraverso altri Stati del Sud America quali Cile, Ecuador, Venezuela, Brasile e Repubblica Dominicana. Le nazioni d'arrivo, in Europa, sono, presumibilmente, Spagna e Olanda. Nei casi in cui la provenienza è stata accertata, per la maggior parte è risultato che la cocaina era partita da Colombia, Ecuador, Brasile, Cile, Stati Uniti d'America, Belgio, Germania, Costa Rica, Olanda, Slovenia, Guatemala e Albania.

La cocaina sequestrata, il più delle volte, era occultata sulla persona (1.602 casi), nelle cavità corporee (41 casi), in abitazioni (1.306 casi), in auto (484 casi) e in pacchi o lettere postali (67 casi).

Nel 2020, le operazioni condotte per contrastare il mercato della cocaina sono state 7.766 (-9% rispetto al 2019), con un significativo aumento dei quantitativi sequestrati che da kg 8.277 sono passati a kg 13.432 (+62%).

Figura 1.2.5 – Quantitativi di cocaina (Kg) sequestrati

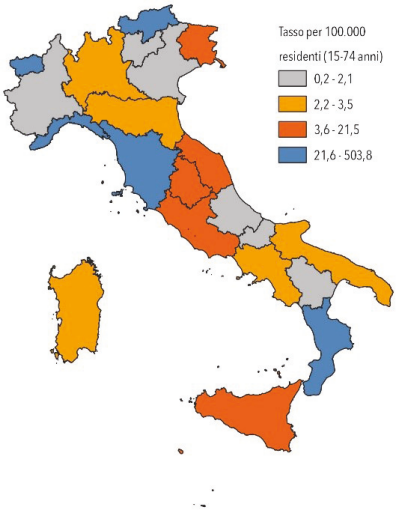


Fonte: Ministero dell'Interno - DCSA – Anni 2011-2020

Nelle regioni meridionali e insulari è stato sequestrato il 59% del quantitativo di cocaina complessivamente intercettato durante l'ultimo anno, il 31% nelle regioni centrali e il 10% in quelle settentrionali. Le regioni nelle quali sono stati sequestrati i maggiori quantitativi di cocaina sono Calabria, Toscana, Liguria, Sicilia, Lazio, Lombardia e Marche; quelle con i quantitativi più limitati sono Molise e Basilicata.

Rapportato al numero di abitanti di 15-74 anni, in Calabria si raggiungono 504 kg e in Toscana 130 kg rispettivamente, contro un valore nazionale pari a 30 kg per 100.000 residenti 15-74enni.

Figura 1.2.6 - Distribuzione delle operazioni e dei quantitativi di cocaina sequestrati per regione e tasso quantitativi sequestrati ogni 100.000 residenti di 15-74 anni

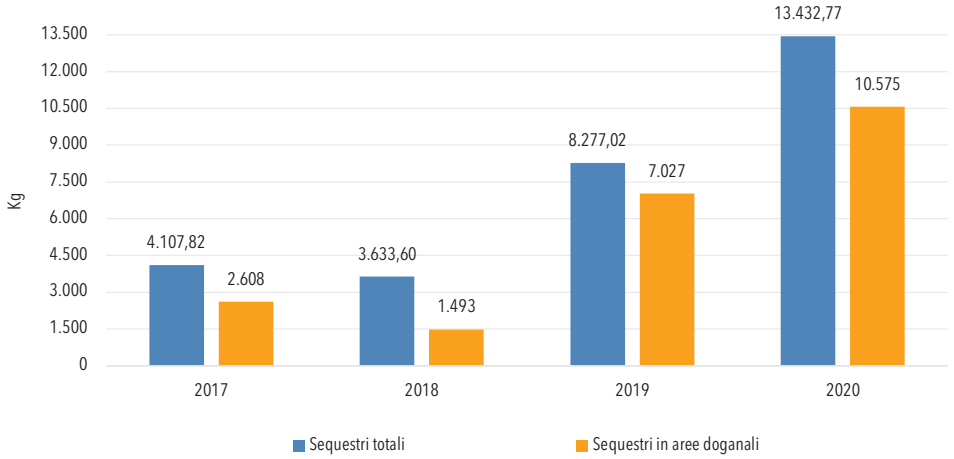


	Cocaina			Tasso 100.000 residenti (15-74 anni)
	N. operazioni	Kg sequestrati	% sul totale	
Piemonte	512	58,6	0,4	1,8
Valle d'Aosta	9	28,3	0,2	30,4
Lombardia	1.464	254,9	1,9	3,4
Liguria	292	570,2	4,2	51,4
Nord-ovest	*2.277*	*911,9*	*6,8*	*7,7*
PA Bolzano	78	130,0	1,0	32,9
PA Trento	44	5,8	0,04	1,4
Veneto	377	75,7	0,6	2,1
Friuli Venezia Giulia	83	43,4	0,3	4,9
Emilia Romagna	557	107,0	0,8	3,2
Nord-est	*1.139*	*361,9*	*2,7*	*4,2*
Toscana	406	3.495,2	26,0	128,1
Umbria	150	34,4	0,3	5,4
Marche	197	240,2	1,8	21,5
Lazio	1.357	420,7	3,1	9,7
Centrale	*2.110*	*4.190,6*	*31,2*	*47,5*
Abruzzo	156	11,1	0,1	1,1
Molise	50	1,5	0,0	0,7
Campania	617	121,2	0,9	2,8
Puglia	502	103,8	0,8	3,5
Basilicata	48	0,8	0,01	0,2
Calabria	151	7.211,4	53,7	503,8
Meridionale	*1.524*	*7.449,7*	*55,5*	*71,5*
Sicilia	524	479,5	3,6	13,0
Sardegna	192	39,1	0,3	3,2
Insulare	*716*	*518,6*	*3,9*	*10,6*
ITALIA	**7.766**	**13.432,75**	**100,0**	**30,1**

Fonte: Ministero dell'Interno - DCSA - Anno 2020

Nel biennio 2019/2020 l'incidenza dei sequestri frontalieri rispetto al totale nazionale è passata dall'85% al 79%, ma nello stesso tempo i sequestri frontalieri, pari a 10.574,76 kg, aumentano del 50% rispetto ai quantitativi del 2019.

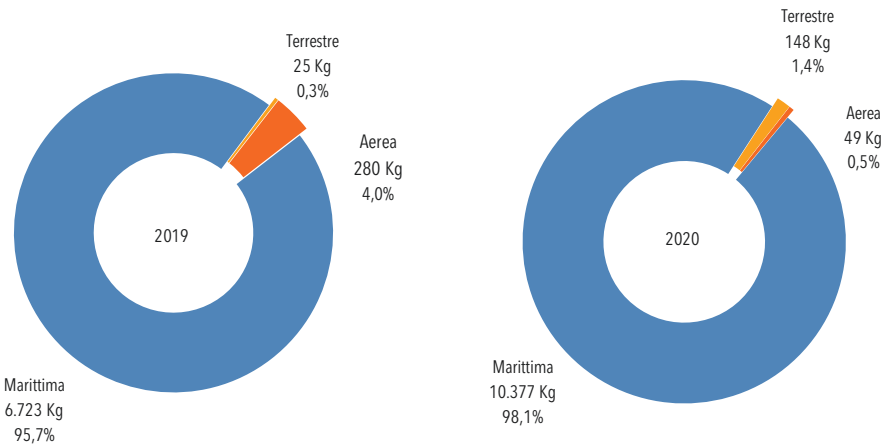
Figura 1.2.7 - Quantitativi di cocaina sequestrati complessivamente e nelle aree doganali



Fonte: Ministero dell'Interno - DCSA - Anni 2017-2020

La frontiera marittima si conferma lo scenario operativo ove sono state intercettate le maggiori quantità complessive di cocaina, facendo registrare un ulteriore incremento dell'incidenza rispetto al totale degli ambiti frontalieri, passato dal 96% del 2019 al 98% del 2020.

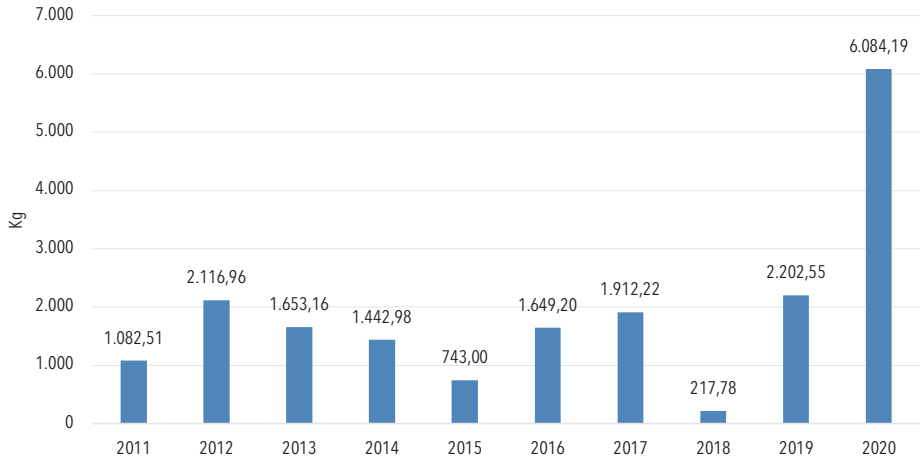
Figura 1.2.8 - Distribuzione assoluta e percentuale dei quantitativi di cocaina sequestrati nelle aree doganali



Fonte: Ministero dell'Interno - DCSA - Anni 2019-2020

I sequestri di cocaina, effettuati presso le frontiere marittime, si riferiscono a interventi svolti in aree portuali del versante occidentale. Il porto di Gioia Tauro (kg 6.084,19) è stato quello in cui è stata sequestrata la maggiore quantità di cocaina, seguito da quello di Livorno (kg 3.370,79) e di La Spezia (kg 333,95).

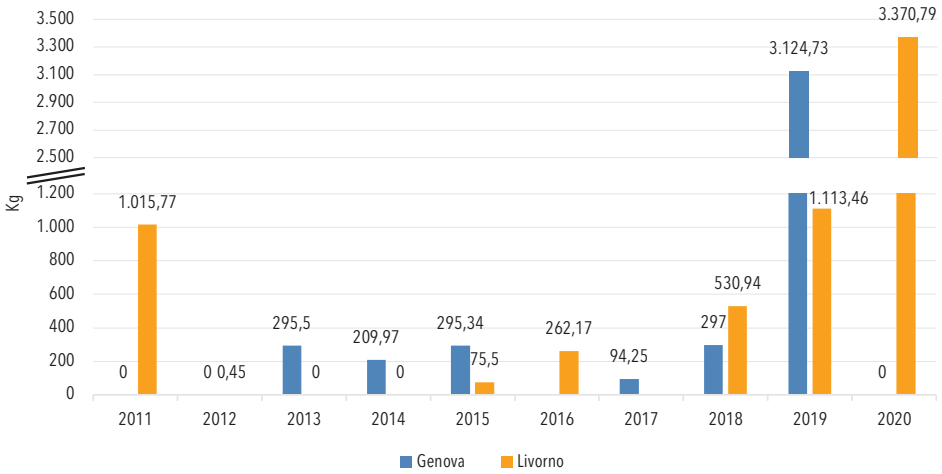
Figura 1.2.9 - Distribuzione assoluta e percentuale dei quantitativi di cocaina sequestrati nel porto di Gioia Tauro



Fonte: Ministero dell'Interno - DCSA - Anni 2011-2020

Nell'ultimo biennio nei porti di Genova e Livorno sono stati registrati degli incrementi importanti rispetto ai quantitativi sequestrati negli ultimi dieci anni.

Figura 1.2.10 - Distribuzione assoluta e percentuale dei quantitativi di cocaina sequestrati nei porti di Genova e Livorno



Fonte: Ministero dell'Interno - DCSA - Anni 2011-2020

Le informazioni disponibili attestano che la cocaina sequestrata alla frontiera marittima, nel 2020, risulta provenire da Colombia (kg 5.163,47), Ecuador (kg 1.564,22) e Cile (kg 1.130,52). L'incidenza frontaliera dei sequestri di cocaina provenienti dalla Colombia rappresenta il 50% del dato complessivo di quelli effettuati alla frontiera marittima (kg 10.377,24).

Nel 2020, i sequestri di cocaina alla frontiera aerea ammontano a 49,29 kg, facendo registrare un decremento dell'82% rispetto ai kg 279,54 intercettati nel 2019.

L'aeroporto italiano nel quale sono state intercettate le maggiori quantità complessive di cocaina è stato quello di Roma Fiumicino, con 31,78 kg (pari a quasi il 65% del totale sequestrato in frontiera aerea), seguito dall'aeroporto di Milano Malpensa (Varese), con 13,18 kg e dall'aeroporto di Genova "Cristoforo Colombo", con 1,42 kg. Questi tre aeroporti hanno inciso per il 94% sul totale sequestrato presso gli scali aeroportuali italiani.

Le maggiori quantità di cocaina sequestrate nelle aree aeroportuali provenivano da Brasile (kg 17,19) e Cile (kg 6,95), seguiti da Nigeria, Bolivia e Repubblica Dominicana (rispettivamente kg 4,56; kg 4,09 e kg 3,24).

Nel 2020, presso le frontiere terrestri sono stati sequestrati kg 147,85 di cocaina, mostrando un importante incremento rispetto ai kg 24,52 del 2019. I maggiori sequestri sono stati effettuati presso la barriera autostradale di Vipiteno (Bolzano) con 102,69 kg, seguita dal Traforo del Monte Bianco e dal passo del Brennero, con rispettivamente 28,08 e 15,07 kg.

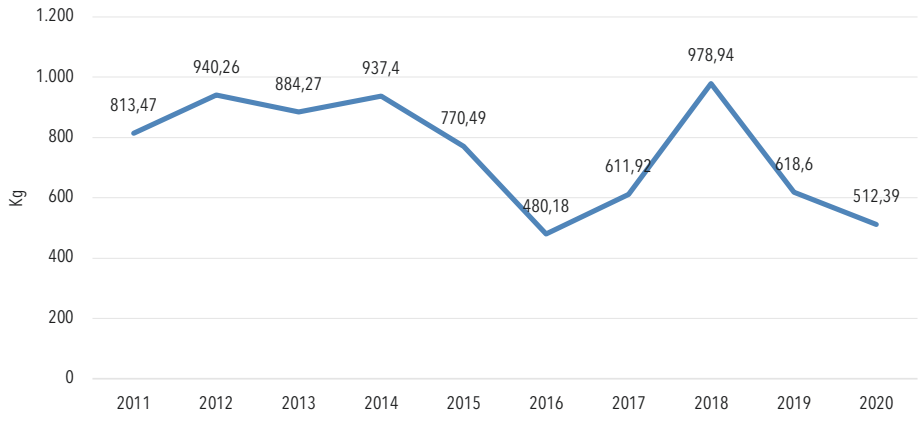
EROINA

L'eroina sequestrata sul mercato italiano è, prevalentemente, di produzione afghana e viene normalmente instradata attraverso la Turchia e la penisola balcanica. Risulta in aumento il traffico a mezzo di vettori aerei di linea, transitanti per la Rotta Meridionale, che partono direttamente dal Pakistan o, dopo un passaggio intermedio, da Paesi dell'Africa Orientale o del Sud Africa. Dall'esame dei casi, in cui la provenienza è stata compiutamente accertata dagli organi operanti, si rileva che la maggior parte dell'eroina sequestrata proveniva da Albania, Kenia, Nigeria, Pakistan, Malawi, Tanzania, Benin, Sudan, Etiopia e Paesi Bassi.

L'eroina sequestrata era occultata sulla persona (499 casi), nelle cavità corporee (39 casi), in abitazioni (285 casi), in auto (97 casi) e in pacchi o lettere postali (49 casi).

Nel 2020, la quantità di eroina sequestrata in Italia è diminuita del 17%, passando da kg 618,59 nel 2019 a kg 512,39 nel 2020.

Figura 1.2.11 – Quantitativi (Kg) di eroina sequestrati



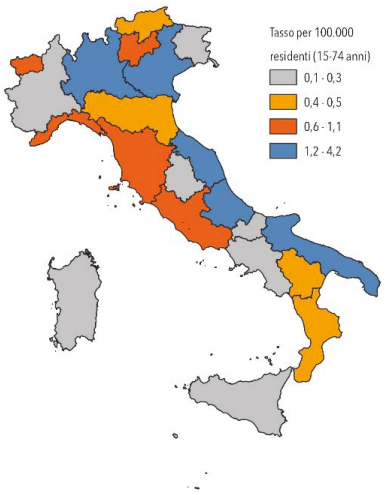
Fonte: Ministero dell'Interno - DCSA - Anni 2011-2020

Le operazioni antidroga rivolte al contrasto del mercato dell'eroina nel 2020 sono state 1.806, per il 25% condotte nelle regioni dell'Italia centrale e per il 24% in quelle nord-occidentali, in particolare nelle regioni Lazio e Lombardia. Uno scenario diverso si delinea se si considera la distribuzione per macroaree geografiche dei quantitativi sequestrati: il 60% di questi è stato rinvenuto nelle regioni settentrionali, il 21% in quelle meridionali e insulari e il 18% in quelle centrali.

Le regioni nelle quali sono stati sequestrati i maggiori quantitativi di eroina sono Lombardia, Veneto, Lazio, Abruzzo e Puglia, mentre quelle con i quantitativi inferiori sono Molise e Valle d'Aosta. Rispetto al 2019, in percentuale, sono stati registrati aumenti consistenti nei quantitativi sequestrati nelle regioni Marche, Abruzzo, Calabria e Lombardia.

A livello nazionale risulta che è stato sequestrato circa 1 chilogrammo di eroina ogni 100.000 abitanti di 15-74 anni, per raggiungere quasi 3 kg in Lombardia e superare 4 kg in Abruzzo.

Figura 1.2.12 - Distribuzione delle operazioni e dei quantitativi di eroina sequestrati per regione e tasso quantitativi sequestrati ogni 100.000 residenti di 15-74 anni

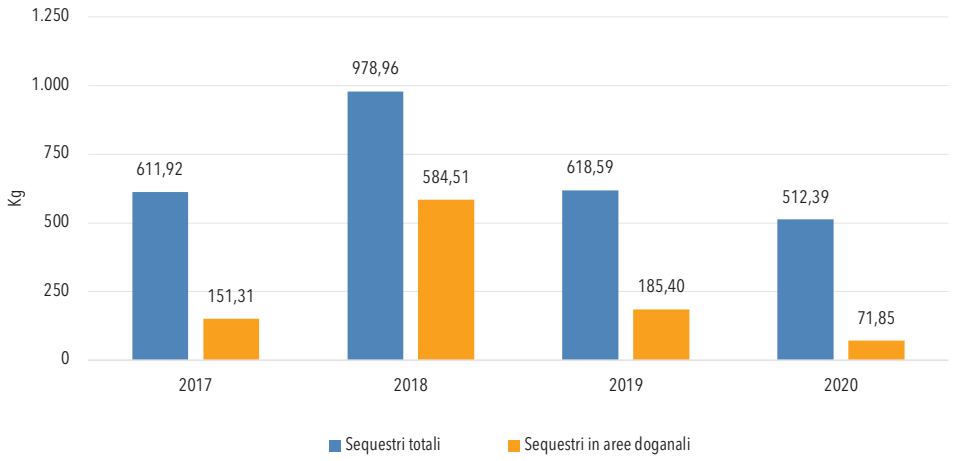


	Eroina			Tasso 100.000 residenti (15-74 anni)
	N. operazioni	Kg sequestrati	% sul totale	
Piemonte	100	8,88	1,7	0,3
Valle d'Aosta	4	0,99	0,2	1,1
Lombardia	245	205,42	40,1	2,7
Liguria	81	10,88	2,1	1,0
Nord-ovest	*430*	*226,17*	*44,1*	*1,9*
PA Bolzano	17	1,47	0,3	0,4
PA Trento	21	2,69	0,5	0,7
Veneto	191	61,18	11,9	1,7
Friuli Venezia Giulia	57	1,68	0,3	0,2
Emilia Romagna	123	16,41	3,2	0,5
Nord-est	*409*	*83,43*	*16,3*	*1,0*
Toscana	135	26,96	5,3	1,0
Umbria	32	1,82	0,4	0,3
Marche	79	20,58	4,0	1,8
Lazio	201	44,52	8,7	1,0
Centrale	*447*	*93,88*	*18,3*	*1,1*
Abruzzo	56	40,73	7,9	4,2
Molise	42	0,53	0,1	0,2
Campania	126	9,16	1,8	0,2
Puglia	132	42,30	8,3	1,4
Basilicata	25	1,86	0,4	0,4
Calabria	32	5,45	1,1	0,4
Meridionale	*413*	*100,03*	*19,5*	*1,0*
Sicilia	63	4,58	0,9	0,1
Sardegna	44	4,30	0,8	0,3
Insulare	107	8,88	1,7	0,2
ITALIA	**1.806**	**512,39**	**100,0**	**1,1**

Fonte: Ministero dell'Interno - DCSA - Anno 2020

Il quantitativo di eroina sequestrato in ambito frontaliero ammonta a kg 71,85, pari al 14% del totale intercettato durante l'anno (nel 2019 corrispondeva al 30%).

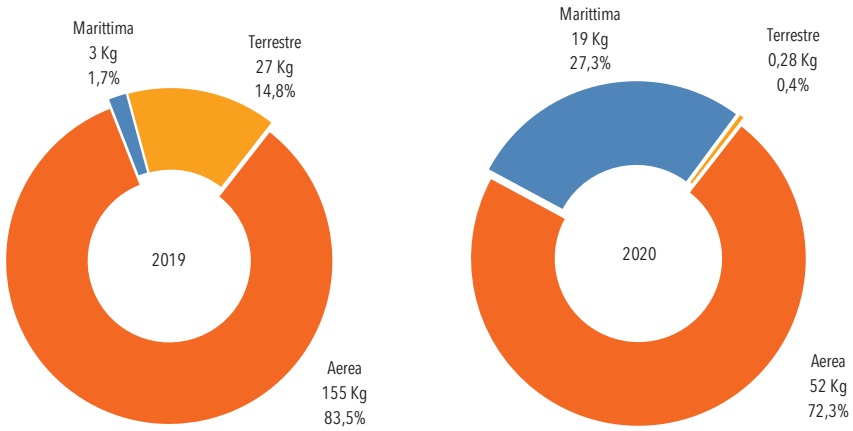
Figura 1.2.13 - Distribuzione assoluta dei quantitativi di eroina sequestrati complessivamente e nelle aree doganali



Fonte: Ministero dell'Interno - DCSA - Anni 2017-2020

Il 72% dei quantitativi di eroina sequestrati negli spazi doganali è stato intercettato presso gli scali aeroportuali nazionali (kg 51,72) e il 27% alla frontiera marittima (kg 19,49), mostrando per questa ultima un aumento considerevole dell'incidenza. La quantità di eroina intercettata alle frontiere terrestri (kg 0,28) è risultata in netto calo: nel 2020 ha rappresentato lo 0,4% del totale sequestrato nelle aree doganali, contro il 15% del 2019.

Figura 1.2.14 - Distribuzione assoluta e percentuale dei quantitativi di eroina sequestrati nelle aree doganali



Fonte: Ministero dell'Interno - DCSA - Anni 2019-2020

Nel 2020, le aree portuali maggiormente interessate dai traffici di eroina sono state quelle di Ancona (kg 17,42), Porto Torres e Olbia (Sassari) (kg 1,92 e kg 0,15 rispettivamente), mentre gli scali aeroportuali maggiormente interessati sono stati quelli di Roma Fiumicino (kg 41,90), Milano Malpensa (kg 4,16) e Napoli Capodichino (kg 1,57), che nel complesso rappresentano il 92% del totale dei sequestri in ambito aeroportuale.

Circa la provenienza dell'eroina trasportata per via aerea, rimane significativo il flusso movimentato lungo la Rotta Meridionale (con partenza diretta dal Pakistan, ovvero con transitando in Paesi africani). Dei 52 kg di eroina intercettata presso gli aeroporti italiani, circa il 90% è proveniente dal Pakistan (kg 6,69) e dai Paesi africani[2] (kg 39,72).

CANNABIS

Le rotte che interessano Marocco, Spagna e Francia sono utilizzate dai *network* criminali per le spedizioni di hashish: la sostanza viene movimentata, in quantitativi ingenti, su rotte marittime che riguardano anche i porti italiani del versante occidentale.

Per la marijuana, la maggior parte delle spedizioni viaggia lungo rotte che partono dall'Albania o dalla Grecia.

I maggiori sequestri sono stati effettuati, per l'hashish, nel porto di Salerno (kg 2.845 nel mese di giugno), a Rho (Milano) (kg 350 nel mese di giugno) e a Landriano (Pavia) (kg 321 nel mese di luglio); per la marijuana sono avvenuti a Pernumia (Padova) (kg 1.035 nel mese di dicembre), Genova (kg 780 nel mese di gennaio) ed a Macomer (Nuoro) (kg 773 nel mese di ottobre).

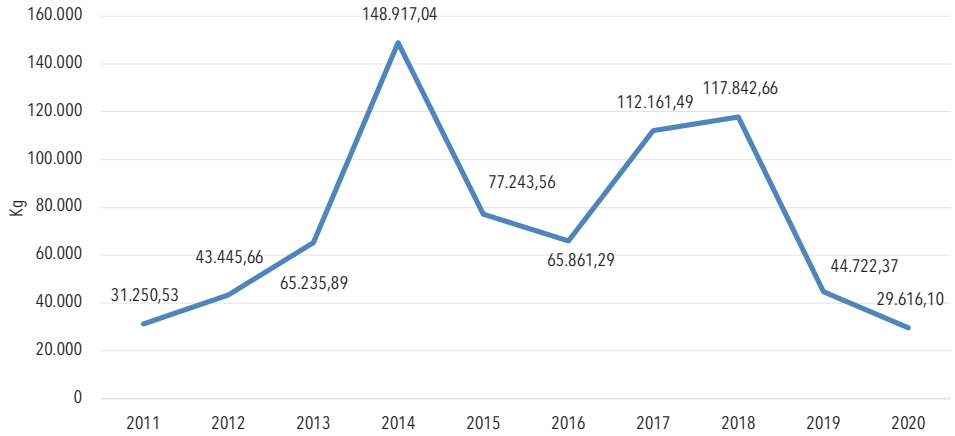
Dall'esame dei casi, per i quali la provenienza è stata puntualmente accertata, riguardo all'hashish si è rilevato che il mercato italiano è stato rifornito prevalentemente con prodotto proveniente dal Marocco, Siria, Spagna e Albania; gli ultimi due Paesi risultano anche quelli principali per la provenienza della marijuana.

I quantitativi di cannabis sequestrati sono stati rinvenuti soprattutto in abitazioni (3.389 casi), sulla persona (2.273 casi), in auto (553 casi) e all'interno di pacchi o lettere postali (384 casi).

Le operazioni di polizia finalizzate al contrasto dei derivati della cannabis sono state 12.066 che hanno portato al sequestro di kg 29.616,11 di prodotti, facendo registrare un rilevante decremento delle quantità sequestrate di hashish (-54%) e di marijuana (-16%).

[2] Kenya, kg 12,00; Nigeria, kg 8,51; Malawi, kg 5,31; Tanzania, kg 4,45; Benin, kg 4,40; Sudan, kg 2,68; Etiopia, kg 2,37.

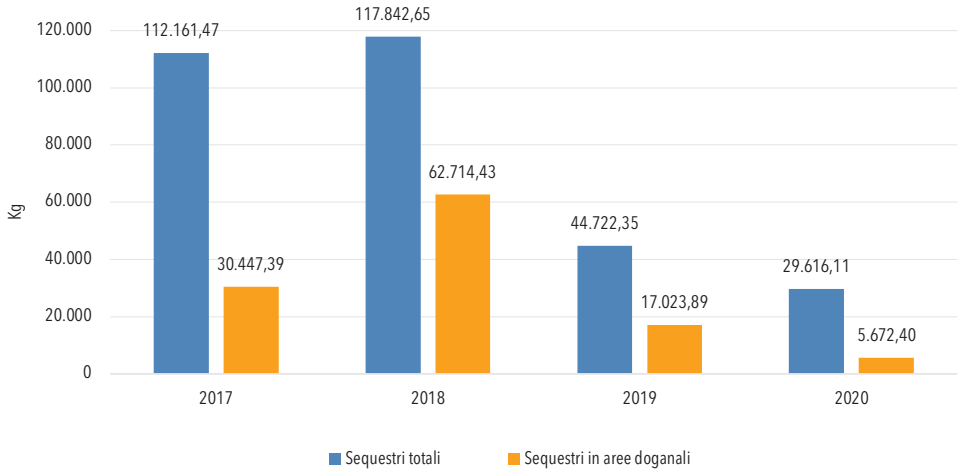
Figura 1.2.15 – Quantitativi (Kg) dei derivati della cannabis sequestrati



Fonte: Ministero dell'Interno - DCSA - Anni 2011-2020

I quantitativi dei derivati della cannabis (hashish e marijuana) sequestrati in ambito frontaliero hanno inciso per il 19% sul totale intercettato.

Figura 1.2.16 - Quantitativi dei derivati della cannabis sequestrati complessivamente e nelle aree doganali

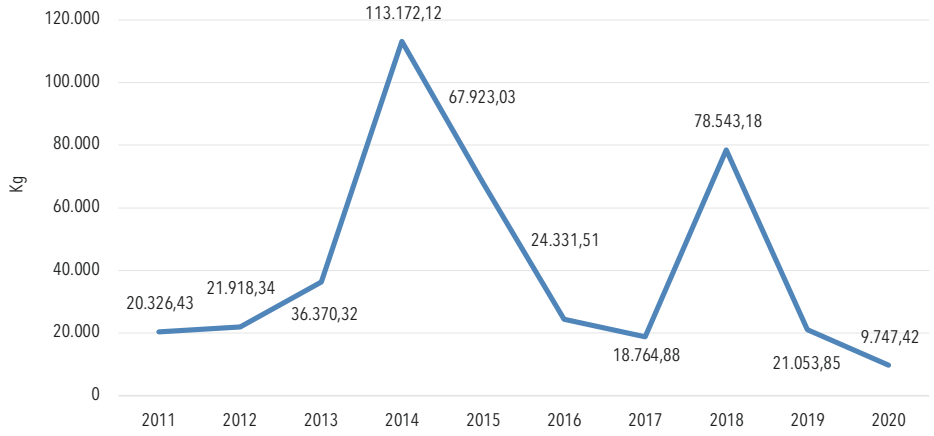


Fonte: Ministero dell'Interno - DCSA – Anni 2017-2020

HASHISH

Nel 2020 i quantitativi di hashish sequestrati sul territorio nazionale ammontano a kg 9.747,42, con un decremento del 54% rispetto al 2019.

Figura 1.2.17 – Quantitativi (Kg) di hashish sequestrati



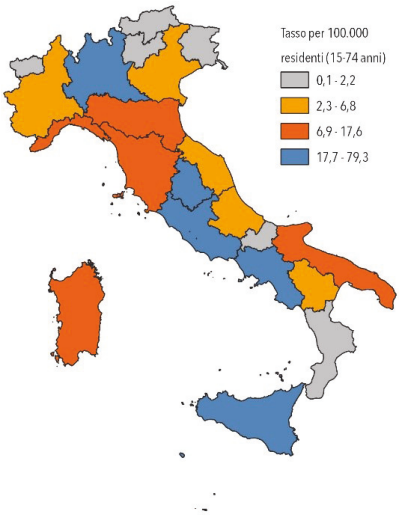
Fonte: Ministero dell'Interno - DCSA – Anni 2011-2020

Il 38% delle operazioni di polizia per contrastare il traffico di hashish sono state condotte nelle regioni nord-occidentali e il 26% in quelle centrali, in particolare nelle regioni Lombardia e Lazio; rispetto ai quantitativi, quasi il 51% è stato sequestrato nelle regioni meridionali e insulari e il 34% in quelle settentrionali.

Se in Campania, Lombardia, Lazio, Sicilia, Puglia, Emilia Romagna, Toscana e Piemonte sono stati sequestrati i maggiori quantitativi di hashish, nelle regioni Umbria, Valle d'Aosta, Lombardia, Campania, Marche e Puglia si registrano aumenti consistenti rispetto al 2019.

In termini relativi, in Italia sono stati sequestrati circa 22 kg di hashish ogni 100.000 residenti di 15-74 anni, quantitativo che raggiunge i 33 kg in Lombardia e i 79 kg in Campania.

Figura 1.2.18 - Distribuzione delle operazioni e dei quantitativi di hashish sequestrati per regione e tasso quantitativi sequestrati ogni 100.000 residenti di 15-74 anni

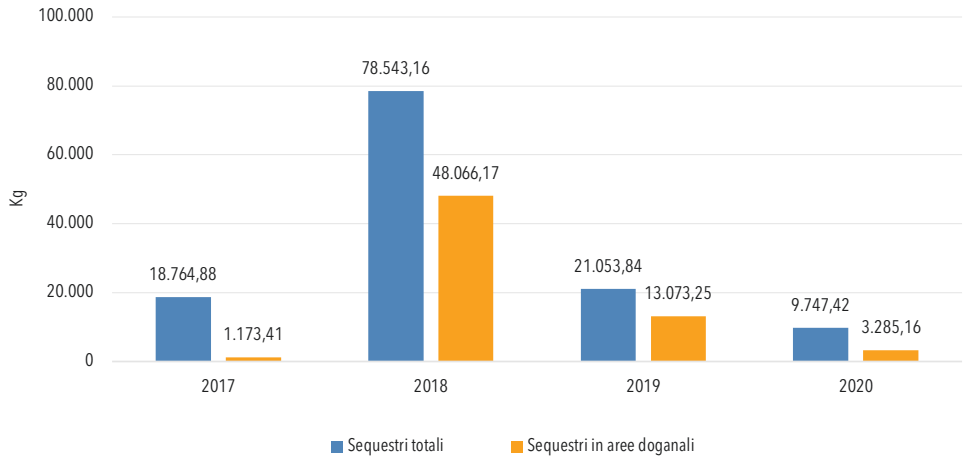


	Hashish			Tasso 100.000 residenti (15-74 anni)
	N. operazioni	Kg sequestrati	% sul totale	
Piemonte	286	216,23	2,2	6,8
Valle d'Aosta	5	0,32	0,003	0,3
Lombardia	1.101	2.456,88	25,2	32,8
Liguria	179	157,62	1,6	14,2
Nord-ovest	*1.571*	*2.831,05*	*29,0*	*23,9*
PA Bolzano	39	8,75	0,1	2,2
PA Trento	24	3,89	0,04	1,0
Veneto	142	94,92	1,0	2,6
Friuli Venezia Giulia	40	9,15	0,1	1,0
Emilia Romagna	220	375,75	3,9	11,3
Nord-est	*465*	*492,46*	*5,1*	*5,7*
Toscana	285	310,05	3,2	11,4
Umbria	40	118,80	1,2	18,5
Marche	87	34,61	0,4	3,1
Lazio	650	1.042,01	10,7	24,0
Centrale	*1.062*	*1.505,47*	*15,4*	*17,1*
Abruzzo	47	60,82	0,6	6,3
Molise	6	0,33	0,0	0,1
Campania	400	3.468,55	35,6	79,3
Puglia	239	527,21	5,4	17,6
Basilicata	25	13,47	0,1	3,2
Calabria	24	30,14	0,3	2,1
Meridionale	*741*	*4.100,52*	*42,1*	*39,4*
Sicilia	212	656,18	6,7	17,8
Sardegna	60	161,75	1,7	13,1
Insulare	*272*	*817,93*	*8,4*	*16,6*
ITALIA	**4.111**	**9.747,43**	**100,0**	**21,8**

Fonte: Ministero dell'Interno - DCSA - Anni 2020

Il quantitativo di hashish sequestrato nelle aree frontaliere ammonta a kg 3.285,16 con un'incidenza del 34% rispetto al totale sequestrato in ambito nazionale (nel 2019 corrispondeva al 62%).

Figura 1.2.19 - Quantitativi di hashish sequestrati complessivamente e nelle aree doganali



Fonte: Ministero dell'Interno - DCSA - Anni 2017-2020

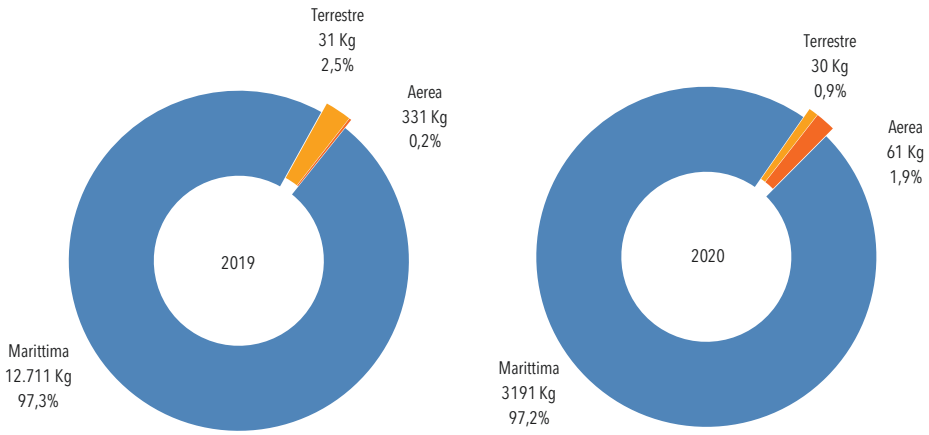
L'andamento delle quantità di hashish sequestrato nelle aree frontaliere italiane evidenzia un trend in diminuzione, con forti scostamenti di anno in anno, condizionato dall'entità di singoli sequestri, dell'ordine di diverse decine di tonnellate, effettuati su natanti, nell'ambito di interventi del dispositivo aeronavale nazionale, effettuati nelle acque del Mediterraneo.

La frontiera marittima rimane la principale via di accesso in Italia dell'hashish, incidendo per la quasi totalità dei sequestri avvenuti nelle aree frontaliere.

La quantità di hashish sequestrata in ambito marittimo (kg 3.191,04) ha riguardato sostanzialmente il porto di Salerno, con il sequestro di kg 2.844,50 e le acque antistanti le coste italiane, con il sequestro di kg 303,20.

Per le aree frontaliere terrestri, il principale valico da segnalare è quello di Ventimiglia (Imperia), dal quale si snoda l'autostrada "Autofiori", presso il quale sono stati sequestrati kg 30,03 che rappresentano il 99% del totale sequestrato in frontiera. Si tratta in effetti del posto di passaggio collocato nella principale direttrice terrestre dell'hashish introdotto in territorio nazionale, transitante da Spagna e Francia. I quantitativi di hashish introdotti attraverso le aree di frontiera aerea sono stati di modesta rilevanza, in tutto kg 60,60 (contro kg 30,90 nel 2019), avvenuti principalmente nell'aeroporto di Malpensa (kg 28,89) e in quello di Ciampino (kg 15,67).

Figura 1.2.20 - Distribuzione assoluta e percentuale dei quantitativi di hashish sequestrati nelle aree doganali

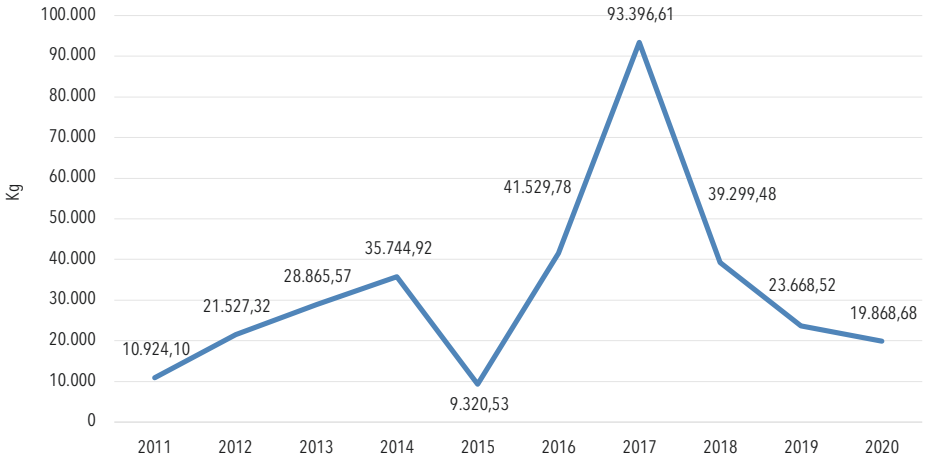


Fonte: Ministero dell'Interno - DCSA - Anni 2019-2020

MARIJUANA

Nel 2020 sul territorio nazionale sono stati complessivamente sequestrati kg 19.868,69 di marijuana, con un decremento del 16% rispetto al 2019.

Figura 1.2.21 – Quantitativi (Kg) di marijuana sequestrati



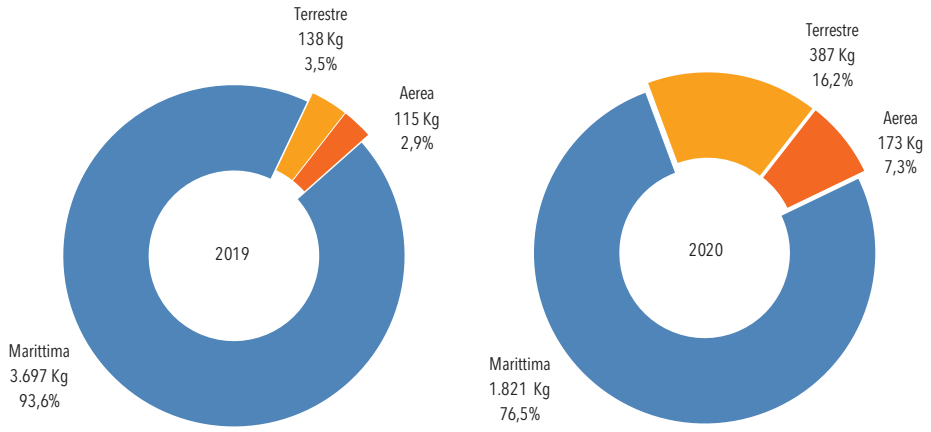
Fonte: Ministero dell'Interno - DCSA - Anni 2011-2020

I sequestri nelle aree doganali si riferiscono prevalentemente all'ambito marittimo, incidendo per il 76,5% sul totale dei sequestri annui frontalieri e sono avvenuti all'interno degli scali portuali (kg 211,47), in particolare in quelli di Civitavecchia (kg 191,37) e di Messina (kg 20), e nelle acque antistanti alle aree portuali (kg 1.609,70) della regione Puglia: Bari (kg 646,10), Brindisi (kg 546) e Lecce (kg 417,60).

Il valico terrestre dove sono stati operati i maggiori sequestri è stato quello di Ventimiglia con 173,09 kg, provenienti dalla Spagna, incidendo per il 45% sul totale della marijuana intercettata in tale ambito (kg 386,96).

Rispetto al trasporto aereo, che risulta poco sfruttato anche per il traffico di marijuana, è stato registrato un incremento dei sequestri che da kg 114,91 del 2019 sono passati a kg 172,76 nel 2020. Il sequestro quantitativamente più elevato è stato effettuato all'aeroporto di Malpensa (kg 53,92), presso il quale è stato intercettato circa il 31% del totale presso gli scali aeroportuali italiani. I Paesi di provenienza dei quantitativi maggiori di marijuana sequestrata negli scali aeroportuali sono stati la Spagna (kg 47,99), la Repubblica Dominicana (kg 19,75) e gli Stati Uniti d'America (kg 9,44).

Figura 1.2.22 - Distribuzione assoluta e percentuale dei quantitativi di marijuana sequestrati nelle aree doganali

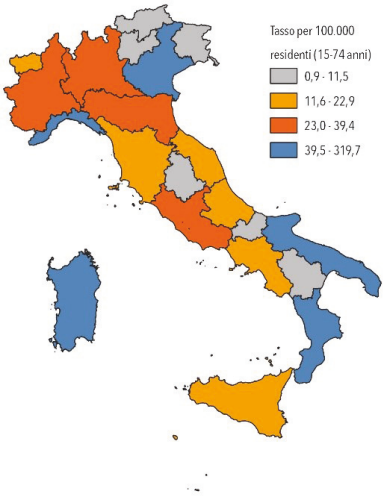


Fonte: Ministero dell'Interno - DCSA - Anni 2019-2020

Il 50% dei sequestri di marijuana è avvenuto nelle regioni meridionali e insulari del Paese, intercettato quasi esclusivamente in Puglia e Sardegna e il 39% in quelle settentrionali, soprattutto in Lombardia.

In termini relativi, in Italia risultano essere stati sequestrati circa 45 kg per ciascun abitante di età compresa tra i 15 e i 74 anni, quantitativo che supera i 100 kg nelle regioni Liguria e Puglia e raggiunge quasi 320 kg ogni 100.000 15-74enni residenti in Sardegna.

Figura 1.2.23 - Distribuzione delle operazioni e dei quantitativi di marijuana sequestrati per regione e tasso quantitativi sequestrati ogni 100.000 residenti di 15-74 anni



	Marijuana			Tasso 100.000 residenti (15-74 anni)
	N. operazioni	Kg sequestrati	% sul totale	
Piemonte	414	1.253,31	6,3	39,4
Valle d'Aosta	9	21,27	0,1	22,9
Lombardia	1.222	2.221,15	11,2	29,7
Liguria	201	1.126,19	5,7	101,6
Nord-ovest	*1.846*	*4.621,92*	*23,3*	*39,0*
PA Bolzano	97	28,29	0,1	7,2
PA Trento	31	28,26	0,1	6,9
Veneto	455	1.835,48	9,2	50,3
Friuli Venezia Giulia	147	78,38	0,4	8,8
Emilia Romagna	457	1.139,92	5,7	34,4
Nord-est	*1.187*	*3.110,33*	*15,7*	*35,9*
Toscana	194	488,66	2,5	17,9
Umbria	71	25,52	0,1	4,0
Marche	145	255,76	1,3	22,9
Lazio	575	1.413,75	7,1	32,6
Centrale	*985*	*2.183,69*	*11,0*	*24,8*
Abruzzo	140	172,72	0,9	17,8
Molise	37	25,98	0,1	11,5
Campania	515	812,47	4,1	18,6
Puglia	541	3.271,06	16,5	109,2
Basilicata	41	3,92	0,0	0,9
Calabria	310	1.081,45	5,4	75,5
Meridionale	*1.584*	*5.367,60*	*27,0*	*51,5*
Sicilia	733	650,82	3,3	17,7
Sardegna	423	3.934,32	19,8	319,7
Insulare	*1.156*	*4.585,14*	*23,1*	*93,3*
ITALIA	**6.758**	**19.868,68**	**100,0**	**44,5**

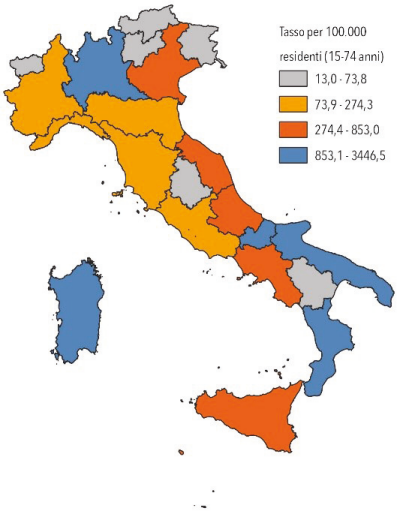
Fonte: Ministero dell'Interno - DCSA - Anno 2020

PIANTE DI CANNABIS

Le piante di cannabis sequestrate nel corso del 2020 sono state 414.396, per il 42% intercettate nell'ambito delle regioni meridionali e per quasi un terzo in quelle nord-occidentali, in particolare in Puglia e Lombardia.

A livello nazionale ogni 100.000 residenti di 15-74 anni risultano sequestrate circa 930 piante di cannabis, numero che si attesta a quasi 2.000 unità negli ambiti delle regioni Lombardia e Molise e raggiunge le 3.000 unità in Puglia, Calabria e Sardegna.

Figura 1.2.24 - Distribuzione delle operazioni e del numero di piante di cannabis sequestrate per regione e tasso piante sequestrate ogni 100.000 residenti di 15-74 anni



	Piante di cannabis			Tasso 100.000 residenti (15-74 anni)
	N. operazioni	N. piante	% sul totale	
Piemonte	87	5.824	1,4	183,1
Valle d'Aosta	2	63	0,0	67,7
Lombardia	88	125.246	30,2	1.674,0
Liguria	32	3.042	0,7	274,
Nord-ovest	*209*	*134.175*	*32,4*	*1.130,8*
PA Bolzano	6	88	0,0	22,3
PA Trento	9	53	0,0	13,0
Veneto	66	20.443	4,9	559,7
Friuli Venezia Giulia	22	236	0,1	26,5
Emilia Romagna	65	3.223	0,8	97,3
Nord-est	*168*	*24.043*	*5,8*	*277,6*
Toscana	40	3.740	0,9	137,1
Umbria	12	105	0,0	16,4
Marche	30	3.861	0,9	345,9
Lazio	57	4.009	1,0	92,5
Centrale	*139*	*11.715*	*2,8*	*132,8*
Abruzzo	31	3.282	0,8	338,0
Molise	14	4.018	1,0	1.780,6
Campania	141	17.968	4,3	410,7
Puglia	90	103.204	24,9	3.446,5
Basilicata	10	310	0,1	73,8
Calabria	117	48.292	11,7	3.373,5
Meridionale	*403*	*177.074*	*42,7*	*1.699,8*
Sicilia	185	31.416	7,6	853,0
Sardegna	93	35.973	8,7	2.923,6
Insulare	*278*	*67.389*	*16,3*	*1.371,5*
ITALIA	**1.197**	**414.396**	**100,0**	**927,6**

Fonte: Ministero dell'Interno - DCSA – Anno 2020

DROGHE SINTETICHE

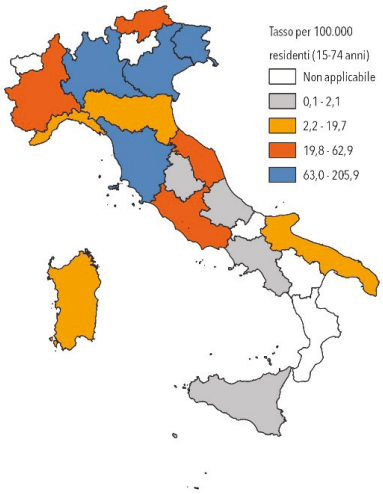
Nel 2020, il mercato olandese si conferma l'area di approvvigionamento più importante per le piazze di spaccio nazionali. Non a caso, le principali direttrici d'ingresso di questo stupefacente provengono da quel paese, oltreché da Siria, Brasile, Perù e Cina. Le droghe sintetiche sequestrate nel corso delle operazioni antidroga sono state rinvenute nella maggior parte dei casi occultate all'interno di pacchi o lettere postali, nelle abitazioni, sulla persona e all'interno delle autovetture.

Le operazioni dirette al contrasto delle droghe sintetiche sono state 307 che hanno portato al sequestro di 17.687 dosi e di kg 14.293,88 di sostanze, facendo registrare, rispetto al 2019, un decremento per le partite "in dosi" e un importante incremento per quelle "in polvere", a causa del sequestro di 14.005 kg di amfetamina nel porto di Salerno nel mese di giugno 2020. Pur escludendo tale eccezionale sequestro (il residuo ammonta a kg 288,88), l'aumento risulta comunque significativo.

Fra le droghe sintetiche sequestrate, escludendo il maxi-sequestro di amfetamina nel porto di Salerno, i quantitativi più significativi sono costituiti dall'ecstasy e dai suoi analoghi di struttura (*ecstasy like*).

Se il 99% delle droghe sintetiche in polvere è stato intercettato nelle regioni meridionali e insulari, il 56% di quelle in compresse/dosi è avvenuto nelle regioni settentrionali e il 43% in quelle centrali. Le regioni nelle quali il rapporto tra numero di dosi sequestrate di sostanze sintetiche e popolazione residente di 15-74 anni ha raggiunto valori superiori a 100 nelle regioni Friuli Venezia Giulia e Toscana, a fronte di un valore nazionale pari a 40 dosi ogni 100.000 residenti 15-74enni.

Figura 1.2.25 - Distribuzione assoluta e percentuale delle sostanze sintetiche in dosi sequestrate per regione e tasso ogni 100.000 residenti di 15-74 anni



	Sostanze sintetiche in polvere (Kg)	Droghe sintetiche in dosi		
		N. dosi	% sul totale	Tasso 100.000 residenti (15-74 anni)
Piemonte	0,50	796	4,5	25,0
Valle d'Aosta	---	---	---	---
Lombardia	39,54	4.956	28,0	66,2
Liguria	,07	160	0,9	14,4
Nord-ovest	*40,11*	*5.912*	*33,4*	*49,8*
PA Bolzano	0,12	244	1,4	61,7
PA Trento	0,02	---	---	---
Veneto	3,06	2.311	13,1	63,3
Friuli Venezia Giulia	1,33	1.038	5,9	116,5
Emilia Romagna	5,18	323	1,8	9,7
Nord-est	*9,71*	*3.916*	*22,1*	*45,2*
Toscana	2,52	5.615	31,7	205,9
Umbria	0,03	2	0,01	0,3
Marche	0,36	514	2,9	46,0
Lazio	41,04	1.427	8,1	32,9
Centrale	*43,95*	*7.558*	*42,7*	*85,7*
Abruzzo	0,01	16	0,1	1,6
Molise	---	---	---	---
Campania	14.196,67	5	0,03	0,1
Puglia	0,13	98	0,6	3,3
Basilicata	---	---	---	---
Calabria	---	---	---	---
Meridionale	*14.196,81*	*119*	*0,7*	*1,1*
Sicilia	0,11	25	0,1	0,7
Sardegna	3,19	157	0,9	12,8
Insulare	*3,30*	*182*	*1,0*	*3,7*
ITALIA	**14.293,88**	**17.687**	**100,0**	**39,6**

Fonte: Ministero dell'Interno – DCSA – Anno 2020

I sequestri più significativi per quantità, oltre a quello di Salerno, sono avvenuti, a Coccaglio (Brescia) (3.915 compresse di 4-cloro-2.5-dimetossiamfetamina), a Prato e a Venezia (rispettivamente 3.910 e 1.633 compresse di MDMA).

Presso le aree di frontiera i sequestri in peso sono stati kg 14.259,41, il 99,6% dei quali presso il porto di Salerno (kg 14.005).

Con riferimento all'ambito aeroportuale, gli aeroporti maggiormente interessati dai sequestri di droghe sintetiche sono stati quelli di Fiumicino (Roma) con 30,01 kg, Malpensa (Varese) con kg 16,24 e Linate (Milano) con 9,54 kg, nei quali è stato complessivamente intercettato il 95% del quantitativo totale. I principali Paesi di provenienza delle sostanze sottoposte a sequestro nelle aerostazioni sono stati Ghana (kg 25), Olanda (kg 10,89), Brasile (kg 6,67) e Perù (kg 5,12).

Nel 2020, relativamente alle spedizioni postali di droghe sintetiche attraverso il vettore aereo, sono state effettuate 19 operazioni antidroga, che hanno consentito il sequestro di 23,46 kg e di 8 dosi.

Per quanto riguarda il contrasto al crescente fenomeno del traffico delle sostanze stupefacenti, soprattutto quelle di sintesi chimica, occultate nelle spedizioni postali e a mezzo corriere, DCSA e DPA hanno avviato un Accordo di collaborazione interistituzionale, con il quale è stato sviluppato uno specifico progetto, denominato “Hermes”, allo scopo di armonizzare e implementare l’attività di controllo svolta dalle Forze di Polizia (si veda paragrafo 12.1).

1.3 ANALISI QUALITATIVE E QUANTITATIVE DELLE SOSTANZE STUPEFACENTI SEQUESTRATE

Fonte: Ministero dell'Interno - Dipartimento della Pubblica Sicurezza - Direzione Centrale Anticrimine della Polizia di Stato - Servizio Polizia Scientifica - Indagini sulle Droghe
Fonte: Ministero della Difesa - Arma dei Carabinieri - Raggruppamento Carabinieri Investigazioni Scientifiche di Roma

Nell'ambito di procedimenti penali e in alcuni casi amministrativi, correlati rispettivamente alla violazione degli Art. 73, 74 e 75 del DPR n. 309/1990 e s.m.i., l'Autorità Giudiziaria richiede generalmente di svolgere analisi quali-quantitative sulle sostanze stupefacenti per identificarne il principio attivo e determinare se la sostanza sequestrata rientra nelle tabelle delle sostanze stupefacenti e, quindi, calcolare il tenore di principio attivo e la corrispondente quantità in grammi.

Dalle analisi, svolte sia dai laboratori della Polizia di Stato sia da quelli dell'Arma dei Carabinieri, risulta che le sostanze stupefacenti evidenziano un'elevata variabilità della concentrazione di principio attivo contenuto. Il contesto del sequestro determina in parte questa variabilità: nella maggior parte dei casi, infatti, le analisi riguardano piccole e medie quantità di sostanze stupefacenti sequestrate al dettaglio (su strada) che, a causa della presenza di sostanze adulteranti, diluenti e/o agenti contaminanti da taglio, riportano percentuali di purezza più basse rispetto ai medi e grandi sequestri.

ANALISI QUALITATIVE E QUANTITATIVE ESEGUITE DAI LABORATORI DELLA POLIZIA DI STATO

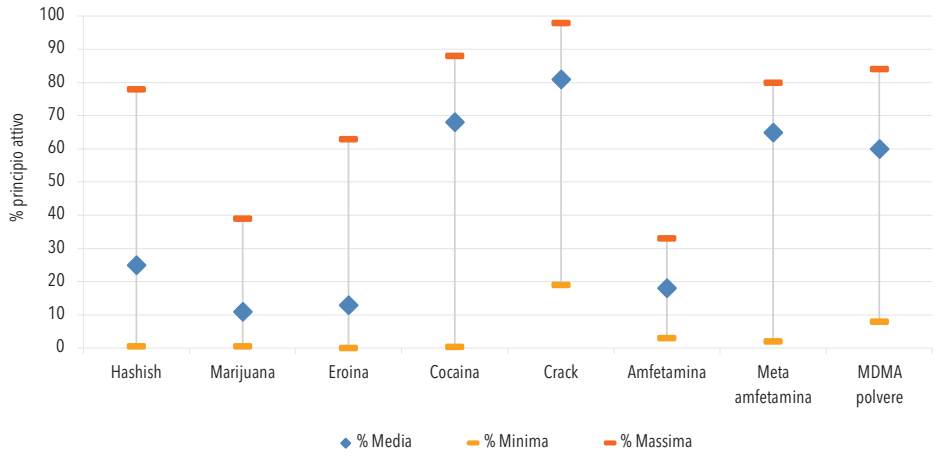
Nel 2020, la Sezione Indagini sulle Droghe del Servizio Polizia Scientifica della Direzione Centrale Anticrimine della Polizia di Stato e dai Gabinetti Regionali e Interregionali di Polizia Scientifica ha effettuato analisi di laboratorio su 9.514 campioni di sostanze stupefacenti.

La maggioranza dei campioni analizzati ha riguardato derivati della cannabis (51%, di cui marijuana 27% e hashish 24%), cocaina e crack (35%) ed eroina (7,6%) mentre la restante parte è relativa ad amfetamine e metamfetamine (1,6%), MDMA ed ecstasy (1,2%) e sostanze stupefacenti di varia natura (3,6%).

Le analisi di laboratorio evidenziano una variabilità molto elevata, che deriva anche dalle diverse tipologie dei sequestri, grandi partite o sequestri al dettaglio: da 0,6% a 78% per hashish e 39% per marijuana, da 0,1% a

63% per eroina, da 0,3% a 88% per cocaina e da 19% a 98% per crack, da 3% a 33% per amfetamina, da 2% a 80% per metamfetamina, da 8% al 84% per MDMA.

Figura 1.3.1- Percentuali media, minima e massima di principio attivo riscontrato nelle sostanze stupefacenti analizzate

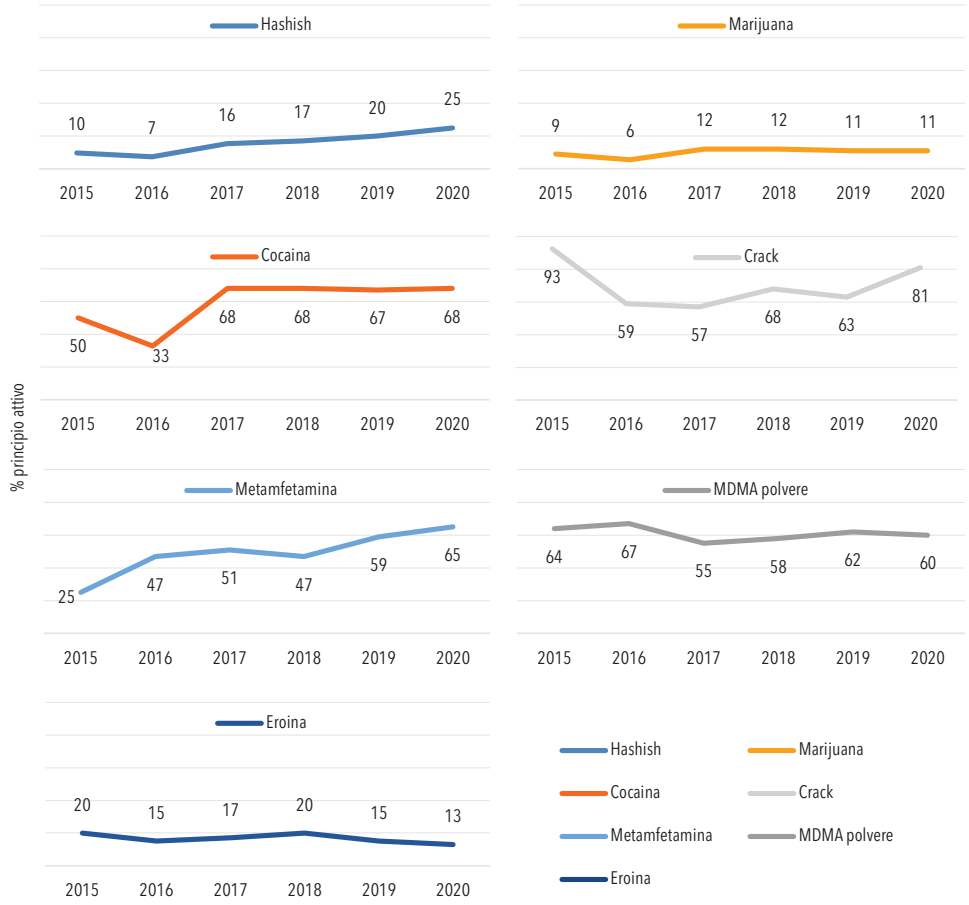


Fonte: Ministero dell'Interno - Direzione Centrale Anticrimine Polizia di Stato – Anno 2020

Confrontando i risultati con quelli dell'anno precedente, nel 2020 la percentuale media di principio attivo rilevata nei campioni analizzati è rimasta stabile per cocaina e marijuana, risulta lievemente aumentata per hashish e metamfetamina, mentre per il crack l'aumento è stato più elevato. Per eroina e MDMA la percentuale media di principio attivo è leggermente minore a quella riscontrata nel 2019.

Osservando l'andamento temporale degli ultimi sei anni, si osserva una sostanziale stabilizzazione per quanto riguarda la percentuale media di principio attivo di marijuana, cocaina, eroina e MDMA, un lieve ma costante aumento per hashish e metamfetamina mentre il crack torna ad avere valori prossimi a quelli del 2015.

Figura 1.3.2 - Percentuali di principio attivo rilevate sulle sostanze stupefacenti analizzate



Fonte: Ministero dell'Interno - Direzione Centrale Anticrimine Polizia di Stato - Anni 2015-2020

Il valore medio del contenuto in principio attivo tetraidrocannabinolo (THC) riscontrato nei campioni di resina (hashish) risulta in costante crescita negli ultimi sei anni: fino al 2016 mostrava valori inferiori al 10%, nel 2019 raggiungeva un tenore del 20% e, attualmente, mostra un valore del 25%. Risulta invece pressoché invariato nei campioni di cannabis in foglie e infiorescenze (THC 11%). Negli ultimi anni non solo è aumentata la casistica di sequestri di hashish a elevato tenore di THC (dal 30% al 50%), ma vi sono stati anche dei sequestri di materiale estratto da cannabis con tenore più elevato fino al 78%; quest'ultima tipologia di sostanze, con tenore di THC compreso tra il 60% e il 78%, ha un aspetto variabile, presentandosi sia in forma di polvere di colore beige chiaro, che di gel pastoso di colore ambrato o marrone, talvolta denominata in gergo Shatter o BHO (Butan Hash Oil).

Tabella 1.3.1 - Numero di campioni esaminati di derivati della cannabis e percentuali di principio attivo

	Resina di Cannabis (%THC)						Cannabis in foglie e infiorescenze (tipo non specificato) (%THC)					
	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2015	2016	2017	2018	2019	2020
N. campioni	1.030	1.505	2.128	2.255	2.534	2.427	704	1.515	3.315	2.956	2.779	3.256
Minimo	1	0,3	0,8	0,7	0,5	0,6	0,9	0,4	0,5	0,1	0,5	0,6
Massimo	35	39	55	67	62	78	26	36	49	47	37	39
Media	9,7	7,4	15,5	17	20	25	8,9	5,5	12	12	11	11
Mediana	9,2	25	14	16	19	26	8,7	15	12	12	11	11
Moda	11	12	16	16	22	40	12	11	14	14	12	0,6

Fonte: Ministero dell'Interno - Direzione Centrale Anticrimine Polizia di Stato - Anni 2015-2020

La percentuale media di tetraidrocannabinolo riscontrata nei sequestri di hashish per l'anno 2020 è pari al 25% e all'11% per quelli di marijuana, rilevata rispettivamente su 1.288 e 1.538 chilogrammi di sostanze. Se la percentuale di THC presente nei campioni di marijuana non mostra sostanziali differenze tra le diverse aree territoriali, la potenza media della resina di cannabis risulta più elevata nei campioni di sostanze sequestrate nell'ambito dell'area geografica nord-orientale.

Tabella 1.3.2 - Quantitativi sequestrati di derivati della cannabis, quantitativi e percentuali di principio attivo rilevati secondo le macroaree territoriali

	Resina di Cannabis			Cannabis in foglie e infiorescenze (tipo non specificato)		
	% media principio attivo	Gr. totali principio attivo	Gr. totali sequestrati	% media principio attivo	Gr. totali principio attivo	Gr. totali Sequestrati
Nord-occidentale	*23*	*15.919*	*47.751*	*8*	*25.803*	*425.672*
Nord-orientale	*28*	*197.921*	*666.043*	*12*	*49.422*	*532.700*
Settentrionale	27	213.840	713.794	11	75.225	958.372
Centrale	25	11.604	76.146	10	7.693	85.233
Meridionale	19	29.329	401.069	10	23.204	228.963
Insulare	14	24.989	97.533	10	21.994	266.003
ITALIA	**25**	**279.762**	**1.288.541**	**11**	**128.117**	**1.538.571**

Fonte: Ministero dell'Interno - Direzione Centrale Anticrimine Polizia di Stato - Anno 2020

La concentrazione di principio attivo dei campioni di eroina analizzati mostra una variabilità elevata negli anni. Il valore medio della purezza, pari al 13% nel 2020, evidenzia una diminuzione del 13% rispetto all'anno precedente.

Tabella 1.3.3 - Numero di campioni esaminati di eroina e percentuali di principio attivo

	Eroina (% diacetilmorfina)					
	2015	2016	2017	2018	2019	2020
N. campioni	208	270	408	319	389	573
Minimo	0,6	0,2	0,1	0,2	0,2	0,1
Massimo	59	85	48	69	65	63
Media	20	15	17	20	15	13
Mediana	14	10,8	13	16	10	10
Moda	21	6	33	5	11	9

Fonte: Ministero dell'Interno - Direzione Centrale Anticrimine Polizia di Stato - Anni 2015-2020

Sui 92,6 chilogrammi di sostanza analizzata, la percentuale media di diacetilmorfina rilevata varia tra il 5,8%, nei campioni di eroina sequestrata nell'area nord-occidentale del Paese e il 23-24% nei campioni dell'Italia insulare e centrale.

Tabella 1.3.4 - Quantitativi sequestrati di eroina, quantitativi e percentuali di principio attivo rilevati secondo le macroaree territoriali

	Eroina		
	% media principio attivo	Gr. totali principio attivo	Gr. totali sequestrati
Nord-occidentale	*5,8*	*1.440*	*5.171*
Nord-orientale	*13*	*13.707*	*64.903*
Settentrionale	11	15.147	70.074
Centrale	24	6.693	17.911
Meridionale	12	153	2.110
Insulare	23	765	2.529
ITALIA	**13**	**22.758**	**92.625**

Fonte: Ministero dell'Interno - Direzione Centrale Anticrimine Polizia di Stato - Anno 2020

Nel corso degli ultimi quattro anni si evidenzia una sostanziale stabilità in relazione al contenuto medio di cocaina che nel 2020 risulta pari al 68%.

Significativo, invece, l'aumento rispetto al 2019 della cocaina base (crack): il quantitativo di principio attivo mediamente contenuto passa infatti dal 63% all'81%.

Tabella 1.3.5 - Numero di campioni esaminati di cocaina e crack (cocaina base) e percentuali di principio attivo

	Cocaina (%)						Crack (% Cocaina)					
	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2015	2016	2017	2018	2019	2020
N. campioni	510	1.631	2.276	1.957	2.458	2.645	2	22	22	29	21	221
Minimo	0,4	1,6	1,4	0,1	0,1	0,3	92	26	33	28	31	9
Massimo	87	89	98	87	89	88	93	83	87	99	98	98
Media	50	32,8	68	68	67	68	92,5	59	57	68	63	81
Mediana	55	19,5	75	75	74	74	92,5	64	59	81	61	89
Moda	80	78	78	80	82	80	-	-	87	81	58	89

Fonte: Ministero dell'Interno - Direzione Centrale Anticrimine Polizia di Stato - Anni 2015-2020

Le analisi di laboratorio, condotte su 4,9 tonnellate di cocaina, il 95% delle quali sequestrate nelle regioni meridionali del Paese, hanno rilevato un grado medio di purezza compreso tra un valore minimo del 61% e uno massimo del 70%, registrati rispettivamente nelle aree nord-occidentale e insulare. I 20,9 chilogrammi di crack, sequestrati prevalentemente nelle regioni dell'Italia nord-occidentale e meridionale, registrano un valore medio di principio attivo tra il 66% e il 92%.

Tabella 1.3.6 - Quantitativi sequestrati di cocaina e crack, quantitativi e percentuali di principio attivo rilevati secondo le macroaree territoriali

	Cocaina			Crack		
	% media principio attivo	Gr. totali principio attivo	Gr. totali analizzati	% media principio attivo	Gr. totali principio attivo	Gr. totali analizzati
Nord-occidentale	*61*	*6.875*	*10.333*	*66*	*15.869*	*17.414*
Nord-orientale	*69*	*33.626*	*46.989*	*91*	*148*	*166*
Settentrionale	68	40.501	57.322	74	16.018	17.579
Centrale	65	159.716	191.009	74	145	160
Meridionale	66	3.651.271	4.705.117	92	2.507	2.748
Insulare	70	17.684	24.091	88	383	469
ITALIA	**68**	**3.869.172**	**4.977.538**	**81**	**19.052**	**20.958**

Fonte: Ministero dell'Interno - Direzione Centrale Anticrimine Polizia di Stato - Anno 2020

Le analisi svolte nel 2020 su un esiguo numero di campioni di amfetamina hanno registrato un contenuto medio di principio attivo pari al 18%, valore in linea a quello misurato nel 2019 (19%).

Rispetto agli anni precedenti, invece, la purezza media di principio attivo rilevata nei campioni di metamfetamina analizzati nel 2020 risulta in aumento, passando dal 25% del 2015 al 65%.

Tabella 1.3.7 - Numero di campioni esaminati di amfetamina e metamfetamina e percentuali di principio attivo

	Amfetamina (%)						Metamfetamina (%)					
	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2015	2016	2017	2018	2019	2020
N. campioni	18	--	5	3	5	4	20	12	119	76	89	122
Minimo	1	--	3,5	2,7	5,0	3	5,9	9	1,5	8	1,4	2,0
Massimo	71	--	21	84	53	33	65	82	31	85	85	80
Media	15	--	12	31	19	18	25	47	51	47	59	68
Mediana	5,4	--	9	6	12	18	6,5	50	50	45	63	68
Moda	1	--	--	---	---	---	6,2	--	48	44	81	80

Fonte: Ministero dell'Interno - Direzione Centrale Anticrimine Polizia di Stato - Anni 2015-2020

Nel 2020, il grado medio di purezza riscontrato nei campioni analizzati di amfetamina, sequestrati nelle sole regioni nord-occidentali, è pari al 18%.

È invece nelle regioni dell'Italia nord-orientale che è stata sequestrata la quasi totalità dei campioni di metamfetamina analizzati, con una percentuale di purezza media del 65%.

Tabella 1.3.8 - Quantitativi sequestrati di amfetamina e metamfetamina e quantitativi e percentuali di principio attivo rilevati secondo le macroaree territoriali

	Amfetamina			Metamfetamina		
Macroarea territoriale	% media principio attivo	Gr. totali principio attivo	Gr. totali sequestrati	% media principio attivo	Gr. totali principio attivo	Gr. totali sequestrati
Nord-occidentale	---	---	*0*	*nd*	---	---
Nord-orientale	*18*	---	*578*	*65*	*1.352*	*3174*
Settentrionale	18	---	578	65	1.352	3174
Centrale	---	---	0	65	57	85
Meridionale	---	---	0	---	---	2
Insulare	---	---	0	---	---	---
ITALIA	**18**	**---**	**578**	**65**	**1.409**	**3.260**

Fonte: Ministero dell'Interno - Direzione Centrale Anticrimine Polizia di Stato - Anno 2020

I campioni di MDMA in polvere analizzati mostrano un'elevata variabilità dei valori minimi e una sostanziale stabilità di quelli massimi del contenuto medio di principio attivo, registrando per il 2020 un valore medio pari al 60%, in linea con gli anni precedenti.

La percentuale media di principio attivo di MDMA, emersa dalle analisi condotte sui campioni di compresse di ecstasy, risulta pari a 168 mg per pasticca, valore simile a quello registrato nel 2019 (170 mg/cps).

Tabella 1.3.9 - Numero di campioni esaminati di MDMA ed ecstasy e percentuali di principio attivo

	MDMA polvere (%)						Ecstasy (mg MDMA per pasticca /unità)			
	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2017	2018	2019	2020
N. campioni	14	33	31	15	56	84	16	11	18	28
Minimo	17	2	35	0,8	13	8	100	13	56	67
Massimo	88	89	87	91	84	84	410	133	290	279
Media	64	67	55	58	62	60	160	91	170	168
Mediana	64	76	56	54	71	73	200	106	160	178
Moda	64	84	60	34	82	74	---	---	---	---

Fonte: Ministero dell'Interno - Direzione Centrale Anticrimine Polizia di Stato - Anni 2015-2020

La percentuale media complessiva di MDMA, rilevata su 9.367 kg in polvere analizzati oscilla tra il 57% delle regioni dell'Italia nord-occidentale e centrale e il 67% di quelle insulari.

L'81% dei sequestri di ecstasy in compresse è stato eseguito nelle regioni settentrionali; la percentuale di MDMA risulta compresa tra il 36-42%, senza una sostanziale variazione tra le aree territoriali.

Tabella 1.3.10 - Quantitativi sequestrati di amfetamina e metamfetamina, quantitativi e percentuali di principio attivo rilevati secondo le macroaree territoriali

	MDMA (polvere)			Pasticche Ecstasy (% MDMA delle pasticche)		
	% media principio attivo	Gr. totali principio attivo	Gr. totali analizzati	% media principio attivo	Gr. totali principio attivo	Gr. totali analizzati
Nord-occidentale	*57*	*29*	*356*	*nd*	*1*	*7*
Nord-orientale	*60*	*951*	*1.363*	*36*	*120*	*314*
Settentrionale	59	980	1.719	36	121	321
Centrale	57	198	773	38	4	9
Meridionale	70	30	41	42	30	66
Insulare	67	3.549	6.833	nd	nd	nd
ITALIA	**60**	**4.757**	**9.367**	**37**	**154**	**397**

Fonte: Ministero dell'Interno - Direzione Centrale Anticrimine Polizia di Stato - Anno 2019

Nel corso del 2020 sono state sequestrate 5.175 compresse, un numero nettamente inferiore a quello registrato l'anno precedente (13.341). Le analisi svolte hanno mostrato che 848 pasticche, il 16% del totale complessivo, presentavano un principio attivo simile a MDMA con una purezza media del 38%. Le compresse con questo principio attivo derivano nell'80% dei casi da sequestri avvenuti nelle regioni nord-orientali. Analizzando il 5% delle pasticche sequestrate nell'area nord-orientale del Paese risulta contenuta metamfetamina con un principio attivo del 24%.

Le restanti 4.072 compresse sequestrate sono risultate contenti altri principi attivi illeciti. La maggioranza di queste pasticche provengono da sequestri svolti nelle regioni nord-occidentali e meridionali.

Tabella 1.3.11 - Quantitativi in compresse sequestrati e percentuali di principio attivo rilevati secondo le macroaree territoriali

	Sostanze simili a MDMA			Meta (Amfetamina)			Sostanze ALTRA NATURA		
	N. totale* pasticche	N. pasticche analizzate	% media principio attivo	N. totale* pasticche	N. pasticche analizzate	% media principio attivo	N. totale* pasticche	N. pasticche analizzate	% media principio attivo
Nord-occidentale	*17*	*5*	*35*	*0*	*0*	*nd*	*1.285*	*25*	*n.d.*
Nord-orientale	*675*	*35*	*36*	*255*	*23*	*24*	*217*	*10*	*n.d.*
Settentrionale	692	40	36	255	23	24	1.502	35	n.d.
Centrale	20	9	38	0	0	0	0	0	n.d.
Meridionale	136	16	42	0	0	0	2.569	30	n,d.
Insulare	0	0	0	0	0	0	1	1	n.d.
ITALIA	**848**	**65**	**38**	**255**	**23**	**24**	**4.072**	**66**	**n.d.**

** numero totale delle pasticche presenti nel sequestro sottoposto ad analisi, dal quale sono state prelevate le pasticche campionate e analizzate*

Fonte: Ministero dell'Interno - Direzione Centrale Anticrimine Polizia di Stato - Anno 2020

ANALISI QUALITATIVE E QUANTITATIVE ESEGUITE DAI LABORATORI DELL'ARMA DEI CARABINIERI

Il paragrafo riporta le statistiche derivanti dalle analisi di laboratorio eseguite dai Laboratori per l'Analisi di Sostanze Stupefacenti (LASS) e dai Reparti Investigazioni Scientifiche (RIS) dell'Arma dei Carabinieri sui campioni di sostanze stupefacenti sequestrate prevalentemente sul mercato dello spaccio.

Tabella 1.3.12 - Competenza territoriale dei LASS e RIS

Laboratorio Arma	Competenza Areale (Province)
Lass di Torino	Torino – Aosta – Cuneo
Lass di Alessandria	Alessandria – Vercelli – Novara – Biella – Verbania – Asti
Lass di Milano	Milano – Lodi – Varese – Como – Pavia – Lecco
Lass di Brescia	Brescia – Bergamo – Sondrio
Lass di Genova	Genova – Imperia – Savona – La Spezia
Lass di Bolzano	Bolzano – Trento
Lass di Verona	Verona – Vicenza – Rovigo – Padova
Lass di Pordenone	Pordenone – Udine – Gorizia – Trieste – Treviso – Belluno – Venezia
Lass di Bologna	Bologna – Modena – Ferrara – Ravenna – Forlì–Rimini
Ris di Parma	Parma – Piacenza – Reggio Emilia – Mantova – Cremona
Lass di Firenze	Firenze – Arezzo – Pistoia – Prato – Lucca – Massa Carrara – Pisa
Lass di Grosseto	Livorno – Grosseto – Siena
Lass di Perugia	Perugia – Terni
Lass di Ancona	Ancona – Pesaro – Macerata – Ascoli Piceno
Ris di Roma	Roma – Latina – Frosinone – Rieti – Viterbo
Lass di Chieti	Chieti – L'Aquila – Teramo – Pescara – Isernia
Lass di Napoli	Napoli – Caserta – Benevento
Lass di Salerno	Salerno – Avellino – Potenza
Lass di Bari	Bari – Brindisi
Lass di Foggia	Foggia – Campobasso
Lass di Taranto	Taranto – Lecce – Matera
Lass Vibo Valentia	Vibo Valentia – Crotone – Catanzaro – Cosenza
Lass di Palermo	Palermo – Trapani – Agrigento
Ris Messina	Messina – Reggio Calabria
Ris di Cagliari	Cagliari – Nuoro – Oristano – Sassari
Lass di Catania	Catania – Siracusa – Ragusa – Enna – Caltanissetta

Fonte: Ministero della Difesa - Raggruppamento Carabinieri Investigazioni Scientifiche - Anno 2020

Nel 2020 sono stati analizzati 78.756 campioni di sostanze stupefacenti: il 49% si presentava sotto forma di sostanza vegetale, il 21% di resina/olio, il 25% di polvere, il 3,6% di cristalli e l'1,4% di liquidi e pasticche.

Il 38% e il 26% dei campioni è stato analizzato nei laboratori delle regioni rispettivamente insulari e meridionali, per la maggior parte riguardanti i derivati della cannabis (hashish e marijuana).

Tabella 1.3.13 - Distribuzione percentuale dei campioni secondo l'aspetto della sostanza per macroarea geografica[3]

	Distribuzione percentuale campioni analizzati (%)						
	Vegetale	Resina/ olio	Polvere	Cristalli	Pasticche	Liquido	TOTALE (n.)
Nord-occidentale	8,9	10,7	12,3	1,7	3,4	8,8	7.749
Nord-orientale	12,4	11,3	17,5	20,5	16,5	11,9	10.863
Centrale	9,4	13,0	19,3	2,2	58,4	19,2	10.098
Meridionale	25,7	21,5	32,4	0,9	10,0	24,2	20.055
Insulare	43,5	43,5	18,4	74,6	11,6	35,9	29.991
ITALIA (n.)	**38.838**	**16.369**	**19.580**	**2.851**	**697**	**421**	**78.756**

Fonte: Ministero della Difesa - Raggruppamento Carabinieri Investigazioni Scientifiche - Anno 2020

I campioni analizzati di sostanze sequestrate nel mercato dello spaccio[4] evidenziano un'elevata variabilità di concentrazione di principio attivo:

- da 1 a 88% di tetraidrocannabinolo (THC) riscontrato nei campioni di hashish[5], con un valore medio di contenuto pari al 22%;
- da 1 a 73% di THC nei campioni di marijuana[6], con una percentuale media di principio attivo del 12%;
- da 1,1 a 100% di principio attivo nei campioni di cocaina, con un valore medio del 68%;
- da 1 a 91% di diacetilmorfina nei campioni analizzati di eroina, con un valore medio del 12%;
- da 1 a 99% nei campioni di MDMA, con un valore medio del 47%.

Il valore medio del contenuto di principio attivo tetraidrocannabinolo rilevato nei campioni di hashish risulta compreso tra il 14% e il 26%, rilevato nei laboratori rispettivamente delle regioni insulari e nord-orientali.

La purezza media dei campioni di marijuana, invece, risulta compresa tra 10% e 13%, rilevata nelle sostanze sequestrate rispettivamente nelle aree territoriali dell'Italia centrale e meridionale.

[3] I laboratori nazionali sono stati suddivisi in base alla regione d'appartenenza della città in cui sono ubicati. Va sottolineato quindi che i laboratori di Parma e Messina rientrano in una macroarea sola nonostante la loro competenza areale riguardi province appartamenti a più macroaree differenti.
[4] Per hashish e marijuana sono stati considerati i campioni con percentuale di THC superiore a 1
[5] Oltre alla resina sono presenti anche i valori di olio e in particolare il cd. BHO (*Butan Hashish Oil*) estratto a partire dall'Hashish mediante uso di butano liquefatto.
[6] Per la quasi totalità costituiti da foglie e infiorescenze di cannabis. Giova sottolineare la presenza di alcuni campioni di materiale vegetale polverulento (cd. grinderato) ad elevatissimo tenore di THC poiché verosimilmente derivante dalle sole infiorescenze di piante di cannabis.

Tabella 1.3.14 - Percentuali di principio attivo rilevati nei campioni di hashish e marijuana analizzati per macroarea geografica

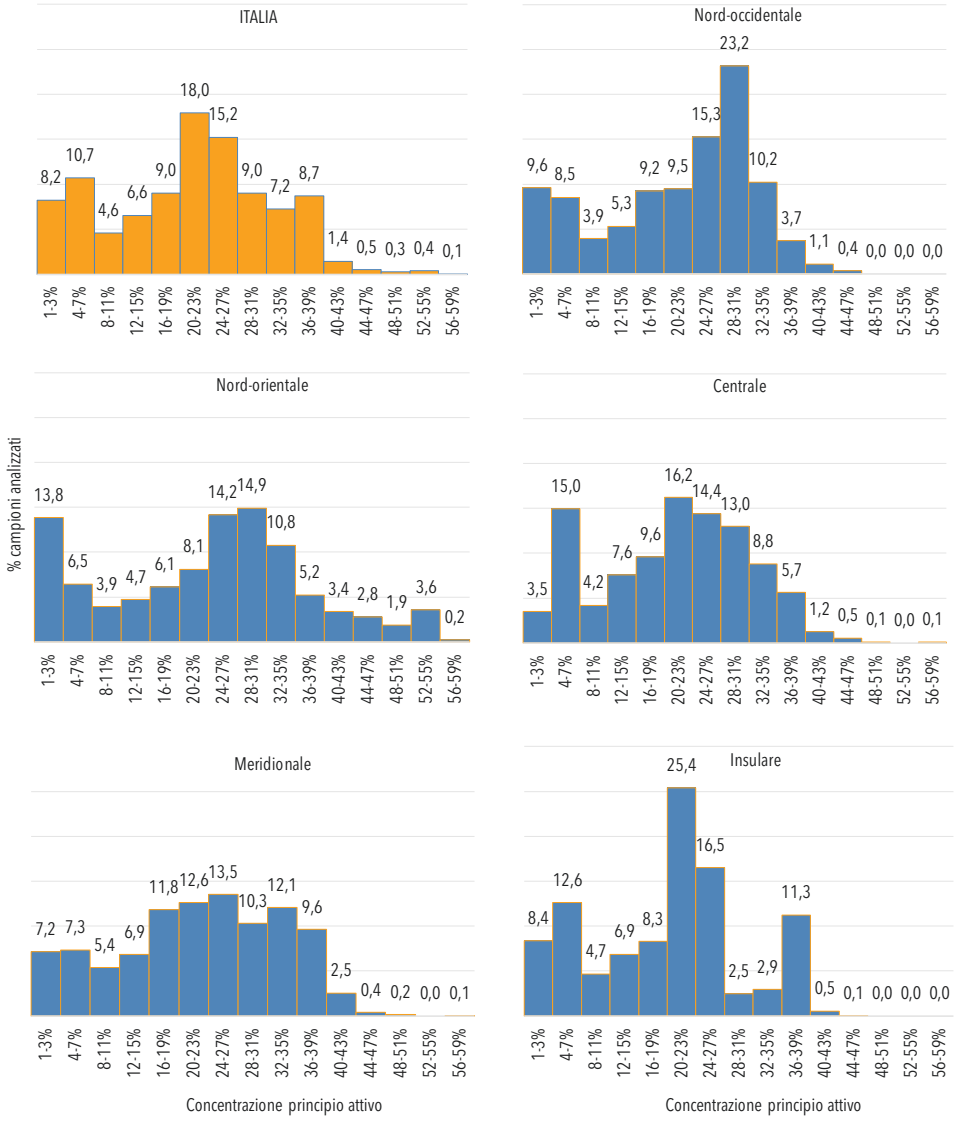
	Resina/olio di cannabis (Hashish)				Sostanza vegetale (Marijuana)			
	Massima	Media	Massima	Media	Massima	Media	Massima	Media
Nord-occidentale	51,5	21,9	23,9	29,4	35,7	11,2	11,7	14,2
Nord-orientale	80,0	26,3	27,2	30,0	73,3	12,2	11,8	9,0
Centrale	59,1	23,3	24,2	23,5	44,5	10,4	10,4	11,1
Meridionale	88,4	23,2	24,1	35,0	38,9	13,1	13,2	12,2
Insulare	62,0	13,8	11,5	15,0	31,3	10,4	10,4	10,0
ITALIA	**88,4**	**22,1**	**23,2**	**30,0**	**73,3**	**12,0**	**11,9**	**9**

	Resina/olio di cannabis (Hashish)				Sostanza vegetale (Marijuana)			
	Massima	Media	Mediana	Moda	Massima	Media	Mediana	Moda
Torino	51,5	23,4	23,2	17,5	35,6	12,0	12,8	13,0
Alessandria	42,3	24,1	27,8	23,2	29,0	10,4	11,1	1,0
Milano	47,9	22,0	24,9	5,7	35,7	11,2	12,0	1,1
Brescia	41,3	21,5	23,0	27,7	35,5	11,5	11,6	11,1
Genova	43,62	20,0	20,6	4,2	31,9	10,3	10,9	16,3
Bolzano	74,1	27,9	27,5	25,5	73,3	12,9	12,5	1,2
Verona	54,0	22,4	25,0	30,0	30,0	12,4	13,0	16,0
Pordenone	46,4	15,0	14,7	19,9	32,0	9,8	10,0	2,3
Bologna	80,0	26,5	29,0	30,0	38,0	11,4	11,0	9,0
Parma	38,3	18,9	19,4	3,2	19,4	9,5	10,3	1,0
Firenze	44,8	22,2	23,4	3,9	30,0	9,8	10,1	2,0
Grosseto	45,8	25,3	27,5	2,7	32,8	10,6	10,8	10,8
Perugia	44,8	18,6	19,7	1,2	44,5	10,1	10,2	4,3
Ancona	40,0	21,3	23,0	25,3	22,8	10,4	10,4	3,1
Roma	59,1	28,3	31,4	25,1	39,3	11,6	10,9	10,2
Chieti	44,3	19,4	19,4	25,0	30,0	13,1	14,0	10,0
Napoli	48,2	21,9	22,8	12,6	25,9	15,3	17,4	10,7
Salerno	45,8	21,5	21,5	18,8	37,6	13,3	13,3	7,5
Bari	59,0	18,9	19,8	2,1	32,4	12,5	13,0	13,4
Foggia	88,4	27,4	30,4	1,1	38,9	13,6	13,5	21,6
Taranto	49,2	23,0	24,1	1,2	38,5	13,1	13,2	9,1
Vibo Valentia	49,8	24,7	24,4	32,5	28,6	11,6	11,5	8,5
Palermo	62,0	14,1	11,5	1,7	31,3	10,8	10,9	8,9
Messina	33,5	13,8	14,2	1,7	15,6	6,7	6,6	9,0
Cagliari	33,2	16,2	19,5	1,1	19,1	9,1	9,4	1,5
Catania	28,0	10,8	11,0	15,0	29,0	11,4	12,0	16,0

Fonte: Ministero della Difesa - Raggruppamento Carabinieri Investigazioni Scientifiche - Anno 2020

Dei 6.889 campioni di hashish analizzati a livello nazionale, un terzo ha una componente di principio attivo compresa tra il 20% e il 27%, mentre nell'11% dei campioni la concentrazione è risultata superiore al 35%. Nei laboratori delle regioni nord-orientali la percentuale di campioni di hashish con principio attivo superiore al 35% raggiunge il 17%, mentre nelle regioni nord-occidentali si attesta al 5%.

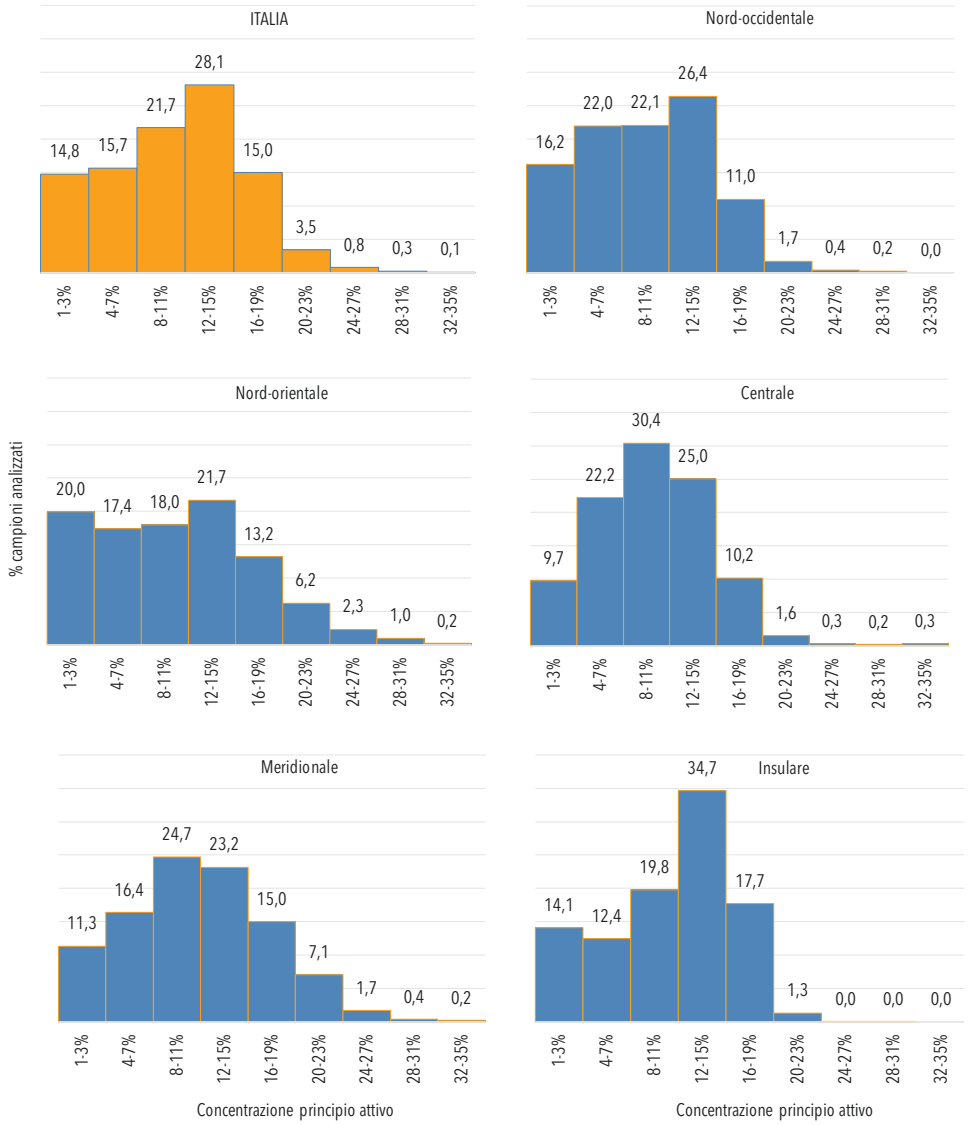
Figura 1.3.3 - Distribuzione assoluta dei campioni di hashish secondo la concentrazione di principio attivo rilevato



Fonte: Ministero della Difesa - Raggruppamento Carabinieri Investigazioni Scientifiche - Anno 2020

Dei 9.418 campioni di marijuana analizzati a livello nazionale, il 50% risulta avere un grado di principio attivo compreso tra 8% e 15%, mentre circa il 5% dei campioni risulta superiore al 20%. Presso i laboratori presenti nelle aree geografiche nord-occidentali e meridionali del Paese la quota di campioni analizzati con principio attivo superiore al 20% raggiunge il 10%.

Figura 1.3.4 - Distribuzione assoluta dei campioni di marijuana secondo la concentrazione di principio attivo rilevato



Fonte: Ministero della Difesa - Raggruppamento Carabinieri Investigazioni Scientifiche – Anno 2020

Su tutto il territorio nazionale i campioni di cocaina analizzati (n. 6.419) hanno rilevato una concentrazione media di principio attivo pari al 68% circa, con una contenuta variabilità tra aree geografiche (dal 62% al 72%).

Tabella 1.3.15 - Percentuali di principio attivo rilevati nei campioni di cocaina analizzati secondo la macroarea geografica

	Cocaina				
	Minimo	Massima	Media	Mediana	Moda
Nord-occidentale	1,3	98,7	69,4	75,2	78,1
Nord-orientale	1,1	98,0	61,7	67,0	75,0
Centrale	2,6	99,3	67,4	73,1	77,6
Meridionale	1,2	100,0	69,8	75,5	85,0
Insulare	7,0	99,9	71,7	76,0	75,0
ITALIA	**1,1**	**100,0**	**67,6**	**72,9**	**77**

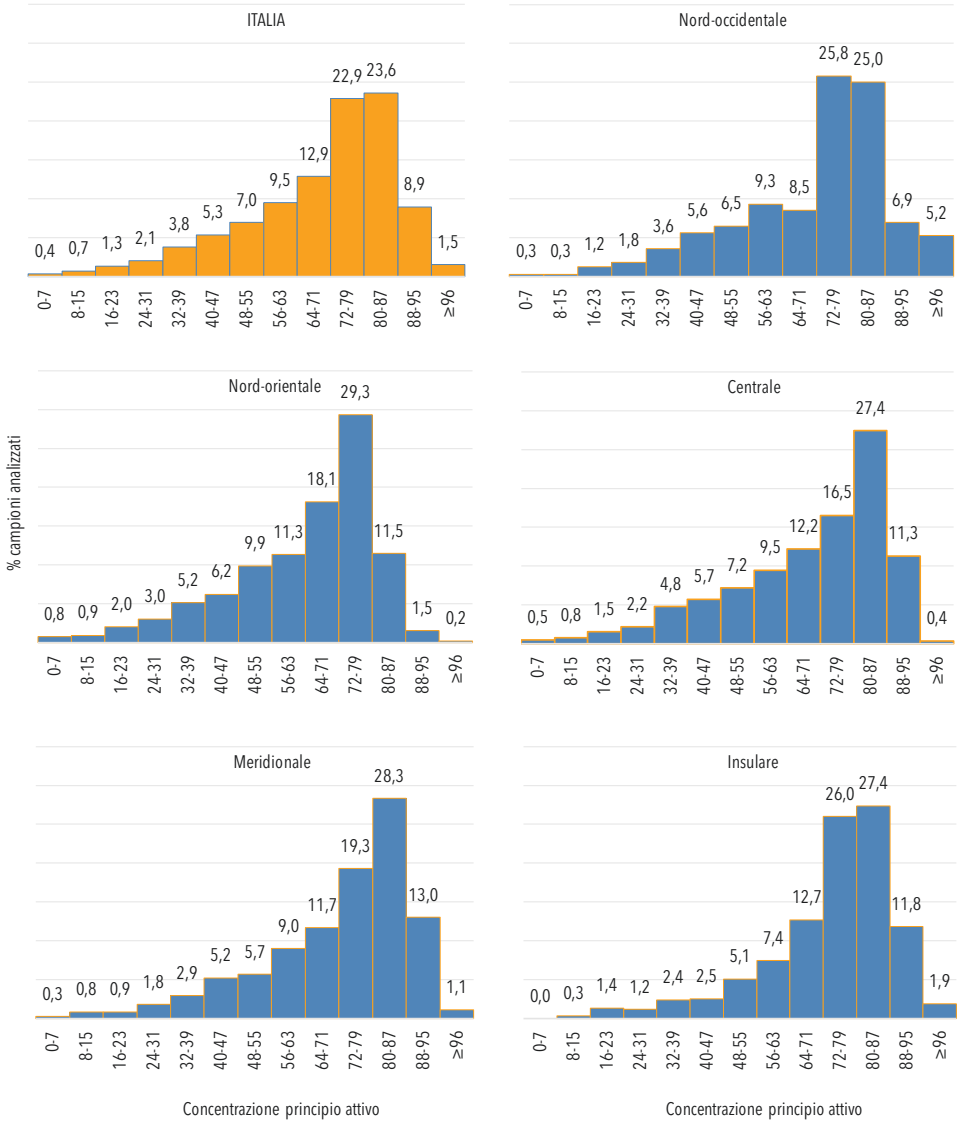
	Cocaina				
	Minimo	Massima	Media	Mediana	Moda
Torino	1,3	91,3	67,1	21,9	71,3
Alessandria	9,8	98,7	86,7	16,1	92,5
Milano	2,5	91,4	70,5	14,4	75,6
Brescia	5,8	88,8	65,1	16,5	71,6
Genova	14,3	85,8	55,2	19,6	53,9
Bolzano	1,1	94,8	61,7	17,7	67,6
Verona	5,1	95,0	68,0	16,6	74,4
Pordenone	5,4	89,0	46,0	21,9	47,2
Bologna	6,0	98,0	62,6	16,7	67,0
Parma	3,4	86,1	50,5	22,5	53,8
Firenze	9,4	76,9	62,2	11,5	65,4
Grosseto	12,3	91,2	73,9	15,0	80,3
Perugia	3,1	99,3	67,4	18,1	72,7
Ancona	2,6	74,4	37,4	12,8	39,6
Roma	29,8	95,9	78,8	13,1	82,9
Chieti	8,2	97,0	63,9	17,7	68,0
Napoli	2,3	100,0	68,1	22,3	76,3
Salerno	1,2	98,5	71,0	19,4	77,1
Bari	13,3	88,5	65,6	16,1	70,4
Foggia	10,1	98,0	76,7	15,0	80,8
Taranto	3,3	94,5	67,7	17,6	73,3
Vibo Valentia	9,4	95,5	65,6	20,9	67,8
Palermo	12,4	99,9	73,6	14,5	77,2
Messina	16,6	91,2	68,7	19,9	76,9
Cagliari	33,4	87,1	62,0	21,5	67,2
Catania	7,0	97,0	67,2	18,5	72,0

Fonte: Ministero della Difesa - Raggruppamento Carabinieri Investigazioni Scientifiche – Anno 2020

Per il 34% dei campioni di cocaina analizzati a livello nazionale è stata rilevata una concentrazione di principio attivo superiore all'80%, mentre per l'8% dei campioni è risultata inferiore al 40%. I campioni con le medesime concentrazioni di principio attivo hanno raggiunto il 43% nei laboratori dei RIS e LASS delle regioni meridionali.

Dei 2.220 campioni di cocaina analizzati nei laboratori dislocati nelle regioni meridionali, il 43% ha un principio attivo superiore all'80%; mentre dei 1.491 campioni analizzati nei laboratori delle regioni nord-orientali, il 12% ha una concentrazione di principio attivo inferiore al 40%.

Figura 1.3.5 - Distribuzione assoluta dei campioni di cocaina secondo la concentrazione di principio attivo rilevato



Fonte: Ministero della Difesa - Raggruppamento Carabinieri Investigazioni Scientifiche - Anno 2020

I 1.684 campioni di eroina analizzati mostrano una concentrazione media di principio attivo compresa tra il 6% e il 22%, valori rilevati nei laboratori presenti nelle aree nord-occidentali e centrali del Paese.

Tabella 1.3.16 - Percentuali di principio attivo rilevati nei campioni di eroina analizzati secondo la macroarea geografica

	Eroina (% di diacetilmorfina)				
	Minimo	Massima	Media	Mediana	Moda
Nord-occidentale	1,0	57,6	6,4	2,3	0,3
Nord-orientale	1,1	71,0	12,8	12,5	0,5
Centrale	1,2	63,0	22,1	19,9	5,5
Meridionale	1,0	65,3	9,1	5,7	5,6
Insulare	1,2	91,1	19,2	15,4	8,4
ITALIA	**1,0**	**91,1**	**12,1**	**7,6**	**0,5**

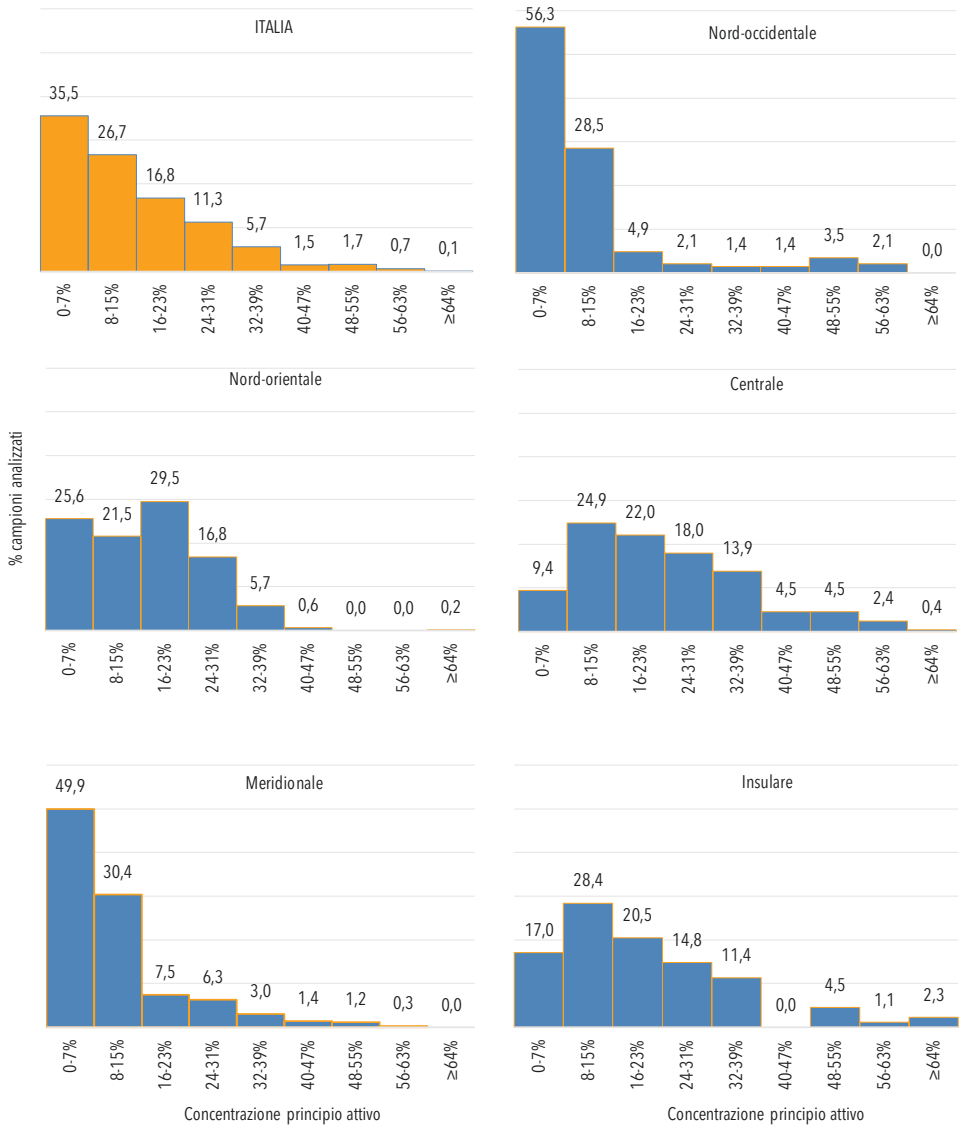
	Eroina (% di diacetilmorfina)				
	Minimo	Massima	Media	Mediana	Moda
Torino	2,5	51,6	17,1	6,9	0,7
Alessandria	1,0	20,4	3,9	1,9	0,7
Milano	1,1	57,6	13,6	7,3	0,5
Brescia	1,1	43,1	3,3	1,1	0,3
Genova	1,2	3,7	1,3	1,0	0,2
Bolzano	1,1	38,6	13,8	14,3	0,5
Verona	1,1	33,3	7,9	1,9	0,5
Pordenone	1,1	18,2	6,1	3,1	0,5
Bologna	2,0	71,0	14,6	13,0	1,0
Parma	1,7	25,1	10,6	9,0	1,7
Firenze	1,9	41,3	17,8	14,0	1,9
Grosseto	1,3	52,0	21,2	19,5	1,3
Perugia	1,2	60,3	22,5	21,3	6,8
Ancona	1,4	63,0	25,9	23,1	1,4
Roma	5,7	60,2	22,5	22,3	5,7
Chieti	1,2	39,3	6,9	4,4	2,5
Napoli	3,0	65,3	30,1	31,4	0,5
Salerno	1,3	35,0	18,1	18,5	12,4
Bari	1,1	49,6	7,6	7,5	1,1
Foggia	1,1	48,0	5,9	3,1	2,3
Taranto	1,0	10,4	4,7	5,1	1,0
Vibo Valentia	1,8	55,2	12,7	8,1	0,6
Palermo	1,2	79,1	17,2	14,0	8,4
Messina	7,7	91,1	23,8	10,4	0,5
Cagliari	12,3	52,9	31,1	24,9	12,3
Catania	2,0	57,0	21,1	18,0	2,0

Fonte: Ministero della Difesa - Raggruppamento Carabinieri Investigazioni Scientifiche – Anno 2020

Il 62% dei campioni di eroina analizzati a livello nazionale riporta una concentrazione di principio attivo inferiore al 16%, mentre per il 4% dei campioni risulta superiore al 39%. Presso i laboratori delle aree geografiche nord-orientali e meridionali del Paese la quota di campioni analizzati con principio attivo inferiore al 16% risulta rispettivamente pari all'85% e 80%.

Nei laboratori dell'Italia centrale e insulare i campioni analizzati che hanno riportato una purezza superiore al 40% risultano pari al 12% e 8%.

Figura 1.3.6 - Distribuzione assoluta dei campioni di eroina secondo la concentrazione di principio attivo rilevato



Fonte: Ministero della Difesa - Raggruppamento Carabinieri Investigazioni Scientifiche - Anno 2020

I campioni di MDMA analizzati dai laboratori dell'Arma dei Carabinieri sono stati 163, con una concentrazione media di purezza che varia dal 43% al 64% riscontrata nelle quantità sequestrate rispettivamente nelle regioni nord-orientali e in quelle insulari.

Tabella 1.3.17 - Percentuali di principio attivo rilevati nei campioni di Ecstasy (MDMA) analizzati secondo la macroarea geografica

	MDMA				
	Minimo	Massima	Media	Mediana	Moda
Nord-occidentale	15,6	96,5	55,4	58,4	55,4
Nord-orientale	7,0	87,0	42,7	40,5	39,0
Centrale	5,9	94,0	44,4	36,9	44,4
Meridionale	1,1	95,6	48,2	44,4	48,2
Insulare	5,5	99,1	63,6	77,8	63,6
ITALIA	**1,1**	**99,1**	**46,9**	**41,4**	**32,3**

	MDMA				
	Minimo	Massima	Media	Mediana	Moda
Torino	66,8	96,5	85,2	88,7	85,2
Alessandria	50,1	93,0	71,0	74,9	71,0
Milano	15,6	70,5	36,8	28,5	36,8
Brescia	44,2	44,2	44,2	44,2	44,2
Genova	---	---	---	---	---
Bolzano	10,0	84,2	44,8	41,8	40,8
Verona	22,0	55,0	38,7	39	38,7
Pordenone	10,4	55,7	25,0	21,6	25,0
Bologna	7,0	87,0	45,6	41,5	38,3
Parma	---	---	---	---	---
Firenze	28,7	77,6	46,3	37,7	46,3
Grosseto	41,4	74,3	63,1	73,7	63,1
Perugia	18,2	74,8	43,1	32,4	43,1
Ancona	13,1	94,0	39,1	30,1	39,1
Roma	5,9	93,4	36,9	11,3	36,9
Chieti	4,6	80,6	46,7	41,2	46,7
Napoli	1,1	53,4	30,1	30,3	30,1
Salerno	29,5	75,5	55,5	61,4	55,5
Bari	14,9	66,4	36,0	26,6	36,0
Foggia	3,7	86,3	33,7	25,5	33,7
Taranto	20,4	95,6	67,5	71,2	67,5
Vibo Valentia	---	---	---	---	---
Palermo	22,0	99,1	72,9	97,6	72,9
Messina	39,4	39,4	39,4	39,4	39,4
Cagliari	75,2	90,0	81,9	80,4	81,9
Catania	5,5	5,5	5,5	5,5	5,5

Fonte: Ministero della Difesa - Raggruppamento Carabinieri Investigazioni Scientifiche – Anno 2020

1.4 PREZZI DELLE SOSTANZE

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

Le stime dei prezzi di mercato delle sostanze stupefacenti sono fornite dalla Direzione Centrale per i Servizi Antidroga (DCSA) con cadenza annuale. Nel 2020 il calcolo si basa sui dati provenienti da 11 città campione (Torino, Milano, Genova, Verona, Venezia, Trieste, Bologna, Firenze, Roma, Napoli, Reggio Calabria) e i costi vengono differenziati secondo il canale di vendita, traffico o spaccio.

La rilevazione indica che i prezzi relativi al traffico di marijuana oscillano tra 2.000 e 2.800 euro al kg, mentre quelli relativi allo spaccio variano tra 9 e 11 euro al grammo. L'hashish ha un costo mediamente più elevato rispetto alla marijuana: il prezzo relativo al traffico si assesta tra 2.500 e 3.500 euro al kg, mentre quello allo spaccio tra 11 e 14 euro al grammo.

Per l'eroina si rilevano importanti differenze tra la qualità *brown* e quella bianca. Nel primo caso il prezzo riferito al traffico varia tra un minimo di 17.100 e un massimo di 21.900 euro al kg, mentre quello riferito allo spaccio oscilla tra 36 e 58 euro al grammo. Per l'eroina bianca, invece, i prezzi variano tra 26.900 e 31.800 euro al kg per quanto riguarda il traffico, e tra 49 e 59 euro al grammo per quanto riguarda lo spaccio.

La cocaina si conferma la sostanza più costosa: il prezzo al traffico varia tra i 35.100 e i 41.800 euro al kg, allo spaccio il prezzo oscilla tra 70 e 90 euro al grammo.

Il prezzo medio per 1.000 pasticche di ecstasy varia tra 6.400 e 8.500 euro nel canale traffico, mentre allo spaccio la singola pasticca costa tra 15 e 20 euro.

Infine, per quanto riguarda il traffico, 1.000 dosi di amfetamine hanno un valore di mercato compreso tra 6.300 e 7.600 euro, mentre lo stesso quantitativo di metamfetamine costa tra 8.900 e 9.800 euro. Nello spaccio invece una dose di amfetamina ha un prezzo compreso tra 22 e 25 euro e una dose di metamfetamina tra 31 e 39 euro.

1.000 dosi di LSD costano tra 9.500 e 10.600 euro (traffico), mentre una singola dose si paga tra 21 e 28 euro (spaccio).

Per quanto riguarda i prezzi riferiti al traffico, tra il 2019 e il 2020 si osserva una riduzione dei valori minimi e massimi di mercato di amfetamine e metamfetamine, mentre aumentano quelli dell'hashish. Per le altre sostanze non si riscontrano variazioni sostanziali, se non nel prezzo massimo rilevato per l'ecstasy.

Tabella 1.4.1 - Prezzo minimo e massimo per kg o per 1.000 dosi (Traffico)

	Prezzo minimo (Euro)				Prezzo massimo (Euro)			
	2018	2019	2020	Δ% (2020/2019)	2018	2019	2020	Δ% (2020/2019)
Marijuana	1.776,79	2.014,31	2.033,70	+0,3	2.489,75	2.720,19	2.842,87	+4,5
Hashish	1.995,84	2.251,05	2.487,29	+10,5	2.814,59	3.137,36	3.499,92	+11,6
Eroina Brown	17.156,50	17.118,87	17.133,01	+0,1	21.463,89	21.594,02	21.897,05	+1,4
Eroina Bianca	26.880,16	26.508,37	26.877,02	+1,4	31.140,08	31.004,38	31.850,42	+2,7
Cocaina	35.469,85	35.079,47	35.107,25	+0,1	41.889,47	41.400,09	41.754,32	+0,9
Ecstasy	4.424,99	6.521,75	6.401,59	-1,8	5.312,50	7.616,66	8.465,48	+11,1
Amfetamine	5.520,83	7.813,89	6.268,64	-19,8	5.854,16	8.731,25	7.611,35	-12,8
Metamfetamine	7.562,50	10.190,27	8.918,06	-12,5	7.562,50	11.190,28	9.779,17	-12,6
LSD	8.406,25	10.097,22	9.861,11	-2,3	9.156,25	10.513,89	10.722,22	+2,0

Fonte: Ministero dell'Interno - DCSA - Anni 2018-2020

Il confronto tra i dati riferiti al 2019 e al 2020 evidenzia una riduzione nei valori minimi e massimi per il prezzo allo spaccio di amfetamine e LSD, e un aumento del prezzo di marijuana, hashish e cocaina e metamfetamine.

Tabella 1.4.2 - Prezzo minimo e massimo per gr o per dose (Spaccio)

	Prezzo minimo (Euro)				Prezzo massimo (Euro)			
	2018	2019	2020	Δ% (2020/2019)	2018	2019	2020	Δ% (2020/2019)
Marijuana	7,83	8,02	8,62	+7,5	10,29	10,36	11,26	+8,7
Hashish	9,51	10,35	11,28	+9,0	11,81	12,74	14,20	+11,5
Eroina Brown	39,20	37,58	36,03	-4,1	48,45	46,35	58,22	+25,6
Eroina Bianca	42,72	49,39	48,66	-1,5	48,68	59,34	59,45	+0,2
Cocaina	70,26	68,18	69,99	+2,2	92,34	90,02	90,44	+0,5
Ecstasy	14,75	14,79	15,33	+3,7	19,00	19,90	19,79	-0,6
Amfetamine	36,39	29,91	21,69	-27,6	44,44	39,60	25,24	-36,3
Metamfetamine	17,21	21,84	31,42	+43,9	21,37	28,74	38,68	+34,6
LSD	23,63	24,08	20,73	-13,9	30,60	34,33	27,75	-19,2

Fonte: Ministero dell'Interno - DCSA - Anni 2018-2020

Per quanto riguardo i prezzi al mercato del traffico, dal 2010 al 2020 si osserva una diminuzione consistente dei prezzi medi di eroina bianca e *brown*, passati da 36.379 a 29.364 euro e da 23.088 a 19.515 euro al kg rispettivamente. Nel corso del decennio si registra inoltre un consistente aumento del prezzo medio dell'ecstasy (da 2.958 a 7.434 euro al kg), così come delle altre sostanze, a esclusione della cocaina (prezzo diminuito da 40.421 a 38.431 euro al kg).

Tabella 1.4.3 - Prezzo medio per kg o per 1.000 dosi (Traffico)

	Prezzo medio (Euro)									
	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Marijuana	1.353,5	1.423,2	1.473,5	1.504,4	1.490,7	1.841,9	2.287,6	2.133,3	2.367,3	2.438,3
Hashish	2.212,5	2.044,3	2.162,5	2.233,3	2.261,3	2.245,6	2.338,3	2.405,2	2.694,2	2.993,6
Eroina Brown	22.369,7	21.742,2	21.109,0	18.801,8	18.649,7	19.357,7	19.059,3	19.310,2	19.356,4	19.515,0
Eroina Bianca	34.475,0	32.041,7	31.620,8	31.458,3	34.535,7	33.654,8	33.020,9	29.010,1	28.756,4	29.363,7
Cocaina	38.773,4	37.671,3	39.485,9	39.598,4	39.204,7	39.134,4	40.918,1	38.679,7	38.239,8	38.430,8
Ecstasy	2.958,3	2.958,3	2.997,0	2.935,3	3.078,1	3.768,8	4.381,3	4.868,7	7.069,2	7.433,5
Amfetamine	---	---	---	---	---	4.935,4	5.675,8	5.687,5	8.272,6	6.940,0
Metamfetamine	---	---	---	---	---	---	---	7.562,5	10.690,3	9.348,6
LSD	---	---	---	---	---	8.656,3	8.593,8	8.781,3	10.305,6	10.291,7

Fonte: Ministero dell'Interno - DCSA - Anni 2011-2020

Nell'ambito dei prezzi al mercato dello spaccio, dal 2010 al 2020 si osserva un aumento consistente dei prezzi medi di cocaina e amfetamine, passati rispettivamente da 69,2 a 80,2 euro e da 16,9 a 23,4 euro per dose unitaria. Si registra anche un tendenziale aumento del prezzo medio dell'eroina *brown* (da 41,9 a 47,1 euro), a fronte di una riduzione di quello dell'eroina bianca (da 60,8 a 54,1 euro). I prezzi delle altre sostanze non mostrano variazioni sostanziali.

Tabella 1.4.4 - Prezzo medio per gr o per dose (Spaccio)

	Prezzo medio (Euro)									
	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Marijuana	8,3	8,4	8,4	8,0	8,1	9,0	9,9	9,1	9,2	9,9
Hashish	11,6	10,9	10,4	10,5	11,4	11,3	11,1	10,7	11,5	12,7
Eroina Brown	42,0	41,7	41,2	39,1	38,4	42,8	45,7	43,8	42,0	47,1
Eroina Bianca	62,7	62,0	61,5	60,2	57,1	48,9	41,0	45,7	54,4	54,1
Cocaina	67,8	70,5	72,3	71,2	71,1	79,5	81,0	81,3	79,1	80,2
Ecstasy	16,8	16,8	16,6	15,9	16,0	18,7	15,7	16,9	17,3	17,6
Amfetamine	16,7	16,8	16,1	27,4	37,7	37,7	41,3	40,4	34,8	23,4
Metamfetamine	---	---	---	---	---	---	---	19,3	25,3	35,0
LSD	---	---	---	---	---	24,0	21,2	27,1	29,2	24,2

Fonte: Ministero dell'Interno - DCSA - Anni 2011-2020

1.5 Il Sistema di Allerta Precoce

Fonte: Istituto Superiore di Sanità - Centro Nazionale Dipendenze e Doping (ISS - CNDD)

Dando seguito alle disposizioni dell'Unione Europea in tema di droga, dal 2009 il Dipartimento Politiche Antidroga (DPA) della Presidenza del Consiglio dei Ministri ha istituzionalizzato e centralizzato in Italia il Sistema Nazionale di Allerta Precoce e Risposta Rapida per le Droghe (SNAP). Tramite i professionisti di settore che partecipano al *network*, lo SNAP ha implementato i suoi compiti e, con le informazioni fornite a tutta la rete dei Centri collaborativi, ha offerto numerose risposte alle esigenze sanitarie e sociali. Bisogni scaturiti dalla produzione e dal traffico internazionale di nuove sostanze psicoattive e psicotrope, dagli effetti sconosciuti dal punto di vista tossicologico e, sovente, non controllabili in termini legali.

Lo SNAP è stato attivato con lo scopo di intercettare precocemente tutti quei fenomeni potenzialmente pericolosi per la salute pubblica correlati alla comparsa di nuove sostanze stupefacenti e ad attivare degli *alert* che coinvolgono gli Enti e le strutture deputate alla tutela e alla promozione della salute e che sono responsabili della eventuale attivazione di adeguate misure in risposta alle allerte segnalate.

Il Centro Nazionale Dipendenze e Doping (CNDD) dell'Istituto Superiore di Sanità dal 1 giugno 2016 è stato incaricato dal DPA di coordinare a livello operativo il progetto, costituendo una delle attività dell'Osservatorio Permanente, istituito presso il Dipartimento Politiche Antidroga (ex art. 1, commi 7 e 8 del DPR n. 309/1990), per monitorare l'andamento del fenomeno della tossicodipendenza nel nostro Paese.

Il sistema d'allerta si avvale di tre unità operative che operano in ambiti specifici:

- la Direzione Centrale per i Servizi Antidroga (DCSA), che ha funzioni di coordinamento delle Forze di Polizia, ex DPR n. 309/1990, per le finalità connesse alla riduzione dell'offerta di droghe (*supply reduction*), in base alle direttive europee che hanno reso obbligatorie le comunicazioni sia verso l'Agenzia EUROPOL sia nei confronti dell'*International Narcotic Control Board* (INCB) delle Nazioni Unite;
- il Centro Antiveleni e Centro Nazionale di Informazione Tossicologica - Istituti Clinici Scientifici - Maugeri di Pavia, che ha il coordinamento e la gestione degli aspetti clinico-tossicologici;
- l'Unità di Ricerca di Tossicologia Forense del Dipartimento S.A.I.M.L.A.L. dell'Università La Sapienza di Roma, che cura gli aspetti bio-tossicologici e analitici.

Di fondamentale importanza è la stretta cooperazione sia con il Reparto di Investigazioni Scientifiche dei Carabinieri, sia con la Polizia Scientifica, sia con l'Agenzia delle Dogane. Rilevanti sono anche le informazioni che giungono dai Servizi per le Dipendenze, dalle strutture di emergenza, dalle unità mobili, dalle comunità

terapeutiche e più in generale dalle organizzazioni del Privato Sociale, in grado di fornire un'osservazione oggettiva dei consumatori di sostanze psicoattive o stupefacenti.

Lo SNAP si pone come strumento indispensabile per fornire dati e notizie a tutto il *network* di Centri collaborativi sulle nuove droghe circolanti sul territorio (nazionale, europeo e internazionale), potenzialmente pericolose per la salute pubblica; ma anche sulle nuove modalità di consumo di sostanze stupefacenti già tabellate, sulla presenza di adulteranti, di additivi pericolosi o di altre sostanze psicoattive o farmacologicamente attive in combinazione con sostanze psicotrope, sovente occultate in vari tipi di nuovi prodotti in vendita su internet o negli *smart shops*, o elevate concentrazioni di principio attivo di sostanze già tabellate.

La rapidità di risposta del Sistema d'Allerta è fondamentale per mettere a punto procedure adeguate ed efficienti per reagire sollecitamente alla comparsa e alla diffusione di nuove sostanze, soprattutto se quelle psicoattive individuate non sono ancora incluse nella lista delle sostanze stupefacenti riportate nelle Tabelle del DPR n. 309/1990 e non vi sono misure di sicurezza per prevenire eventuali intossicazioni e/o decessi, causati direttamente dalle stesse o dai prodotti che le contengono.

Le restrizioni sulla mobilità legate all'emergenza pandemiologica emanate da febbraio 2020, hanno determinato un sensibile calo dello spaccio degli stupefacenti su strada. Uno scenario che apre all'ipotesi che i consumatori di sostanze psicoattive siano entrati in contatto con il mercato illecito presente nel *dark-web* (che può essere raggiunto attraverso specifici *software*, configurazioni e accessi autorizzativi), per procurarsi sostanze come hashish, eroina o cocaina.

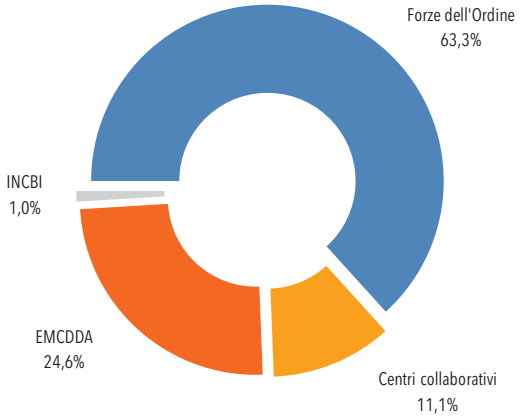
Diversamente, il mercato delle nuove sostanze psicoattive (NPS), che ha visto la luce su internet, rimane ad appannaggio di tali ambiti, che ancora commercializzano queste sostanze grazie al *camouflage* in profumatori ambientali, sali da bagno, semi da collezione, prodotti fitosanitari, ecc. Lo scenario, suffragato dai dati provenienti dalle Forze dell'Ordine (FFOO), fa supporre che l'allarme per l'epidemia da COVID-19 possa aver facilitato la crescita della domanda di sostanze psicoattive attraverso il *web* o gli applicativi informatici.

Nel corso del primo semestre *post-lockdown* (maggio-ottobre 2020) lo SNAP ha rilevato un incremento significativo delle segnalazioni per i sequestri di NPS da parte delle FFOO e conseguentemente di intossicazioni da esse prodotte. I numeri sono parametrati allo stesso periodo del 2019 ed evidenziano un forte aumento di circa il 200% delle segnalazioni in ingresso per "sequestri di NPS" da parte delle FFOO. Si tratta di 114 segnalazioni che hanno permesso di identificare per la prima volta su territorio nazionale la presenza di 34 NPS, un dato particolarmente rilevante se si tiene conto che nel corso di tutto il precedente anno (2019) ne sono state rilevate 19. Contestualmente, il Centro Antiveleni di Pavia - Centro Nazionale di Informazione Tossicologica della Fondazione Salvatore Maugeri di Pavia, in qualità di unità operativa dello SNAP, nei report indirizzati all'ISS ha evidenziato 12 casi di intossicazione connesse alla circolazione di NPS sul territorio nazionale.

Nel corso del 2020, le segnalazioni in ingresso (input) registrate dal Sistema sono state 207: 131 sono pervenute dalle FFOO, 23 dai Centri collaborativi (appartenenti in particolare alle Tossicologie cliniche e forensi, all'Agenzia delle Dogane, alle Università, Enti di ricerca, Aziende Sanitarie e Centri Antiveleni), 51 sono state le notifiche di NPS da parte dell'Osservatorio Europeo sulle droghe e le tossicodipendenze (*European Monitoring Centre fo Drugs and Drug Addiction,* EMCDDA).

Inoltre è stata ricevuta una comunicazione da parte dell'EMCDDA riguardante il potenziale impatto della pandemia da COVID-19 sul mercato delle sostanze d'abuso e una segnalazione da parte dell'INCBI *(International Narcotics Control Board*, Organo internazionale per il controllo degli stupefacenti) riguardante l'aggiornamento dei derivati del fentanil senza riconosciuto uso terapeutico.

Figura 1.5.1 - Valori percentuali delle segnalazioni pervenute (INPUT) allo SNAP

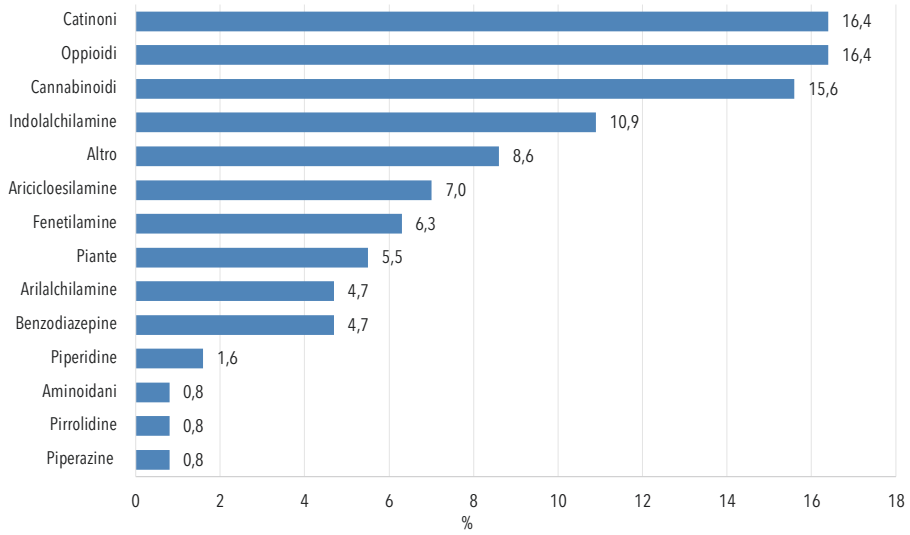


INPUT		Destinatari
Comunicazioni EMCDDA	Informazioni su sequestri di molecola/e o su intossicazioni/decessi avvenuti in uno dei Paesi EU	DPA, ISS, Ministero della Salute, AIFA, Centri collaborativi
Comunicazioni Centri collaborativi e FFOO	Informazioni su sequestri di molecola/e o su intossicazioni/decessi avvenuti sul territorio nazionale; Informazioni su nuove forme di taglio o purezza droghe classiche	

Fonte: Istituto Superiore di Sanità – Anno 2020

Le segnalazioni provenienti dall'Italia e dall'EMCDDA hanno riguardato un totale di 128 nuove sostanze psicoattive, appartenenti alle classi dei catinoni sintetici (n.21), oppioidi sintetici (n.21), cannabinoidi sintetici (n.20), indolalchilamine (n.14), aricicloesilamine (n.9), fenetilamine (n.8), piante (n.7), arilalchilamine (n.6), benzodiazepine (n.6), piperidine (n.2), pirrolidine (n.1), piperazine (n.1), aminoidani (n.1) e altro (n.11). A queste si aggiungono le segnalazioni per le sostanze d'abuso classiche quali cannabinoidi, oppiacei, cocaina, amfetamine, LDS, psilocibina, dimetiltriptamina, ecc.

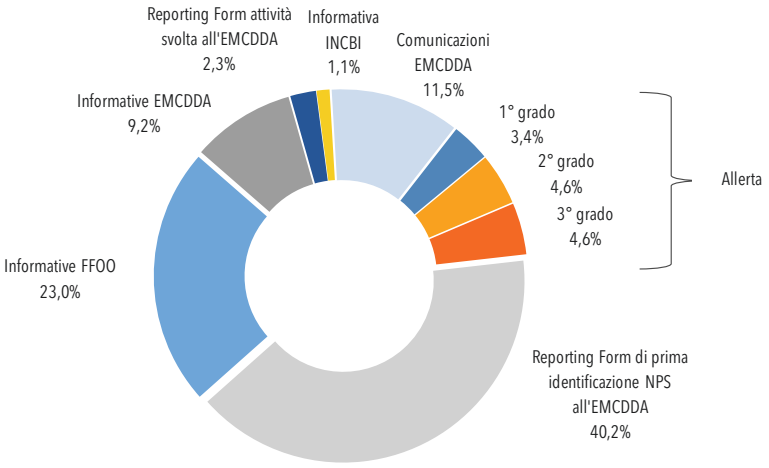
Figura 1.5.2 - Valori percentuali di nuove sostanze psicoattive segnalate allo SNAP



Fonte: Istituto Superiore di Sanità - Anno 2020

Nel 2020 le comunicazioni destinate ai centri collaborativi (output) prodotte dallo SNAP sono state: 28 Informative, di cui 20 provenienti dalle FFOO e 8 dall'EMCDDA, 10 Comunicazioni EMCDDA, 11 Allerte (3 di I grado, 4 di II grado, 4 di III grado), 35 Reporting Form dall'Italia all'EMCDDA di sostanze individuate per la prima volta sul territorio italiano a seguito di sequestri e/o casi di intossicazione acuta e/o decesso, 1 informativa proveniente dall'INCBI e 2 Reporting Forms all'EMCDDA riassuntivi dell'attività svolta in ambito nazionale.

Figura 1.5.3 - Valori percentuali delle comunicazioni inviate dallo SNAP (OUTPUT)



OUTPUT				Destinatari
Reporting Form per EMCDDA	Informazioni su nuove molecole sequestrate e intossicazioni per sostanze individuate per la prima volta sul territorio nazionale. I Reporting Form sono corredati da dati analitici, ove possibile, da foto dei reperti e, nei casi di intossicazione, dai dati clinici raccolti			EMCDDA, DPA
Informative	Comunicazioni, non a carattere di urgenza, provenienti dall'EMCDDA o da altre strutture accreditate, diffondibili solo al network degli esperti, dei Centri collaborativi e delle Forze dell'Ordine, finalizzate a condividere informazioni analitiche e cliniche per agevolare l'identificazione di nuove molecole e il riconoscimento di eventuali intossicazioni acute che pervengono ai Dipartimenti di Emergenza			DPA, Centri collaborativi, Ministero della Salute, FFOO, AIFA
Comunicazioni	Comunicazioni, non a carattere di urgenza, provenienti dalla rete REITOX/EWS dell'EMCDDA e trasmesse al network dei centri collaborativi, che hanno lo scopo di condividere informazioni analitiche e cliniche per agevolare l'identificazione di nuove molecole già circolanti in UE e il riconoscimento di eventuali intossicazioni acute che pervengono ai Dipartimenti di Emergenza			DPA, Centri collaborativi, Ministero della Salute, FFOO, AIFA, SerD e Comunità, Dipartimenti emergenza/urgenza
Pre-Allerta	Avviso alle strutture competenti che hanno la responsabilità di intervento, affinché siano pronte ad attivare le procedure di risposta indicate dal Sistema			
Allerta	Avviso a carattere di urgenza che implica un'azione coordinata tra tutte le strutture competenti per l'attivazione e l'implementazione di opportune procedure di risposta al fenomeno segnalato. Secondo la gravità dell'oggetto dell'allerta, e quindi del potenziale rischio per la salute pubblica, i documenti in uscita vengono definiti di grado I, II o III secondo i seguenti criteri:			
	I grado	*II grado*	*III grado*	
	Rischio di disagio sociale (preoccupazioni, ansie, condizioni di allarme sociale)	Rischio di lievi danni per la salute (disturbi temporanei e potenzialmente non letali). Rischio di diffusione di sostanze nel mercato illecito	Rischio concreto di gravi danni per la salute (malattie invalidanti, mortalità)	

Fonte: Istituto Superiore di Sanità – Anno 2020

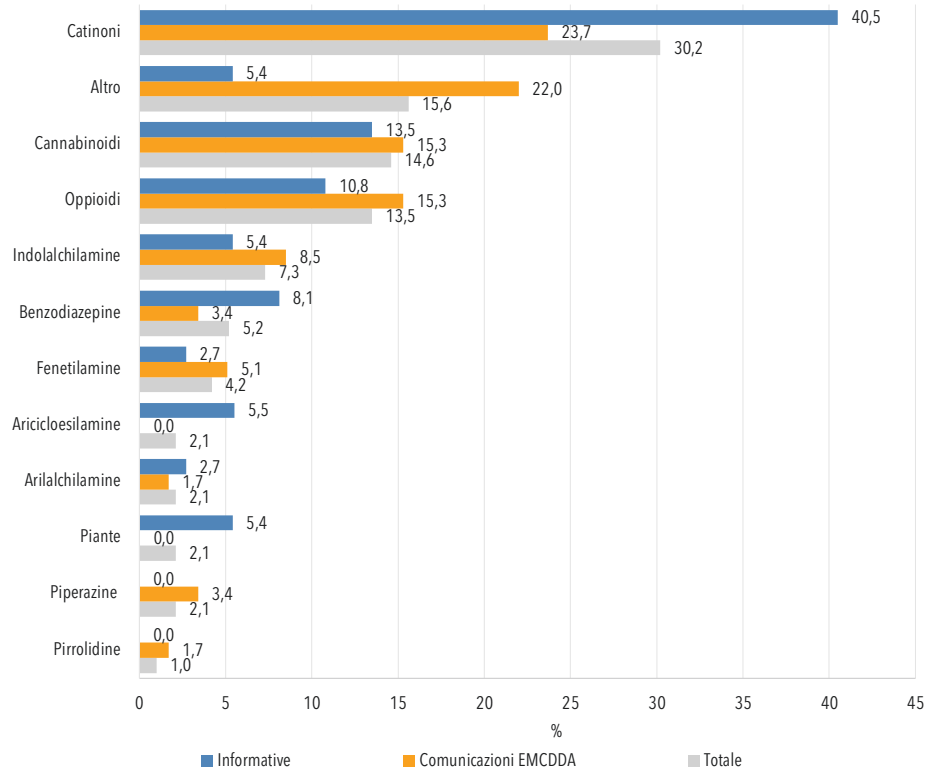
Nel 2020 le 20 informative provenienti dalle FFOO e inviate dallo SNAP al *network* hanno riguardato 74 nuove sostanze psicoattive circolanti nel territorio nazionale e appartenenti alle classi dei catinoni sintetici (n.14), cannabinoidi sintetici (n.10), indolalachilamine (n.10), fenetilamine (n.8), aricicloesilamine (n.7), piante (n.5), benzodiazepine (n.5), arilalchilamine (n.4), piperidine (n.2), piperazine (n.1), oppioidi sintetici (n.1) e altro (n.7).

A queste si aggiungono le segnalazioni riguardanti le sostanze d'abuso classiche quali THC, oppiacei, cocaina, amfetamine, LDS, dimetiltriptamina, ecc.

Le 8 informative provenienti dall'EMCDDA e inviate dallo SNAP al *network* hanno riguardato 1 oppioide sintetico (isotonitazene) e 2 cannabinoidi sintetici (4F-MDMB-PICA e MDMB-4en-PINACA). 2 delle informative hanno riportato il rapporto trasmesso dall'EMCDDA relativo alla situazione delle NPS in Europa notificate dal 1° gennaio 2020 alla data del 16 giugno e del 10 agosto 2020.

Le 10 Comunicazioni EMCDDA hanno riguardato 40 sostanze appartenenti alle seguenti classi: oppioidi sintetici (n.9), cannabinoidi sintetici (n.9), catinoni sintetici (n.7), indolalchilamine (n.4), altro (n.3), arilalchilamine (n.3), aricicloesilamine (n.2), pirrolidine (n.1), aminoidani (n.1) e benzodiazepine (n.1).

Figura 1.5.4 - Valori percentuali delle nuove sostanze psicoattive oggetto di Informative e Comunicazioni EMCDDA dallo SNAP



Fonte: Istituto Superiore di Sanità – Anno 2020

Le 40 NPS presenti nelle Comunicazioni EMCDDA sono state identificate in 12 Paesi europei (Italia inclusa) ed evidenziano una prevalenza da parte della Svezia con 10 sostanze, seguita da Germania (n.9), Slovenia (n.4), Polonia (n.3), Regno Unito (n.3), Ungheria (n.3), Belgio (n.2), Finlandia (n.2), Danimarca (n.1), Paesi Bassi (n.1), Spagna (n.1) e Italia (n.1).

Le 11 Allerte inviate dallo SNAP durante l'anno hanno riguardato 20 molecole appartenenti alla classe dei catinoni sintetici (n.5), oppioidi sintetici (n.4), aricicloesilamine (n.3), altre classi (n.5), cannabinoidi (n.1), fenetilamine (n.1) e piante (n.1).

Tabella 1.5.1 - Numero nuove sostanze psicoattive segnalate dai Paesi europei all'EMCDDA

Classe (n.)	Nome NPS	Paese segnalatore
Aminoidano (1)	5-MeO-AI	Polonia
Aricicloesilamina (2)	3F-PCP	Slovenia
	Metossipropamina	Danimarca
Arilalchilamina (3)	Mefedrene	Germania
	BOH-2C-B	Svezia
	BOH-PHP	Slovenia
Benzodiazepina (1)	Clozapina	Regno Unito
Cannabinoide (9)	4F-ABINACA	Svezia
	Cumil-BC-HpMeGaClone-221	Germania
	5F-EDMB-PICA	Ungheria
	4F-MDMB-BICA	Regno Unito
	5F-EMB-PICA	Belgio
	Cumil-CB-MeGaClone	Ungheria
	PTI-3	Ungheria
	CUMYL-CBMINACA	Germania
	BENZ1L-4CN-BINACA	Svezia
Catinone (7)	3-clorocatinone	Germania
	3F-N-etilesedrone	Svezia
	MDPHiP	Svezia
	N,N-dietilpentilone	Spagna
	4F-3-metil-alfa-PVP	Svezia
	3F-alfa-PHP	Svezia
	α-pirrolidinocicloesilfenone	Svezia
Indolalchilamina (4)	5-MeO-DBT	Finlandia
	5-Cl-DMT	Slovenia
	5-Br-DMT	Slovenia
	N-metiltriptamina	Paesi Bassi
Oppioide (9)	O-AMKD	Germania
	AP-238	Germania
	Carbonil-bromadolo	Germania
	Metonitazene	Germania
	Nortilidina	Polonia
	Isobutirfentanil	Italia
	Metodesnitazene	Belgio
	Brorfina	Svezia
	Etazene	Polonia
Pirrolidina (1)	4,4-dimetil-1-fenil-1-pirrolidin-1-il-pentan-3-one	Regno Unito
Altro (3)	3-metossifenmetrazina	Finlandia
	Citicolina	Germania
	Nefiracetam	Svezia

Fonte: Istituto Superiore di Sanità – Anno 2020

Lo SNAP ha trasmesso all'EMCDDA 35 Reporting Form riguardanti 44 nuove sostanze psicoattive individuate per la prima volta sul territorio italiano a seguito di sequestri e/o casi di intossicazione acuta e/o decessi, corredati da dati analitici, ove possibile, da foto dei reperti e, nei casi di intossicazione, dai dati clinici raccolti.

I Reporting Forms hanno riguardato 9 molecole appartenenti alle classi dei catinoni sintetici, 7 dei cannabinoidi sintetici, 7 degli oppioidi sintetici, 5 delle indolalchilamine, 5 ad altro, 3 delle fenetilamine, 3 delle benzodiazepine, 2 delle arilalchilamine, 1 delle aricicloesilamine, 1 delle piperidine e infine 1 delle piperazine.

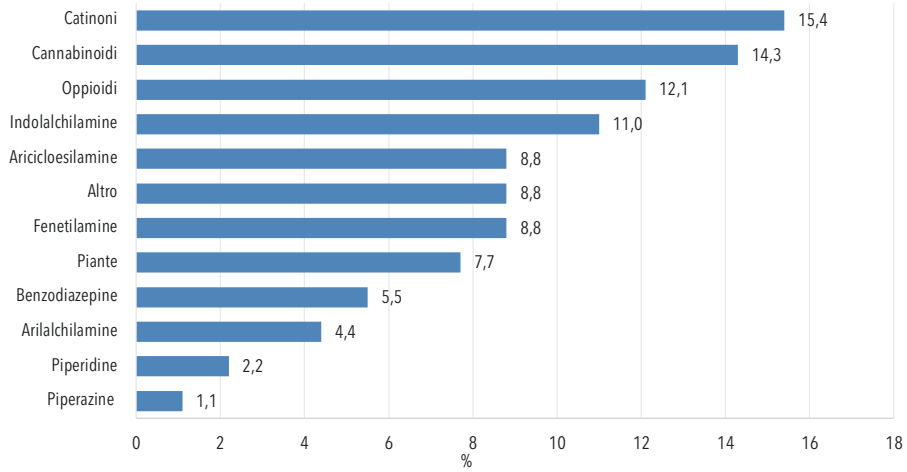
Tabella 1.5.2 - Nuove sostanze psicoattive individuate per la prima volta nel territorio italiano segnalate dallo SNAP come Reporting Forms all'EMCDDA

Classe	NPS	Natura segnalazione
Catinoni	BMDP, 4-Cl-alfa-PVP, alfa-PHiP, 3-MEC, alfa-PEP, 4-CMC, 3,4-DMMC, N-etilesedrone, N-etilpentedrone	Sequestro
Cannabinoidi	5F-MDMB-PICA, 5F-EMB-PICA, 4F-MDMB-BICA, MDMB-4en-PINACA, 5F-EDMB-PICA, 5C-APINACA, 4F-MDMB-BINACA	Sequestro
Aricicloesilamine	MXPr	Sequestro
Oppioidi	Acetilfentanil, Metossiacetilfentanil, Carfentanil, Butirfentanil, THF-F	Campioni biologici
	2-metil-AP-237	Intossicazione/ Campioni biologici
	Isobutirfentanil	Sequestro
Altro	3-FPM, NOOPEPT, Efenidina, 1P-LSD, 1cP-LSD	Sequestro
Fenetilamine	3-FEA, 2-FMA, Metallilescalina	Sequestro
Indolalchilamine	5-MeO-DMT, DPT, 4-HO-MET, 4-HO-DET, 4-HO-MIPT	Sequestro
Piperidine	Isopropilfenidato	Sequestro
Arilalchilamine	Mefedrene, 2C-B-Fly	Sequestro
Benzodiazepina	Etizolam, Flunitrazolam	Sequestro
	Bromazolam	Campioni biologici
Piperazine	NSI-189	Sequestro

Fonte: Istituto Superiore di Sanità – Anno 2020

Infine, lo SNAP ha inviato 2 Report semestrali riassuntivi di tutte le attività svolte in ambito nazionale. In tali report sono stati dettagliate tutte le 90 nuove sostanze psicoattive circolanti in Italia.

Figura 1.5.5 - Valori percentuali delle nuove sostanze psicoattive segnalate all'EWS dallo SNAP



Fonte: Istituto Superiore di Sanità – Anno 2020

Delle 90 NPS, 65 sono state rilevate esclusivamente a seguito di sequestro di sostanze, 16 esclusivamente a seguito di analisi di laboratorio su campioni biologici (urine, sangue) di soggetti giunti ai reparti di emergenza per intossicazione acuta e/o a seguito di analisi di laboratorio condotte su campioni di sostanze rinvenute nei casi di intossicazioni/decesso o di soggetti in trattamento presso i Servizi pubblici per le Dipendenze (SerD) e, infine, 9 sostanze sono state rilevate sia nei sequestri che nei casi di intossicazione.

Tabella 1.5.3 - Nuove sostanze psicoattive identificate in Italia e notificate all'EMCDDA

Sostanze segnalate a seguito di sequestro				
Classe	**NPS**	**Aspetto**	**Fonte segnalazione**	**N. casi**
Catinoni	Eutilone	Polvere	Carabinieri	3
	3-MMC	Polvere/Cristalli/Liquido	Carabinieri/Polizia/ Dogana	8
	4-Cl-alfa-PVP	Polvere	Carabinieri	2
	4-CMC/ clefedrone	Polvere	Carabinieri	2
	Alpha-PHiP	Polvere	Carabinieri	2
	BMDP	Polvere	Carabinieri	1
	Bupropione	Polvere	Carabinieri	2
	MMMP	Cristalli	Carabinieri	1
	3-CMC	Polvere	Carabinieri	2
	N-etilnorpentedrone	Polvere	Polizia	1
	N-etilesedrone	Polvere	Carabinieri	2

Cannabinoidi	4F-MDMB-BICA	Cristalli	Carabinieri	1
	4F-MDMB-BINACA	Cristalli/Sostanza vegetale secca	Carabinieri	3
	5F-EDMB-PICA	Sostanza vegetale secca	Carabinieri	2
	5F-EMB-PICA	Sostanza vegetale secca	Carabinieri	2
	5F-MDMB-PICA	Cristalli/Sostanza vegetale secca/Liquido	Carabinieri	3
	5F-MDMB-PINACA/5F-ADB	Sostanza vegetale secca	Carabinieri	1
	CL-2201 (5F-JWH-398)	Sostanza vegetale secca	Polizia	1
	5C-AKB48	Sostanza vegetale secca	Carabinieri	1
	MDMB-4en-PINACA	Polvere/Sostanza vegetale secca	Carabinieri/ Tossicologia Forense	2
Indolalchilammine	4-AcO-DMT	Polvere	Carabinieri	2
	4-AcO-MET	Polvere	Carabinieri	2
	4-HO-DET	Polvere	Carabinieri	1
	4-HO-MET	Polvere/Compresse	Carabinieri	2
	4-HO-MIPT	Polvere	Carabinieri	3
	5-Meo-DALT	Polvere	Carabinieri	1
	5-Meo-DMT	Polvere	Carabinieri	3
	5-MeO-MIPT	capsule	Carabinieri	1
	DMT	Polvere/Sostanza vegetale secca	Carabinieri	5
	DPT	Polvere	Carabinieri	2
Fenetilammine	2-FEA	Compresse	Carabinieri/Polizia	2
	3-FEA	Compresse/Polvere	Carabinieri/Polizia	3
	2C-B	Compresse	Carabinieri	1
	25E-NBOMe	Blotter	Guardia di Finanza	1
	DOC	Blotter	Guardia di Finanza	1
	2-FMA	Polvere	Carabinieri/Polizia	4
	4-FMA	Liquido	Carabinieri	1
	Metallilescalina	Polvere	Carabinieri	2
Altro	1cP-LSD	Blotter	Carabinieri/Polizia	15
	1P-LSD	Blotter	Carabinieri	7
	3-FPM	Polvere	Carabinieri	1
	Efenidina (o NEDPA)	Polvere	Carabinieri	1
	NOOPEPT	Polvere	Carabinieri/Polizia	4
	Ostarina	Polvere	Carabinieri	3
	Phenibut	Polvere	Polizia	1
Piante	Armina	Polvere/capsule	Carabinieri	2
	Ibogaina - Voacanga africana	Sostanza vegetale secca	Carabinieri	1
	Mitraginina (KRATOM)	Polvere/capsule	Polizia	2
	Psilocina	Sostanza vegetale secca	Carabinieri	2
	Salvia divinorum-salvinorina	Polvere/capsule	Carabinieri	2
Benzodiazepine	Clonazolam	Compresse	Carabinieri	2
	Etizolam	Liquido/Compresse/Polvere/Blotter	Carabinieri	6
	Flualprazolam	Compresse	Carabinieri	2
	Flunitrazolam	Blotter	Carabinieri	1

Arilalchilamine	2C-B-Fly	Compresse	Carabinieri	1
	6-APB	Polvere	Carabinieri	1
	Mefedrene	Polvere	Carabinieri	1
	5-MAPB	Polvere	Carabinieri	4
Aricicloesilamine	3-HO-PCE	Polvere	Carabinieri	1
	Descloro-N-etilketamina/ OPCE	Polvere	Carabinieri	5
	Metossipropamina (MXPr)	Polvere	Carabinieri	3
Piperidine	Isopropilfenidato	Polvere	Carabinieri	1
	4F-MPH	Compresse/Sostanza vegetale secca	Carabinieri	3
Piperazine	NSI-189	Polvere	Carabinieri	1
Oppiodi	Tramadolo	Compresse	Polizia	1

Sostanze segnalate a seguito di analisi di laboratorio svolte su campioni di sostanze e/o biologici (sangue, urine) di soggetti arrivati ai reparti di emergenza per intossicazione/casi di decesso o soggetti in trattamento presso i SerD

Classe	NPS	Aspetto	Altre molecole presenti	N. di casi
Oppiodi	2-metil-AP-237	Campioni biologici	THCCOOH	1
		Polvere	/	1
	3-metilfentanil	Campioni biologici*	/	1
	Butirfentanil	Campioni biologici*	Carfentanil, Ocfentanil, THF-F	1
	Carfentanil	Campioni biologici*	Butirfentanil, THF-F, Ocfentanil	1
	THF-F	Campioni biologici*	Butirfentanil, Carfentanil, Ocfentanil	1
	Ocfentanil	Campioni biologici*	Butirfentanil, Carfentanil, THF-F	1
		Campioni biologici	Acetilfentanil, Metossiacetilfentanil, Furanilfentanil	1
	Acetilfentanil	Campioni biologici	Ocfentanil, Metossiacetilfentanil, Furanilfentanil	1
	Metossiacetilfentanil	Campioni biologici	Ocfentanil, Acetilfentanil, Furanilfentanil	1
	Furanilfentanil	Campioni biologici	Ocfentanil, Acetilfentanil, Metossiacetilfentanil	1
	Fentanil	Campioni biologici	/	2
Cannabinoidi	JWH-122	Campioni biologici	JWH-210	1
		Polvere	JWH-210	1
	JWH-210	Campioni biologici	JWH-122	1
		Polvere	JWH-122	1
Piante	Scopolamina	Campioni biologici	Atropina	1
		Campioni biologici	Levamisolo	1
	Atropina	Campioni biologici	Scopolamina	1
		Campioni biologici	Cocaina, Cocaetilene, metadone	1
Aricicloesilamine	3-HO-PCP	Campioni biologici	Fluorometamfetamina, fluoroamfetamina	1
		Polvere	/	1
Altro	GHB	Campioni biologici	Cocaina e metaboliti, sospetto catinone	1
		Campioni biologici	/	1

**paziente in trattamento a SerD*

Sostanze segnalate in seguito a sequestro e casi di intossicazione				
Classe	**NPS**	**Aspetto**	**Fonte segnalazione**	**N. casi**
Aricicloesilamine	2-fluorodescloroketamina	Polvere	Carabinieri/Dogana	4
		Campioni biologici	Centro Antiveleni di Pavia	6
	3-MeO-PCE	Polvere	Centro Antiveleni di Pavia	2
		Polvere	Centro Antiveleni di Pavia/ Carabinieri	5
		Campioni biologici	Centro Antiveleni di Pavia	2
	3-MeO-PCP	Polvere/Liquido	Carabinieri	4
		Campioni biologici	Centro Antiveleni di Pavia	2
	Ketamina	Polvere	Centro Antiveleni di Pavia	1
		Polvere	Carabinieri	5
		Campioni biologici	Centro Antiveleni di Pavia	7
Catinoni	Alfa-PHP	Polvere	Carabinieri/Polizia	2
		Campioni biologici	Centro Antiveleni di Pavia	1
	MDPHP	Cristalli	Carabinieri/Polizia	2
		Campioni biologici	Centro Antiveleni di Pavia	1
	Mefedrone	Cristalli	Carabinieri	1
		Campioni biologici	Centro Antiveleni di Pavia	2
Benzodiazepine	Bromazolam	compresse	Carabinieri	1
		Campioni biologici	Centro Antiveleni di Pavia	1
Cannabinoidi	5F-Cumyl-PeGaClone	Liquido/Sostanza vegetale secca	Carabinieri/Polizia	2
		Campioni biologici	Centro Antiveleni di Pavia	1

Fonte: Istituto Superiore di Sanità – Anno 2020

In merito ai compiti dell'Istituto Superiore di Sanità, all'interno dello SNAP, si evidenzia l'elaborazione di pareri a risposta della richiesta da parte del Ministero della Salute di aggiornamento delle tabelle presenti nel DPR n. 309/1990: nel corso dell'anno 2020 l'ISS ha elaborato 98 pareri riguardanti le molecole riportate nella sottostante tabella.

Tabella 1.5.4 - Molecole per le quali è stato elaborato il parere per l'aggiornamento delle tabelle contenenti l'indicazione delle sostanze stupefacenti e psicotrope

Classe (n.)	Nome molecola
Indolalchilamine (n.15)	4-AcO-MET; 4-AcO-DMT; 4-AcO-MALT; 4-AcO-MPT; 4-HO-DET; 4-HO-MET; 4-MeO-MiPT; 4-PrO-DMT; 5-Br-DMT; 5-Cl-DMT; 5-Meo-DALT; 5-MeO-DBT; 5-MeO-DMT; DPT; N-methyltryptamine
Catinoni (n.15)	3-clorocatinone; 3-CMC (Clofedrone); 3F-N-etilesedrone; 3-MMC; 4-Cl-alfa-PVP; 4-CMC; alpha-PHiP; BMDP; Eutilone; MDPHiP; MDPHP; N,N-dietilpentilone; N-etilesedrone; N-etilpentedrone; N-etilpentilone
Altro (n.14)	1cP-LSD; 1P-LSD; 2C-B aminorex; 3-FPM; 3-methoxyphenmetrazine; 4-fluorophenibut; Citicolina; Efenidina (o NEDPA); Fenilpiracetam; Nefiracetam; NOOPEPT; Ostarina/MK-2866; Piracetam; SL-164
Oppioidi (n.13)	AP-237; 2F-viminolo; AP-238; Brorfina; Carbonil-bromadolo; Crotonilfentanil; Etazene; Furanil UF-17; Metodesnitazene; Metonitazene; Nortilidina; O-AMKD; Valerilfentanil
Cannabinoidi (n.12)	4F-ABINACA; 4F-MDMB-BICA; 5F-AMB-PINACA; 5F-EDMB-PICA; 5F-EMB-PICA; 5F-MDMB-PICA; 5F-MDMB-PICA; CL-2201 (5F-JWH-398); Cumyl-BC-HpMeGaClone-221; JWH-210; MDMB-4en-PINACA; PTI-3
Arilalchilamine (n.5)	2C-B-Fly; 5-MAPB; BOH-2C-B; BOH-PHP; Mefedrene
Benzodiazepine (n.5)	Bromazolam; Cinazepam; Clonazolam; Clozapine; Flunitrazolam
Fenetilamine (n.5)	2-FMA; 4C-D; 6-BR-DMPEA; BOD; Metallilescalina
Aricicloesilamine (n.3)	3F-PCP; 3-MeO-PCP; Metossipropamina (MXPr)
Piante (n.3)	Armalina; Armina; Tetraidroarmina
Piperazine (n.3)	3,4-CFP; NSI-189; pBPP
Piperidine (n.2)	4F-MPH; isopropilfenidato
Pirrolidine (n.2)	2-fenil-2-(pirrolidin-1-ile)acetato di metile; 4,4-dimetil-1-fenil-1-pirrolidin-1-il-pentan-3-one
Aminoidani (n.1)	5-MeO-AI

Fonte: Istituto Superiore di Sanità – Anno 2020

Nell'ambito dello SNAP, il CNDD ha organizzato un circuito inter-laboratorio per la valutazione della qualità analitica nella determinazione di NSP e di sostanze d'abuso classiche e/o metaboliti in matrici biologiche convenzionali e non convenzionali per verificare le performance dei laboratori a scopo educazionale e di crescita collettiva di tutto lo SNAP. Durante la prima fase del progetto, definito NPS-LABVEQ, tutti i laboratori aderenti al network SNAP (n.63) sono stati dotati di standard di riferimento in soluzione metanolica (n.65) specifici per la caratterizzazione delle NPS ritenute più presenti nel mercato telematico e clandestino e nelle intossicazioni, acute e croniche, di assuntori su tutto il territorio europeo. Un gruppo di 26 laboratori ha ricevuto campioni di capelli e di saliva addizionati con differenti analiti per campione di sostanze d'abuso classiche e NPS. Durante l'acquisizione e la valutazione dei risultati sono emerse diverse criticità (presenza di diversi falsi positivi e falsi negativi), oltre al fatto che diversi laboratori hanno fornito solo dati qualitativi.

In questo scenario il CNDD attraverso una forte assunzione di responsabilità e una chiara funzione di garanzia ha avviato una seconda fase del progetto, definita HELP SNAP, la cui partecipazione è stata ampliata anche a quei laboratori precedentemente esclusi che nel frattempo hanno allestito metodologie analitiche per le NPS. Il set di standard di NPS che verrà distribuito ai Centri Collaborativi è stato integrato in base anche alle specifiche richieste pervenute al CNDD da parte dei diversi laboratori. Le matrici biologiche addizionate con differenti analiti per campione di sostanze d'abuso classiche e NPS indicate dal CNDD, continueranno a essere la saliva e i capelli. Ai circa 20 laboratori di nuova iscrizione verrà distribuito un kit di NPS già fornito ai laboratori partecipanti al progetto precedente mentre a tutti i 60 laboratori afferenti ai Centri Collaborativi del Sistema Nazionale di Allerta Precoce verrà fornito un nuovo kit di standard diluiti di NPS.

1.6 AGGIORNAMENTO TABELLE DELLE SOSTANZE STUPEFACENTI E PSICOTROPE

Fonte: Ministero della Salute - Direzione generale dei dispositivi medici e del servizio farmaceutico - Ufficio Centrale Stupefacenti

Le tabelle contenenti l'elenco di tutte le sostanze e dei preparati da porre sotto controllo devono essere tempestivamente aggiornate "anche in base a quanto previsto dalle convenzioni e accordi internazionali ovvero a nuove acquisizioni scientifiche" (Art. 2, comma 1, lettera e), n. 2 del Decreto del Presidente della Repubblica n. 309 del 9 ottobre 1990, Testo unico delle leggi in materia di disciplina degli stupefacenti e sostanze psicotrope, prevenzione, cura e riabilitazione dei relativi stati di tossicodipendenza e s.m.i), funzione assegnata all'Ufficio Centrale Stupefacenti (UCS) del Ministero della Salute.

Quest'ultimo, dopo aver acquisito gli aggiornamenti degli elenchi internazionali o l'esistenza di evidenze scientifiche in materia di droghe, tenuto conto delle segnalazioni di nuove molecole identificate per la prima volta in Europa, o delle informative su sequestri effettuati in Italia pervenute da parte dell'Unità di coordinamento del Sistema Nazionale di Allerta Precoce del Dipartimento Politiche Antidroga, procede all'avvio dell'istruttoria per l'aggiornamento delle tabelle che consiste nel raccogliere tutta la documentazione relativa alla nuova sostanza e richiedere formalmente il parere tecnico di competenza all'Istituto Superiore di Sanità. Se tale parere identifica la sostanza come psicoattiva e avente capacità di indurre dipendenza, l'UCS trasmette, con una relazione di accompagnamento, il parere dell'Istituto Superiore di Sanità al Consiglio Superiore di Sanità che ne valuta l'eventuale inserimento in una delle 4 tabelle degli stupefacenti. Per le sostanze aventi attività farmacologica e terapeutica deve essere anche valutato l'inserimento nella tabella dei medicinali stupefacenti. Il Decreto Ministeriale di aggiornamento delle tabelle viene quindi pubblicato nella Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana e inserito nella successiva edizione della Farmacopea Ufficiale.

Nel 2020 sono stati emanati dal Ministero della Salute 8 Decreti per l'aggiornamento delle tabelle contenenti l'indicazione delle sostanze stupefacenti e psicotrope, che hanno portato all'inserimento di:

- 74 sostanze, della pianta di Papaver somniferum L. e della categoria di analoghi e derivati del fentanil in tabella I (oppio e derivati, foglie di coca e derivati, amfetamina e derivati amfetaminici, allucinogeni);
- 8 sostanze in tabella IV (benzodiazepine).

Tra le sostanze inserite, 2 sono state incluse anche nella tabella dei medicinali con attività farmacologica e terapeutica insieme con la tintura di Papaver somniferum L.

Con il decreto 30 giugno 2020 sono stati inseriti nella tabella I delle sostanze stupefacenti e psicotrope di cui al DPR n. 309/1990 gli analoghi di struttura e derivati del fentanil, un oppioide sintetico utilizzato per la terapia del dolore e come anestetico, circa 100 volte più potente della morfina, da usare sotto stretto controllo medico. Nel decreto vengono in particolare dettagliate le caratteristiche strutturali delle sostanze correlate al fentanil, cosiddetti fentanili, necessarie per identificare prontamente le sostanze e rendere efficaci la prevenzione e i controlli.

Il decreto costituisce quindi uno strumento di contrasto per la produzione e la diffusione illecite dei fentanili, ponendoli sotto controllo.

Inoltre è stato emanato il decreto del 01/10/2020 (GU Serie Generale, n. 255 del 15 ottobre 2020) relativo all'inserimento nella tabella dei medicinali, sezione B, delle composizioni per somministrazione a uso orale di cannabidiolo ottenuto da estratti di Cannabis, la cui entrata in vigore è stata sospesa con decreto del 28/10/2020 (G.U. Serie Generale, n. 270 del 29 ottobre 2020) in attesa di ulteriori approfondimenti istruttori.

Il Ministero della Salute ha altresì provveduto:

- con il decreto del 29/12/2020 (GU Serie Generale, n. 30 del 05 febbraio 2021) all'inserimento nella tabella I e nella tabella IV di nuove sostanze psicoattive[7]. Nello specifico:
    - nella tabella I sono state inserite le sostanze:1cP-LSD; 2-fenil-2-(pirrolidin-1-ile) acetato di metile; 2C-B aminorex; 2F-viminolo, 3,4-CFP; 3-MMC; 4-AcO-MALT; 4-AcO-MPT; 4C-D; 4-fluorophenibut; 4-MeO-MiPT; 4-PrO-DMT; 6-BR-DMPEA; AP-237; BOD; Eutilone; furanil UF-17; MDPHP; N-etilpentedrone; N-etilpentilone (efilone); pBPP; SL-164;
    - nella tabella IV è stata inserita la sostanza cinazepam.
- con il decreto del 13/10/2020 (GU Serie Generale, n. 276 del 05 novembre 2020) all'inserimento nella tabella I della specifica denominazione di sostanze presenti all'interno di categorie di sostanze[8]: crotonilfentanil, valerilfentanil, 5F-AMB-PINACA, 5F-MDMBPICA, 4-CMC, N-etilesedrone.
- con il decreto del 01/10/2020 (GU Serie Generale, n. 255 del 15 ottobre 2020) all'inserimento nella tabella IV e nella tabella dei medicinali, sezione B, della sostanza nalbufina[9].
- con il decreto del 01/10/2020 (GU Serie Generale, n. 255 del 15 ottobre 2020) all'inserimento nella tabella dei medicinali, sezione B, delle composizioni per somministrazione a uso orale di cannabidiolo ottenuto da estratti di *Cannabis*[10].
  Sospeso con decreto del 28/10/2020 (GU Serie Generale, n. 270 del 29 ottobre 2020)[11].
- con il decreto del 01/10/2020 (GU Serie Generale, n. 255 del 15 ottobre 2020) all'inserimento nella tabella I della sostanza isotonitazene[12].
- con il decreto del 11/08/2020 (GU Serie Generale, n. 208 del 21 agosto 2020) all'inserimento nella tabella I e nella tabella IV di nuove sostanze psicoattive e nella tabella dei medicinali, sezione A, della sostanza phenibut[13]. Nello specifico:

[7] https://www.trovanorme.salute.gov.it/norme/dettaglioAtto?id=78733
[8] https://www.trovanorme.salute.gov.it/norme/dettaglioAtto?id=77053
[9] https://www.trovanorme.salute.gov.it/norme/dettaglioAtto?id=76738
[10] https://www.trovanorme.salute.gov.it/norme/dettaglioAtto?id=76739
[11] https://www.trovanorme.salute.gov.it/norme/dettaglioAtto?id=76934
[12] https://www.trovanorme.salute.gov.it/norme/dettaglioAtto?id=76740
[13] https://www.trovanorme.salute.gov.it/norme/dettaglioAtto?id=75891

- nella tabella I sono state inserite le sostanze: 1B-LSD; 2F-QMPSB; 2-metilAP-237; 3-MeO-PCE; 4F-MDMB-BINACA; 4OH-MIPT; 5F-A-P7AICA; 5F-AKB57; 5FCUMIL-P7AICA; difenidina; EPT; N-metil U-47931E; phenibut; piperidiltiambutene;
- nella tabella IV è stata inserita la sostanza bentazepam;
- nella tabella dei medicinali, sezione A, è stata inserita la sostanza phenibut.

- con il decreto del 10/08/2020 (GU Serie Generale, n. 211 del 25 agosto 2020) all'inserimento nella tabella I di Papaver somniferum L. pianta e nella tabella dei medicinali, sezione A, di Papaver somniferum L. tintura[14].
- con il decreto del 30/06/2020 (GU Serie Generale, n. 174 del 13 luglio 2020) all'inserimento nella tabella I delle sostanze: analoghi di struttura e derivati del fentanil[15]. Le sostanze correlate al fentanil comprendono qualsiasi sostanza non altrimenti controllata in una tabella che è strutturalmente correlata al fentanil mediante una o più delle seguenti modifiche:
  1. sostituzione della porzione fenilica del gruppo fenetilico con qualsiasi monociclo, sostituito o meno nel monociclo;
  2. sostituzione nel o sul gruppo fenetilico con gruppi alchilici, alchenilici, alcossilici, idrossilici, alogeni, aloalchilici, amminici o nitrici;
  3. sostituzione in o sull'anello di piperidina con gruppi alchilici, alchenilici, alcossilici, esteri, eterei, idrossilici, alogeni, aloalchilici, amminici o nitrici;
  4. sostituzione dell'anello di anilina con qualsiasi monociclo aromatico, sostituito o meno nel o sul monociclo aromatico;
  5. sostituzione del gruppo N-propionile con un altro gruppo acile.
- con il decreto del 13/03/2020 (GU Serie Generale, n. 85 del 30 marzo 2020) all'inserimento nella tabella I e nella tabella IV nuove sostanze psicoattive[16]. Nello specifico:
  - nella tabella I sono state inserite le sostanze:1-(1,3-difenilpropan-2-il)pirrolidina; 1,4-DMAA; 2-FEA; 2F-fenmetrazina; 3-FEA; 3-HO-PCP; 3-metilcrotonilfentanil; 3,4-metilendiossi-U-47700; 4-FEA; 4-fluoro-ciclopropilbenzilfentanil; 4-HO-BF; 5Cl-bk-MPA; 5F-Cumyl-PeGaClone; 5F-MDMB-P7AICA; 25ENBOH; acetilbenzilfentanil; benzoilbenzilfentanil; mCPP; 7-[2-([1-(4-cloro-2,5-dimetossifenil)propan-2-il]amino)etil]-1,3-dimetil-3,7-diidro-1H-purina- 2,6dione; AMT; Bromadolina/U4793e; descloroketamina; estere metilico dell'acido lisergico; fluoroketamina; furanilbenzilfentanil; isopropil-U-47700; N-metil-ciclazodone; para-fluoro-4-metilaminorex; PPAP; tianeptina; troparil;
  - nella tabella IV sono state inserite le sostanze: clobromazolam; flualprazolam; fluclotizolam; metil clonazepam; tofisopam.

[14] https://www.trovanorme.salute.gov.it/norme/dettaglioAtto?id=75909
[15] https://www.trovanorme.salute.gov.it/norme/dettaglioAtto?id=74724
[16] https://www.trovanorme.salute.gov.it/norme/dettaglioAtto?id=73778

CAPITOLO 2

RIDUZIONE DELL'OFFERTA

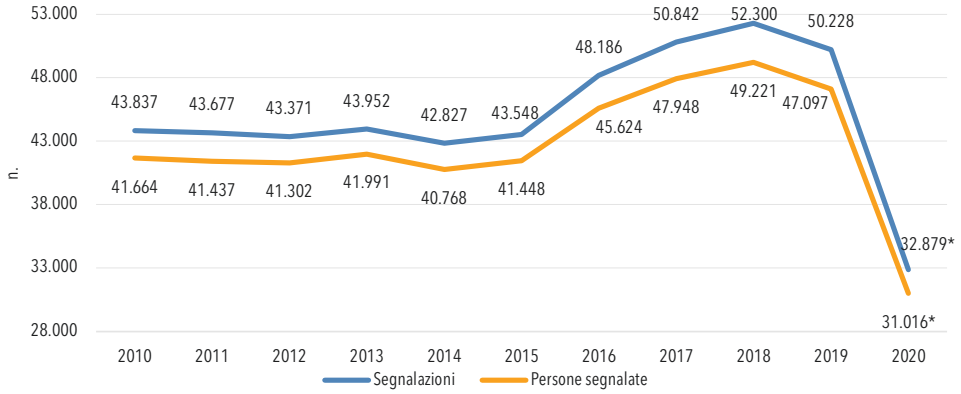
2.1 SEGNALAZIONI PER DETENZIONE DI SOSTANZE STUPEFACENTI O PSICOTROPE PER USO PERSONALE

Fonte: Ministero dell'Interno – Dipartimento per l'amministrazione generale, per le politiche del personale dell'amministrazione civile e per le risorse strumentali e finanziarie: Direzione centrale per le risorse finanziarie e strumentali - Ufficio XIV - Innovazione tecnologica per l'amministrazione generale; Direzione centrale per l'amministrazione generale e le Prefetture – Uffici Territoriali del Governo - Ufficio V - Studi, ricerca e documentazione generale

Nel corso del 2020 ai Nuclei Operativi Tossicodipendenze delle Prefetture – Uffici Territoriali del Governo (NOT) sono pervenute 32.879 segnalazioni per detenzione di sostanze stupefacenti o psicotrope (Art. 75 DPR n. 309/1990), riguardanti 31.016 persone. Alla riduzione del numero di segnalazioni e di persone segnalate nel periodo 2009-2014, è seguito un aumento dal 2015 al 2018 e una nuova riduzione negli anni successivi.

La riduzione di circa il 20% delle segnalazioni pervenute nel corso dell'anno 2020, rispetto allo stesso periodo degli anni precedenti, dovrà essere sottoposta a verifica in occasione delle future rilevazioni per comprendere se il fenomeno registrato sia dovuto a un rallentamento nell'inserimento dei dati da parte degli Uffici (in dipendenza di fattori esterni, quale l'emergenza epidemiologica) oppure a una effettiva diminuzione dei casi.

Figura 2.1.1 - Numero di segnalazioni e segnalati per violazione Art. 75 DPR n. 309/1990



* Rilevazione al 15 marzo 2021

Fonte: Ministero dell'Interno - Ufficio XIV e Ufficio V - Anni 2010 – 2020

Nel 2020 quasi il 26% delle 32.879 segnalazioni è avvenuto nelle regioni centrali e il 24% in quelle meridionali; in termini assoluti le regioni con il maggiore numero di segnalazioni e di persone segnalate sono state Piemonte, Veneto, Toscana, Puglia, Lazio e Sicilia.

Tabella 2.1.1 - Numero assoluto di segnalazioni e di segnalati per violazione Art. 75 DPR n. 309/1990 per regione di residenza

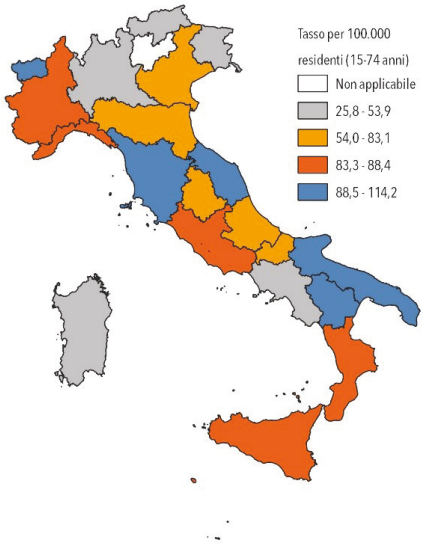
	2010		2015		2020	
	Segnalazioni	Segnalati	Segnalazioni	Segnalati	Segnalazioni	Segnalati
Piemonte	3.465	3.311	3.481	3.314	3.045	2.833
Valle d'Aosta	85	83	126	122	101	96
Lombardia	5.611	5.470	4.938	4.741	2.349	2.254
Liguria	1.420	1.363	1.743	1.640	1.012	962
Nord-occidentale	*10.581*	*10.227*	*10.288*	*9.817*	*6.507*	*6.145*
PA Bolzano	320	309	531	466	108	103
PA Trento	259	248	5	4	---	---
Veneto	2.421	2.302	2.792	2.668	3.045	2.885
Friuli Venezia Giulia	391	378	467	437	295	276
Emilia Romagna	2.785	2.657	3.176	3.010	2.546	2.422
Nord-orientale	*6.176*	*5.894*	*6.971*	*6.585*	*5.994*	*5.686*
Toscana	3.385	3.243	4.063	3.876	2.887	2.750
Umbria	587	565	636	616	413	394
Marche	1.038	1.003	1.145	1.096	1.032	995
Lazio	3.659	3.598	5.012	4.865	3.847	3.777
Centrale	*8.669*	*8.409*	*10.856*	*10.453*	*8.179*	*7.916*
Abruzzo	1.127	1.076	1.054	1.015	630	600
Molise	226	214	259	246	210	186
Campania	2.422	2.246	2.013	1.938	1.617	1.545
Puglia	5.858	5.274	4.398	4.106	3.840	3.446
Basilicata	602	557	563	532	505	469
Calabria	1.473	1.390	1.770	1.660	1.309	1.204
Meridionale	*11.708*	*10.757*	*10.057*	*9.497*	*8.111*	*7.450*
Sicilia	5.336	5.054	4.321	4.091	3.421	3.178
Sardegna	1.367	1.323	1.055	1.005	667	641
Insulare	*6.703*	*6.377*	*5.376*	*5.096*	*4.088*	*3.819*
ITALIA	**43.837**	**41.664**	**43.548**	**41.448**	**32.879**	**31.016**

Fonte: Ministero dell'Interno - Ufficio XIV e Ufficio V - Anni 2010 – 2015 – 2020

Il 93% delle 31.016 persone segnalate è di genere maschile, con un rapporto di genere M/F pari a 13, valore che risulta inferiore a 10 nelle regioni Marche, Emilia Romagna e Toscana e superiore a 25 in Puglia e Campania (rispettivamente 25 e 35).

Nel corso del 2020 il rapporto tra segnalati e popolazione residente di 15-74 anni evidenzia che le persone segnalate per possesso di sostanze stupefacenti o psicotrope per uso personale sono state 69 ogni 100.000 abitanti (nel 2019 il rapporto risultava pari a 84). Le regioni con segnalazioni pari o superiori a 100 ogni 100.000 residenti di 15-74 anni sono state Valle d'Aosta, Toscana, Puglia e Basilicata.

Figura 2.1.2 - Numero assoluto di segnalati (≥15 anni) per violazione Art. 75 DPR n. 309/1990 e tasso ogni 100.000 residenti di 15-74 anni



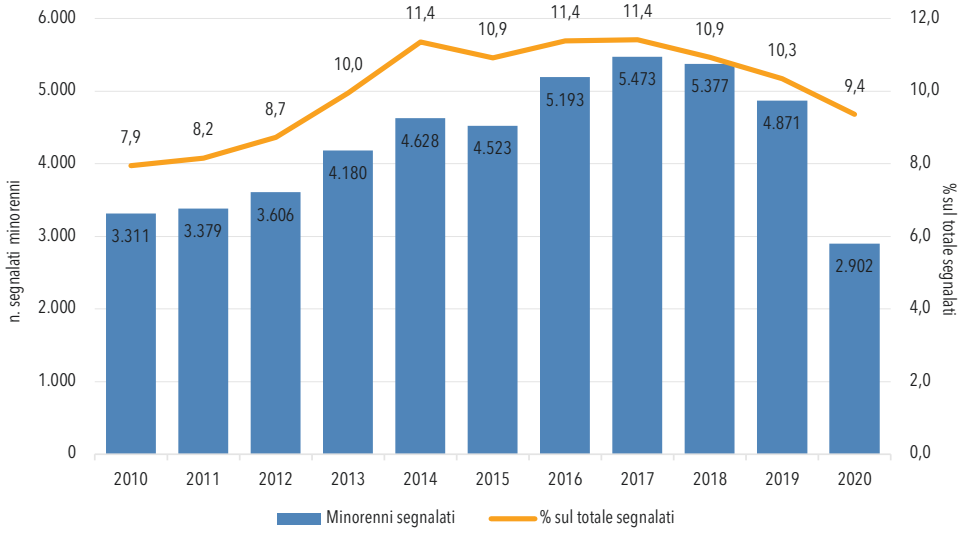
	Numero segnalati ≥15 anni			Tasso per 100.000 residenti (15-74 anni)
	Maschi	Femmine	Totale	
Piemonte	2.573	233	2.806	88,2
Valle d'Aosta	88	8	96	103,2
Lombardia	2.049	175	2.224	29,7
Liguria	870	82	952	85,8
Nord-occidentale	*5.580*	*498*	*6.078*	*51,2*
PA Bolzano	97	5	102	25,8
PA Trento	---	---	---	---
Veneto	2.607	255	2.862	78,4
Friuli Venezia Giulia	250	23	273	30,6
Emilia Romagna	2.166	220	2.386	72,0
Nord-orientale	*5.120*	*503*	*5.623*	*64,9*
Toscana	2.476	251	2.727	100,0
Umbria	357	32	389	60,7
Marche	882	106	988	88,5
Lazio	3.500	237	3.737	86,2
Centrale	*7.215*	*626*	*7.841*	*88,9*
Abruzzo	562	37	599	61,7
Molise	175	11	186	82,4
Campania	1.499	43	1.542	35,2
Puglia	3.289	132	3.421	114,2
Basilicata	427	38	465	110,8
Calabria	1.134	66	1.200	83,8
Meridionale	*7.086*	*327*	*7.413*	*71,2*
Sicilia	2.980	188	3.168	86,0
Sardegna	600	35	635	51,6
Insulare	*3.580*	*223*	*3.803*	*77,4*
ITALIA	**28.581**	**2.177**	**30.758**	**68,8**

Fonte: Ministero dell'Interno - Ufficio XIV e Ufficio V - Anno 2020

I minorenni segnalati (n. 2.902) rappresentano il 9,4% del totale: tra questi il 92% è di genere maschile e l'8,9% ha meno di 15 anni. Dal 2010 al 2014 la percentuale di minorenni segnalati passa da 7,9% a 11%, per stabilizzarsi fino al 2018 e mostrare una tendenza al decremento nel corso dell'ultimo biennio (Figura 2.1.3).

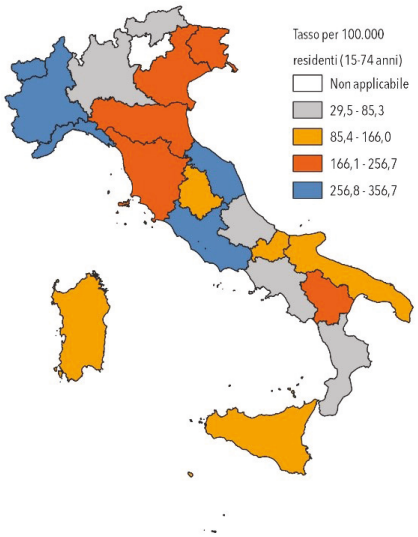
A livello nazionale, i minorenni segnalati per detenzione di sostanze stupefacenti sono stati 155 ogni 100.000 residenti di 15-17 anni, con un *range* di valori compreso tra 30 e 357, registrati rispettivamente nelle regioni Campania e Liguria (Figura 2.1.4).

Figura 2.1.3 - Numero di minorenni segnalati e percentuale sul totale delle persone segnalate per violazione Art. 75 DPR n. 309/1990



Fonte: Ministero dell'Interno - Ufficio XIV e Ufficio V - Anni 2010 – 2020

Figura 2.1.4 - Numero dei minorenni segnalati per violazione Art. 75 DPR n. 309/1990 e tasso per 100.000 residenti di 15-17 anni

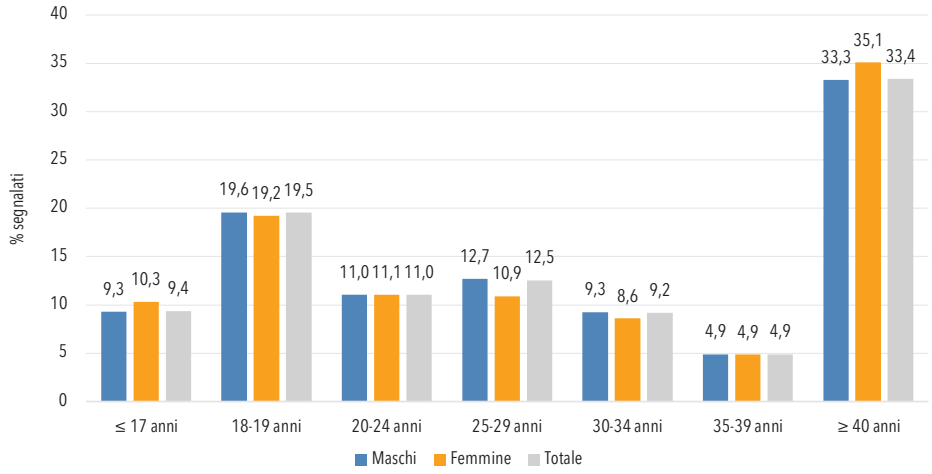


	Numero segnalati ≤ 17 anni			Tasso per 100.000 residenti (15-17 anni)
	≤ 14 anni	15-17 anni	Totale	
Piemonte	27	314	341	273,8
Valle d'Aosta	0	10	10	285,5
Lombardia	30	236	266	82,4
Liguria	10	135	145	356,7
Nord-occidentale	*67*	*695*	*762*	*157,1*
PA Bolzano	1	7	8	40,2
PA Trento	---	---	---	---
Veneto	23	318	341	226,2
Friuli Venezia Giulia	3	61	64	192,1
Emilia Romagna	36	205	241	169,1
Nord-orientale	*63*	*591*	*654*	*180,3*
Toscana	23	242	265	244,8
Umbria	5	22	27	94,0
Marche	7	109	116	266,2
Lazio	40	417	457	260,1
Centrale	*75*	*790*	*865*	*244,2*
Abruzzo	1	22	23	63,4
Molise	0	12	12	155,8
Campania	3	56	59	29,5
Puglia	25	195	220	162,9
Basilicata	4	38	42	246,4
Calabria	4	37	41	66,9
Meridionale	*37*	*360*	*397*	*85,2*
Sicilia	10	154	164	102,2
Sardegna	6	54	60	133,4
Insulare	*16*	*208*	*224*	108,8
ITALIA	**258**	**2.644**	**2.902**	**154,8**

Fonte: Ministero dell'Interno - Ufficio XIV e Ufficio V - Anno 2020

Nel 2020, quasi il 29% dei segnalati ha meno di 20 anni, circa il 24% tra i 20 e i 29 anni e poco più di un terzo ha 40 anni o più, mostrando per questa ultima classe di età un importante scostamento rispetto a quanto rilevato nell'anno precedente, durante il quale la percentuale si attestava al 15%.

Figura 2.1.5 - Distribuzione percentuale dei segnalati per violazione Art. 75 DPR n. 309/1990 per genere e classe di età



Fonte: Ministero dell'Interno - Ufficio XIV e Ufficio V - Anno 2020

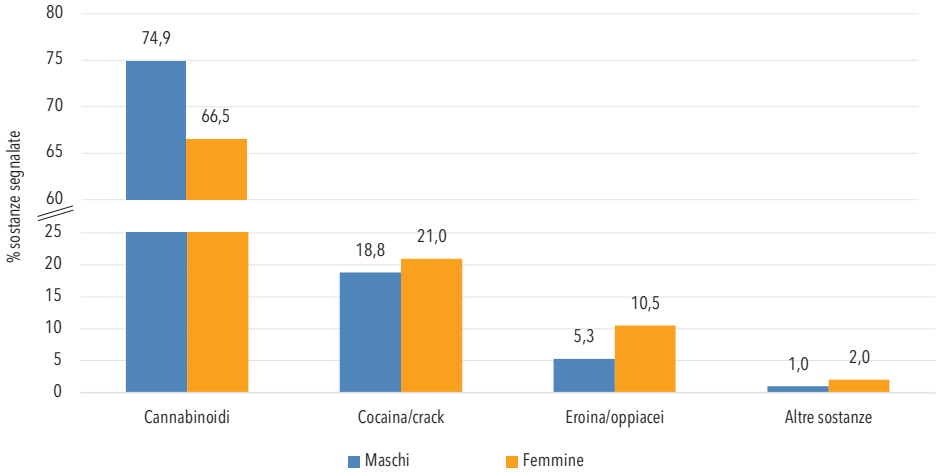
Tabella 2.1.2 - Numero dei segnalati per violazione Art. 75 DPR n. 309/1990 per regione di residenza e classe di età

	≤ 17 anni	18-19 anni	20-24 anni	25-29 anni	30-34 anni	35-39 anni	≥ 40 anni
Piemonte	341	619	315	350	232	119	857
Valle d'Aosta	10	28	11	10	9	3	25
Lombardia	266	458	241	279	146	88	776
Liguria	145	191	104	107	78	41	296
PA Bolzano	8	25	19	12	15	4	20
PA Trento	0	0	0	0	0	0	0
Veneto	341	637	333	368	239	128	839
Friuli Venezia Giulia	64	76	25	32	15	11	53
Emilia Romagna	241	508	266	329	215	101	762
Toscana	265	465	245	249	216	132	1.178
Umbria	27	95	48	42	26	20	136
Marche	116	214	121	153	90	47	254
Lazio	457	727	389	437	335	163	1.269
Abruzzo	23	91	61	89	67	29	240
Molise	12	29	13	32	16	12	72
Campania	59	238	167	167	189	109	616
Puglia	220	739	462	502	373	189	961
Basilicata	42	78	42	64	48	35	160
Calabria	41	161	121	143	129	59	550
Sicilia	164	573	372	439	365	194	1.071
Sardegna	60	110	68	87	53	34	229
ITALIA	**2.902**	**6.062**	**3.423**	**3.891**	**2.856**	**1.518**	**10.364**

Fonte: Ministero dell'Interno - Ufficio XIV e Ufficio V - Anno 2020

Il 74% circa delle sostanze segnalate ha riguardato la cannabis e i suoi derivati, soprattutto tra i segnalati di genere maschile, quasi il 19% la cocaina e poco più del 5% gli oppiacei, sostanze per le quali le percentuali femminili risultano superiori.

Figura 2.1.6 - Distribuzione percentuale delle sostanze stupefacenti detenute dalle persone segnalate per violazione Art. 75 DPR n. 309/1990 per genere



Fonte: Ministero dell'Interno - Ufficio XIV e Ufficio V - Anno 2020

Le percentuali femminili per detenzione di cocaina e di eroina/oppiacei risultano superiori a quelle maschili in tutte le classi di età, mentre le segnalazioni per possesso di cannabinoidi si distinguono per i maggiorenni di genere maschile. Tra i minorenni, infatti, le segnalazioni per cannabinoidi non evidenziano differenze di genere.

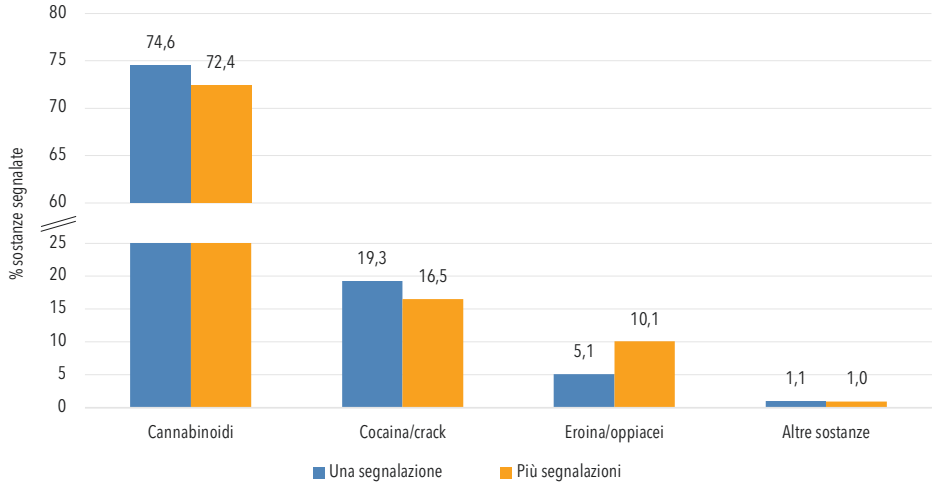
Tabella 2.1.3 - Distribuzione percentuale delle sostanze stupefacenti detenute dalle persone segnalate per violazione Art. 75 DPR n. 309/1990 per genere e classe di età

		≤ 17 anni	18-19 anni	20-24 anni	25-29 anni	30-34 anni	35-39 anni	≥ 40 anni
Cannabinoidi	Maschi	97,6	95,0	89,3	76,9	62,9	50,6	42,3
	Femmine	94,2	88,5	80,8	64,8	50,4	41,0	38,9
Cocaina	Maschi	1,3	3,1	8,0	17,1	27,5	38,6	43,8
	Femmine	2,9	3,4	9,8	17,9	30,9	42,6	45,4
Eroina/oppiacei	Maschi	0,2	0,8	2,0	5,0	8,1	9,6	12,7
	Femmine	1,4	6,4	7,0	14,1	15,4	16,4	14,2
Altre sostanze	Maschi	0,8	1,0	0,7	1,0	1,5	1,3	1,1
	Femmine	1,4	1,7	2,3	3,2	3,3	0,0	1,5
TOTALE (n.)	**Maschi**	**2.806**	**3.945**	**8.353**	**4.875**	**3.264**	**2.543**	**5.242**
	Femmine	**227**	**296**	**569**	**347**	**272**	**195**	**401**

Fonte: Ministero dell'Interno - Ufficio XIV e Ufficio V - Anno 2020

La percentuale di segnalazioni per possesso di eroina/oppiacei risulta nettamente superiore tra coloro che hanno avuto più segnalazioni durante l'anno; rispetto alle segnalazioni per detenzione di cocaina e di cannabinoidi non si rilevano sostanziali differenze tra le persone segnalate una volta e più volte durante l'anno.

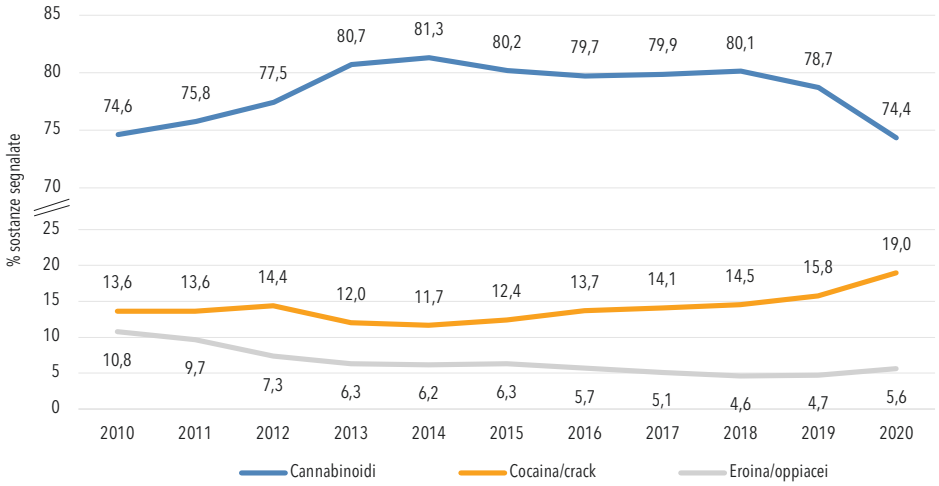
Figura 2.1.7 - Distribuzione percentuale delle sostanze stupefacenti detenute dalle persone segnalate per violazione Art. 75 DPR n. 309/1990 per tipologia di segnalazione



Fonte: Ministero dell'Interno - Ufficio XIV e Ufficio V - Anno 2020

Dal 2010 la percentuale delle segnalazioni per possesso di eroina/altri oppiacei mostra una costante e progressiva riduzione, dal 10% passa a poco meno del 5%, a fronte dell'aumento di quelle per detenzione di cocaina e, seppur in misura minore, di quelle per cannabis. Le segnalazioni riferite al possesso di altre sostanze stupefacenti non mostrano variazioni negli anni, attestandosi all'1% annuo.
Come riportato in precedenza, i valori riferiti all'anno 2020 dovranno essere tuttavia sottoposti a verifica per comprendere l'effettivo andamento delle segnalazioni per tipo di sostanza.

Figura 2.1.8 - Distribuzione percentuale delle sostanze stupefacenti riportate nelle segnalazioni per violazione Art. 75 DPR n. 309/1990

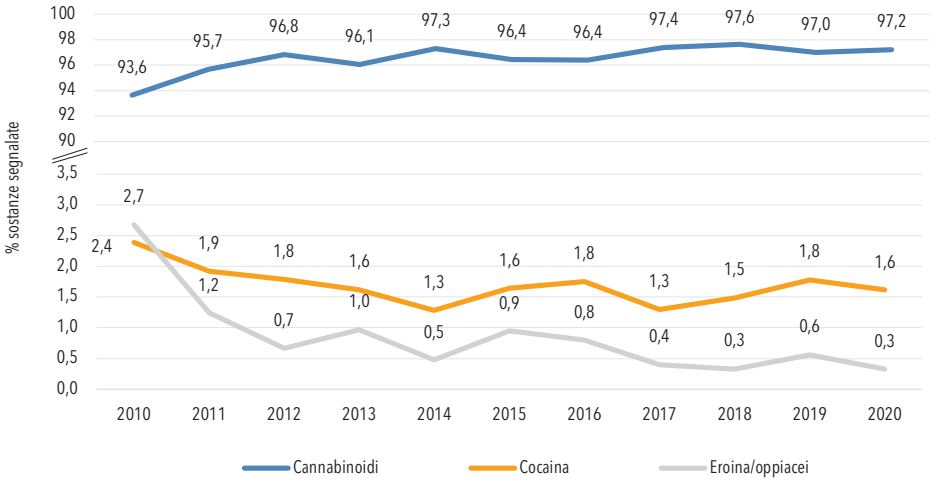


Nota: la differenza percentuale si riferisce ad "Altre sostanze"

Fonte: Ministero dell'Interno - Ufficio XIV e Ufficio V - Anni 2010 – 2020

Rispetto alle sostanze stupefacenti rilevate tra i minorenni, risultano in progressivo aumento le segnalazioni per possesso di cannabis e derivati che in 10 anni passano da 94% a oltre il 97%, mentre quelle riferite a eroina/oppiacei e cocaina mostrano un andamento decrescente, passando, rispettivamente, da 2,7% a 0,3% e da 2,4% a 1,6%. Sostanzialmente invariate risultano le percentuali riferite alle segnalazioni per possesso di altre sostanze stupefacenti, che negli anni non superano l'1%.

Figura 2.1.9 - Distribuzione percentuale delle sostanze in possesso ai minorenni segnalati per violazione Art. 75 DPR n. 309/1990



Nota: la differenza percentuale si riferisce ad "Altre sostanze"

Fonte: Ministero dell'Interno - Ufficio XIV e Ufficio V - Anni 2010 – 2020

Premesso che nel corso dell'anno 2020, a seguito delle circolari del Ministero dell'Interno emesse per contrastare la diffusione del virus Sars-Cov-2, le attività riferite ai colloqui per violazione dell'art. 75 del DPR n. 309/1990, sono state sospese e rinviate, per il 47% delle segnalazioni si è proceduto allo svolgimento di un colloquio da parte di assistenti sociali del NOT della Prefettura-UTG di residenza. Dei 15.388 colloqui sostenuti, il 68% (n. 10.460) si è concluso con l'invito formale da parte del Prefetto a non fare più uso di sostanze stupefacenti in quanto riferito ai casi di particolare tenuità e limitatamente alla prima segnalazione, mentre al 31% (n. 4.834) sono state emesse sanzioni amministrative (come sospensione/divieto di conseguire la patente di guida, il certificato di idoneità alla guida di ciclomotori, la carta di identità ai fini dell'espatrio, il passaporto, il porto d'armi, il permesso di soggiorno per motivi turistici se cittadino extracomunitario), di durata variabile in base alla sostanza segnalata e/o alla presenza di precedenti segnalazioni. Infine, per il restante 1% circa (n. 94), si è proceduto con l'invito a sostenere un programma terapeutico socio-riabilitativo presso servizi socio-assistenziali (Servizi pubblici per le Dipendenze - SerD, strutture private accreditate).

Per 3.753 segnalazioni il procedimento amministrativo, a causa del mancato colloquio, si è concluso con l'applicazione di sanzioni amministrative e per 547 casi si è proceduto all'archiviazione del procedimento.

Nel 2020 sono state 4.144 le segnalazioni per uso di sostanze psicoattive (Art. 121 DPR n. 309/1990) inviate dai Prefetti ai SerD territoriali.

Tabella 2.1.4 - Numero provvedimenti emanati dai Prefetti della regione di residenza dei segnalati per violazione dell'Art. 75 DPR n. 309/1990

	Art. 121	Formale invito	Richiesta programma terapeutico	Sanzioni amministrative		Archiviazione atti
				con colloquio	senza colloquio	
Piemonte	81	970	---	233	771	116
Valle d'Aosta	---	6	1	4	---	5
Lombardia	491	1.273	---	897	99	27
Liguria	65	290	40	80	198	40
PA Bolzano	5	1	---	16	6	---
PA Trento	3	2	---	---	---	---
Veneto	596	495	---	344	407	53
Friuli Venezia Giulia	215	115	---	64	63	2
Emilia Romagna	769	637	2	382	379	57
Toscana	563	950	37	593	402	137
Umbria	20	41	---	55	34	3
Marche	170	616	---	399	118	1
Lazio	227	3.212	---	424	183	2
Abruzzo	124	238	---	130	108	1
Molise	5	---	---	1	1	---
Campania	112	179	6	173	44	11
Puglia	32	329	---	271	286	---
Basilicata	7	210	---	134	121	---
Calabria	67	393	---	342	196	---
Sicilia	546	400	8	278	334	48
Sardegna	46	103	---	14	3	44
ITALIA	**4.144**	**10.460**	**94**	**4.834**	**3.753**	**547**

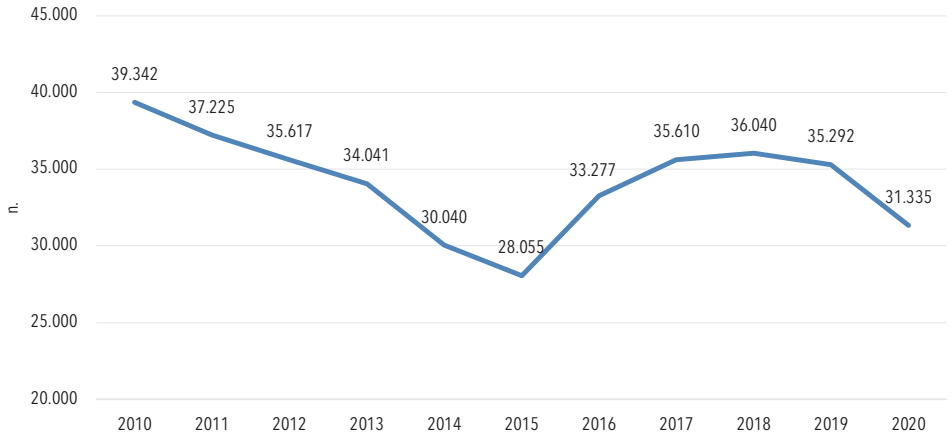
Fonte: Ministero dell'Interno - Ufficio XIV e Ufficio V - Anno 2020

2.2 DENUNCE PENALI PER REATI DROGA-CORRELATI

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

Nel 2020 le persone segnalate all'Autorità Giudiziaria per reati penali commessi in violazione del DPR n. 309/1990 sono state 31.335, con un decremento dell'11% rispetto al 2019.

Figura 2.2.1 - Numero assoluto persone denunciate alle Autorità Giudiziarie per reati droga-correlati



Fonte: Ministero dell'Interno – DCSA – Anni 2010-2020

Delle persone denunciate all'Autorità Giudiziaria, il 92% ha commesso il reato di produzione, traffico e detenzione illeciti di sostanze stupefacenti o psicotrope (Art. 73 DPR n. 309/1990) e il 7,8% quello di associazione finalizzata al traffico di stupefacenti (Art. 74 DPR n. 309/1990), quote che si mantengono sostanzialmente stabili nel corso dell'ultimo triennio. Il 66% dei denunciati è stato tratto in arresto, mentre il 34% ha mantenuto lo stato di libertà.

Il 92% delle persone denunciate è di genere maschile, il 28% ha 40 anni o più di età e il 17% tra i 25 e i 29 anni, mentre il 2,9% è rappresentato da minorenni. Il 66% dei denunciati è stato tratto in arresto.

Tabella 2.2.1 - Numero assoluto di persone denunciate all'Autorità Giudiziaria per reati droga-correlati

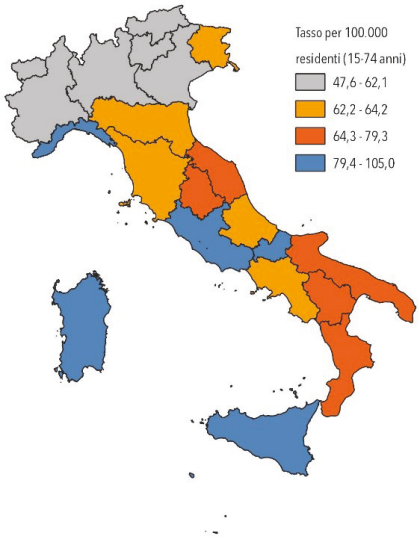
	2018	2019	2020
Tipo di reato (DPR n. 309/1990)			
Traffico (Art. 73)	32.906	31.919	28.889
Associazione (Art. 74)	3.127	3.372	2.441
Altri reati	7	1	5
Tipo di denuncia			
Arresto	24.838	24.333	20.641
Libertà	10.937	10.677	10.414
Irreperibilità	265	282	280
Nazionalità			
Italiana	21.725	21.414	21.143
Straniera	14.315	13.878	10.192
Genere			
Maschile	33.365	32.792	28.894
Femminile	2.675	2.500	2.441
Età			
Maggiorenni	34.757	34.003	30.420
Minorenni	1.283	1.289	915
Classe di età			
≤ 14anni	52	57	44
15-19 anni	3.784	3.536	2.631
20-24 anni	7.145	7.026	5.927
25-29 anni	6.609	6.175	5.458
30-34 anni	5.264	5.227	4.690
35-39 anni	4.243	4.067	3.756
≥ 40 anni	8.943	9.204	8.829
Totale	**36.040**	**35.292**	**31.335**

Fonte: Ministero dell'Interno – DCSA – Anni 2018-2020

Il 40% delle denunce ha riguardato le regioni settentrionali, il 37% quelle meridionali e insulari e il 23% quelle centrali.

Se le regioni Lombardia e Lazio emergono in termini assoluti (29% di tutte le denunce), in termini relativi si contraddistinguono le regioni Liguria, Molise e Sardegna, con oltre 100 denunce ogni 100.000 abitanti di 15-74 anni.

Figura 2.2.2 - Numero assoluto delle persone denunciate per reati droga-correlati per regione e tasso per 100.000 residenti di 15-74 anni



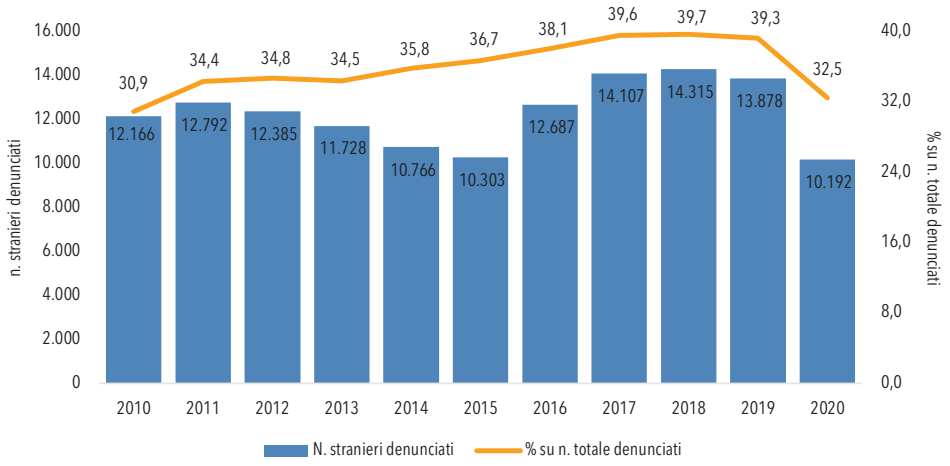
	Numero persone denunciate			Tasso per 100.000 residenti (15-74 anni)
	Maschi	Femmine	Totale	
Piemonte	1.813	102	1.915	60,2
Valle d'Aosta	49	7	56	60,2
Lombardia	4.345	300	4.645	62,1
Liguria	1.059	79	1.138	102,6
Nord-ovest	*7.266*	*488*	*7.754*	*65,3*
PA Bolzano	236	8	244	61,7
PA Trento	201	18	219	53,7
Veneto	1.624	115	1.739	47,6
Friuli Venezia Giulia	501	69	570	64,0
Emilia Romagna	1.951	146	2.097	63,3
Nord-est	*4.513*	*356*	*4.869*	*56,2*
Toscana	1.616	94	1.710	62,7
Umbria	400	26	426	66,5
Marche	675	60	735	65,8
Lazio	3.885	424	4.309	99,4
Centrale	*6.576*	*604*	*7.180*	*81,4*
Abruzzo	521	87	608	62,6
Molise	201	36	237	105,0
Campania	2.518	292	2.810	64,2
Puglia	2.197	177	2.374	79,3
Basilicata	283	28	311	74,1
Calabria	919	54	973	68,0
Meridionale	*6.639*	*674*	*7.313*	*70,2*
Sicilia	2.715	216	2.931	79,6
Sardegna	1.185	103	1.288	104,7
Insulare	*3.900*	*319*	*4.219*	*85,9*
ITALIA	**28.894**	**2.441**	**31.335**	**70,1**

Fonte: Elaborazioni CNR su dati DCSA – Anno 2020

Gli stranieri denunciati per reati droga-correlati sono stati 10.192 (33% del totale), il 68% dei quali è stato tratto in arresto. Tra i denunciati stranieri il 96% era di genere maschile, l'1,9% minorenne (n.189) e per la maggior parte di nazionalità marocchina, albanese, nigeriana, tunisina e gambiana.

Rispetto alla partecipazione ad associazioni dedite al traffico illecito di droga (Art.74 DPR n. 309/1990), i denunciati stranieri sono stati 371 (pari al 15% dei denunciati nell'anno per violazione dello stesso Articolo di Legge), per la maggior parte di nazionalità albanese, marocchina, tunisina, nigeriana, pakistana e romena. Nelle attività di traffico e spaccio, invece, risultano, coinvolti soprattutto persone di origine marocchina, albanese, nigeriana, tunisina, gambiana e senegalese.

Figura 2.2.3 - Numero assoluto persone straniere denunciate alle Autorità Giudiziarie per reati droga-correlati e percentuale sul numero totale di denunciati per anno

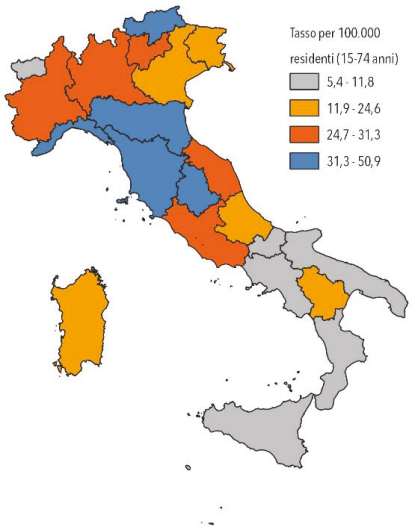


Fonte: Ministero dell'Interno - DCSA – Anni 2010-2020

In termini assoluti, le regioni maggiormente interessate dalle denunce di persone straniere coinvolte in attività di spaccio/traffico sono state Lombardia, Lazio, Emilia Romagna, Toscana, Piemonte, Veneto e Liguria, nelle quali è stato eseguito il 79% delle denunce avvenute in Italia nel 2020.

Il quadro risulta diverso se si analizza il numero delle denunce penali per traffico di sostanze stupefacenti rivolte a stranieri rapportato alla popolazione residente: le regioni nelle quali il valore risulta superiore a 30 denunce ogni 100.000 residenti di 15-74 anni sono state Liguria, Umbria, Lombardia e le Province Autonome di Bolzano e Trento, a fronte di un tasso nazionale pari 23 ogni 100.000 residenti di pari età.

Figura 2.2.4 - Numero assoluto delle persone straniere denunciate per reati droga-correlati per regione e tasso per 100.000 residenti di 15-74 anni

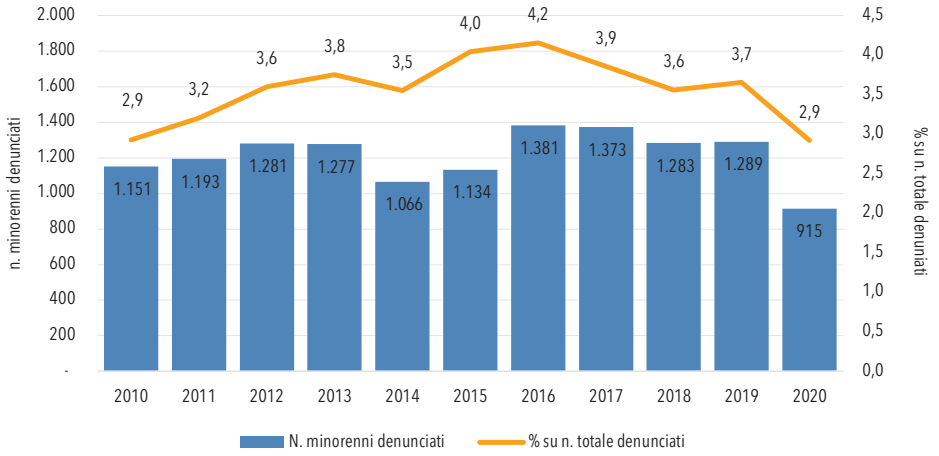


	N. persone straniere denunciate			Tasso per 100.000 residenti (15-74 anni)
	Maschi	Femmine	Totale	
Piemonte	926	18	944	29,7
Valle d'Aosta	11	---	11	11,8
Lombardia	2.262	77	2.339	31,3
Liguria	550	15	565	50,9
Nord-ovest	*3.749*	*110*	*3.859*	*32,5*
PA Bolzano	140	3	143	36,2
PA Trento	121	3	124	30,4
Veneto	869	31	900	24,6
Friuli Venezia Giulia	173	9	182	20,4
Emilia Romagna	1.020	47	1.067	32,2
Nord-est	*2.323*	*93*	*2.416*	*27,9*
Toscana	995	31	1.026	37,6
Umbria	251	6	257	40,1
Marche	281	14	295	26,4
Lazio	1.117	84	1.201	27,7
Centrale	*2.644*	*135*	*2.779*	*31,5*
Abruzzo	117	8	125	12,9
Molise	20	5	25	11,1
Campania	232	12	244	5,6
Puglia	157	5	162	5,4
Basilicata	49	3	52	12,4
Calabria	71	9	80	5,6
Meridionale	*646*	*42*	*688*	*6,6*
Sicilia	277	17	294	8,0
Sardegna	150	6	156	12,7
Insulare	*427*	*23*	*450*	*9,2*
ITALIA	**9.789**	**403**	**10.192**	**22,8**

Fonte: Elaborazioni CNR su dati DCSA – Anno 2020

I minorenni denunciati all'Autorità Giudiziaria nel 2020 sono stati 915 (il 35% dei quali è stato tratto in arresto), pari al 2,9% dei denunciati a livello nazionale.

Figura 2.2.5 - Numero assoluto minorenni denunciati alle Autorità Giudiziarie per reati droga-correlati e percentuale sul numero totale di denunciati per anno



Fonte: Ministero dell'Interno - DCSA – Anni 2010-2020

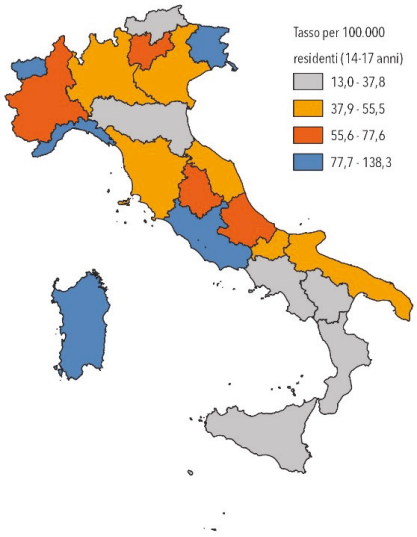
Il numero dei denunciati minorenni, 44 dei quali erano 14enni (età minima per le denunce penali), aumenta man mano che ci si avvicina alla soglia della maggiore età; il 21% di questi sono di nazionalità straniera, in particolare tunisina, marocchina, romena, senegalese e maliana.

Rispetto al tipo di reato, la totalità delle denunce ha riguardato il reato di traffico/spaccio (Art. 73 DPR n. 309/1990).

La regione Lombardia, con un totale di 159 minorenni coinvolti nel traffico e spaccio di sostanze stupefacenti, pari al 17% di tutti i minorenni denunciati, emerge rispetto alle altre; seguono Lazio, Piemonte, Veneto, Sicilia, Sardegna, Puglia, Campania e Toscana.

Se si considera il numero di denunciati minorenni ogni 100.000 residenti di pari età, per le regioni Sardegna e Valle d'Aosta si evidenziano i tassi più elevati (oltre 100 denunciati minorenni ogni 100.000 residenti di 15-17 anni), seguite da Liguria, Friuli Venezia Giulia e Lazio, mentre i tassi inferiori si registrano nella Provincia Autonoma di Trento, in Campania, Basilicata e Calabria.

Figura 2.2.6 - Numero assoluto dei minorenni denunciati per reati droga-correlati per regione e tasso per 100.000 residenti di 14-17 anni



	Numero minorenni denunciati			Tasso per 100.000 residenti (14-17 anni)
	14 anni	15-17 anni	Totale	
Piemonte	6	83	89	77,6
Valle d'Aosta	---	4	4	114,2
Lombardia	7	152	159	55,5
Liguria	---	34	34	89,8
Nord-ovest	*13*	*273*	*286*	*64,6*
PA Bolzano	---	5	5	28,7
PA Trento	2	9	11	65,2
Veneto	3	75	78	55,5
Friuli Venezia Giulia	3	25	28	88,2
Emilia Romagna	1	38	39	32,2
Nord-est	*9*	*152*	*161*	*49,1*
Toscana	1	43	44	44,5
Umbria	1	12	13	55,6
Marche	1	16	17	41,5
Lazio	8	137	145	90,4
Centrale	*11*	*208*	*219*	*67,7*
Abruzzo	1	22	23	66,2
Molise	---	4	4	51,9
Campania	4	42	46	24,2
Puglia	2	48	50	41,8
Basilicata	---	2	2	13,0
Calabria	---	11	11	19,9
Meridionale	*7*	*129*	*136*	*32,2*
Sicilia	1	56	57	37,8
Sardegna	3	53	56	138,3
Insulare	*4*	*109*	*113*	*59,1*
ITALIA	**44**	**871**	**915**	**53,6**

Fonte: Elaborazioni CNR su dati DCSA – Anno 2020

La maggior parte delle persone è stata denunciata per reati correlati alla cannabis e suoi derivati (43%), seguono quelle per cocaina (41%) ed eroina (9,0%).

Tabella 2.2.2 - Persone denunciate all'Autorità Giudiziaria per reati droga-correlati secondo la sostanza che ha determinato la denuncia

	Cocaina		Eroina		Cannabis		Sostanze sintetiche	
	2019	2020	2019	2020	2019	2020	2019	2020
Tipo di reato								
Traffico (Art. 73)	11.966	11.392	3.050	2.643	14.975	13.218	371	333
Associazione (Art. 74)	1.990	1.581	351	186	418	368	3	---
Altri reati	1	1	---	---	---	---	---	---
Tipo di denuncia								
Arresto	10.322	9.313	2.457	2.136	9.946	8.094	282	241
Libertà	3.493	3.484	882	661	5.388	5.449	88	92
Irreperibilità	142	177	62	32	59	43	4	---
Nazionalità								
Italiana	8.511	8.415	1.559	1.470	9.775	10.020	163	147
Straniera	5.446	4.559	1.842	1.359	5.618	3.566	211	186
Genere								
Maschi	12.815	11.835	3.069	2.512	14.593	12.775	322	301
Femmine	1.142	1.139	332	317	800	811	52	32
Età								
Maggiorenni	13.735	12.818	3.373	2.814	14.416	12.874	359	329
Minorenni	222	156	28	15	977	712	15	4
Fasce di età								
≤ 14 anni	9	7	3	---	42	37	1	---
15-19 anni	715	557	116	80	2.523	1.904	43	18
20-24 anni	2.190	1.878	590	456	3.888	3.318	55	34
25-29 anni	2.529	2.306	674	504	2.576	2.360	63	55
30-34 anni	2.374	2.175	584	505	1.874	1.683	60	53
35-39 anni	1.849	1.857	447	395	1.420	1.207	53	57
≥ 40 anni	4.291	4.194	987	889	3.070	3.077	99	116
TOTALE (n.)	**13.957**	**12.974**	**3.401**	**2.829**	**15.393**	**13.586**	**374**	**333**
(% su n. totale denunce annue)	***(39,5%)***	***(41,4%)***	***(9,6%)***	***(9,0%)***	***(43,6%)***	***(43,4%)***	***(1,1%)***	***(1,1%)***

Fonte: Ministero dell'Interno - DCSA – Anni 2019- 2020

COCAINA

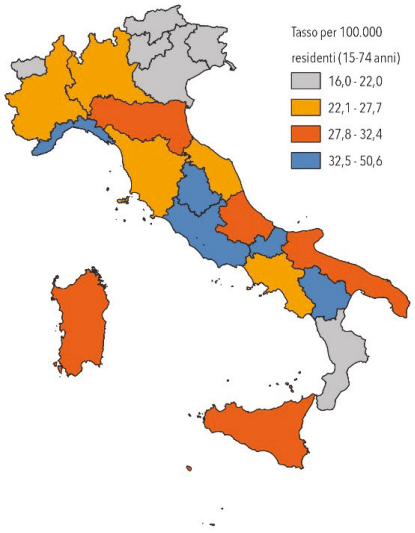
Nel 2020 le denunce per cocaina sono state 12.974 (-7% rispetto al 2019), la maggioranza delle quali (88%) è stata per traffico/spaccio, mentre il 12% per associazione finalizzata al traffico di stupefacenti: il 72% dei denunciati è stato arrestato.

Il 91% delle persone denunciate è di genere maschile e il 32% di età maggiore o uguale a 40 anni, il 14% e il 18% appartengono alle classi di età dei giovani rispettivamente di 20-24 e 25-29 anni, mentre i 156 minorenni rappresentano l'1,2% del totale dei denunciati per cocaina. Delle persone denunciate per reati cocaina-correlati,

il 35% è di nazionalità straniera e quelle maggiormente coinvolte sono marocchina, albanese, tunisina, nigeriana e senegalese.

A livello geografico, le regioni con il più altro numero di denunce correlate alla cocaina sono state Lombardia e Lazio, nelle quali si è concentrato rispettivamente il 15% e 17%: nel complesso oltre il 50% delle denunce totali ha coinvolto le regioni dell'Italia nord-occidentale e centrale (rispettivamente 25% e 27% delle denunce totali). Se si fa riferimento al rapporto tra il numero di persone denunciate e la popolazione di 15-74 anni, a livello nazionale il tasso si attesta a 29 denunce ogni 100.000 15-74enni, valore che risulta superiore a 40 nelle regioni Lazio e Liguria e inferiore a quello nazionale nelle regioni nord-orientali, fatta eccezione per Emilia Romagna.

Figura 2.2.7 - Numero assoluto di denunciati per reati penali cocaina-correlati per regione e tasso ogni 100.000 residenti di 15-74 anni



	N. persone denunciate			Tasso per 100.000 residenti (15-74 anni)
	Maschi	Femmine	Totale	
Piemonte	729	38	767	24,1
Valle d'Aosta	12	3	15	16,1
Lombardia	1.813	158	1.971	26,3
Liguria	448	29	477	43,0
Nord-ovest	*3.002*	*228*	*3.230*	*27,2*
PA Bolzano	84	3	87	22,0
PA Trento	77	3	80	19,6
Veneto	549	34	583	16,0
Friuli Venezia Giulia	145	22	167	18,7
Emilia Romagna	865	62	927	28,0
Nord-est	*1.720*	*124*	*1.844*	*21,3*
Toscana	713	43	756	27,7
Umbria	205	12	217	33,9
Marche	269	25	294	26,3
Lazio	1.952	240	2.192	50,6
Centrale	*3.139*	*320*	*3.459*	*39,2*
Abruzzo	234	42	276	28,4
Molise	65	16	81	35,9
Campania	1.007	141	1.148	26,2
Puglia	811	88	899	30,0
Basilicata	129	14	143	34,1
Calabria	280	23	303	21,2
Meridionale	*2.526*	*324*	*2.850*	*27,4*
Sicilia	1.098	97	1.195	32,4
Sardegna	350	46	396	32,2
Insulare	*1.448*	*143*	*1.591*	*32,4*
ITALIA	**11.835**	**1.139**	**12.974**	**29,0**

Fonte: Elaborazioni CNR su dati DCSA – Anno 2020

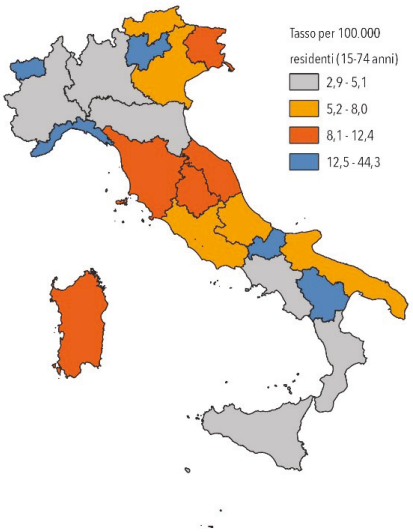
EROINA

Le denunce relative all'eroina, che sono state 2.829 (-17% rispetto al 2019) con l'arresto di 2.136 soggetti (76% delle denunce), per il 6,6% hanno riguardato il reato di associazione finalizzata al traffico di sostanze stupefacenti (Art. 74 DPR n.309/1990). I denunciati sono prevalentemente di genere maschile (89%) e i cittadini stranieri coinvolti sono stati 1.359 (il 48% del totale), per la maggior parte di nazionalità nigeriana, tunisina, marocchina, albanese e pakistana.

Del totale dei denunciati per traffico di eroina, il 31% ha al massimo 40 anni e il 19% ha meno di 25 anni; i minorenni rappresentano lo 0,5% del totale dei denunciati per questa sostanza a livello nazionale.

Le regioni maggiormente coinvolte dalle denunce riferite all'eroina sono state Lombardia, Veneto e Lazio, nelle quali si è concentrato il 30% delle denunce totali; in termini relativi, invece, nella regione Molise sono state registrate 44 denunce ogni 100.000 residenti di 15-74 anni, a fronte del tasso nazionale che è risultato pari a 6,3 ogni 100.000 residenti della stessa età.

Figura 2.2.8 - Numero assoluto di denunciati per reati penali eroina-correlati per regione e tasso ogni 100.000 residenti di 15-74 anni



	N. persone denunciate			Tasso per 100.000 residenti (15-74 anni)
	Maschi	Femmine	Totale	
Piemonte	122	18	140	4,4
Valle d'Aosta	11	3	14	15,0
Lombardia	261	27	288	3,8
Liguria	147	15	162	14,6
Nord-ovest	*541*	*63*	*604*	*5,1*
PA Bolzano	22	1	23	5,8
PA Trento	44	10	54	13,2
Veneto	259	33	292	8,0
Friuli Venezia Giulia	65	21	86	9,7
Emilia Romagna	149	19	168	5,1
Nord-est	*539*	*84*	*623*	*7,2*
Toscana	214	12	226	8,3
Umbria	59	6	65	10,1
Marche	130	8	138	12,4
Lazio	250	33	283	6,5
Centrale	*653*	*59*	*712*	*8,1*
Abruzzo	53	24	77	7,9
Molise	81	19	100	44,3
Campania	163	22	185	4,2
Puglia	184	16	200	6,7
Basilicata	59	2	61	14,5
Calabria	51	5	56	3,9
Meridionale	*591*	*88*	*679*	*6,5*
Sicilia	90	17	107	2,9
Sardegna	98	6	104	8,5
Insulare	*188*	*23*	*211*	*4,3*
ITALIA	**2.512**	**317**	**2.829**	**6,3**

Fonte: Elaborazioni CNR su dati DCSA – Anno 2020

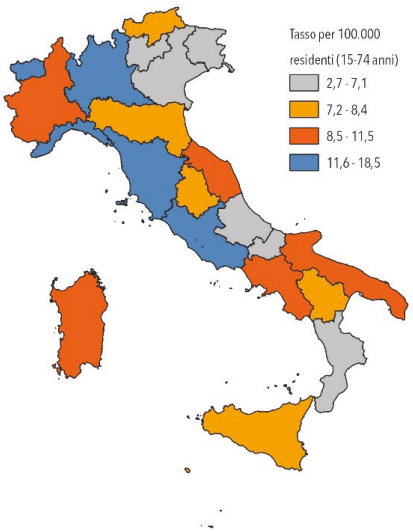
CANNABIS

Le denunce per reati concernenti i derivati della cannabis sono state 13.586 (-12% rispetto al 2019): 4.654 per hashish, 7.581 per marijuana e 1.351 per coltivazione di piante. Il 97% delle denunce ha riguardato il reato di traffico/spaccio e il 3% quello di associazione finalizzata al traffico di stupefacenti.

Oltre la metà dei denunciati ha un'età inferiore a 30 anni e i minorenni rappresentano il 5,2% del totale dei denunciati per questa sostanza a livello nazionale; il 13% dei 712 minori denunciati è di nazionalità straniera, in particolare romena, marocchina, tunisina, moldava ed egiziana.

Quasi un terzo delle denunce per hashish è avvenuto nelle regioni nord-occidentali, per la gran parte in Lombardia (20% delle denunce nazionali), il 28% e il 20% in quelle centrali e meridionali, soprattutto in Lazio e Campania rispettivamente. Se si considera il rapporto tra numero di denunce e popolazione residente, nelle regioni Liguria e Lazio il valore risulta pari rispettivamente a 18 e 19 denunce ogni 100.000 abitanti di 15-74 anni di età, a fronte di un tasso nazionale pari a 10.

Figura 2.2.9 - Numero assoluto di denunciati per reati penali hashish-correlati per regione e tasso ogni 100.000 residenti di 15-74 anni



	N. persone denunciate			Tasso per 100.000 residenti (15-74 anni)
	Maschi	Femmine	Totale	
Piemonte	327	20	347	10,9
Valle d'Aosta	12	-	12	12,9
Lombardia	899	30	929	12,4
Liguria	185	13	198	17,9
Nord-ovest	*1.423*	*63*	*1.486*	*12,5*
PA Bolzano	29	-	29	7,3
PA Trento	23	-	23	5,6
Veneto	142	4	146	4,0
Friuli Venezia Giulia	61	2	63	7,1
Emilia Romagna	261	13	274	8,3
Nord-est	*516*	*19*	*535*	*6,2*
Toscana	329	14	343	12,6
Umbria	49	3	52	8,1
Marche	92	7	99	8,9
Lazio	750	50	800	18,5
Centrale	*1.220*	*74*	*1.294*	*14,7*
Abruzzo	43	3	46	4,7
Molise	6	-	6	2,7
Campania	450	51	501	11,5
Puglia	258	17	275	9,2
Basilicata	27	5	32	7,6
Calabria	62	-	62	4,3
Meridionale	*846*	*76*	*922*	*8,9*
Sicilia	286	25	311	8,4
Sardegna	102	4	106	8,6
Insulare	*388*	*29*	*417*	*8,5*
ITALIA	**4.393**	**261**	**4.654**	**10,4**

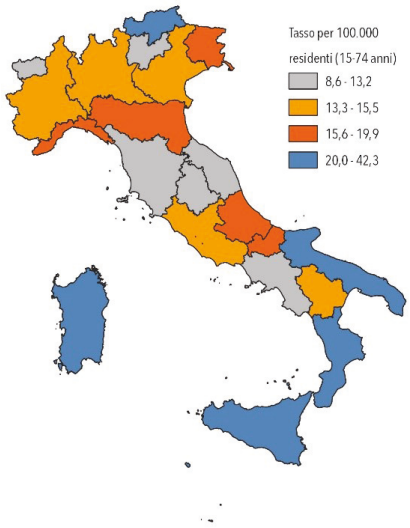
Fonte: Elaborazioni CNR su dati DCSA - Anno 2020

La maggior parte delle denunce per marijuana è avvenuta nelle regioni meridionali e insulari, nelle quali si è concentrato il 45% delle denunce totali; nelle stesse aree geografiche anche il numero delle denunce rapportato alla popolazione residente è risultato superiore a quello nazionale, con rispettivamente 19 e 29 denunce ogni 100.000 abitanti di 15-74 anni (Italia=17 denunce). I tassi più elevati sono stati rilevati in Sardegna, Sicilia, Calabria, Puglia e nella Provincia Autonoma di Bolzano.

Lo stesso quadro si delinea considerando le denunce per traffico di piante di cannabis: nelle regioni meridionali e insulari, nelle quali si è rispettivamente concentrato quasi un terzo e il 24% delle denunce, i tassi sulla popolazione residente risultano rispettivamente pari a 4,2 e 6,6 denunce ogni 100.000 residenti di 15-74 anni, valori che si attestano a 10 e 8,8 in Calabria e Sardegna.

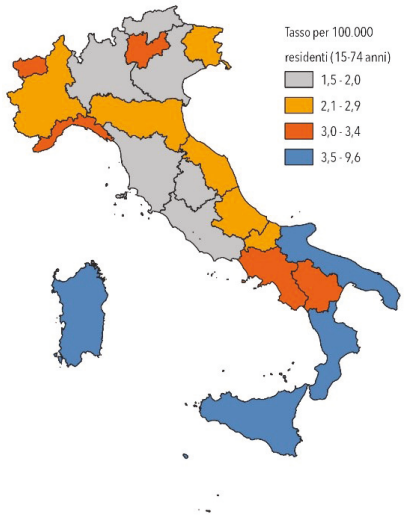
Figura 2.2.10 - Numero assoluto di denunciati per reati penali correlati alla marijuana e alle piante di cannabis per regione e tasso ogni 100.000 residenti di 15-74 anni

Marijuana



	N. persone denunciate			Tasso per 100.000 residenti (15-74 anni)
	Maschi	Femmine	Totale	
Piemonte	452	19	471	14,8
Valle d'Aosta	11	-	11	11,8
Lombardia	1.003	52	1.055	14,1
Liguria	188	9	197	17,8
Nord-ovest	*1.654*	*80*	*1.734*	*14,6*
PA Bolzano	83	4	87	22,0
PA Trento	40	-	40	9,8
Veneto	502	30	532	14,6
Friuli Venezia Giulia	162	15	177	19,9
Emilia Romagna	497	34	531	16,0
Nord-est	*1.284*	*83*	*1.367*	*15,8*
Toscana	217	18	235	8,6
Umbria	66	4	70	10,9
Marche	118	14	132	11,8
Lazio	622	49	671	15,5
Centrale	*1.023*	*85*	*1.108*	*12,6*
Abruzzo	143	14	157	16,2
Molise	38	1	39	17,3
Campania	536	42	578	13,2
Puglia	680	36	716	23,9
Basilicata	50	6	56	13,3
Calabria	364	16	380	26,5
Meridionale	*1.811*	*115*	*1.926*	*18,5*
Sicilia	874	51	925	25,1
Sardegna	493	28	521	42,3
Insulare	*1.367*	*79*	*1.446*	*29,4*
ITALIA	**7.139**	**442**	**7.581**	**17,0**

Piante di cannabis



	N. persone denunciate			Tasso per 100.000 residenti (15-74 anni)
	Maschi	Femmine	Totale	
Piemonte	88	4	92	2,9
Valle d'Aosta	2	1	3	3,2
Lombardia	98	11	109	1,5
Liguria	31	7	38	3,4
Nord-ovest	*219*	*23*	*242*	*2,0*
PA Bolzano	6	-	6	1,5
PA Trento	10	4	14	3,4
Veneto	60	3	63	1,7
Friuli Venezia Giulia	24	-	24	2,7
Emilia Romagna	70	7	77	2,3
Nord-est	*170*	*14*	*184*	*2,1*
Toscana	43	3	46	1,7
Umbria	13	-	13	2,0
Marche	24	3	27	2,4
Lazio	69	8	77	1,8
Centrale	*149*	*14*	*163*	*1,8*
Abruzzo	27	1	28	2,9
Molise	6	-	6	2,7
Campania	127	12	139	3,2
Puglia	105	8	113	3,8
Basilicata	13	1	14	3,3
Calabria	127	10	137	9,6
Meridionale	*405*	*32*	*437*	*4,2*
Sicilia	206	11	217	5,9
Sardegna	94	14	108	8,8
Insulare	*300*	*25*	*325*	*6,6*
ITALIA	**1.243**	**108**	**1.351**	**3,0**

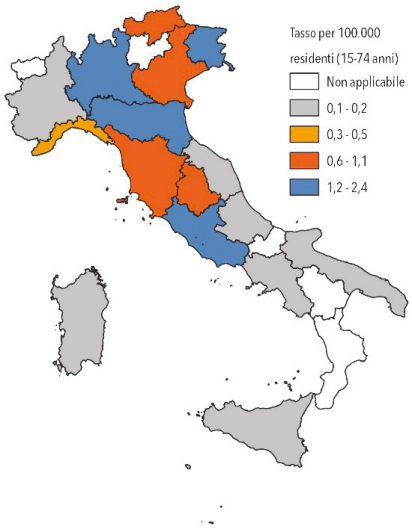
Fonte: Elaborazioni CNR su dati DCSA - Anno 2020

SOSTANZE SINTETICHE

Nel 2020, in Italia, le operazioni dirette al contrasto delle droghe sintetiche hanno comportato la denuncia di 333 persone, di cui 241 tratte in arresto: tutte le denunce sono state per traffico/spaccio. Tra i denunciati il 90% è di genere maschile e il 56% è di nazionalità straniera, in particolare filippina, cinese, nigeriana, bengalese e albanese. Sul totale dei denunciati l'1,2% è minorenne; nel complesso i giovani di età inferiore a 30 anni rappresentano il 32%.

Oltre la metà delle denunce per sostanze sintetiche è stato eseguito nelle regioni settentrionali, in particolare in Lombardia ed Emilia Romagna (rispettivamente 27% e 13%) e il 39% in quelle centrali, soprattutto in Lazio (31%). Se a livello nazionale il numero di denunce rapportato agli abitanti di 15-74 anni risulta pari a 0,7 ogni 100.000 residenti, tale valore si attesta intorno a 1,2-1,5 nelle regioni Lombardia, Friuli Venezia Giulia ed Emilia Romagna e raggiunge il 2,4 in Lazio.

Figura 2.2.11 - Numero assoluto di denunciati per reati penali correlati alle sostanze sintetiche per regione e tasso ogni 100.000 residenti di 15-74 anni



	N. persone denunciate			Tasso per 100.000 residenti (15-74 anni)
	Maschi	Femmine	Totale	
Piemonte	4	1	5	0,2
Valle d'Aosta	-	-	---	---
Lombardia	82	7	89	1,2
Liguria	4	-	4	0,4
Nord-ovest	*90*	*8*	*98*	*0,8*
PA Bolzano	3	-	3	0,8
PA Trento	-	-	---	---
Veneto	25	1	26	0,7
Friuli Venezia Giulia	11	2	13	1,5
Emilia Romagna	42	2	44	1,3
Nord-est	*81*	*5*	*86*	*1,0*
Toscana	21	-	21	0,8
Umbria	4	-	4	0,6
Marche	2	-	2	0,2
Lazio	86	18	104	2,4
Centrale	*113*	*18*	*131*	*1,5*
Abruzzo	2	-	2	0,2
Molise	-	-	---	---
Campania	4	1	5	0,1
Puglia	6	-	6	0,2
Basilicata	-	-	---	---
Calabria	-	-	---	---
Meridionale	*12*	*1*	*13*	*0,1*
Sicilia	4	-	4	0,1
Sardegna	1	-	1	0,1
Insulare	*5*	*-*	*5*	*0,1*
ITALIA	**301**	**32**	**333**	**0,7**

Fonte: Elaborazioni CNR su dati DCSA – Anno 2020

2.3 PROCEDIMENTI PENALI PENDENTI PER REATI DROGA-CORRELATI

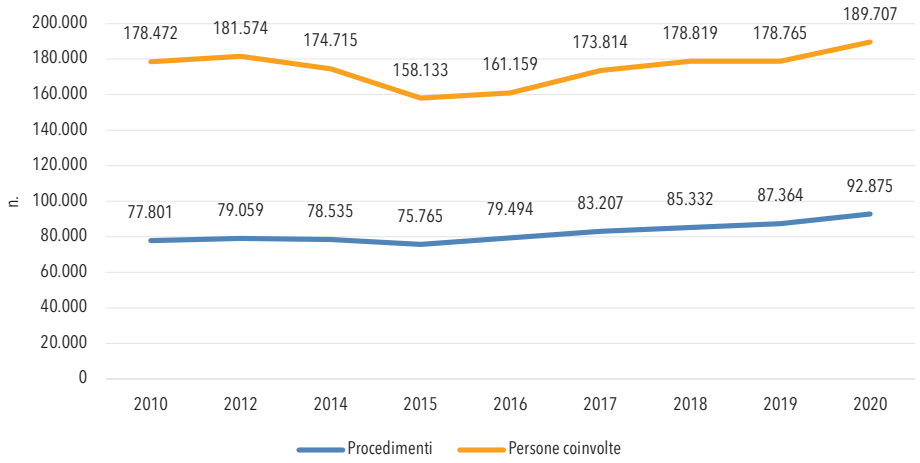
Fonte: Ministero della Giustizia - Dipartimento per gli Affari di Giustizia - Direzione Generale degli Affari Interni - Ufficio I

PROCEDIMENTI PENALI PENDENTI EX ART. 73 DPR N. 309/1990

Al 31 dicembre 2020, i procedimenti penali pendenti per il reato di produzione, traffico e detenzione illeciti di sostanze stupefacenti o psicotrope (Art. 73 DPR n. 309/1990), contro autori noti presso le Procure e gli Uffici giudicanti, sono stati 92.875 e hanno coinvolto 189.707 persone, circa 2 soggetti per procedimento.

L'andamento temporale evidenzia un aumento, a partire dal 2016, sia delle persone coinvolte sia, in maniera più accentuata, dei procedimenti penali pendenti per Art. 73.

Figura 2.3.1 - *Trend* dei procedimenti penali pendenti per reati di produzione, traffico e detenzione illeciti di sostanze stupefacenti (Art. 73 DPR n. 309/1990) e persone coinvolte

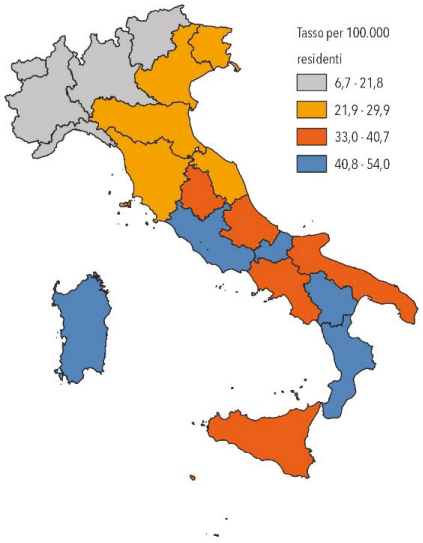


Fonte: Ministero della Giustizia – situazione al 31 dicembre degli anni 2010-2020

Le persone coinvolte nei procedimenti per reati in violazione dell'Art. 73, alla fine del 2020, si trovavano per il 40% nella fase delle indagini preliminari, nel 46% dei casi al primo grado di giudizio, nel 13% al secondo grado di giudizio e nell'1,0% al terzo. I minorenni costituiscono il 4,0% di tutti i soggetti coinvolti.

Le regioni Lazio, Lombardia, Sicilia e Campania sono quelle che presentano i valori assoluti più elevati di persone coinvolte nei procedimenti per reati in violazione dell'Art. 73. Le proporzioni maggiori delle persone coinvolte in detto reato riferite a 10.000 residenti per regione si registrano, invece, in Sardegna, Calabria, Lazio e Basilicata.

Figura 2.3.2 - Distribuzione regionale dei procedimenti penali pendenti per reati di produzione, traffico e detenzione illeciti di sostanze stupefacenti (Art. 73 DPR n. 309/1990) e delle persone coinvolte



	N. procedimenti	N. persone	N. persone per 10.000 residenti
Piemonte	5.813	9.126	21,4
Valle d'Aosta	41	83	6,7
Lombardia	10.548	19.090	19,2
Liguria	2.842	4.972	32,9
Trentino Alto Adige	1.000	1.878	17,4
Veneto	6.004	10.402	21,4
Friuli Venezia Giulia	1.416	2.640	22,0
Emilia Romagna	6.821	12.839	28,9
Toscana	6.574	11.288	30,8
Umbria	1.526	3.461	40,0
Marche	1.978	3.581	23,9
Lazio	15.435	28.509	49,8
Abruzzo	1.973	4.813	37,4
Molise	539	1.284	43,3
Campania	6.696	18.715	33,0
Puglia	6.403	14.847	37,8
Basilicata	873	2.702	49,3
Calabria	3.350	9.742	51,9
Sicilia	8.173	18.812	38,9
Sardegna	3.115	8.626	54,0
Corte di Cassazione	1.755	2.297	
ITALIA	**92.875**	**189.707**	**32,0**

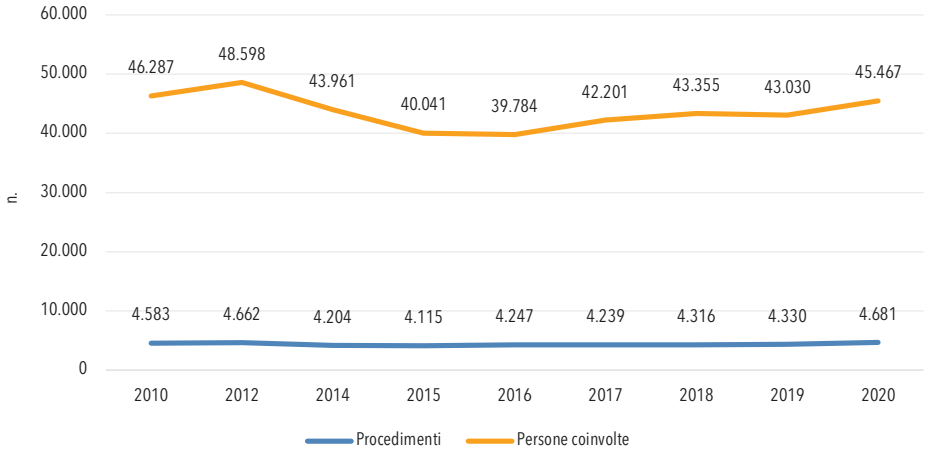
Fonte: Ministero della Giustizia - situazione al 31 dicembre 2020

PROCEDIMENTI PENALI PENDENTI EX ART. 74 DPR N. 309/1990

Sono stati 4.681 i procedimenti penali pendenti per i reati di associazione finalizzata al traffico illecito di sostanze stupefacenti o psicotrope (Art. 74 DPR n. 309/1990) al 31 dicembre 2020 e hanno coinvolto 45.467 persone, circa 10 soggetti per singolo procedimento.

Risulta stabile, negli ultimi anni, l'andamento del numero dei procedimenti pendenti, mentre è in lieve aumento quello delle persone coinvolte.

Figura 2.3.3 - *Trend* dei procedimenti penali pendenti per reati di associazione finalizzata al traffico illecito di sostanze stupefacenti o psicotrope (Art. 74 DPR n. 309/1990) e persone coinvolte

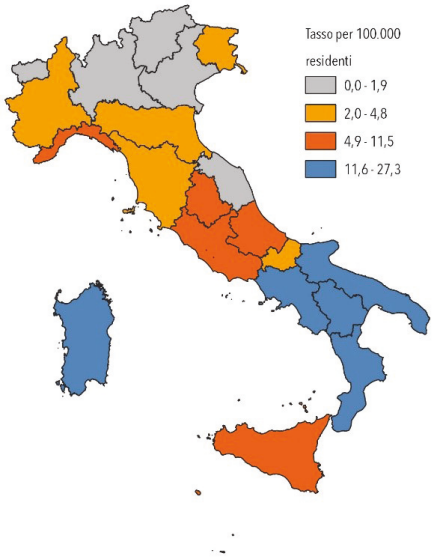


Fonte: Ministero della Giustizia - situazione al 31 dicembre degli anni 2010-2020

Al 31 dicembre 2020 la maggior parte delle persone coinvolte nei procedimenti per Art. 74 si trovava nella fase delle indagini preliminari (61%), un terzo al primo grado di giudizio (33%), il 4,0% al secondo e il 2,0% al terzo. I minori coinvolti in procedimenti di associazione finalizzata al traffico di sostanze stupefacenti rappresentano lo 0,4% di tutti i soggetti interessati.

Le regioni Campania, Lazio, Sicilia, Puglia e Calabria presentano i valori assoluti più elevati di persone coinvolte nei procedimenti per reati in violazione dell'Art. 74. Rapportando invece le persone coinvolte in detto reato a 10.000 residenti per regione, si registrano le proporzioni maggiori in Calabria, Sardegna, Campania, Basilicata e Puglia.

Figura 2.3.4 - Distribuzione regionale dei procedimenti penali pendenti per reati di associazione finalizzata al traffico illecito di sostanze stupefacenti o psicotrope (Art. 74 DPR n. 309/1990) e delle persone coinvolte



	N. procedimenti	N. persone	N. persone per 10.000 residenti
Piemonte	104	841	2,0
Valle d'Aosta	0	0	---
Lombardia	216	1.554	1,6
Liguria	74	510	3,4
Trentino Alto Adige	67	642	6,0
Veneto	68	656	1,4
Friuli Venezia Giulia	21	148	1,2
Emilia Romagna	121	870	2,0
Toscana	134	951	2,6
Umbria	84	567	6,6
Marche	31	247	1,6
Lazio	614	6.176	10,8
Abruzzo	71	1.104	8,6
Molise	14	108	3,6
Campania	915	10.427	18,4
Puglia	566	5.260	13,4
Basilicata	76	988	18,0
Calabria	440	5.126	27,3
Sicilia	604	5.288	10,9
Sardegna	230	3.112	19,5
Corte di Cassazione	231	892	
ITALIA	**4.681**	**45.467**	**7,7**

Fonte: Ministero della Giustizia – situazione al 31 dicembre 2020

2.4 CONDANNE PER REATI DROGA-CORRELATI

Fonte: Ministero della Giustizia - Dipartimento per gli Affari di Giustizia - Direzione Generale Affari Penali - Ufficio III – Reparto I Casellario e Registro Sanzioni civili

Nel presentare i dati di quest'anno, nonostante non siano state apportate modifiche nel metodo di rilevazione, è utile sottolineare che nel corso del 2020, a causa dell'emergenza pandemica, si è registrata una riduzione di circa il 30% nell'inserimento dei dati nel Sistema Informativo del Casellario. Gli operatori in *smart working* non hanno potuto effettuare le iscrizioni con le stesse modalità ordinarie a causa delle difficoltà ad accedere da remoto al Sistema Informativo. La riduzione delle iscrizioni ha avuto un impatto anche sulle iscrizioni relative alle condanne per reati inerenti al Testo Unico Stupefacenti (DPR n. 309/1990).

Nel 2020, il numero di soggetti condannati per i reati di produzione, traffico e detenzione di sostanze stupefacenti o associazione finalizzata al traffico di sostanze stupefacenti (rispettivamente Art. 73 e Art. 74 DPR n. 309/1990) ammonta a 10.578[17]. Negli ultimi tre anni, la percentuale di persone condannate per questi reati rappresenta mediamente l'11% di tutti i condannati iscritti nel Sistema informativo del Casellario.

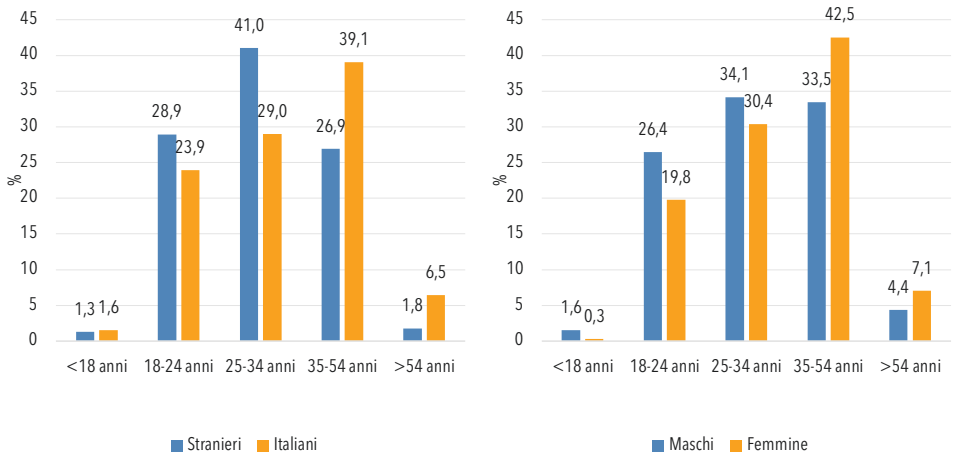
Rispetto al 2019 si misurano 10.216 soggetti condannati in meno (-49%): questo calo può essere spiegato sia da una riduzione nel numero dei reati, da imputare alle restrizioni alla mobilità adottate per contenere l'emergenza sanitaria legata al COVID-19, sia alla citata difficoltà del sistema giudiziario nella registrazione delle iscrizioni.
La maggioranza dei soggetti condannati per i reati di produzione, traffico e detenzione di sostanze stupefacenti o associazione finalizzata al traffico di sostanze stupefacenti (rispettivamente Art. 73 e Art. 74 DPR n. 309/1990) è di genere maschile (93%) e per il 60% di nazionalità italiana, il dato ha un valore superiore di 5 punti percentuali rispetto all'anno precedente.
La classe di età maggiormente rappresentata è quella dei 35-54enni (34%), seguita dai 25-34enni (34%) e dai 18-24enni (26%). I soggetti condannati con meno di 18 anni sono pari all'1,5%, mentre quelli di età superiore ai 54 anni al 4,6% del totale.

Se tra i soggetti di nazionalità italiana la classe di età più rappresentata è quella dei 35-54enni (39%), tra i condannati stranieri si osserva la quota maggiore tra i 25 e 34 anni (41%). Rispetto al genere, invece, tra i soggetti di genere maschile la classe maggiormente rappresentata è quella dei 25-34enni (34%), tra quelli di genere femminile è quella tra i 35 e i 54 anni (43%).

[17] A causa del ritardo accumulato nell'aggiornamento continuo del sistema, il dato potrebbe essere sottostimato e suscettibile di variazioni.

Nel biennio 2019-2020 i soggetti di genere femminile condannati sono in prevalenza di nazionalità italiana e di età compresa tra 35 e 54 anni: nel 2020 sono il 34% contro l'8,6% delle straniere della stessa età.

Figura 2.4.1 - Distribuzione percentuale dei condannati con sentenza definitiva per reati di cui agli Artt. 73 e/o 74 DPR n. 309/1990 per età e nazionalità (sinistra) e per età e genere (destra)



Fonte: Ministero della Giustizia - Anno 2020

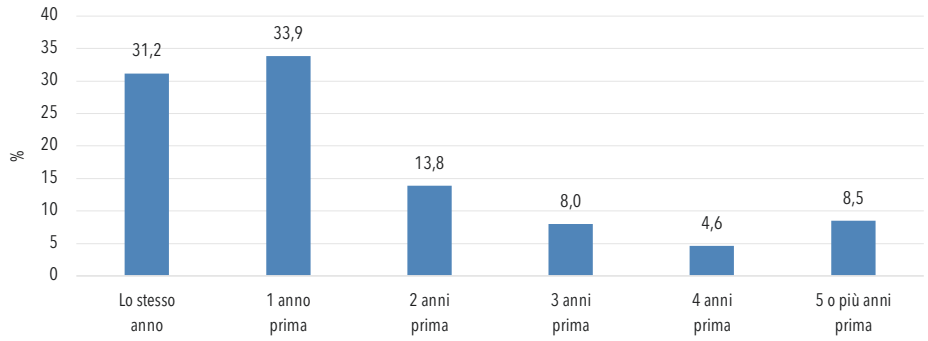
Nel 2020 le distribuzioni dei paesi d'origine dei soggetti condannati per reati droga-correlati sono abbastanza simili a quelle del 2019.

Nel 2020 tra i condannati nati in Italia la maggioranza proveniva dalle regioni Campania (15%), Lazio (14%), Sicilia (14%), Puglia (13%) e Lombardia (12%). I cittadini stranieri provenivano prevalentemente da Marocco (24%), Albania (15%), Nigeria (13%), Tunisia (11%), Gambia (7,0%) e Senegal (3,8%).

Tra le condanne emesse nel 2020, come per l'anno precedente, il reato prevalente è quello definito dall'Art. 73 del DPR n. 309/1990: la quasi totalità dei soggetti condannati in via definitiva (98%) ha infatti commesso un reato di produzione, traffico e detenzione di sostanze stupefacenti. I condannati di origine straniera registrano una percentuale leggermente più alta di reati per Art.73 (99%) rispetto ai corrispettivi reati commessi dagli italiani (97%).

Dai dati si evince come per la maggior parte dei crimini, indipendentemente dalla tipologia di reato, il tempo che intercorre tra la data del reato e la sentenza definitiva non supera i due anni: tra i condannati nel 2020, infatti, il 31% ha commesso il reato nel corso dell'anno e il 34% nel 2019.

Figura 2.4.2 - Condannati con sentenza definitiva per i reati di cui agli Artt. 73 e/o 74 DPR n. 309/1990 per anno del commesso reato



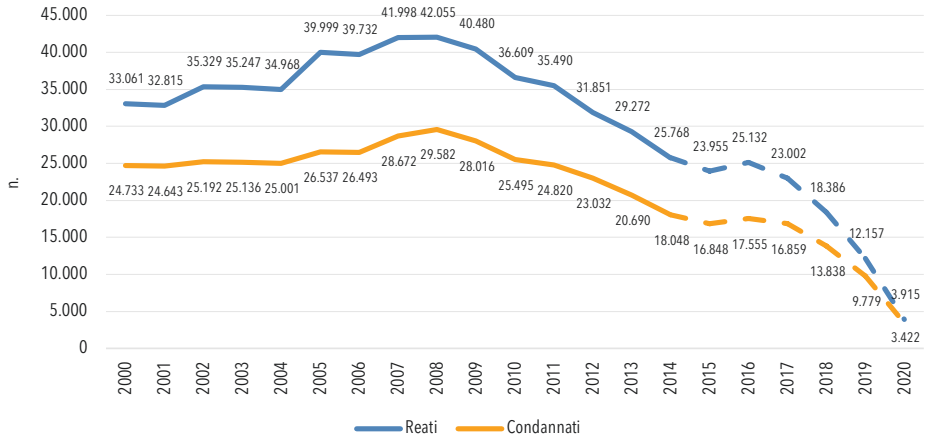
Fonte: Ministero della Giustizia - Anno 2020

In riferimento alla recidività, in linea con l'anno precedente, nel 2020 il 29% dei soggetti condannati con sentenza definitiva era recidivo, in quota superiore tra persone di nazionalità italiana e straniera (rispettivamente 31% e 26%).

La condanna è stata emessa nel 67% dei casi in primo grado, con una percentuale superiore tra i non recidivi rispetto ai recidivi (rispettivamente 712% e 54%).

La serie storica dei soggetti condannati per reati di produzione, traffico e detenzione di sostanze stupefacenti o associazione finalizzata al traffico di sostanze stupefacenti e dei reati commessi con sentenza definitiva emessa tra il 2000 e il 2020, mostra un andamento crescente fino al 2007 seguito da una costante diminuzione[18].

Figura 2.4.3 - Reati e condannati con sentenza definitiva emessa dal 2000 al 2020 per i reati di cui agli Artt.73 e/o 74 del DPR n. 309/1990 per anno del commesso reato



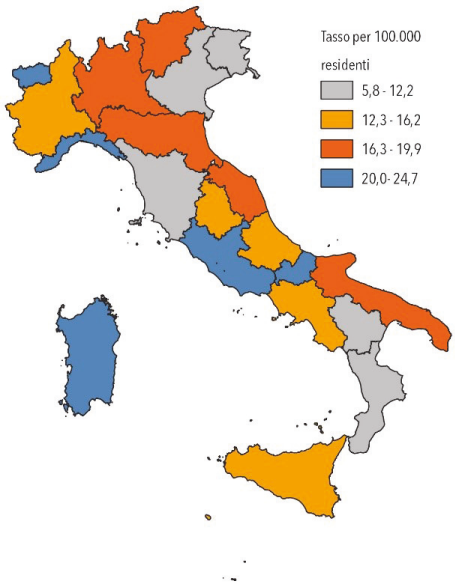
Fonte: Ministero della Giustizia - Anni 2000-2020

[18] I dati degli ultimi 5 anni potrebbero essere sottostimati e suscettibili di variazioni a causa dei ritardi nell'alimentazione del sistema da parte degli uffici giudiziari.

Nel 2020, le regioni nelle quali si sono commessi più crimini legati alla droga giudicati con sentenza definitiva sono state: Sardegna, Liguria, Molise, Valle d'Aosta, Lazio e Lombardia (tassi per 100.000 residenti).

Si registrano in Trentino Alto Adige, Liguria ed Emilia Romagna le percentuali più alte di soggetti di origine straniera che hanno commesso crimini droga-correlati, intorno al 70% in tutte e tre le regioni. Quelle che invece presentano reati commessi prevalentemente da cittadini italiani sono Calabria, Puglia, Campania e Basilicata, con percentuali che superano 90%.

Figura 2.4.4 - Distribuzione dei condannati con sentenza definitiva per reati Artt. 73 e/o 74 DPR n. 309/1990 per regione dove è stato commesso il reato[19]



	Condannati per reati droga-correlati		Tasso per 100.000 residenti
	N.	% stranieri	
Piemonte	531	52,0	12,4
Valle d'Aosta	28	42,9	22,6
Lombardia	1.928	56,8	19,3
Liguria	362	70,7	24,0
Trentino Alto Adige	182	70,9	16,9
Veneto	480	63,1	9,9
Friuli Venezia Giulia	112	55,4	9,3
Emilia Romagna	852	70,1	19,2
Toscana	405	64,7	11,0
Umbria	134	65,7	15,5
Marche	254	48,4	16,9
Lazio	1.246	31,0	21,8
Abruzzo	180	26,7	14,0
Molise	71	12,7	23,9
Campania	742	9,0	13,1
Puglia	683	8,6	17,4
Basilicata	32	9,4	5,8
Calabria	219	7,3	11,7
Sicilia	628	11,9	13,0
Sardegna	395	11,1	24,7

Fonte: Ministero della Giustizia - Anno 2020

[19] La somma dei dati regionali si discosta dal totale nazionale poiché in alcuni casi il luogo in cui è stato commesso il reato non è presente.

2.5 DETENUTI PER REATI DROGA-CORRELATI

Fonte: Ministero della Giustizia - Dipartimento Amministrazione Penitenziaria

Oltre un terzo della popolazione carceraria è costituito da soggetti detenuti per reati droga-correlati. Al 31 dicembre 2020, le persone detenute per reati in violazione del DPR n. 309/1990 presenti in carcere erano 18.697, pari al 35% del totale dei presenti: il 95% aveva commesso reati di produzione, traffico e detenzione di sostanze stupefacenti (Art. 73 DPR n. 309/1990) e il 35% reati di associazione finalizzata al traffico di sostanze stupefacenti (Art. 74 DPR n. 309/1990)[20].

Tabella 2.5.1 - Detenuti presenti in carcere al 31/12 di ogni anno: complessivi e per reati in violazione del DPR n. 309/1990

Anno	Detenuti presenti	DPR n. 309/1990		
		Art. 73	Art. 74	Totale
2010	67.961	27.294	6.400	28.199
2011	66.897	26.559	6.207	27.459
2012	65.701	25.269	6.136	26.160
2013	62.536	23.346	6.207	24.273
2014	53.623	17.995	6.127	18.946
2015	52.164	16.712	5.875	17.676
2016	54.653	17.733	5.868	18.702
2017	57.608	18.817	5.957	19.793
2018	59.655	20.067	6.428	21.080
2019	60.769	20.184	6.672	21.213
2020	53.364	17.759	6.554	18.697

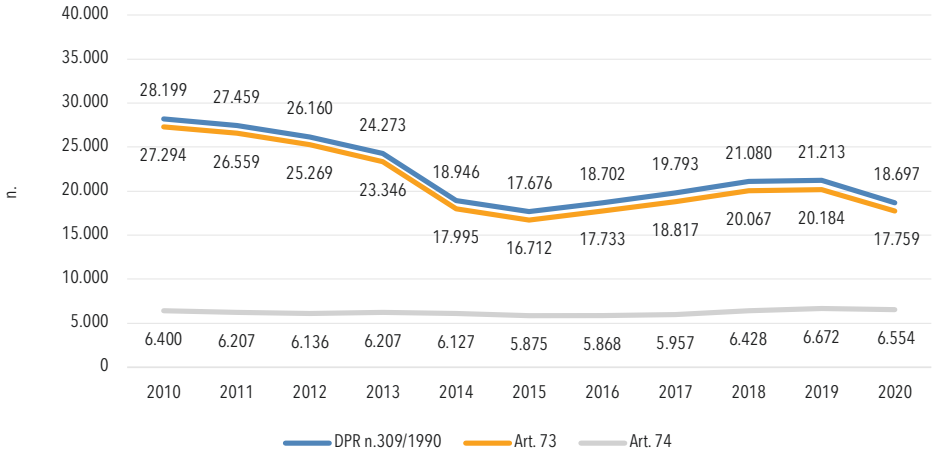
Fonte: Ministero della Giustizia - Anni 2010-2020

[20] Nel caso in cui ad un soggetto siano ascritti reati appartenenti a categorie diverse questo viene conteggiato all'interno di ognuna di esse.

L'andamento temporale dei soggetti detenuti per reati droga-correlati evidenzia una sostanziale riduzione avvenuta tra il 2010 e il 2014 (anno della sentenza n. 32/2014 della Corte Costituzionale[21]), seguita da un successivo incremento sino al 2019 e un importante calo nell'ultimo anno di rilevazione.

Fino al 2013, i soggetti detenuti per reati droga-correlati costituivano una percentuale compresa tra il 39% e il 42%. Dal 2014, tale quota si è assestata attorno al 35%.

Figura 2.5.1 - Detenuti per Artt. 73 e 74 del DPR n. 309/1990



Fonte: Ministero della Giustizia - Anni 2010-2020

[21] La sentenza n. 32/2014 della Corte Costituzionale ha dichiarato l'illegittimità costituzionale delle modifiche alla normativa sugli stupefacenti introdotte nel 2006, con la conseguenza che sono tornate in vigore le norme previgenti del DPR n. 309/1990 e, con esse, la distinzione delle sostanze stupefacenti in "droghe leggere" e "droghe pesanti" e la diversificazione delle pene previste dall'Art. 73. Il trattamento sanzionatorio è attualmente più mite per le prime (da un minimo di 2 a un massimo di 6 anni) e più pesante per le seconde (da un minimo di 6 a un massimo di 20 anni), mentre la versione dichiarata incostituzionale prevedeva una pena da 8 a 20 anni per entrambe. Nell'ipotesi della lieve entità del fatto le pene sono state ulteriormente ridimensionate. I detenuti condannati ai sensi dell'Art. 73 DPR n. 309/1990 hanno potuto beneficiare, nel caso di droghe leggere, della rideterminazione della pena e della scarcerazione se imputati.

CARATTERISTICHE DEI SOGGETTI RECLUSI PER REATI DI PRODUZIONE, TRAFFICO E DETENZIONE DI SOSTANZE STUPEFACENTI (ART. 73 DPR N. 309/1990)

Tra i soggetti reclusi per produzione, traffico e detenzione di sostanze stupefacenti (Art. 73 DPR n. 309/1990) al termine dell'anno 2020, la percentuale di cittadini stranieri era di poco superiore a un terzo, dato in costante diminuzione dal 2010, anno in cui, invece, erano prossimi alla metà dell'intera popolazione in esame (2010= 46%, 2020= 36%).

La quota di soggetti stranieri, tra i detenuti per reati di produzione, traffico e detenzione di sostanze stupefacenti, risulta più alta di quella osservata tra tutta la popolazione carceraria (36% contro 33%).

Tabella 2.5.2 - Detenuti presenti in carcere al 31/12 degli anni 2010-2020 complessivi e per reati in violazione dell'Art. 73 del DPR n. 309/1990, per nazionalità

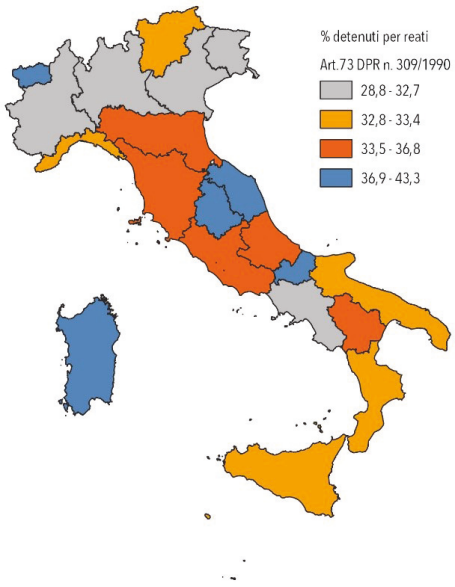
Anno	Detenuti presenti al 31/12			Art. 73 DPR n. 309/1990		
	Totali	Stranieri	% stranieri	Totali	Stranieri	% stranieri
2010	67.961	24.954	36,7	27.294	12.522	45,9
2011	66.897	24.174	36,1	26.559	11.966	45,1
2012	65.701	23.492	35,8	25.269	11.061	43,8
2013	62.536	21.854	34,9	23.346	9.688	41,5
2014	53.623	17.462	32,6	17.995	6.715	37,3
2015	52.164	17.340	33,2	16.712	6.230	37,3
2016	54.653	18.621	34,1	17.733	6.899	38,9
2017	57.608	19.745	34,3	18.817	7.394	39,3
2018	59.655	20.255	34,0	20.067	7.842	39,1
2019	60.769	19.888	32,7	20.184	7.509	37,2
2020	53.364	17.344	32,5	17.759	6.436	36,2

Fonte: Ministero della Giustizia - Anni 2010-2020

Le regioni con il maggior numero di detenuti per reati di produzione, traffico e detenzione di sostanze stupefacenti, presenti alla fine del 2020, erano Lombardia, Lazio, Campania, Sicilia e Piemonte: a livello territoriale, infatti, in queste regioni era ristretto il 54% del totale dei detenuti per reati in violazione dell'Art. 73.

In termini percentuali, le regioni con la più alta quota di reclusi presenti per tali reati erano Marche (43%), Molise (41%), Valle d'Aosta (40%), Sardegna (39%) e Umbria (38%). Le quote più basse si registrano in Friuli Venezia Giulia (29%), Piemonte, Lombardia (30% per entrambe) e Veneto (32%).

Figura 2.5.2 - Distribuzione percentuale dei detenuti per Art.73 DPR n. 309/1990 presenti alla fine del 2020 per regione di detenzione



	N. detenuti presenti per Art. 73 DPR n. 309/1990	% sul totale dei detenuti
Piemonte	1.230	29,5
Valle d'Aosta	68	39,5
Lombardia	2.276	29,9
Liguria	449	33,2
Trentino Alto Adige	128	33,0
Veneto	722	31,6
Friuli Venezia Giulia	173	28,8
Emilia Romagna	1.058	33,7
Toscana	1.092	34,1
Umbria	488	38,0
Marche	367	43,3
Lazio	2.124	36,5
Abruzzo	570	34,4
Molise	143	40,7
Campania	2.094	32,7
Puglia	1.168	33,4
Basilicata	139	34,8
Calabria	812	33,2
Sicilia	1.882	32,8
Sardegna	776	38,6

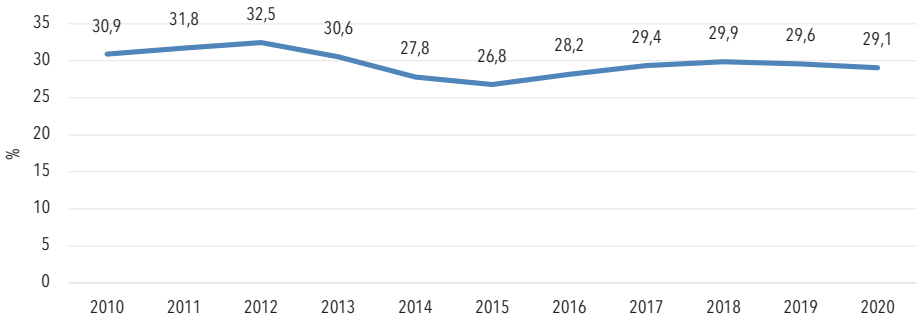
Fonte: Ministero della Giustizia - Anno 2020

Il flusso degli ingressi dalla libertà, durante tutto il corso dell'anno 2020, conta 15.698 soggetti entrati in carcere per reati di produzione traffico e detenzione di sostanze stupefacenti (Art. 73 DPR n. 309/1990), corrispondenti al 29% del totale degli ingressi.

In seguito a un decremento degli ingressi dalla libertà registrato sino al 2015, gli stessi si sono assestati intorno ai 14.000 soggetti per anno, per aumentare nell'ultimo anno di rilevazione.

In termini percentuali, sul totale degli ingressi dalla libertà per reati in violazione dell'Art. 73 DPR n. 309/1990 si conferma il *trend* in calo sino al 2015, anno in cui si registra la proporzione più bassa (27%), per assestarsi attorno al 29% negli anni successivi.

Figura 2.5.3 - Percentuale di ingressi dalla libertà per Art. 73 DPR n. 309/1990 rispetto al totale degli ingressi



Fonte: Ministero della Giustizia - Anni 2010-2020

La percentuale di detenuti di nazionalità straniera, tra tutti i detenuti entrati dalla libertà per reati di produzione, traffico e detenzione di sostanze stupefacenti, è stata del 45% contro il 42%.

Tabella 2.5.3 - Ingressi dalla libertà totali, per reati in violazione dell'Art. 73 DPR n. 309/1990 e percentuale di stranieri

Anno	Entrati dalla libertà nel corso dell'anno			Entrati dalla libertà nel corso dell'anno per Art. 73 DPR n. 309/1990		
	Totali	Stranieri	% stranieri	Totali	Stranieri	% stranieri
2010	84.641	37.298	44,1	26.141	10.446	40,0
2011	76.982	33.305	43,3	24.452	10.226	41,8
2012	63.020	27.006	42,9	20.465	9.088	44,4
2013	59.390	25.818	43,5	18.151	8.109	44,7
2014	50.217	22.747	45,3	13.972	6.747	48,3
2015	45.823	20.521	44,8	12.284	5.900	48,0
2016	47.342	21.102	44,6	13.356	6.785	50,8
2017	48.144	21.077	43,8	14.139	6.845	48,4
2018	47.257	20.245	42,8	14.128	6.785	48,0
2019	46.201	18.760	40,6	13.677	6.458	47,2
2020	53.933	22.633	42,0	15.698	7.075	45,1

Fonte: Ministero della Giustizia - Anni 2010-2020

2.6 MINORENNI NEL CIRCUITO PENALE PER REATI DROGA-CORRELATI

Fonte: Ministero della Giustizia - Dipartimento per la Giustizia Minorile e di Comunità - Sezione Statistica, Ufficio Attuazione provvedimenti giudiziari del giudice minorile

L'utenza penale minorile è composta da minori e giovani adulti, tra i 14 e i 25 anni di età, che hanno commesso il reato prima del compimento della maggiore età.

Gli Uffici di Servizio Sociale della Giustizia Minorile prendono in carico i minori che entrano nel circuito della giustizia penale, i quali vi rimangono fino al compimento dei 25 anni di età, sono attivati a seguito di una segnalazione da parte dell'Autorità Giudiziaria e costituiscono il servizio che accompagna il minore in tutto il suo percorso penale.

L'esecuzione dei provvedimenti dell'Autorità Giudiziaria Minorile viene assicurata dai Servizi del Dipartimento per la Giustizia Minorile e di Comunità, i quali comprendono: Centri di Prima Accoglienza, Istituti Penali per i Minorenni, Comunità ministeriali, Centri Diurni Polifunzionali. Quando l'Autorità Giudiziaria Minorile dispone del collocamento in Comunità dei minori e giovani adulti, il Dipartimento per la Giustizia Minorile e di comunità si avvale anche delle Comunità del Privato Sociale.

Nell'anno 2020, su un totale complessivo di 19.019 soggetti in carico ai Servizi Sociali Minorili, quelli con imputazioni di reato per violazione delle disposizioni in materia di sostanze stupefacenti sono stati 3.622 (19%); un quarto dei quali (n. 930) è stato preso in carico per la prima volta.

La maggior parte dell'utenza è di genere maschile (95%) e di nazionalità italiana (83%). Se nel tempo la distribuzione per genere non ha subito variazioni, la quota di stranieri è aumentata di due punti percentuali passando dal 15% nel 2012 al 17% nel 2018, per poi restare stabile sino al 2020.

Tabella 2.6.1 - Minorenni e giovani adulti in carico agli Uffici di Servizio Sociale della Giustizia Minorile, complessivi e per reati in violazione del DPR n. 309/1990, per genere e nazionalità

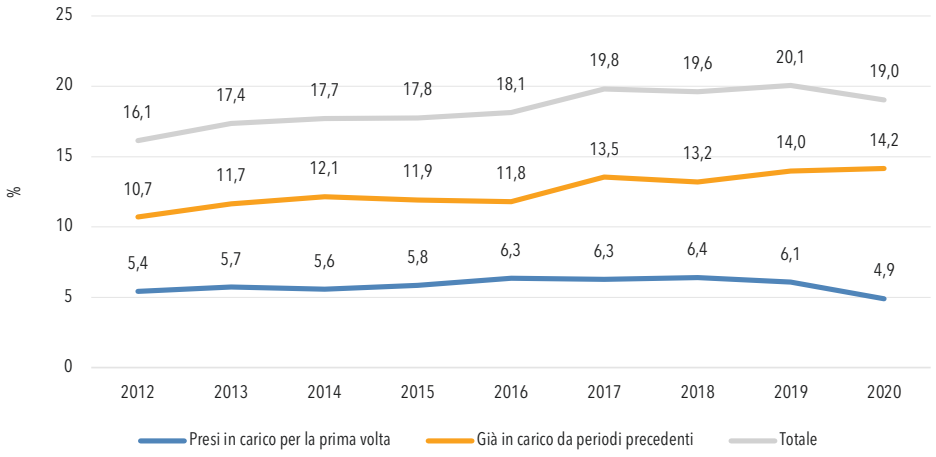
Anno	Complessivi	Per reati in violazione del DPR 309/90								
		Totale			Presi in carico per la prima volta			Già in carico da periodi precedenti		
		Totale	di cui stranieri	di cui maschi	Totale	di cui stranieri	di cui maschi	Totale	di cui stranieri	di cui maschi
2012	20.407	3.293	499	3.098	1.108	172	1.036	2.185	327	2.062
2013	20.213	3.512	531	3.319	1.156	164	1.088	2.356	367	2.231
2014	20.195	3.577	541	3.395	1.126	151	1.057	2.451	390	2.338
2015	20.538	3.647	562	3.445	1.198	180	1.129	2.449	382	2.316
2016	21.848	3.963	627	3.759	1.387	190	1.303	2.576	437	2.456
2017	20.466	4.055	663	3.838	1.284	212	1.212	2.771	451	2.626
2018	21.305	4.178	701	3.969	1.363	205	1.281	2.815	496	2.688
2019	20.963	4.205	717	3.980	1.274	191	1.184	2.931	526	2.796
2020	19.019	3.622	615	3.453	930	149	891	2.692	466	2.562

Fonte: Ministero della Giustizia - Anni 2012-2020

La proporzione di minori con imputazioni di reato per violazione del DPR n. 309/1990 in carico agli Uffici di Servizio Sociale della Giustizia Minorile rispetto al totale dei soggetti ha registrato un andamento crescente fino al 2017 a cui è seguito un periodo di stabilizzazione negli anni successivi per subire, nel 2020, una lieve riduzione.

Il calo numerico potrebbe essere correlato alla situazione pandemica legata all'emergenza sanitaria in atto.

Figura 2.6.1 - Percentuale di minorenni e giovani adulti in carico agli Uffici di Servizio Sociale della Giustizia Minorile per reati in violazione del DPR n. 309/1990 rispetto al totale dei presi in carico



Fonte: Ministero della Giustizia - Anni 2012-2020

Per quanto riguarda l'aspetto dell'esecuzione dei provvedimenti dell'Autorità Giudiziaria Minorile, nel 2020 i soggetti condannati per reati droga-correlati che hanno usufruito delle misure alternative/misure penali di comunità[22] sono stati 76, dato in lieve aumento rispetto a quello complessivo (515) che è, invece, in leggero calo[23] rispetto agli anni precedenti.

La totalità dei soggetti che nel 2020 ha usufruito di misure alternative alla detenzione è di genere maschile e il 32% di nazionalità straniera. In linea con l'anno precedente, nel 2020 la maggioranza dei soggetti aveva età compresa tra i 18 e i 24 anni (il 90% nel 2019 e l'86% nel 2020).

Tabella 2.6.2 - Minorenni e giovani adulti in carico agli Uffici di Servizio Sociale della Giustizia Minorile in misura alternativa alla detenzione/misura penale di comunità, complessivi e per reati in violazione della normativa in materia di stupefacenti, per nazionalità e genere

Anno	Complessivi	Per reati in violazione del DPR n. 309/1990		
		Totale	di cui stranieri	di cui maschi
2015	575	80	13	79
2016	619	63	8	62
2017	562	65	12	63
2018	539	63	14	61
2019	550	70	20	68
2020	515	76	24	76

Fonte: Ministero della Giustizia - Anni 2015-2020

Nel corso del 2020, tra i soggetti in carico agli Uffici di Servizio Sociale per i minorenni per reati in violazione del DPR n. 309/1990, sono stati 1.295 quelli che hanno usufruito di un provvedimento di sospensione del processo e messa alla prova[24].

Più della metà sono maggiorenni (n. 783) quota che, rispetto all'anno precedente, ha subito un leggero aumento (57% nel 2019 e 60% nel 2020).

Nel 2020 si è ridotto il numero di minori e giovani adulti sottoposti a provvedimenti di sospensione del processo e messa alla prova (-16% rispetto al 2019). La diminuzione del dato registrato va contestualizzato nell'emergenza pandemica del 2020 con diversi mesi di *lockdown*. Venendo meno la possibilità di partecipare ad attività sociali, infatti, è risultato più difficile attuare progetti di messa alla prova.

[22] Il Decreto Legislativo 2 ottobre 2018 n. 121 "Disciplina dell'esecuzione delle pene nei confronti dei condannati minorenni" ha rivisitato il sistema delle misure alternative per i minorenni, ora misure penali di comunità, con l'introduzione di nuove figure e la modifica delle condizioni di accesso.
[23] I dati sono riferiti al numero di soggetti in carico agli USSM per provvedimenti di misura alternativa alla detenzione/misura penale di comunità emessi, dall'Autorità Giudiziaria minorile, nell'anno o in periodi precedenti e ancora attivi all'inizio dell'anno.
[24] I dati sono riferiti al numero di soggetti in carico per provvedimenti di sospensione del processo e messa alla prova (art.28 DPR n.448/1988) emessi, dall'Autorità Giudiziaria minorile, nell'anno o in periodi precedenti e ancora attivi all'inizio dell'anno.

Tabella 2.6.3 - Minorenni e giovani adulti in carico agli Uffici di Servizio Sociale della Giustizia Minorile con provvedimento di sospensione del processo e messa alla prova, complessivi e per reati in violazione del DPR n. 309/1990 per nazionalità e genere

Anno	Complessivi	Per reati in violazione del DPR 309/90		
		Totale	di cui stranieri	di cui maschi
2015	5.187	1.222	157	1.151
2016	5.342	1.330	153	1.276
2017	5.441	1.500	197	1.423
2018	5.430	1.531	217	1.461
2019	5.899	1.535	202	1.453
2020	5.203	1.295	183	1.225

Fonte: Ministero della Giustizia - Anni 2015-2020

Nel sistema penale minorile il ricorso alla detenzione rappresenta l'*extrema ratio* e la normativa vigente consente di ricorrere all'applicazione di diverse misure meno afflittive. Tale principio, nel corso del 2020, si è rafforzato con l'esigenza di contenere la diffusione del virus Sars CoV-2 e gli ingressi negli Istituti Penali per Minorenni hanno registrato una significativa riduzione.

Nel 2020, dunque, si è registrata diminuzione sia nel dato complessivo (-31%) sia per reati in violazione della normativa in materia di stupefacenti (-48%). Negli Istituti Penali per Minorenni nel 2020 sono entrati 93 soggetti per reati droga-correlati.

Rimane invariata la distribuzione demografica, la maggior parte degli ingressi è rappresentata da minorenni (62%), così come la prevalenza di soggetti di nazionalità italiana (61%) e di genere maschile (98%).

Negli anni precedenti, la proporzione degli ingressi per reati droga-correlati aveva registrato un aumento, passando dal 10% del 2015 al 17% del 2019. Nel 2020 questa quota è pari al 13%.

Tabella 2.6.4 - Ingressi negli Istituti penali per i minorenni, complessivi e per reati in violazione del DPR n. 309/1990 per nazionalità e genere

Anno	Ingressi complessivi	Ingressi per reati in violazione del DPR 309/90		
		Totale	di cui stranieri	di cui maschi
2012	1.252	207	96	202
2013	1.201	229	80	225
2014	992	124	40	122
2015	1.068	109	44	109
2016	1.141	156	55	151
2017	1.057	163	63	160
2018	1.132	153	50	148
2019	1.028	178	64	177
2020	713	93	36	91

Fonte: Ministero della Giustizia - Anni 2012-2020

Riflessioni analoghe alle precedenti, possono essere fatte in relazione agli ingressi nelle Comunità e alle misure intraprese per contenere la diffusione del virus Sars CoV-2: nel 2020 si è registrato un notevole calo negli ingressi per quanto riguarda sia il numero complessivo degli ingressi (1.468, -24% rispetto al 2019), sia per il dato relativo ai minori che hanno commesso reati droga-correlati (279, -36% rispetto al 2019). Il 25% di questi ultimi è di origine straniera, il 96% di genere maschile e il 77% ha interessato minorenni (215 soggetti).

La quota degli ingressi per reati droga-correlati rispetto al totale degli ingressi è del 19%, in calo rispetto al 2019 (22%).

Tabella 2.6.5 - Collocamenti in comunità di minorenni e giovani adulti dell'area penale, complessivi e per violazione del DPR n. 309/1990 per nazionalità e genere

Anno	Ingressi complessivi	Ingressi per reati in violazione del DPR 309/90		
		Totale	di cui stranieri	di cui maschi
2012	2.038	462	136	447
2013	1.894	464	120	449
2014	1.716	338	87	327
2015	1.688	280	81	267
2016	1.823	342	85	328
2017	1.837	385	113	371
2018	1.961	390	108	371
2019	1.925	433	98	410
2020	1.468	279	69	269

Fonte: Ministero della Giustizia - Anni 2012-2020

PAGINA BIANCA

PARTE II
DIFFUSIONE E TENDENZE NEI CONSUMI

Elementi chiave

Consumi nella popolazione

Il 19% degli studenti di 15-19 anni ha riportato di aver assunto sostanze psicoattive illegali nel corso dell'anno: tra questi il 5,3% ha assunto due sostanze e il 4% almeno tre. Il dato evidenzia un decremento rispetto all'anno precedente.

La cannabis è stata la sostanza più utilizzata nel 2020: circa un quinto degli studenti ne ha fatto uso almeno una volta. Nella maggior parte dei casi (91%), questa è stata l'unica sostanza consumata.

Il 21% degli studenti utilizzatori ha abitudini di consumo a rischio di sviluppare dipendenza.

Le NPS (nuove sostanze psicoattive) si confermano la seconda tipologia di sostanze più popolare dopo la cannabis: il 4,1% degli studenti ha riferito di aver utilizzato almeno una volta cannabinoidi sintetici, catinoni sintetici e/o oppiodi sintetici.

Il 7,6% degli studenti ha riferito di aver fatto uso di almeno una sostanza psicoattiva illecita nel periodo di restrizioni per il contenimento della pandemia da COVID-19.

Gli studenti hanno vissuto con ambivalenza il periodo di isolamento, dimostrando comunque buone capacità di adattamento alla situazione. La quasi totalità naviga in internet (98%) e la stessa percentuale lo fa attraverso lo smartphone. Gli studenti che mostrano maggiori fragilità nell'utilizzo della rete sono il 9,5%.

Il 12% degli studenti ha sentito parlare delle cosiddette "*challenge*", il 6% conosce qualcuno che vi ha partecipato e a quasi il 3% è stato direttamente proposto di prendervi parte.

Nell'anno della pandemia, oltre un terzo degli studenti (34%) ha riferito di essere stato vittima di *cyberbullismo* e il 21% di esserne stato autore: dati in lieve crescita nel triennio.

In calo la quota di chi ha giocato ai videogame, attività che comunque ha coinvolto il 60% degli studenti.

Il gioco d'azzardo è un fenomeno che nell'anno della pandemia ha coinvolto il 44% degli studenti 15-19 anni. L'8,2% ha giocato d'azzardo online. Gli studenti giocatori con profilo "a rischio" sono il 9,3% e quelli con profilo "problematico" rappresentano il 3,8%, entrambi in calo negli ultimi anni.

Dalle analisi delle acque reflue, tra le sostanze analizzate, quelle identificate in maggiori quantità sono THC (con una media di 46-47 dosi per 1.000 abitanti al giorno), cocaina (media di 9.5 dosi per 1.000 abitanti al giorno) ed eroina (media 2.25 dosi per 1.000 abitanti al giorno).

Attività di prevenzione

Nel 2020, il 69% delle scuole ha previsto giornate e/o attività di studio dedicate alla prevenzione dell'uso di sostanze psicoattive, percentuale nettamente più alta dell'anno precedente (50%).

La maggior parte progetti di prevenzione attuati nel 2020 ha riguardato l'uso di droghe, mentre tra i progetti che riguardano altri comportamenti a rischio le tematiche più trattate sono state il bullismo e *cyberbullismo* (36%) e l'educazione sessuale (26%).

Nonostante il contesto emergenziale dovuto alla pandemia da COVID-19, molte regioni hanno proseguito totalmente o in parte gli interventi previsti dai progetti mediante l'ausilio di piattaforme online, riorganizzando le attività nel rispetto delle norme anti COVID-19.

CAPITOLO 3

CONSUMI NELLA POPOLAZIONE

3.1 CONSUMI NELLA POPOLAZIONE STUDENTESCA

Fonte: Consiglio Nazionale delle Ricerche - Istituto di Fisiologia Clinica - Sezione di epidemiologia e ricerca sui servizi sanitari (IFC-CNR)

ESPAD®Italia è una ricerca campionaria sui consumi psicoattivi (alcol, tabacco e sostanze illegali) e altri comportamenti potenzialmente a rischio, come l'uso di internet e il gioco d'azzardo, tra gli studenti di età compresa tra i 15 e i 19 anni che frequentano le scuole secondarie di secondo grado, permette di raccogliere le informazioni sull'uso di sostanze illegali nella popolazione studentesca.

Lo studio ESPAD®Italia prende origine dall'omonimo progetto europeo ESPAD *(European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs*): uno studio transnazionale condotto contemporaneamente in 35 Paesi europei che ha come obiettivo il monitoraggio a livello europeo dell'uso di alcol, nicotina, sostanze psicoattive "tradizionali" e le cosiddette "nuove droghe" tra gli studenti 16enni.

Lo studio rappresenta quindi un solido standard per il monitoraggio: essendo condotto da oltre 20 anni permette infatti di osservare l'andamento della diffusione di consumi psicoattivi e comportamenti a rischio, nonché di valutare l'effetto di fattori economici, sociali e culturali sui vari aspetti dei fenomeni analizzati.

Nel 2020, così come ogni anno, è stato fatto un campionamento di scuole rappresentativo della popolazione studentesca. Tuttavia, l'insorgere dell'emergenza sanitaria per la pandemia da COVID-19 e le conseguenti restrizioni per contenerla, hanno reso più complessa la partecipazione allo studio. Molte scuole che avevano dato l'adesione allo studio, a causa delle difficoltà durante i primi mesi del *lockdown* 2020 nell'organizzare la didattica a distanza, non hanno di fatto partecipato alla raccolta dati riducendo il tasso di adesione al 35%. Per gli istituti che invece hanno aderito al progetto si è prevista la raccolta dati in modalità online, durante un'ora di didattica a distanza. Tale raccolta è avvenuta nei mesi di aprile e maggio 2020, dunque, i 30 giorni precedenti alla compilazione del questionario hanno coinciso con il *lockdown* totale. Il questionario ESPAD#iorestoacasa2020 ha quindi permesso di raccogliere importanti informazioni sulle abitudini e i consumi dei ragazzi in un periodo estremamente delicato. Tuttavia è necessario tenere di conto di una serie di limitazioni legate allo studio ESPAD#iorestoacasa2020 come la numerosità del campione ridotta, l'autoselezione delle scuole che rappresenta un punto di fragilità per quanto riguarda la rappresentatività a livello nazionale e le differenze di *setting*. A causa dei numerosi limiti legati alla situazione di emergenza nazionale, pur rappresentando una importante indicazione relativa alla diffusione dei consumi di sostanze illecite, i dati emersi dallo studio non possono ritenersi completamente confrontabili con quelli degli anni precedenti.

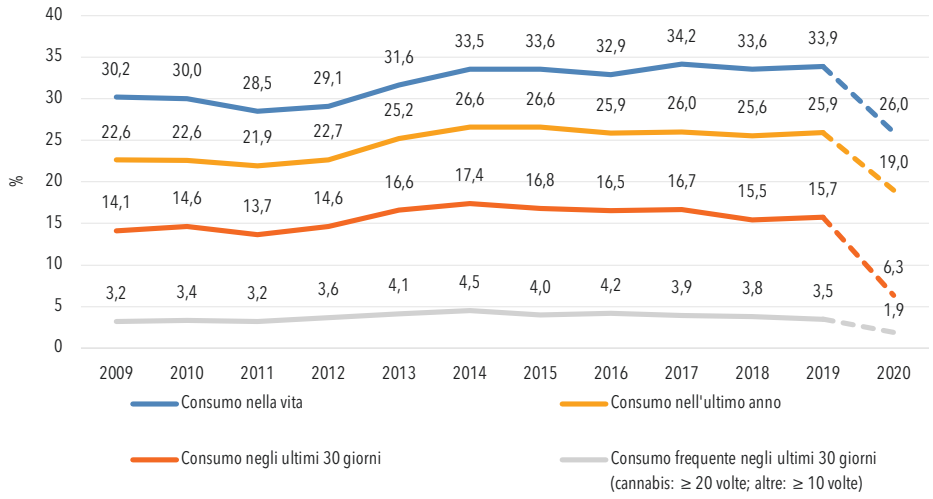
Dalla rilevazione condotta nel 2020, è emerso che il 26% degli studenti italiani, di età compresa fra 15 e 19 anni, ha utilizzato almeno una sostanza illegale (oppiacei, cocaina, stimolanti, allucinogeni o cannabis) nel corso della propria vita. In particolare, sono soprattutto gli studenti di genere maschile a utilizzarle (M=28%; F=24%). Il 19% degli studenti ha utilizzato almeno una sostanza illegale nel corso dell'ultimo anno (M=21%; F=16%); tra questi, il 91% ha assunto una sola sostanza illegale mentre i restanti hanno assunto due (5,3%) o almeno tre (4,0%) sostanze. Questi ultimi possono quindi essere definiti "poliutilizzatori".

Durante i 30 giorni precedenti lo studio, il 6,4% dei rispondenti ha riferito di aver utilizzato sostante psicoattive illegali (M=7,9%; F=4,6%). L'1,9% riferisce un uso frequente (M=2,7%; F=1,0%) e ha quindi utilizzato 20 o più volte cannabis e/o 10 o più volte le altre sostanze illegali (cocaina, stimolanti, allucinogeni, oppiacei) nel corso del mese.

Lo 0,6% degli studenti ha inoltre riferito di aver provato sostanze senza conoscerne gli effetti o il contenuto.

Analizzando il *trend* delle prevalenze, si osserva una sostanziale stabilizzazione a partire dal 2014 fino al 2019, fatta eccezione per il consumo frequente che è invece interessato da un lento e costante decremento.

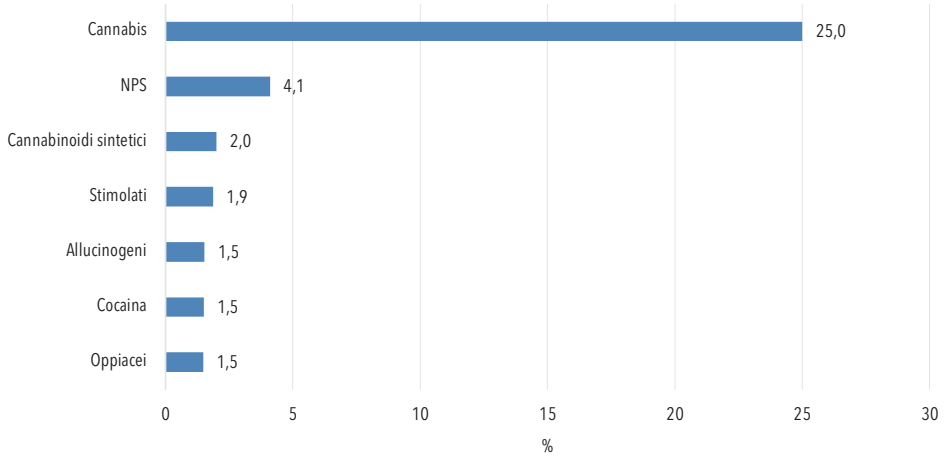
Figura 3.1.1 - Consumi di sostanze psicoattive nella popolazione studentesca: *trend* percentuale



Fonte: IFC-CNR - Anni 2009 - 2020

Analizzando nel dettaglio le tipologie di sostanze consumate nella vita, la cannabis risulta la sostanza illegale maggiormente utilizzata, seguita dalle Nuove Sostanze Psicoattive (*New Psychoactive Substances* - NPS), dai cannabinoidi sintetici e dagli stimolanti. I consumi di cocaina, allucinogeni e oppiacei risultano meno diffusi e riguardano tutte l'1,5% degli studenti.

Figura 3.1.2 - Uso di sostanze psicoattive nella vita



Fonte: IFC-CNR - Anno 2020

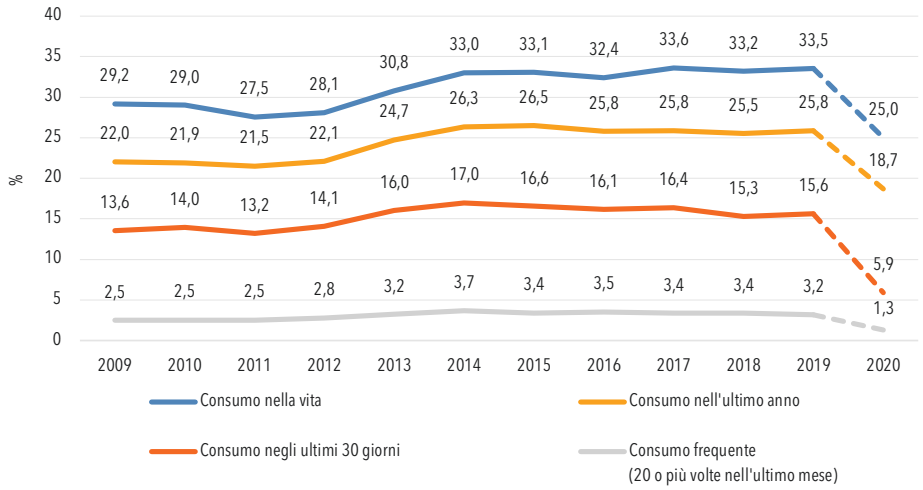
L'uso di sostanze psicoattive è generalmente più diffuso tra gli studenti di genere maschile. Per gli stimolanti e la cocaina si osserva un rapporto di genere doppio mentre per cannabis, allucinogeni e NPS tale rapporto si attesta poco sopra l'1. Al contrario, il rapporto di genere per i cannabinoidi sintetici si attesta con un valore di poco superiore all'1 in favore delle studentesse.

CANNABIS

Nel 2020 un quarto degli studenti, ha riferito uso di cannabis almeno una volta nella vita (M=27%; F=23%), il 19% l'ha usata nel corso dell'ultimo anno (M=21%; F=16%) mentre il 5,9% lo ha fatto durante i 30 giorni precedenti lo studio (M=7,2%; F=4,5%). In questo stesso periodo, l'1,3% degli studenti ha riferito di averne fatto un uso frequente, ossia 20 o più volte nell'ultimo mese (M=1,8%; F=0,8%).

Se si osservano gli andamenti temporali, le prevalenze di tutte le tipologie di consumo non hanno subito sostanziali variazioni a partire dal 2015, è evidente tuttavia un'importante riduzione evidenziata nella rilevazione 2020 che potrebbe risentire, oltre che della situazione legata alla pandemia, anche dalla metodologia utilizzata per la rilevazione ESPAD#iorestoacasa2020.

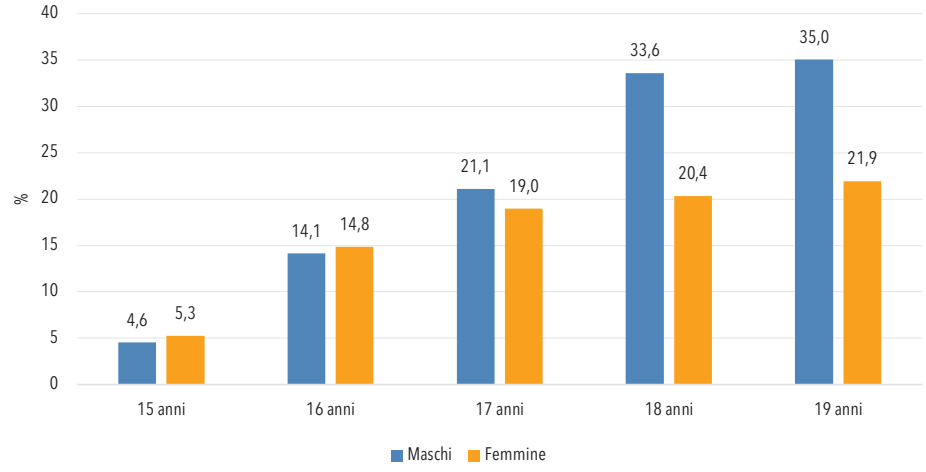
Figura 3.1.3 - Consumi di cannabis nella popolazione studentesca: *trend* percentuale



Fonte: IFC-CNR - Anni 2009-2020

Analizzando nel dettaglio i consumi di cannabis nel corso del 2020, si osserva che la percentuale di utilizzatori tende a crescere all'aumentare dell'età passando da una percentuale totale del 4,9% tra i 15enni al 29% tra i 19enni. Gli studenti di genere maschile consumano più delle ragazze, soprattutto nelle fasce che corrispondono alla maggiore età (18-19enni).

Figura 3.1.4 - Utilizzo di cannabis nell'ultimo anno per genere ed età

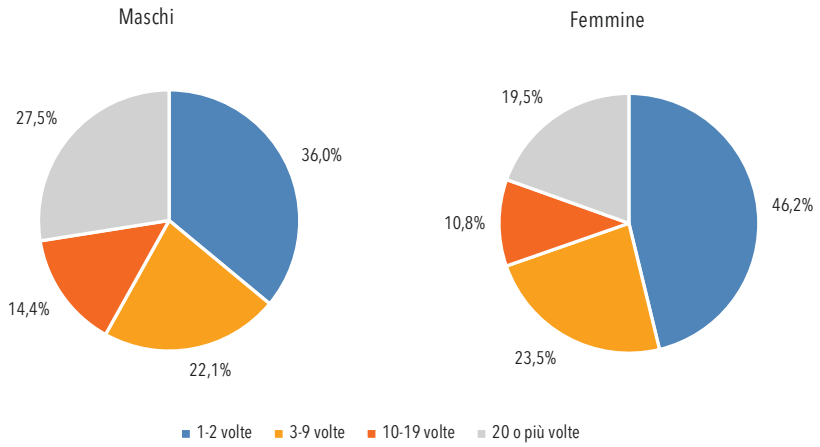


Fonte: IFC-CNR - Anno 2020

Pattern di consumo

Tra gli studenti che hanno fatto uso di cannabis nell'ultimo anno, il 63% l'ha utilizzata meno di 10 volte, il 13% tra 10 e 19 volte, mentre il 24% l'ha consumata 20 o più volte, soprattutto tra i ragazzi.

Figura 3.1.5 - Frequenza di utilizzo di cannabis nell'anno per genere



Fonte: IFC-CNR - Anno 2020

La maggioranza degli studenti utilizzatori di cannabis (91%) nel 2020 ne ha fatto un uso esclusivo, il 5,3% ha assunto anche un'altra sostanza illegale e il 3,4% ne ha assunte almeno altre due. Tra chi non si è limitato alla sola cannabis, le sostanze più utilizzate sono state gli stimolanti (4,7%), la cocaina (4,6%), gli allucinogeni (4,1%) e l'eroina (3,2%).

Osservando le abitudini di consumo, il 24% di chi ha utilizzato cannabis nell'anno ha riferito un consumo abituale della sostanza con gli amici. Questa abitudine ha interessato il 55% di chi ne hanno fatto uso nell'ultimo mese e il 91% di chi ne ha fatto un uso frequente (20 o più volte nell'ultimo mese).

L'86% degli utilizzatori nell'anno ha consumato cannabis sotto forma di erba/marijuana, il 43% in forma di resina/fumo/hashish e il 7,6% di skunk[1].

Tra gli studenti che hanno utilizzato cannabis nel mese dello studio, il 37% riferisce di non aver speso denaro, il 21% ha speso al massimo 10 euro, il 14% non oltre 30 euro e il restante 28% ha speso somme superiori.

Oltre la metà degli studenti (55%) che hanno utilizzato cannabis nella vita, riferisce che l'età di primo uso è stata tra i 15 e i 16 anni, mentre il 21% ne aveva almeno 17. Il 16% degli studenti aveva 14 anni e la restante quota (7,5%) 13 anni o meno.

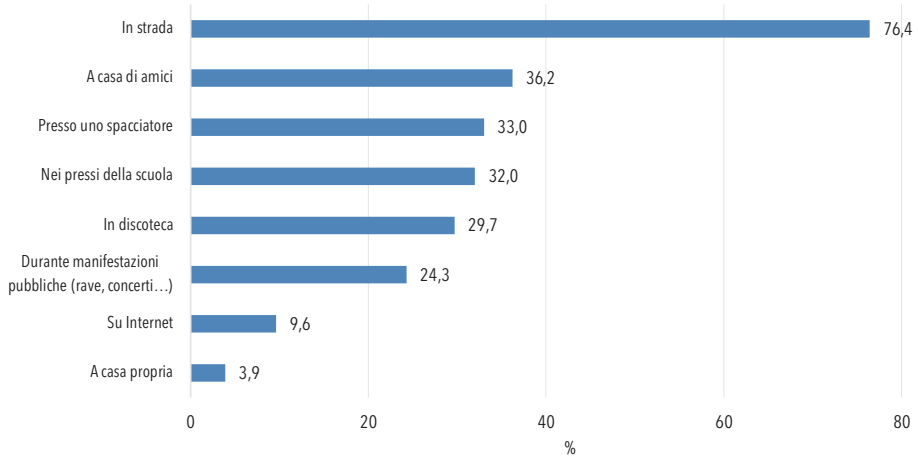
[1] La somma delle percentuali può superare il 100% in quanto riferite a una domanda con opzioni di risposta multipla.

Lo studio ha inoltre permesso di rilevare la problematicità associata al consumo della sostanza, utilizzando il test di *screening* CAST - *Cannabis Abuse Screening Test*[2]. Tra gli studenti che hanno utilizzato cannabis durante il 2020, il 21% risulta avere un consumo definibile "a rischio", con quote più elevate tra i ragazzi (M=22%; F=20%) (Il consumo a rischio di cannabis è approfondito in calce al paragrafo).

Percezione dell'accessibilità e del rischio

Il 36% degli studenti ritiene di poter reperire facilmente la cannabis, percentuale che raggiunge il 77% fra gli utilizzatori nel corso dell'ultimo anno. Il 68% afferma inoltre di conoscere un posto dove potrebbe procurarsela facilmente e, tra questi, la maggior parte (76%) si rivolgerebbe al mercato della strada, mentre il 3,9% riferisce di poterla trovare in casa. Le ragazze, rispetto ai coetanei, affermano in percentuale superiore di poter reperire la sostanza a casa di amici (42%), in discoteca (34%) e a scuola (32%) mentre gli altri luoghi sono preferiti dai ragazzi. Il 9,6% degli studenti ricorrerebbe a internet (M=11%; F=8,1%).

Figura 3.1.6 - Luoghi o contesti in cui ci si potrebbe procurare facilmente cannabis



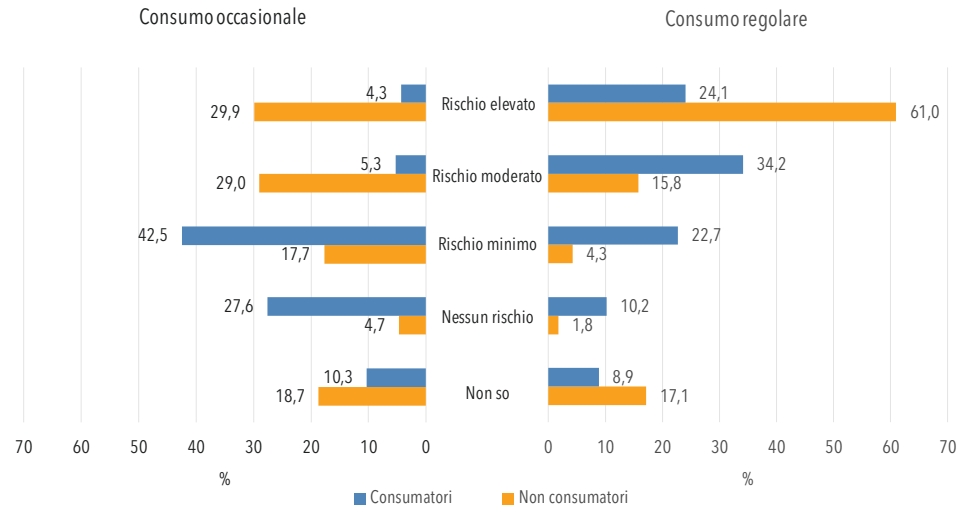
Fonte: IFC-CNR - Anno 2020

[2] Bastiani L, Siciliano V, Curzio O, Luppi C, Gori M, Grassi M, Molinaro S (2013) Optimal scaling of the CAST and of SDS Scale in a national sample of adolescents. *Addict Behav*;38(4):2060-7

Per quanto riguarda la percezione del rischio, un quarto degli studenti ritiene che sia molto o abbastanza rischioso fumare cannabis occasionalmente, mentre il 54% riferisce il medesimo grado di rischio relativamente all'uso frequente della sostanza.

Più nello specifico, fra gli utilizzatori di cannabis nel corso dell'ultimo anno, è il 4,3% a ritenere che sia molto rischioso fumare cannabis occasionalmente, percentuale che raggiunge il 24% riguardo al consumo regolare. Queste percentuali risultano invece più elevate tra gli studenti non utilizzatori, raggiungendo rispettivamente il 30% e il 61%. Tra i non utilizzatori, si riscontrano percentuali più elevate di soggetti che non sanno attribuire un grado di rischio associato al consumo della sostanza.

Figura 3.1.7 - Percezione del rischio tra utilizzatori e non utilizzatori rispetto al consumo regolare e occasionale



Fonte: IFC-CNR - Anno 2020

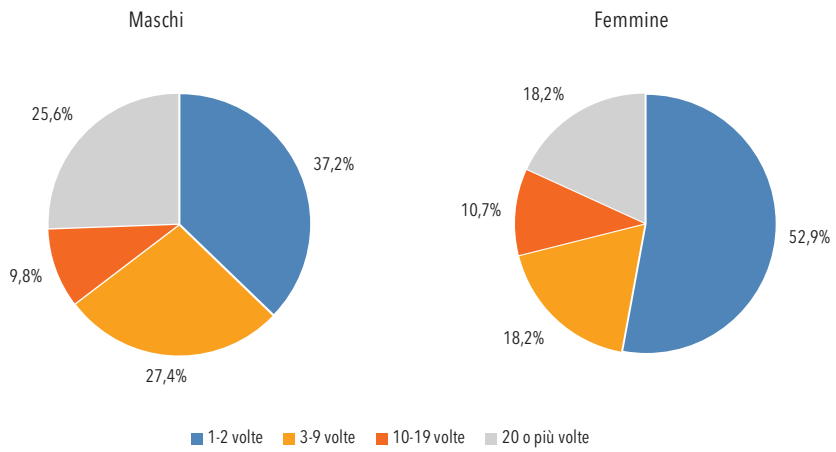
CONSUMO DI CANNABIS DURANTE IL LOCKDOWN

Come già anticipato, lo studio ESPAD#iorestoacasa2020 ha permesso di raccogliere preziose informazioni riguardo alle abitudini di consumo dei ragazzi durante il lockdown.

Nonostante le restrizioni, gli studenti hanno riferito di aver comunque utilizzato cannabis: il consumo ha interessato il 5,9% dei rispondenti, con prevalenze maggiori fra i ragazzi (M=7,2%; F=4,5%) e, tra gli utilizzatori, il 64% ha speso soldi per acquistarla.

Riguardo alla frequenza di utilizzo durante il lockdown, il 43% degli utilizzatori ha consumato la sostanza 1 o 2 volte, il 24% fra le 3 e le 9 volte, il 10% tra 10 e 19 volte mentre il 23% l'ha consumata frequentemente (20 o più volte), soprattutto i ragazzi.

Figura A: Frequenza di utilizzo di cannabis durante il *lockdown* per genere



Fonte: IFC-CNR - Anno 2020

Gli studenti che hanno utilizzato cannabis durante il periodo di restrizioni si distinguono da coloro che non l'hanno utilizzata per caratteristiche individuali e relazionali. In particolare, gli utilizzatori affermano in percentuale minore di essere soddisfatti di se stessi e del rapporto con i familiari. Riportano, inoltre, di avere un rendimento scolastico basso (insufficiente o gravemente insufficiente) in percentuale doppia rispetto a chi non ha consumato cannabis durante il lockdown.

Tabella A: Distribuzione percentuale delle variabili individuali e relazionali che caratterizzano gli utilizzatori di cannabis

	Non uso durante il *lockdown* (%)	Uso durante il *lockdown* (%)
Essere soddisfatti del rapporto con i genitori	82,6	63,8
Essere soddisfatti di se stessi	63,0	53,7
Essere soddisfatti del rapporto con i fratelli/le sorelle	79,0	66,5
Essere soddisfatti del rapporto con gli amici	87,6	86,3
Avere un rendimento scolastico medio-alto	97,8	94,8

Fonte: IFC-CNR - Anno 2020

Gli studenti utilizzatori di cannabis si distinguono anche rispetto al consumo di sostanze psicoattive legali, anch'esse durante il periodo di restrizioni. Nello specifico, riferiscono in percentuale maggiore di aver fumato sigarette e/o sigarette elettroniche, di essersi ubriacati e di aver fatto cinque o più bevute di fila, il cosiddetto "binge drinking".

Tabella B: Distribuzione percentuale della contiguità con altre sostanze psicoattive durante il *lockdown* che caratterizza gli utilizzatori di cannabis

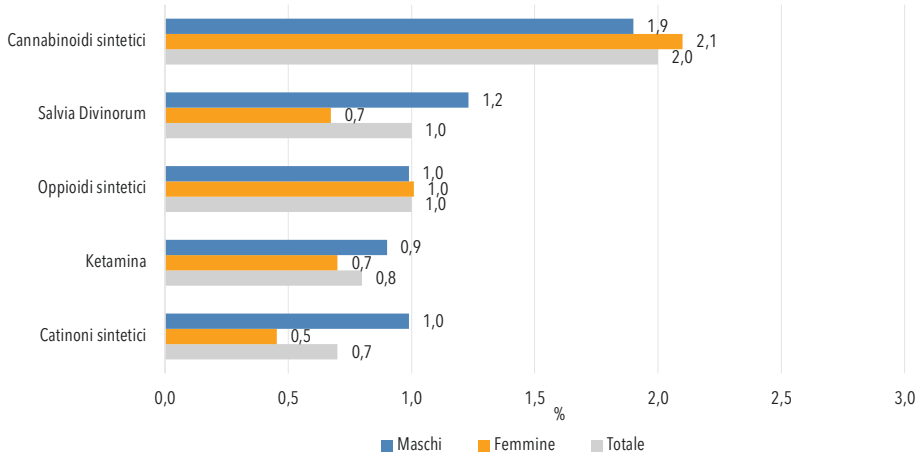
	Non uso durante il *lockdown* (%)	Uso durante il *lockdown* (%)
Aver praticato *binge drinking*	13,5	52,4
Essersi ubriacato	2,3	32,7
Aver fumato sigarette	14,6	78,1
Aver fumato sigarette elettroniche	4,4	15,5

Fonte: IFC-CNR - Anno 2020

NUOVE SOSTANZE PSICOATTIVE – NPS

Il 4,1% degli studenti di età compresa fra 15 e 19 anni ha utilizzato almeno una volta nel corso della vita una o più NPS, con percentuali più elevate fra i ragazzi (M=4,3%; F=3,9%). La categoria maggiormente diffusa è quella dei cannabinoidi sintetici (conosciuti anche come "*spice*"), provati almeno una volta dal 2,0% dei rispondenti. Seguono la *Salvia Divinorum,* gli oppioidi sintetici, la ketamina e, infine, i catinoni sintetici. Per tutte le sostanze, a eccezione dei cannabinoidi sintetici, si osservano percentuali maggiori di utilizzatori fra gli studenti di genere maschile. Gli oppiodi sintetici, invece, vengono consumati senza differenze di genere evidenti.

Figura 3.1.8 - Utilizzo di NPS nella vita per genere



Fonte: IFC-CNR - Anno 2020

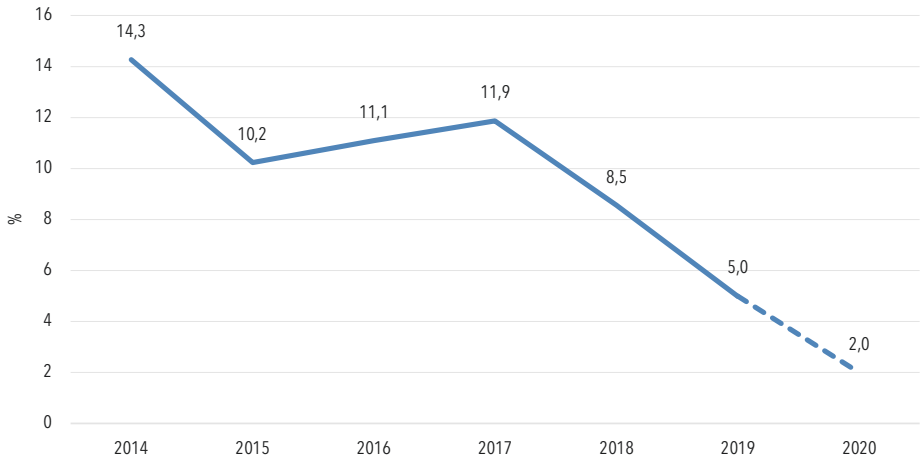
Riguardo alla percezione del rischio, il 52% degli studenti ritiene che sia abbastanza o molto rischioso provare NPS.

Cannabinoidi sintetici

Il 2,0% degli studenti ha provato cannabinoidi sintetici almeno una volta nella vita (M=1,9%; F=2,1%). L'1,2% li ha assunti nel corso dell'anno (M=1,1%; F=1,3%) e lo 0,3% nel mese precedente lo studio.

Il consumo nella vita di queste sostanze è in diminuzione nel corso degli anni, a eccezione di una stabilizzazione tra il 2015 e il 2017.

Figura 3.1.9 - Consumi di cannabinoidi sintetici nella vita: *trend* percentuale



Fonte: IFC-CNR - Anni 2014 - 2020

Nel corso del 2020, sono state soprattutto le studentesse a fare uso di cannabinoidi sintetici con un rapporto di genere di 1,2. La maggior parte degli studenti utilizzatori (52%) ne ha fatto un uso sporadico, 1 o 2 volte nel corso dell'ultimo anno.

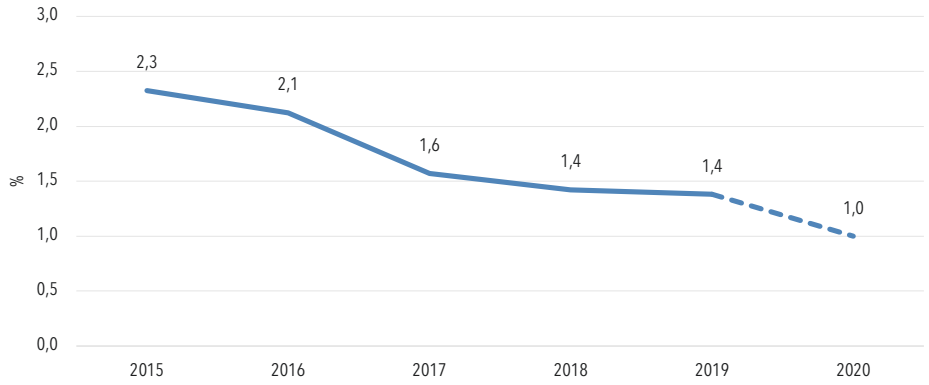
Fra gli studenti che hanno utilizzato cannabinoidi sintetici, il 94% ha fatto uso anche di cannabis. Osservando ulteriormente il rapporto fra utilizzo di cannabis e cannabinoidi sintetici, emerge che il 14% degli studenti non aveva mai usato cannabis quando ha utilizzato per la prima volta i cannabinoidi sintetici, il 23% la consumava regolarmente e il 63% occasionalmente.

Il 41% degli studenti di età compresa fra 15 e 19 anni ritiene sia molto o abbastanza rischioso provare cannabinoidi sintetici, con percentuali più elevate fra le ragazze (M=38%; F=44%).

Salvia Divinorum

L'1,0% degli studenti riferisce di aver utilizzato *Salvia Divinorum* almeno una volta nella vita (M=1,2%; F=0,7%). Lo 0,4% l'ha assunta durante il 2020 (M=0,7%; F=0,2%) e una pari quota durante l'ultimo mese (M=0,6%; F=0,1%). La quota di studenti consumatori nella vita, in calo dal 2015, è rimasta stabile nel biennio 2018-2019.

Figura 3.1.10 - Consumi di Salvia Divinorum nella vita: *trend* percentuale



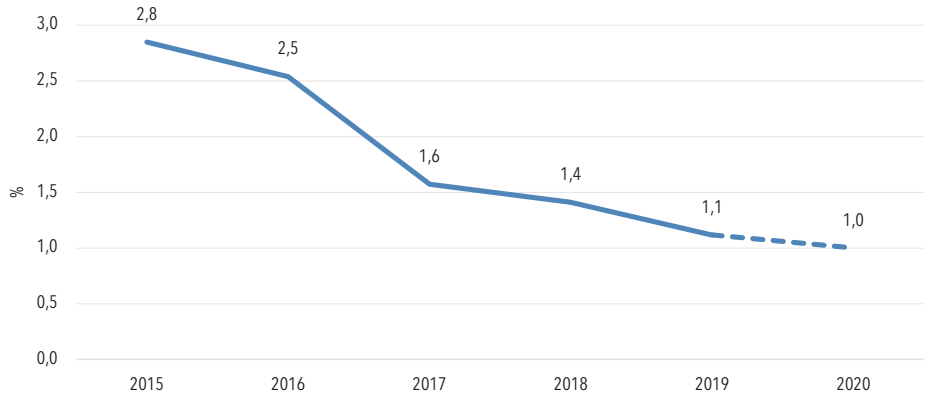
Fonte: IFC-CNR – Anni 2015 - 2020

Oppioidi sintetici (NSO o painkillers)

Gli oppioidi di sintesi o *painkillers* comprendono farmaci analgesici come ossicodone e fentanile che vengono utilizzati al fine di "sballarsi". A utilizzare almeno una di queste sostanze nella vita è stato l'1,0% degli studenti senza alcuna differenza di genere.

Dal 2015, anno di prima rilevazione, questa prevalenza è in costante calo.

Figura 3.1.11 - Consumi di oppioidi sintetici nella vita: *trend* percentuale



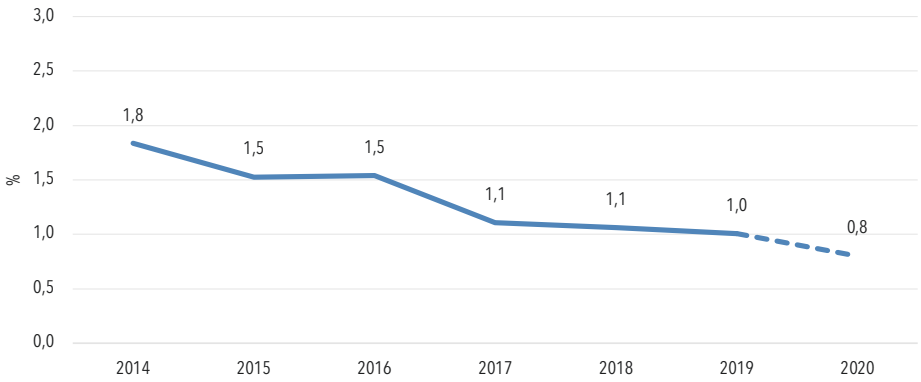
Fonte: IFC-CNR – Anni 2015 - 2020

Ketamina

Lo 0,8% degli studenti rispondenti al questionario ha riferito di aver utilizzato ketamina almeno una volta nella vita (M=0,9%; F=0,7%). Nel corso del 2020 è stata utilizzata dallo 0,7% degli studenti (M=0,9%; F=0,5%) e negli ultimi 30 giorni la sostanza è stata utilizzata dallo 0,3% (M=0,4%; F=0,2%).

Il *trend* mostra una stabilizzazione a partire dal 2017 dopo un decremento negli anni precedenti.

Figura 3.1.12 - Consumi di ketamina nella vita: *trend* percentuale



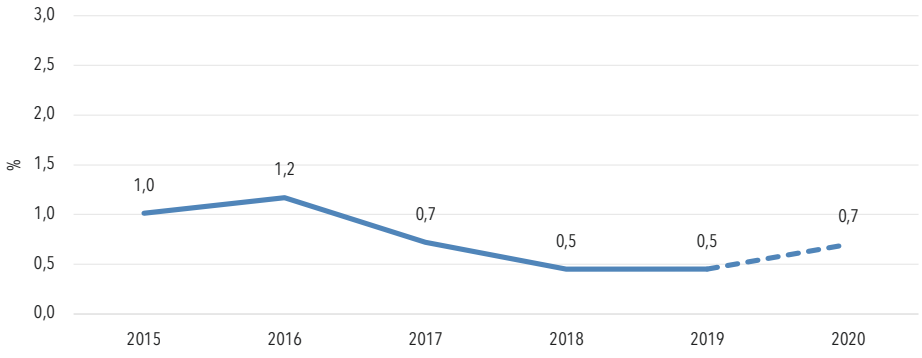
Fonte: IFC-CNR – Anni 2014 - 2020

Catinoni sintetici

I catinoni sintetici sono stati utilizzati dallo 0,7% degli studenti di età compresa fra 15 e 19 anni. Il consumo di questa sostanza è avvenuto soprattutto fra gli studenti di genere maschile con un rapporto di genere doppio (M=1,0%; F=0,5%).

Dopo un decremento dei consumi a partire dal 2016, la quota di studenti che utilizzavano catinoni sintetici si è stabilizzata intorno allo 0,5% negli anni 2018-2019. Questa categoria di sostanze è una delle poche che evidenzia una crescita nella prevalenza d'uso nella rilevazione 2020.

Figura 3.1.13 - Consumi di catinoni sintetici nella vita: *trend* percentuale



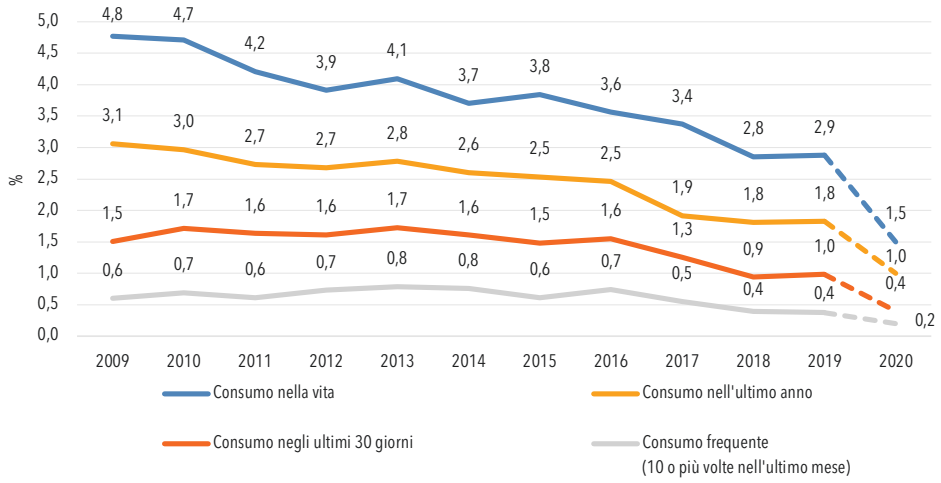
Fonte: IFC-CNR – Anni 2015 - 2020

COCAINA

L'1,5% degli studenti ha fatto uso di cocaina almeno una volta nella vita, con percentuali doppie fra gli studenti di genere maschile (M=2,0%; F=1,0%) e l'1,0% l'ha assunta nel corso dell'ultimo anno (M=1,4%; F=0,5%). Lo 0,4% l'ha usata nel mese precedente la compilazione del questionario con un rapporto di genere pari a 3 in favore dei ragazzi (M=0,6%; F=0,2%). Lo 0,2% degli studenti ha riferito di aver utilizzato la sostanza frequentemente, 10 o più volte al mese (M=0,3%; F=0,1%).

Il *trend* di consumo di cocaina risulta in diminuzione, a partire dal 2017 per l'uso frequente della sostanza e dal 2013 per le altre tipologie di consumo. Nel biennio 2018-2019, si osserva una stabilizzazione per tutte le tipologie di consumo, seguita da un'importante diminuzione nel 2020.

Figura 3.1.14 - Consumi di cocaina nella popolazione studentesca: *trend* percentuale



Fonte: IFC-CNR - Anni 2009-2020

Percezione dell'accessibilità e del rischio

L'8,7% degli studenti di età compresa fra 15 e 19 anni ritiene di potersi procurare cocaina o crack molto o piuttosto facilmente, senza rilevanti differenze di genere (M=8,9%; F=8,6%).

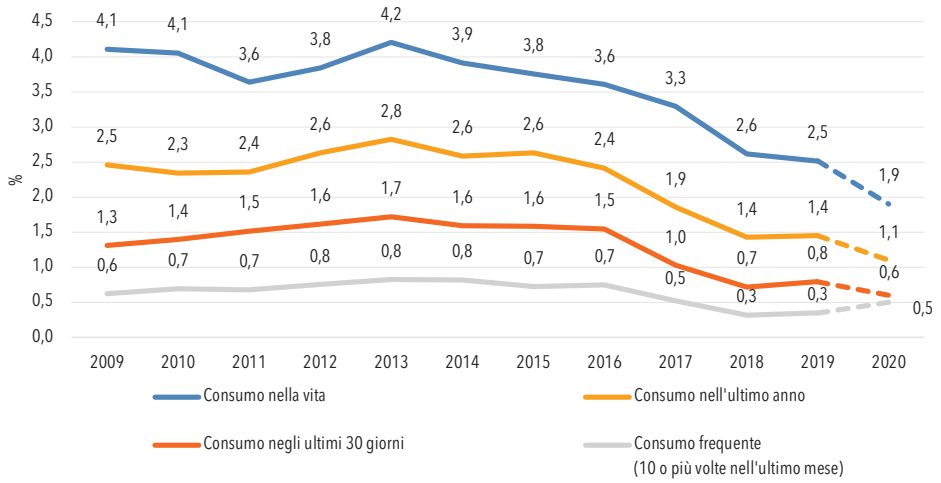
Per quanto riguarda la percezione del rischio, il 67% degli studenti ritiene che provare a utilizzare cocaina possa essere piuttosto o molto rischioso, con percentuali più elevate fra le ragazze (M=66%; F=69%).

STIMOLANTI

Fra le sostanze stupefacenti stimolanti sono comprese amfetamine, ecstasy, GHB, MD e MDMA. Ad aver utilizzato almeno una di queste sostanze nel corso della vita è stato l'1,9% degli studenti di età compresa fra i 15 e i 19 anni (M=2,0%; F=1,8%). Nel corso del 2020 la quota di utilizzatori ha interessato l'1,1% degli studenti con un rapporto di genere doppio per i ragazzi (M=1,4%; F=0,7%). Lo 0,6% ha utilizzato stimolanti nel mese precedente lo studio, mentre l'uso frequente (10 o più volte nell'ultimo mese) ha riguardato lo 0,5% degli studenti (M=1,0%; F=0,5%).

Analizzando il *trend* dei consumi si registra, a partire dal 2013, una costante diminuzione delle prevalenze per tutte le tipologie di consumo e una stabilizzazione nel biennio 2018-2019.

Figura 3.1.15 - Consumi di stimolanti nella popolazione studentesca: *trend* percentuale



Fonte: IFC-CNR - Anni 2009-2020

Percezione dell'accessibilità e del rischio

Il 7,8% degli studenti ritiene di potersi procurare facilmente delle sostanze stimolanti (M=7,6%; F=8,0%).

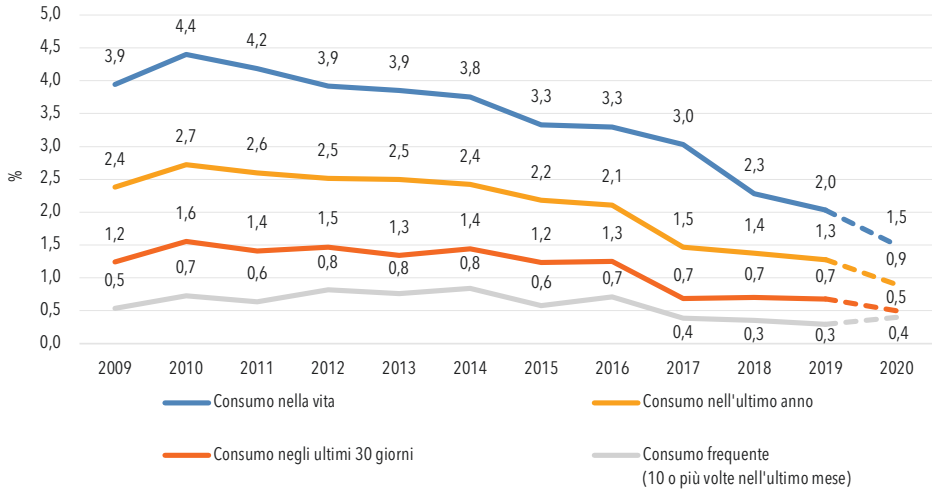
Per quanto riguarda la percezione del rischio associata all'utilizzo di stimolanti, il 62% del campione ritiene che sia molto o piuttosto rischioso utilizzarli (M=61%; F=64%).

ALLUCINOGENI

L'1,5% degli studenti di 15-19 anni ha utilizzato sostanze allucinogene (ad esempio LSD e funghetti) almeno una volta nella vita (M=1,7%; F=1,4%). Nel corso degli ultimi 12 mesi, il consumo ha interessato lo 0,9% dei rispondenti, con percentuali maggiori fra i ragazzi e un rapporto di genere doppio (M=1,2%; F=0,6%). Lo 0,5% degli studenti ha utilizzato allucinogeni negli ultimi 30 giorni (M=0,7%; F=0,2%), mentre lo 0,4% ne riferisce un consumo frequente di almeno 10 volte nell'arco degli ultimi 30 giorni (M=0,6%; F=0,2%).

A partire dal 2010 si osserva una costante diminuzione dei consumi di allucinogeni nella popolazione studentesca.

Figura 3.1.16 - Consumi di allucinogeni nella popolazione studentesca: *trend* percentuale



Fonte: IFC-CNR - Anni 2009-2020

Percezione dell'accessibilità e del rischio

Il 4,9% degli studenti rispondenti al questionario ritiene che potrebbe facilmente procurarsi sostanze allucinogene (M=4,4%; F=5,3%).

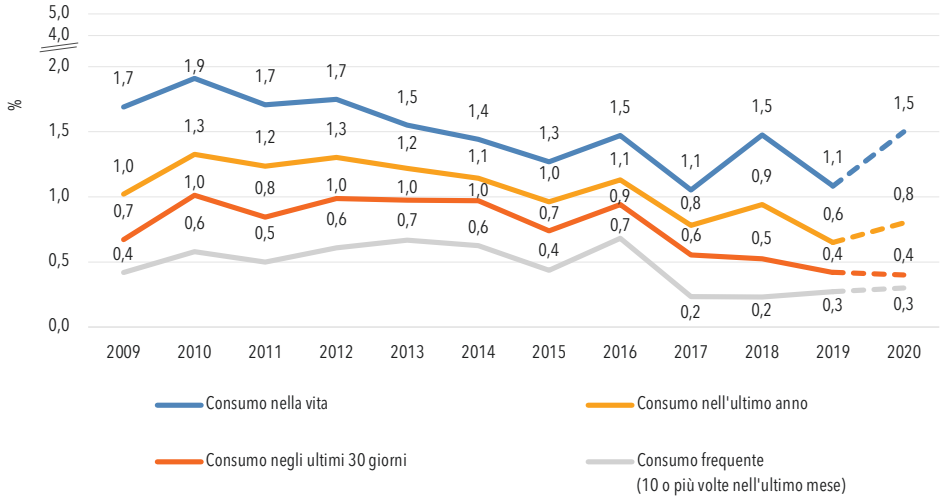
Analizzando la percezione del rischio, il 57% degli studenti ritiene che sia piuttosto o molto rischioso provare allucinogeni.

OPPIACEI

Nel corso della propria vita, l'1,5% degli studenti ha utilizzato oppiacei almeno una volta, senza differenze di genere (M=1,5%; F=1,5%). Lo 0,8% li ha invece utilizzati nel corso dell'anno (M=0,9%; F=0,7%) e lo 0,4% lo ha fatto durante i 30 giorni precedenti lo studio (M=0,9%; F=0,4%). Il consumo frequente di oppiacei (10 o più volte nel mese) ha coinvolto lo 0,3% degli studenti (M=0,6%; F=0,2%).

Analizzando i *trend* dei consumi, si osserva per tutte le tipologie di consumo un calo con alcune oscillazioni tra il 2016 e il 2019. Anche queste sostanze evidenziano una crescita nelle prevalenze d'uso nello studio ESPAD#iorestoacasa2020.

Figura 3.1.17 - Consumi di oppiacei nella popolazione studentesca: *trend* percentuale



Fonte: IFC-CNR - Anni 2009-2020

Percezione dell'accessibilità e del rischio

Il 3,8% degli studenti ritiene che potrebbe procurarsi facilmente eroina (M=3,7%; F=3,9%).

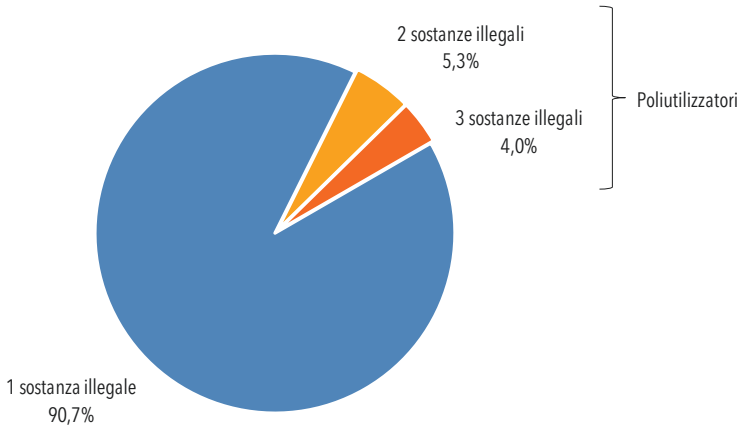
Il 67% degli studenti ritiene che sia molto o piuttosto rischioso provare ad assumere eroina, con percentuali più elevate fra le ragazze (M=66%; F=68%).

IL POLIUSO TRA GLI STUDENTI CONSUMATORI DI SOSTANZE STUPEFACENTI

Il 91% degli studenti che hanno fatto uso di sostanze psicoattive illegali nell'ultimo anno ha utilizzato una sola sostanza; il 5,3% ha utilizzato 2 sostanze differenti nell'arco dell'anno e il 4,0% 3 o più. Il 9,3% degli studenti utilizzatori può quindi essere definito "poliutilizzatore".

In particolare, la cannabis si conferma la sostanza più utilizzata da tutte le tipologie di consumatori, sia da quelli che hanno fatto uso di una sola sostanza, sia dai cosiddetti "poliutilizzatori".

Figura 3.1.18 – Percentuale di utilizzatori nell'ultimo anno per numero di sostanze assunte



Fonte: IFC-CNR - Anno 2020

I poliutilizzatori si distinguono per un più elevato consumo "a rischio" di cannabis, evidenziato mediante il test di *screening* CAST - *Cannabis Abuse Screening Test*. Nello specifico, fra i poliutilizzatori si rilevano percentuali quasi triple di utilizzo "a rischio" (53%) rispetto a quelle degli utilizzatori di una sola sostanza (18%).

Come riportato nella tabella seguente, i poliutilizzatori riferiscono un maggiore uso di sostanze psicoattive legali: fra questi, infatti, si osservano percentuali maggiori di chi beve alcolici tutti i giorni, hanno praticato almeno una volta *binge drinking* (aver cioè fatto 5 o più bevute di fila) e/o si sono ubriacati negli ultimi 30 giorni; fumano tabacco quotidianamente e, infine, consumano psicofarmaci senza prescrizione medica. In particolare, la percentuale di quest'ultimi è oltre il quintuplo di quella degli utilizzatori di una sola sostanza, mentre quella di coloro che bevono alcolici quasi tutti i giorni è quasi 4 volte più elevata.

Le due tipologie di consumatori si contraddistinguono anche rispetto potenziali dipendenze comportamentali. Il test di *screening South Oaks Gambling Screen, Revised for Adolescents* (Sogs-Ra)[3] ha permesso di osservare che quasi il 26% dei poliutilizzatori ha un profilo di gioco d'azzardo definibile "a rischio" contro poco più dell'11% degli utilizzatori di una sola sostanza; la percentuale di coloro che hanno un profilo di gioco "problematico" è più che tripla fra i consumatori di diverse sostanze.

Anche per quanto riguarda l'utilizzo di internet, sulla base del test di *screening Short Problematic Internet Use Test* (SPIUT)[4], fra i poliutilizzatori vi è una percentuale maggiore di soggetti con una maggior fragilità nella navigazione in rete.

Gli studenti che consumano più sostanze psicoattive sono più frequentemente coinvolti in altri comportamenti a rischio come: danneggiare di proposito beni pubblici/privati, rubare, essere stati vittime di rapine o furti, partecipare a zuffe o risse, avere problemi con le Forze dell'Ordine, aver avuto rapporti sessuali non protetti, spendere abitualmente oltre 45 euro senza controllo da parte dei genitori e avere problemi nel rapporto con i genitori, gli insegnanti e gli amici.

[3] Siciliano V., Bastiani L., Mezzasalma L., Thanki D., Curzio O., Molinaro S. (2015) Validation of a New Short Problematic Internet Use Test in a Nationally Representative Sample of Adolescents. *Computers in Human Behavior* 45; 177-184.

[4] Colasante E, Gori M, Bastiani L, Scalese M, Siciliano V, Molinaro S. (2014). Italian adolescent gambling behaviour: Psychometric evaluation of the South Oaks gambling screen—revised for adolescents (SOGS-RA) among a sample of Italian students. *Journal of Gambling Studies, 30*(4):789-801.

Gli studenti poliutilizzatori intraprendono più spesso comportamenti pericolosi anche in seguito all'assunzione di droghe: con una percentuale tripla rispetto agli utilizzatori di una sola sostanza riferiscono di essersi messi alla guida dopo aver usato una sostanza psicoattiva o di essere saliti su mezzi guidati da chi aveva assunto a sua volta sostanze. Hanno affermato 3,5 volte più frequentemente di aver danneggiato beni pubblici o privati sotto l'effetto delle droghe, così come hanno riferito in percentuale 10 volte superiore di aver giocato d'azzardo, ancora una volta dopo l'assunzione delle sostanze.

Tabella 3.1.1 - Variabili "a rischio" tra gli utilizzatori di una o più sostanze

	Monoutilizzatori (%)	Poliutilizzatori (%)
Avere un profilo "a rischio" di consumo di cannabis secondo il test di *screening* CAST	18,3	53,2
Bere alcolici tutti i giorni o quasi	4,5	17,7
Aver praticato *binge drinking* nell'ultimo mese	34,0	56,6
Essersi ubriacato nell'ultimo mese	12,5	32,0
Aver fumato almeno 1 sigaretta al giorno nell'ultimo anno	42,4	64,0
Aver assunto psicofarmaci senza prescrizione medica nell'ultimo anno	9,4	48,9
Avere un profilo "a rischio" di giocatore d'azzardo secondo il test di *screening* Sogs-Ra	11,3	25,9
Avere un profilo "problematico" di giocatore d'azzardo secondo il test di *screening* Sogs-Ra	7,4	24,1
Avere un profilo "a rischio" di utilizzatore di Internet secondo il test di *screening* SPIUT	12,9	17,1
Aver danneggiato beni pubblici/privati di proposito	7,1	27,0
Aver rubato qualcosa del valore di 10 euro o più	13,4	38,7
Essere stati vittime di rapine/furti	18,3	29,3
Aver avuto problemi con le Forze dell'Ordine/segnalazioni al Prefetto	12,5	55,8
Essere stati coinvolti in zuffe o risse	57,6	78,7
Aver avuto rapporti sessuali non protetti	28,4	58,4
Aver avuto problemi con gli insegnanti	51,8	71,4
Aver avuto gravi problemi con gli amici	48,7	69,3
Aver avuto gravi problemi con i genitori	45,0	64,5
Spendere solitamente più di 45 euro la settimana senza il controllo dei genitori	7,9	33,7
Essersi messo alla guida dopo aver assunto sostanze psicoattive	9,3	27,8
Essere saliti su un mezzo guidato da chi aveva assunto sostanze psicoattive	20,5	59,2
Aver scommesso denaro in giochi d'azzardo dopo aver assunto sostanze psicoattive	2,7	28,2
Aver danneggiato beni pubblici/privati dopo aver assunto sostanze psicoattive	8,8	31,1

Fonte: IFC-CNR - Anno 2020

Oltre alle caratteristiche che sembrano contraddistinguere i poliutilizzatori è possibile osservare alcune variabili che risultano, invece, avere una valenza protettiva. Fra quelle relative all'ambito relazionale si osservano l'avere un buon rapporto con i propri amici e familiari, l'essere soddisfatti del rapporto con i propri fratelli e con i propri genitori. Più nello specifico, gli utilizzatori di una sola sostanza riferiscono più spesso di aver genitori che sanno con chi e dove i figli trascorrono le proprie serate e che li sostengono affettivamente. Altre caratteristiche potenzialmente protettive riguardano la propria persona, come l'essere soddisfatti di se stessi, della propria salute e della condizione economica familiare, praticare attività sportiva e avere un buon rendimento scolastico.

Tabella 3.1.2 - Variabili "protettive" tra gli utilizzatori di una o più sostanze

	Monoutilizzatori (%)	Poliutilizzatori (%)
Fare attività sportive o andare in palestra 1 o più volte alla settimana	78,7	65,3
Avere un rendimento scolastico medio-alto	97,0	89,9
Essere soddisfatti di se stessi	55,5	44,3
Essere soddisfatti del proprio stato di salute	79,8	67,1
Essere soddisfatti del rapporto con gli amici	89,6	70,1
Essere soddisfatti del rapporto con i fratelli/le sorelle	71,8	54,2
Essere soddisfatti del rapporto con i genitori	71,5	53,8
Sentirsi affettivamente sostenuti dai genitori	76,1	61,3
Avere genitori che sanno con chi/dove si trascorrono le uscite serali	79,0	53,2
Avere genitori che danno soldi senza problemi	65,9	51,3
Avere genitori che fissano regole di comportamento dentro/fuori casa	42,2	36,3
Avere una condizione economica familiare medio-alta	88,2	77,5
Essere soddisfatti della condizione economica familiare	55,7	51,9

Fonte: IFC-CNR - Anno 2020

CONSUMO DI SOSTANZE PSICOATTIVE DURANTE IL LOCKDOWN

Nel periodo di restrizioni legate al contenimento della pandemia da COVID-19, il 7,6% degli studenti ha riferito di aver consumato almeno una sostanza psicoattiva illecita fra cannabis, cocaina, allucinogeni, stimolanti, eroina, cannabis sintetica, Salvia Divinorum, inalanti e/o anabolizzanti. In particolare, esclusa la cannabis, il 2,5% dei rispondenti ha utilizzato almeno una delle altre sostanze; le percentuali maggiori si riscontrano fra i ragazzi (M=3,3%; F=1,7%) con un rapporto di genere quasi doppio.

Riguardo alla frequenza di consumo, oltre un terzo degli studenti consumatori (37%) afferma di non aver utilizzato sostanze più di due volte nel mese. Un quarto le ha utilizzate dalle 3 alle 9 volte e il restante 38% almeno 10 volte. Si osserva quindi che una percentuale consistente di consumatori ha fatto un uso frequente di sostanze psicoattive durante il lockdown. Questo potrebbe indicare che coloro che sono riusciti a procurarsi sostanze stupefacenti, nonostante le restrizioni, siano anche coloro che ne fanno solitamente un uso più assiduo.

Gli studenti che hanno utilizzato almeno una sostanza psicoattiva si differenziano da coloro che non le hanno assunte per alcune caratteristiche relazionali. In particolare, i consumatori risultano meno soddisfatti del rapporto con i familiari.

Anche il consumo di altre sostanze psicoattive legali differenzia gli studenti utilizzatori dai non utilizzatori: i primi riferiscono in percentuale maggiore di aver fumato sigarette, di essersi ubriacati e di aver fatto cinque o più bevute di fila (“binge drinking”) durante il periodo di restrizioni.

Tabella C: Variabili relazionali e di contiguità con altre sostanze durante il *lockdown* che caratterizzano gli utilizzatori di sostanze psicoattive

	Non uso durante il lockdown (%)	Uso durante il lockdown (%)
Essere soddisfatti del rapporto con i genitori	81,7	73,5
Essere soddisfatti di se stessi	62,4	65,8
Essere soddisfatti del rapporto con i fratelli/le sorelle	78,5	67,7
Aver praticato *binge drinking* durante il *lockdown*	15,2	42,9
Essersi ubriacato durante il *lockdown*	3,6	24,8
Aver fumato sigarette durante il *lockdown*	17,7	39,7

Fonte: IFC-CNR - Anno 2020

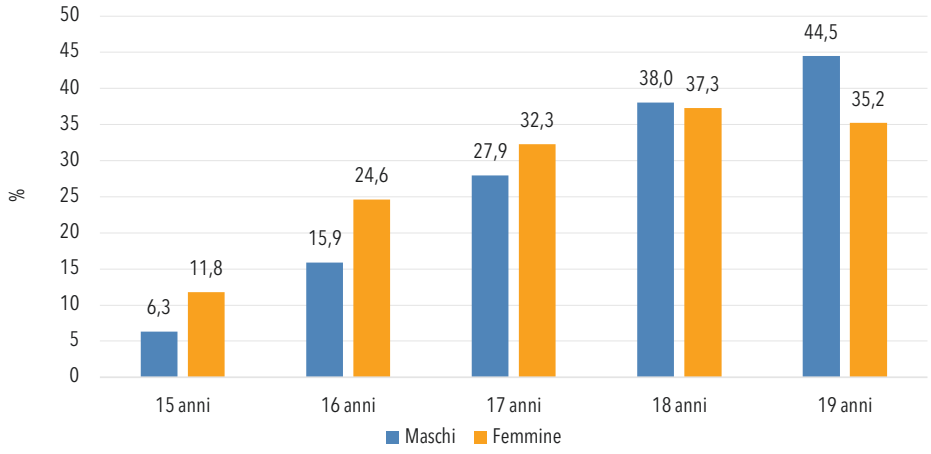
ECCESSI ALCOLICI

L'82% degli studenti italiani di età compresa fra i 15 e i 19 anni ha consumato almeno una bevanda alcolica nella vita senza alcuna differenza di genere; il 76% lo ha fatto nei 12 mesi precedenti la ricerca (M=75%; F=76%) e il 43% nel corso dell'ultimo mese (M=46%; F=39%). Il 2,1% degli studenti ha consumato bevande alcoliche 20 volte o più nell'ultimo mese, con un rapporto più che doppio in favore dei ragazzi (M=2,8%; F=1,2%).

Ubriacature

Il 35% degli studenti italiani si è ubriacato almeno una volta nella vita, fino al punto di barcollare, non riuscire a parlare correttamente, vomitare o dimenticare l'accaduto (M=33%; F=37%) e il 27% si è ubriacato nel corso dell'ultimo anno (M=26%; F=28%). Si osserva che la percentuale di studenti che riferisce ubriacature aumenta al crescere dell'età, soprattutto fra quelli di genere maschile.

Figura 3.1.19 - Ubriacature nell'ultimo anno per genere ed età



Fonte: IFC-CNR - Anno 2020

Nei 30 giorni precedenti lo studio, periodo di tempo che in italia ha coinciso con il primo *lockdown* nazionale, le ubriacature hanno interessato il 4,2% degli studenti, in particolare i ragazzi (M=4,8%; F=3,6%).

Osservando più nel dettaglio gli studenti che si sono ubriacati durante il *lockdown*, emerge che il 69% lo ha fatto per non più di 2 volte, il 15% dalle 3 alle 9 volte mentre il 16% lo ha fatto almeno 10 volte.

Riferiscono inoltre, in percentuale maggiore, diversi comportamenti rischiosi messi in atto sotto l'effetto dell'alcol, come guidare dopo aver bevuto un po' troppo o salire su un'auto guidata da qualcuno che aveva consumato bevande alcoliche, oppure giocare d'azzardo o danneggiare beni pubblici/privati dopo aver bevuto. Sono anche maggiormente insoddisfatti del rapporto con i propri genitori e di se stessi.

Le ubriacature si associano infine ad altri comportamenti dannosi quali partecipare a risse, avere problemi con le Forze dell'Ordine, gli insegnanti, i genitori o gli amici e aver avuto rapporti sessuali non protetti.

Tabella 3.1.3 - Variabili individuali e comportamenti a rischio che caratterizzano gli studenti che si sono ubriacati durante il *lockdown*

	Non essersi ubriacato (%)	Essersi ubriacato (%)
Essere soddisfatti del rapporto con i genitori	81,9	71,5
Essere soddisfatti di se stessi	62,7	55,0
Essersi messi alla guida dopo aver bevuto un po' troppo	3,3	27,4
Essere saliti su un mezzo guidato da chi aveva bevuto un po' troppo	11,5	51,9
Aver scommesso denaro in giochi d'azzardo dopo aver bevuto un po' troppo	1,5	19,6
Aver danneggiato beni pubblici/privati dopo aver bevuto un po' troppo	5,2	39,1
Aver avuto problemi con le Forze dell'Ordine/segnalazioni al Prefetto	5,3	19,8
Aver avuto gravi problemi con i genitori	30,6	46,7
Essere stati coinvolti in zuffe o risse	41,6	53,8
Aver avuto problemi con gli insegnanti	38,4	47,6
Aver avuto gravi problemi con gli amici	38,8	54,3
Aver avuto rapporti sessuali non protetti	10,8	31,6

Fonte: IFC-CNR - Anno 2020

Binge drinking

Il 16% degli studenti riferisce di aver fatto 5 o più bevute di fila nel periodo di restrizioni, il così detto *binge drinking* (M=17%; F=15%).

Fra essi, il 65% lo ha fatto meno di due volte nell'arco dei 30 giorni, il 28% dalle 3 alle 9 volte mentre il 6,5% 10 o più volte.

Anche gli studenti che hanno fatto *binge drinking* nel periodo del *lockdown* si caratterizzano per aver messo in atto comportamenti a rischio sotto effetto di alcol. In particolare, riferiscono in percentuale maggiore di aver guidato dopo aver bevuto un po' troppo o di essere saliti su un'auto guidata da qualcuno che aveva bevuto, di aver giocato d'azzardo oppure di aver danneggiato beni pubblici/privati dopo aver consumato bevande alcoliche.

Il *binge drinking* risulta inoltre associato anche ad altri comportamenti pericolosi come partecipare a risse, avere problemi con le Forze dell'Ordine, gli insegnanti, i genitori o gli amici e aver avuto rapporti sessuali non protetti.

Tabella 3.1.4 - Comportamenti a rischio che caratterizzano gli studenti che hanno fatto *binge drinking* durante il *lockdown*

	Non aver fatto *binge drinking* (%)	Aver fatto *binge drinking* (%)
Essersi messo alla guida dopo aver bevuto un po' troppo	3,0	11,7
Essere saliti su un mezzo guidato da chi aveva bevuto un po' troppo	10,0	30,4
Aver scommesso denaro in giochi d'azzardo dopo aver bevuto un po' troppo	1,2	8,1
Aver danneggiato beni pubblici/privati dopo aver bevuto un po' troppo	4,1	20,2
Aver avuto problemi con le Forze dell'Ordine/segnalazioni al Prefetto	4,4	14,0
Aver avuto gravi problemi con i genitori	28,9	43,4
Essere stati coinvolti in zuffe o risse	38,7	60,3
Aver avuto problemi con gli insegnanti	36,3	52,2
Aver avuto gravi problemi con gli amici	37,4	49,2
Aver avuto rapporti sessuali non protetti	9,3	23,9

Fonte: IFC-CNR - Anno 2020

CONSUMO DI CANNABIS "A RISCHIO"

All'interno del questionario ESPAD#iorestoacasa2020 è riportato il *Cannabis Abuse Screening Test* (CAST). Si tratta di uno strumento standardizzato che si basa sulle indicazioni fornite dall'*European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction* (EMCDDA) ed è composto da 6 item che descrivono il comportamento di uso di cannabis. Il test non rappresenta l'equivalente di una diagnosi clinica di patologia, tuttavia permette di fornire una stima della quota di utilizzatori che il test indica come "a rischio".

Figura 3.1.20 - Test Cannabis Abuse *Screening* Test - CAST[5]

Ti sono capitate le seguenti situazioni negli ULTIMI 12 MESI? (Segna una sola casella per ogni riga)	Mai	Di rado	Di tanto in tanto	Piuttosto spesso	Molto spesso
a) Hai fumato cannabis prima di mezzogiorno?	☐	☐	☐	☐	☐
b) Hai fumato cannabis da solo?	☐	☐	☐	☐	☐
c) Hai avuto problemi di memoria dopo aver fumato cannabis?	☐	☐	☐	☐	☐
d) Gli amici o i tuoi familiari ti hanno detto che dovresti ridurre il tuo uso di cannabis?	☐	☐	☐	☐	☐
e) Hai provato a ridurre o a smettere di consumare cannabis senza riuscirci?	☐	☐	☐	☐	☐
f) Hai avuto problemi a causa del tuo uso di cannabis (discussioni, risse, incidenti, brutti voti a scuola)?	☐	☐	☐	☐	☐

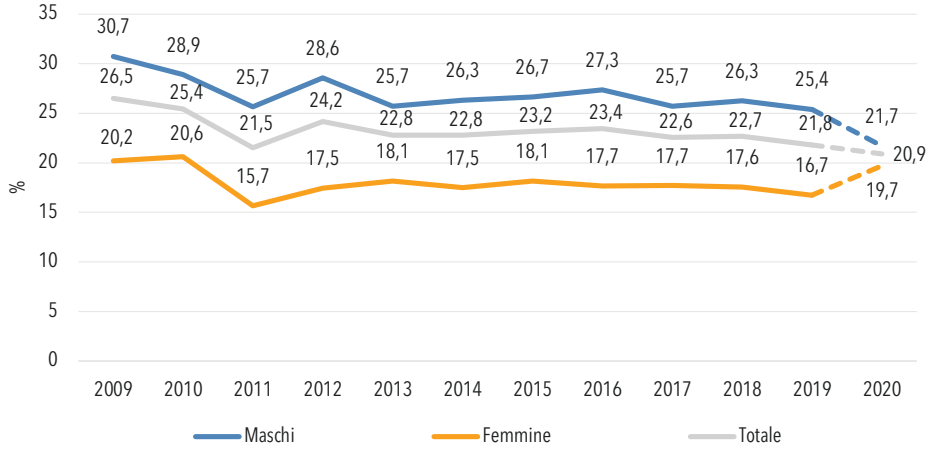
Fonte: IFC-CNR

[5] Bastiani L, Siciliano V, Curzio O, Luppi C, Gori M, Grassi M, Molinaro S. (2013) Optimal scaling of the CAST and of SDSScale in a national sample of adolescents. *Addict Behav*. 2013 Apr;38(4):2060-7.

Dallo studio del 2020, è emerso che il 21% degli studenti consumatori di cannabis ha un consumo definibile "a rischio", con una percentuale più elevata fra i ragazzi rispetto alle ragazze (M=22%; F=20%).

Il *trend* delle percentuali di studenti con profilo di utilizzo di cannabis "a rischio" evidenzia una sostanziale stabilizzazione a partire dal 2013. Si è osservato tuttavia un sensibile incremento delle studentesse con profilo di rischio nella rilevazione del 2020.

Figura 3.1.21 - Consumo "a rischio" di cannabis tra gli studenti consumatori per genere: *trend* percentuale



Fonte: IFC-CNR – Anni 2009- 2020

Poco più dell'88% degli studenti con profilo d'uso "a rischio" riferisce di potersi procurare cannabis facilmente e, una quota di poco inferiore (87%), di conoscere dei posti dove potersela reperire. Tra quest'ultimi, l'81% indica la strada come luogo dove poterla recuperare; il 46% afferma di rivolgersi a uno spacciatore, mentre il 40% in discoteca o nei bar.Il 15% degli utilizzatori "a rischio" afferma invece di poter ottenere cannabis tramite internet.

I profili di utilizzatori si distinguono per la frequenza di consumo di cannabis: il 53% degli "a rischio" riferisce di utilizzarla 20 o più volte al mese e il 42% di essere poliutilizzatore contro, rispettivamente, il 19% e il 5,2% dei "non a rischio".

Il 46% degli utilizzatori "a rischio" ha speso almeno 10 euro per procurarsi la cannabis (non a rischio=9,2%) mentre l'81% dei "non a rischio" afferma di non aver speso denaro (a rischio=43%). L'abitudine di consumare la sostanza in compagnia degli amici è più frequente fra i consumatori "a rischio" (58%; non a rischio=17%).

Questa tipologia di consumatori si caratterizza per aver utilizzato anche sostanze psicoattive legali: fumano 11 o più sigarette al giorno, assumono alcolici tutti i giorni o quasi, si ubriacano e fanno *binge drinking* in percentuali sempre maggiori rispetto ai consumatori "non a rischio".

Gli studenti utilizzatori di cannabis "a rischio" si differenziano, infine, per la messa in atto di comportamenti potenzialmente pericolosi: come aver avuto problemi con le Forze dell'Ordine o segnalazioni al Prefetto, aver avuto problemi con i genitori, gli insegnanti e gli amici, aver partecipato a risse, aver fatto seriamente male a qualcuno, essere stati coinvolti in rapporti sessuali non protetti, aver rubato e aver danneggiato beni pubblici/privati di proposito. Allo stesso modo, gli utilizzatori "a rischio" hanno messo in atto comportamenti pericolosi dopo aver fatto uso di sostanze psicoattive in percentuale maggiore rispetto ai soggetti che presentano un profilo non "a rischio".

Essi, infatti, si sono messi alla guida o sono saliti su mezzi guidati da chi aveva assunto a sua volta sostanze, hanno giocato d'azzardo e hanno danneggiato beni pubblici/privati.

Tabella 3.1.5 - Contiguità con altre sostanze e comportamenti potenzialmente dannosi tra gli utilizzatori di cannabis

	Consumatori "non a rischio" (%)	Consumatori "a rischio" (%)
Bere alcolici tutti i giorni o quasi	4,5	10,9
Aver praticato *binge drinking* nell'ultimo mese	29,7	51,0
Essersi ubriacato nell'ultimo mese	66,5	81,1
Aver fumato più di 10 sigarette al giorno nell'ultimo anno	4,4	15,5
Aver avuto problemi con le Forze dell'Ordine/segnalazioni al Prefetto	9,4	32,3
Aver avuto gravi problemi con i genitori	44,6	59,7
Essere stati coinvolti in zuffe o risse	55,5	74,0
Aver avuto problemi con gli insegnanti	51,1	69,5
Aver avuto gravi problemi con gli amici	48,0	60,4
Aver avuto rapporti sessuali non protetti	29,4	42,2
Aver rubato qualcosa del valore di 10 euro o più	11,8	34,4
Spendere solitamente più di 45 euro la settimana senza il controllo dei genitori	6,5	24,2
Aver danneggiato beni pubblici/privati di proposito	6,4	22,1
Aver seriamente fatto male a qualcuno	4,1	16,2
Essersi messi alla guida dopo aver assunto sostanze psicoattive	7,1	26,3
Essere saliti su un mezzo guidato da chi aveva assunto sostanze psicoattive	18,8	49,7
Aver scommesso denaro in giochi d'azzardo dopo aver assunto sostanze psicoattive	1,6	14,8
Aver danneggiato beni pubblici/privati dopo aver assunto sostanze psicoattive	7,3	26,5

Fonte: IFC-CNR - Anno 2020

Vi sono infine delle caratteristiche che possono essere considerate "protettive" rispetto al consumo di cannabis "a rischio". Fra queste si rileva il praticare attività sportive settimanalmente, l'avere un buon rendimento scolastico, l'essere soddisfatti della propria salute, di se stessi, del rapporto con i propri amici e con i genitori. In particolare, riguardo al rapporto con i genitori, può essere considerato protettivo anche avere genitori che sanno con chi e dove si trascorre il sabato sera e che sostengono affettivamente i figli.

Tabella 3.1.6 - Variabili individuali e relazionali tra gli studenti utilizzatori di cannabis

	Consumatori "non a rischio" (%)	Consumatori "a rischio" (%)
Avere genitori che sanno con chi/dove si trascorrono le uscite serali	84,2	72,2
Sentirsi affettivamente sostenuti dai genitori	75,9	71,5
Essere soddisfatti del proprio stato di salute	81,5	69,6
Essere soddisfatti del rapporto con i genitori	71,8	65,1
Essere soddisfatti di se stessi	56,0	50,0
Fare attività sportive o andare in palestra 1 o più volte alla settimana	79,1	71,1
Essere soddisfatti del rapporto con gli amici	90,5	86,2
Avere un rendimento scolastico medio-alto	97,3	92,1

Fonte: IFC-CNR - Anno 2020

3.2 LE DIPENDENZE NELLE NUOVE GENERAZIONI DURANTE LA PANDEMIA COVID-19

Fonte: Consiglio Nazionale delle Ricerche - Istituto di Fisiologia Clinica - Sezione di epidemiologia e ricerca sui servizi sanitari (IFC-CNR)

Nel 2020, data l'occorrenza della pandemia da COVID-19, all'interno del questionario ESPAD#iorestoacasa2020 sono state inserite delle domande a risposta aperta al fine di analizzare il vissuto degli studenti durante il periodo di restrizioni. Le risposte testuali sono state elaborate mediante il sistema *Text-To-Knowledge* (T2K)[6], che ha permesso di ottenere un grafo composto da nodi (ovvero le entità semantiche) e da archi di connessione fra i nodi stessi. L'ampiezza dei nodi risulta essere proporzionale alla frequenza con cui le parole compaiono all'interno delle risposte degli studenti, mentre il collegamento fra essi risulta tanto più marcato quanto più le parole tendono a comparire insieme all'interno della stessa risposta.

In primo luogo è stata presa in considerazione la domanda "Come stai vivendo questi giorni di autoisolamento?". Nello specifico, è stato analizzato il sotto-grafo relativo alla semantica della parola "ISOLAMENTO", evidenziando i lemmi maggiormente legati alla parola esaminata. Il nodo dell'isolamento risulta connesso sia all'area semantica "BENE" sia a quella "MALE" mostrando un certo grado di ambivalenza nel vissuto dei ragazzi. Tale osservazione risulta confermata anche dalla presenza di lemmi come "FELICE" e "TRANQUILLITÀ" accanto a entità connotate più negativamente come "TRISTEZZA", "STRESSANTE" e "DIFFICOLTÀ". Nello specifico, gli studenti hanno mostrato buone capacità di adattamento alla situazione, probabilmente grazie alla vicinanza con i familiari conviventi (come mostrato dalla connessione con "FAMIGLIA" e "CASA") o grazie al mantenimento dei contatti con gli amici e i compagni di scuola attraverso i mezzi tecnologici e la didattica a distanza. Comprensibilmente, al termine "ISOLAMENTO" risultano associati lemmi negativamente connotati che potrebbero rappresentare le difficoltà provate dai ragazzi nel fronteggiare la situazione emergenziale (per esempio "SOLITUDINE", "DISAGIO EMOTIVO" e "NOIA").

[6] Dell'Orletta F., Venturi G., Cimino A., Montemagni S. (2014). T2K²: a System for Automatically Extracting and Organizing Knowledge from Texts. In Proceedings of 9th Edition of International Conference on Language Resources and Evaluation (LREC 2014), 26-31 May, Reykjavik, Iceland.

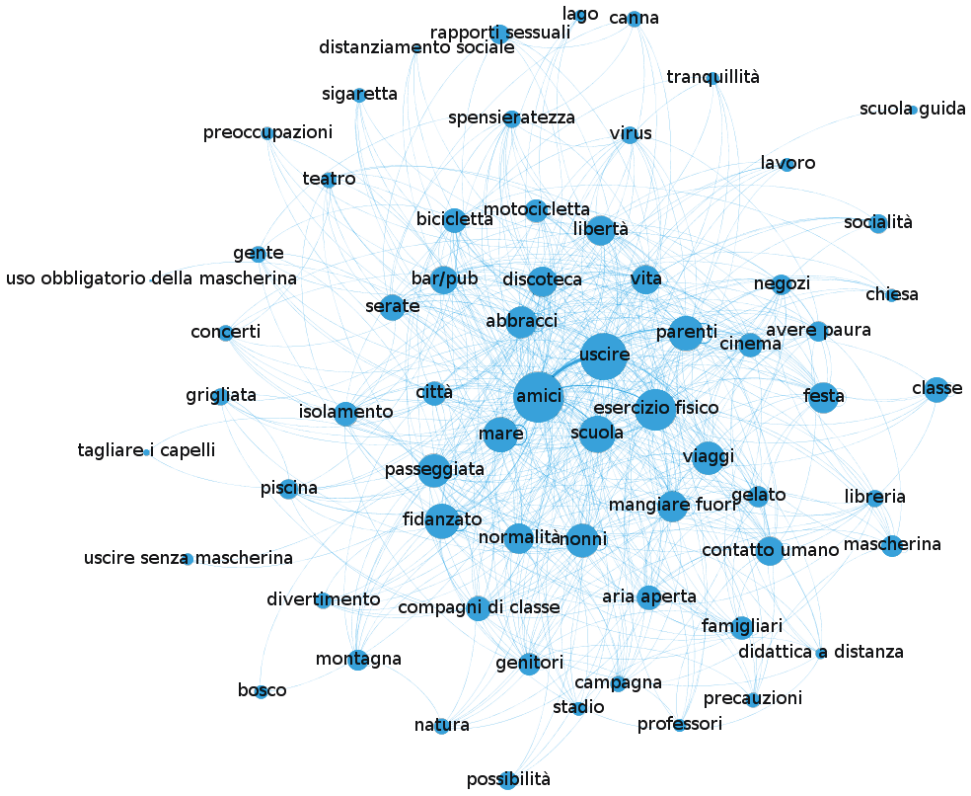
Figura 3.2.1: ***"Come stai vivendo questi giorni di autoisolamento?"*** **Grafo riferito alla semantica del termine** ***isolamento***

Fonte: IFC-CNR – Anno 2020

Il grafo relativo alle risposte alla domanda *"Cosa ti manca di più della tua vita prima dell'autoisolamento? Se potessi uscire in questo momento, cosa faresti?"* permette di osservare le entità semantiche collegate a ciò di cui i ragazzi hanno sentito maggiormente la mancanza e i principali collegamenti fra di esse.

I nodi più ampi, rappresentanti i lemmi maggiormente presenti all'interno delle risposte degli studenti, sono quelli legati alla semantica dell'"USCIRE" e degli "AMICI", fortemente collegati fra loro. Questo rimanda a un bisogno di interrompere l'isolamento e di ricongiungersi con i propri amici o i propri cari come delineato anche dalla presenza di parole legate alla sfera degli affetti come "FIDANZATO" e "NONNI" o legate alla vicinanza umana in generale, per esempio "ABBRACCI" e "CONTATTO UMANO". Emerge inoltre un sentimento di mancanza di libertà come testimoniato da lemmi come "ARIA APERTA", "VIAGGI", "PASSEGGIATA", "USCIRE"; di svago come "DISCOTECA", "TEATRO", "STADIO"; o di socialità come "GRIGLIATA", "SERATA", "MANGIARE FUORI". Infine, vi sono parole che fanno riferimento alla mancanza di "POSSIBILITÀ" e "NORMALITÀ", sia in termini di sensazioni quali "TRANQUILLITÀ" e "SPENSIERATEZZA" sia in termini di attività quotidiane come "TAGLIARE I CAPELLI", "SCUOLA GUIDA" o "USCIRE SENZA MASCHERINA".

Figura 3.2.2: "Cosa ti manca di più della tua vita prima dell'autoisolamento? Se potessi uscire in questo momento, cosa faresti?" Grafo riferito a tutti gli elementi semantici presenti nelle risposte



Fonte: IFC-CNR - Anno 2020

INTERNET

Il 98% degli studenti di 15-19 anni ha riferito di possedere un dispositivo atto a navigare su internet e di averlo utilizzato per connettersi. Considerando un normale giorno di scuola, il 47% è rimasto collegato mediamente più di 4 ore alla rete.

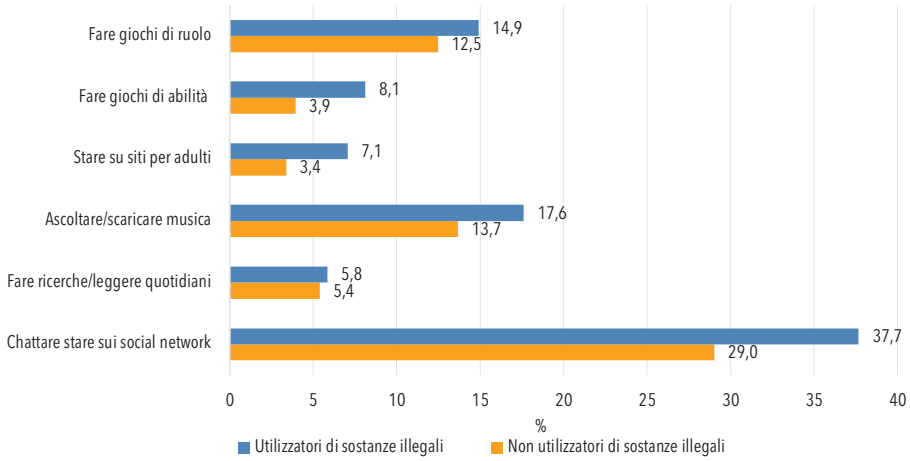
I *device* prevalentemente utilizzati sono lo *smartphone* (98%), il computer portatile o fisso (91%) e il *tablet* (57%). Il 53% ha riferito di possedere tutti e tre i dispositivi informatici.

Analizzando nello specifico gli studenti che hanno utilizzato almeno una sostanza illegale[7] nell'anno (21%) emerge che la quota di chi naviga in rete è perfettamente in linea con quella rilevata nel campione generale, tuttavia oltre la metà degli utilizzatori di sostanze (54%) rimane collegata per oltre le 4 ore quotidiane contro il 45% osservato fra i non consumatori e il 47% tra gli studenti nel loro complesso.

Nello specifico, le percentuali di studenti utilizzatori di sostanze risultano più che doppie per quanto riguarda navigare su siti per adulti e svolgere giochi di abilità come solitari e sudoku per oltre 4 ore.

[7] Almeno una sostanza fra cannabis, cocaina, eroina, allucinogeni, stimolanti, cannabis sintetica, inalanti, anabolizzanti e/o *Salvia Divinorum*

Figura 3.2.3 - Uso di sostanze psicoattive e attività su internet per oltre 4 ore al giorno



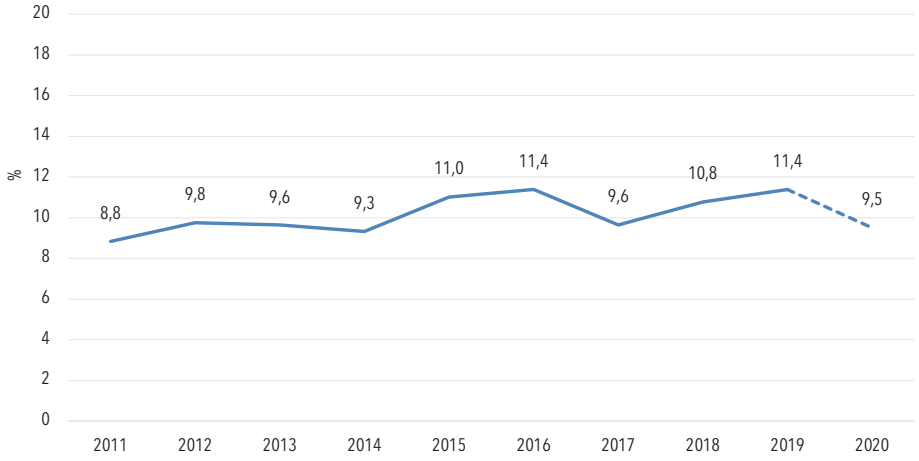
Fonte: IFC-CNR – Anno 2020

Gli studenti partecipanti allo studio ESPAD#iorestoacasa2020 hanno inoltre compilato lo *Short Problematic Internet Use Test – SPIUT*[8] un test di *screening* che fornisce informazioni sui comportamenti di utilizzo della rete, al fine di evidenziare un eventuale misuso.

Tra tutti gli studenti, la percentuale di coloro che mostrano maggiori fragilità è pari al 9,5%. Analizzando il *trend*, si evince che la percentuale è in crescita dal 2017, con un decremento nell'ultimo anno.

[8] Siciliano, V., Bastiani, L., Mezzasalma, L., Thanki, D., Curzio, O., Molinaro, S. (2015) Validation of a New Short Problematic Internet Use Test in a Nationally Representative Sample of Adolescents. Computers in Human Behavior.

Figura 3.2.4: Profilo di utilizzo di Internet "a rischio": *trend* percentuale



Fonte: IFC-CNR - Anni 2011 – 2020

Questa quota sale tra i consumatori di sostanze psicoattive: tra gli studenti che hanno utilizzato almeno una sostanza illegale nel corso dell'ultimo anno, la percentuale di chi ha un profilo di utilizzo di internet definibile "a rischio" equivale al 14%; fra i consumatori di cannabis si attesta al 13% e al 17% fra i consumatori di sostanze illegali eccetto la cannabis.

Le percentuali di chi presenta un profilo "a rischio" tra gli studenti che hanno abusato di bevande alcoliche nel corso dell'ultimo anno e/o hanno fatto *binge drinking* nel corso dell'ultimo mese, equivalgono rispettivamente al 13% e al 14%.

Tabella 3.2.1: Uso di sostanze psicoattive e profilo di rischio per l'utilizzo di internet

	Uso di Internet "a rischio" (%)
Fumare almeno una sigaretta al giorno	12,8
Essersi ubriacati nel corso dell'ultimo anno	12,7
Aver fatto *binge drinking* nell'ultimo mese	13,5
Aver utilizzato sostanze psicoattive illegali nell'ultimo anno	13,6
Aver utilizzato almeno una sostanza illegale eccetto la cannabis	13,1
Aver utilizzato cannabis nel corso dell'ultimo anno	17,1

Fonte: IFC-CNR – Anno 2020

CHALLENGE

Il 12% degli studenti italiani ha sentito parlare delle cosiddette "challenge", sfide e/o prove che bisogna affrontare per poter entrare a far parte di un gruppo o di una community, dimostrando di averle superate pubblicandole online, soprattutto le ragazze (M=9%; F=14%).

Per il 45% di chi è a conoscenza di questa tendenza, sono stati gli amici a parlarne, per il 41% alcuni conoscenti, per il 30% sconosciuti e per il 14% parenti/familiari.

Il 6% degli studenti conosce qualcuno che ha partecipato a delle "challenge". Sono, invece, quasi il 3% gli studenti ai quali è stato direttamente proposto di partecipare a una sfida/prova e, di questi, poco meno del 19% ha accettato (equivalenti allo 0,5% di tutti gli studenti). Per la maggior parte, le sfide sono state proposte da amici (49%), conoscenti (43%) e sconosciuti (26%)

Tra gli studenti che risultano avere una fragilità nell'utilizzo di internet, il 16% ha sentito parlare delle cosiddette "challenge", il 12% conosce qualcuno che vi ha partecipato e al 23% è stato proposto di parteciparvi.

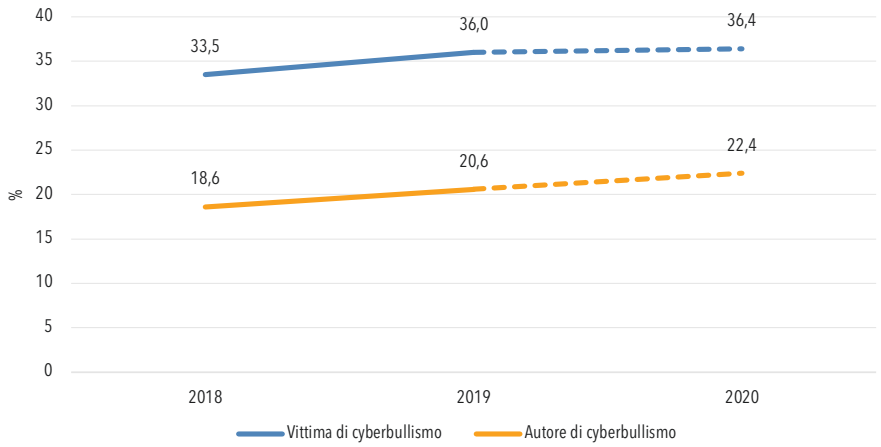
CYBERBULLISMO

Con il termine "*cyberbullismo*" si intente qualsiasi comportamento, praticato da individui singoli o gruppi mediante un supporto digitale, finalizzato a infliggere danno o disagio ad altri. Sono esempi di *cyberbullismo* l'inviare messaggi offensivi, minacciare o insultare sul *web* ed escludere le persone da *chat* o gruppi. Questo fenomeno ha riscosso particolare interesse negli ultimi anni e può essere particolarmente pericoloso: data la sua natura digitale può raggiungere la vittima in tutti i suoi contesti di vita mediante lo *smartphone* o i *social network*; inoltre gli insulti e gli scherni vengono esposti a un pubblico potenzialmente infinito e possono essere agiti anche da persone sconosciute.

Il 36% degli studenti riferisce di essere stato vittima di *cyberbullismo* senza grandi distinzioni di genere e il 22% di averne preso parte in prima persona (M=24%; F=21%). Nel corso del 2020, sono oltre un terzo gli studenti (34%) che riferiscono di essere stati vittime di *cyberbullismo,* senza differenze tra i generi e il 21% di esserne stato autore (M=24%; F=19%). Tra gli studenti che hanno dimostrato una maggior fragilità nell'utilizzo del *web* secondo lo SPIUT, le percentuali salgono al 59% per l'essere vittima e al 38% per l'aver preso parte a episodi di *cyberbullismo*.

L'analisi del *trend* nel triennio nella vita, rileva un aumento degli studenti che riferiscono di essere stati autori di *cyberbullismo* passando da 19% a 22% così come di esserne stati vittime, seppur in misura più contenuta.

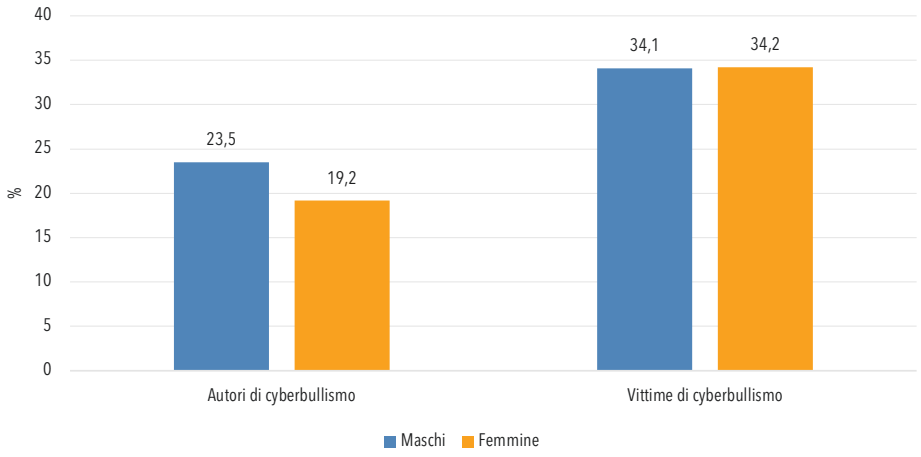
Figura 3.2.5: Autori e vittime di *cyberbullismo* nella vita nella popolazione studentesca: *trend* percentuale



Fonte: IFC-CNR - Anni 2018 – 2020

Nell'ultimo anno dello studio, se fra le vittime non si riscontrano particolari differenze di genere, sono soprattutto gli studenti di genere maschile a riferire di essere stati autori di episodi di cyberbullismo.

Figura 3.2.6: Autori e vittime di *cyberbullismo* per genere



Fonte: IFC-CNR - Anno 2020

Più nello specifico, quasi la metà degli studenti vittima di *cyberbullismo* riferisce di aver ricevuto messaggi o mail offensivi; il 48% ha ricevuto insulti su *chat* di gruppo; il 36,5% è stato escluso da gruppi online come *chat* o *forum* e il 36% è stato infastidito, minacciato o deriso. Come autori di tali atti sono stati indicati soprattutto i compagni di scuola (66%), seguiti da sconosciuti (34%), conoscenti (32%) e amici (26%).

La metà degli studenti autori di *cyberbullismo* riferisce di aver inviato insulti in *chat* di gruppo e una quota di poco inferiore di aver escluso qualcuno da un gruppo online. Il 34% ha invece inviato messaggi di testo o mail offensivi e il 25% ha inviato foto o video a insaputa della persona ripresa; quasi un quarto degli autori ha minacciato, infastidito o deriso qualcuno. Questi comportamenti sono stati praticati soprattutto in compagnia di compagni di scuola (52%) e amici (45%).

Analizzando il fenomeno del *cyberbullismo* in base al consumo di sostanze, è possibile osservare che la percentuale di adolescenti coinvolti è maggiore fra gli studenti utilizzatori. In particolare, il 30% degli studenti che si sono ubriacati nel corso degli ultimi 12 mesi ha riferito di aver preso parte a episodi *cyberbullismo*, così come riportato da circa un terzo di coloro che hanno fatto *binge drinking* e dal 41% di chi ha utilizzato sostanze psicoattive illegali.

Tra gli studenti che si sono ubriacati e/o che hanno fatto binge drinking, il 42% è stato vittima di *cyberbullismo*, mentre tra gli utilizzatori di sostanze illegali la percentuale raggiunge il 47% e, se si escludono i consumatori di cannabis, il 51%.

Tabella 3.2.2: Uso di sostanze psicoattive e coinvolgimento in atti di *cyberbullismo*

	Essere stato autore di *cyberbullismo* (%)	Essere stato vittima di *cyberbullismo* (%)
Fumare almeno una sigaretta al giorno	28,3	42,1
Essersi ubriacati nel corso dell'ultimo anno	28,9	41,7
Aver fatto *binge drinking* nell'ultimo mese	32,2	41,9
Aver utilizzato sostanze psicoattive illegali nell'ultimo anno	33,9	47,0
Aver utilizzato almeno una sostanza illegale eccetto la cannabis	40,6	50,7
Aver utilizzato cannabis nel corso dell'ultimo anno	34,4	46,9

Fonte: IFC-CNR - Anno 2020

Osservando nel dettaglio gli studenti utilizzatori di sostanze vittime di *cyberbullismo*, emerge che il 57% ha ricevuto messaggi di testo o mail offensivi; circa la metà ha ricevuto insulti in *chat* di gruppo mentre il 42% è stato minacciato, deriso o infastidito; il 34% è stato escluso da *chat* di gruppo e, circa un terzo, ha ricevuto insulti o minacce sui *social network*; il 23% ha ricevuto foto o video offensivi; all'insaputa del 23% delle vittime sono state inviate foto private su chat di gruppo e poco più di un quinto delle stesse afferma che siano stati fatti girare foto o video che le ritraevano, senza aver chiesto il loro consenso. Come autori di tali atti sono stati indicati soprattutto compagni di scuola (51%), sconosciuti (46%) e conoscenti (43%).

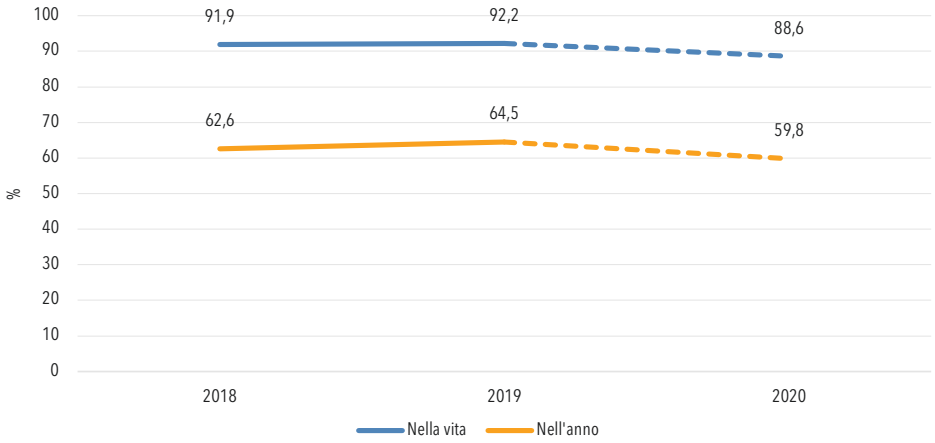
Il 57% degli studenti utilizzatori di sostanze psicoattive autori di *cyberbullismo* riferisce di aver inviato insulti nelle *chat* di gruppo; il 49% ha escluso qualcuno da *forum* o *chat* di gruppo; il 39% ha inviato messaggi di testo o mail offensive; il 31% ha minacciato deriso o infastidito qualcuno mentre il 29% ha inviato foto o video in *chat* di gruppo, a insaputa del protagonista. In percentuale minore, hanno riportato di aver insultato o minacciato qualcuno sui *social network* (23%), inviato foto e video sul *web* a insaputa del protagonista (20%) e inviato foto o video offensivi (16%). Questi comportamenti sono stati messi in atto soprattutto insieme a compagni di scuola (54%) e amici (40%).

GAMING

I videogiochi rappresentano un'attività molto comune fra gli adolescenti, spesso utilizzati come passatempo o, se praticati in gruppo, come occasione per socializzare. Tuttavia, quando il tempo speso a giocare diventa eccessivo, il comportamento può diventare problematico e associarsi a una compromissione del rendimento scolastico o all'uso di sostanze psicoattive fino a diventare esso stesso una forma di dipendenza.

Analizzando il *trend* di utilizzo di videogame, si nota che le percentuali sono rimaste sostanzialmente stabili dal 2018. Nel 2020, l'89% degli studenti ha riferito di aver giocato ai videogame (*gaming*) almeno una volta nella vita e il 60% nel corso dell'ultimo anno.

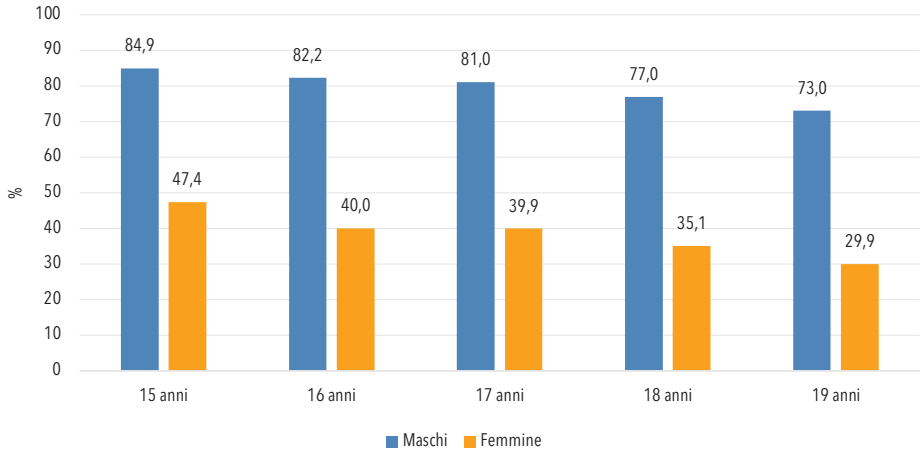
Figura 3.2.7: Uso di videogame nella vita e nell'ultimo anno: *trend* percentuale



Fonte: IFC-CNR - Anni 2018 -2020

Il *gaming* nel corso dell'anno è un comportamento che attrae maggiormente i ragazzi (M=80%; F=39%) e le fasce di età più basse, passando dal 68% dei 15enni al 52% dei 19enni.

Figura 3.2.8: Uso di videogame nell'ultimo anno per genere ed età



Fonte: IFC-CNR – Anno 2020

Tra gli studenti utilizzatori di sostanze psicoattive illegali, chi riferisce di aver giocato a videogame nel corso dell'ultimo anno è il 63% (contro il 59% osservato fra i non utilizzatori): tra questi il 41% riferisce di aver speso soldi per giocare su internet per acquistare e/o aggiornare videogame o per poter continuare a giocare (ad esempio comprare delle "vite" oppure passare a livelli successivi). Nello specifico: il 18% ha speso in media oltre 20 euro al mese, la medesima cifra è riferita dal 17% dei consumatori di cannabis e dal 22% dei consumatori di sostanze illegali esclusa cannabis.

Per quanto riguarda i consumatori di sostanze legali, tra chi si è ubriacato almeno una volta nell'ultimo anno la percentuale di chi ha giocato ai videogame è pari al 17%, al 14% fra chi ha fatto *binge drinking* nell'ultimo mese e al 13% fra chi ha fumato almeno una sigaretta al giorno.

Tabella 3.2.3: Uso di sostanze psicoattive e spesa per i videogame superiore a 20 euro

	Spendere oltre 20 euro al mese per i videogiochi (%)
Fumare almeno una sigaretta al giorno	13,1
Essersi ubriacati nel corso dell'ultimo anno	16,7
Aver fatto *binge drinking* nell'ultimo mese	14,2
Aver utilizzato sostanze psicoattive illegali nell'ultimo anno	18,3
Aver utilizzato almeno una sostanza illegale eccetto la cannabis	17,4
Aver utilizzato cannabis nel corso dell'ultimo anno	22,0

Fonte: IFC-CNR – Anno 2020

Analizzando il tempo medio trascorso nell'ultimo mese a giocare nei giorni extrascolastici, si rileva che l'11% degli studenti ha giocato per più di 4 ore, senza particolari differenze in relazione all'utilizzo di sostanze, le percentuali infatti oscillano fra il 9% e il 12%.

Tra tutti gli studenti giocatori negli ultimi 30 giorni, la percentuale di chi ha giocato in media per oltre 4 ore nei giorni di scuola è pari a 3,4%: essi rappresentano il 3,1% di chi ha consumato sostanze illegali e percentuali analoghe si riscontrano tra chi ha consumato cannabis e tra coloro che hanno utilizzato sostanze illegali ad eccezione della cannabis.

Maggiormente diversificata la distribuzione tra chi ha invece utilizzato sostanze psicoattive legali: fra chi fuma giornalmente sigarette, la quota di chi ha giocato mediamente oltre 4 ore nei giorni di scuola sale infatti al 4,7% e fra chi ha fatto *binge drinking* al 5,8%.

Tabella 3.2.4: Uso di sostanze psicoattive e tempo di gioco superiore a 4 ore nei giorni di scuola e non

Giocare mediamente oltre 4 ore al giorno	Giorni di scuola (%)	Giorni non di scuola (%)
Fumare almeno una sigaretta al giorno	4,7	11,2
Essersi ubriacati nel corso dell'ultimo anno	2,2	8,9
Aver fatto *binge drinking* nell'ultimo mese	5,8	10,9
Aver utilizzato sostanze psicoattive illegali nell'ultimo anno	3,1	11,1
Aver utilizzato almeno una sostanza illegale eccetto la cannabis	6,7	11,9
Aver utilizzato cannabis nel corso dell'ultimo anno	2,8	10,9

Fonte: IFC-CNR - Anno 2020

Interessante è l'analisi delle sessioni di gioco continuative, ossia senza interruzioni: sono il 14% gli studenti che riferiscono di dedicare più di 2 ore a ogni sessione nei giorni di scuola e, nei giorni extrascolastici, la percentuale aumenta al 30%.

Tra chi fatto binge drinking nell'ultimo mese le quote di giocatori, sia per i giorni scolastici sia per quelli non scolastici, risultano pari rispettivamente a 16% e 32%, percentuali sostanzialmente sovrapponibili a quelle rilevate tra chi ha utilizzato cannabis nel corso dell'ultimo anno (18% e 32%).

Tabella 3.2.5: Uso di sostanze psicoattive e sessione di gioco per oltre 2 ore consecutive nei giorni di scuola e non

Oltre 2 ore di gioco senza interruzioni	Giorni di scuola (%)	Giorni non di scuola (%)
Fumare almeno una sigaretta al giorno	12,8	26,4
Essersi ubriacati nel corso dell'ultimo anno	12,5	26,9
Aver fatto *binge drinking* nell'ultimo mese	15,7	32,3
Aver utilizzato sostanze psicoattive illegali nell'ultimo anno	14,4	29,2
Aver utilizzato almeno una sostanza illegale eccetto la cannabis	13,7	28,3
Aver utilizzato cannabis nel corso dell'ultimo anno	17,8	31,8

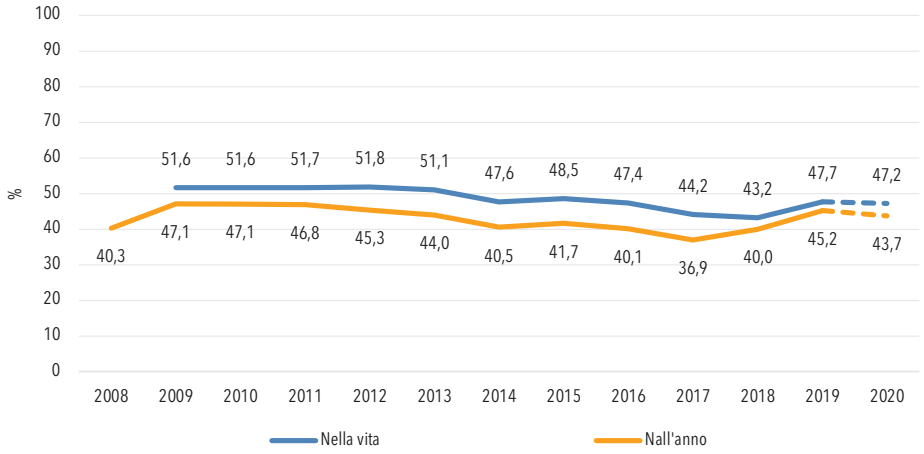
Fonte: IFC-CNR - Anno 2020

GIOCO D'AZZARDO

Per gioco d'azzardo si intende una scommessa di denaro su di un determinato evento il cui esito dipende interamente dal caso. Possono dunque essere considerati giochi d'azzardo i giochi con le carte, come poker e black jack, i giochi da casinò, le New slot machine, il Bingo, le lotterie (Lotto, Superenalotto, Gratta&Vinci) e le scommesse sportive. Questi giochi possono essere praticati in luoghi fisici come bar, tabaccherie, sale gioco e casinò (gioco onsite) oppure tramite la rete internet (gioco online).

L'analisi del *trend* delle prevalenze nella vita oscilla fra il 52% e il 43%, mentre quelle riferite all'anno risultano comprese fra il 47% e il 40%. In particolare, le percentuali riferite ai 12 mesi, dopo una flessione osservata tra il 2015 e il 2017, sono tornate a salire fino al 2019. Nello studio del 2020 la prevalenze restano sostanzialmente stabili.

Figura 3.2.9: Gioco d'azzardo nella vita e nell'ultimo anno: *trend* percentuale

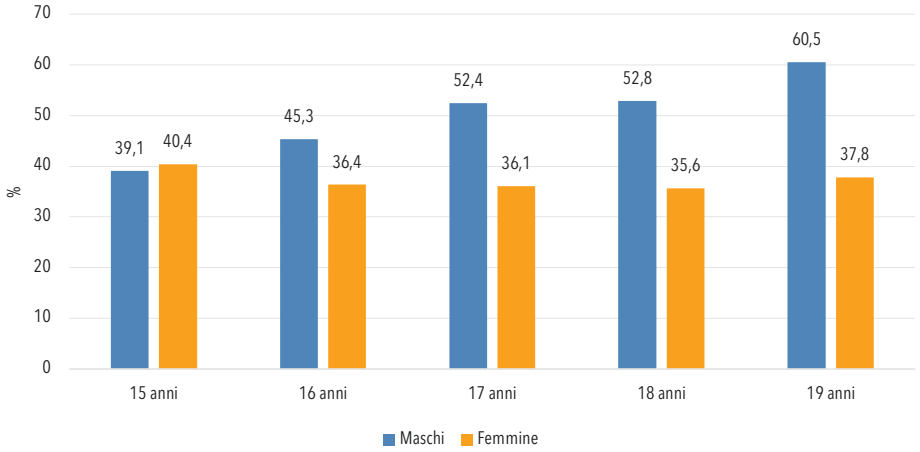


Fonte: IFC-CNR - Anni 2008 - 2020

Fra gli studenti di 15-19 anni, la percentuale di coloro che hanno giocato d'azzardo nel corso degli ultimi 12 mesi è pari al 44% (M=59%; F=42%) e chi ha giocato online rappresenta l'8,2% (M=13%; F=3,2%).

In particolare, la percentuale di ragazzi che giocano d'azzardo tende ad aumentare all'aumentare dell'età passando dal 39% fra i 15enni al 61% fra i 19enni, a fronte del decremento registrato tra le ragazze (dal 40% al 38%).

Figura 3.2.10: Gioco d'azzardo nell'ultimo anno per genere ed età



Fonte: IFC-CNR – Anno 2020

Tra tutti i giocatori d'azzardo nell'ultimo anno, il 26% ha utilizzato almeno una sostanza illegale.

Focalizzando l'attenzione sugli studenti utilizzatori di almeno una sostanza illegale, nel corso del 2020, il 55% ha riferito di aver giocato d'azzardo con percentuali maggiori fra i ragazzi (M=62%; F=47%) e il 14% ha giocato d'azzardo online.

Percentuali analoghe si osservano fra coloro che hanno consumato soltanto cannabis, mentre fra chi ha consumato altre sostanze illegali, il 63% ha giocato d'azzardo e il 21% lo ha fatto online.

Sia il gioco in generale sia quello online risultano maggiormente diffusi quindi tra gli studenti utilizzatori di sostanze psicoattive, indipendentemente che queste siano legali o illegali.

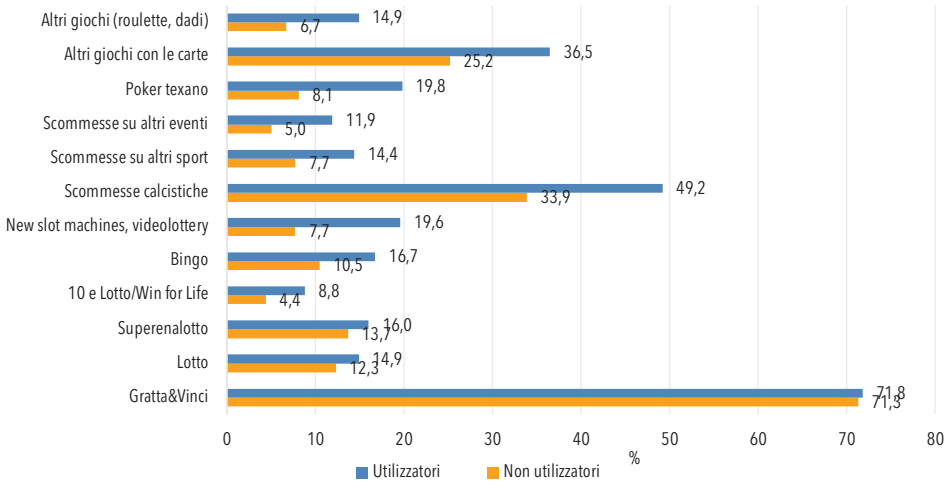
Tabella 3.2.6: Uso di sostanze psicoattive e gioco d'azzardo

	Gioco d'azzardo (%)	Gioco d'azzardo online (%)
Fumare almeno una sigaretta al giorno	54,5	11,7
Essersi ubriacati nel corso dell'ultimo anno	54,9	12,8
Aver fatto *binge drinking* nell'ultimo mese	57,7	14,5
Aver utilizzato sostanze psicoattive illegali nell'ultimo anno	55,3	14,1
Aver utilizzato almeno una sostanza illegale eccetto la cannabis	62,6	20,6
Aver utilizzato cannabis nel corso dell'ultimo anno	55,1	14,2

Fonte: IFC-CNR – Anno 2020

Mettendo a confronto gli studenti giocatori che hanno anche utilizzato almeno una sostanza illegale nell'ultimo anno e i giocatori non utilizzatori, per i primi si osservano percentuali maggiori in riferimento a tutte le tipologie di gioco analizzate nel questionario; in particolare, il rapporto utilizzatori/non utilizzatori risulta pari a circa 2,5 sia per New slot machines e videolottery, così come per Poker texano e scommesse su eventi non sportivi; risulta pari a 2,2 per giochi come roulette, dadi e pari a 2 per le lotterie istantanee come 10 e Lotto e Win for Life.

Figura 3.2.11: Uso di sostanze psicoattive e gioco d'azzardo



Fonte: IFC-CNR - Anno 2020

Un ulteriore elemento che contraddistingue gli studenti utilizzatori di sostanze è il numero di giochi praticati nell'anno: l'89% ha giocato a più di una tipologia di giochi (contro il 51% degli studenti non utilizzatori) e, nello specifico, il 17% ha giocato ad almeno 5 giochi differenti (contro il 7,0%).

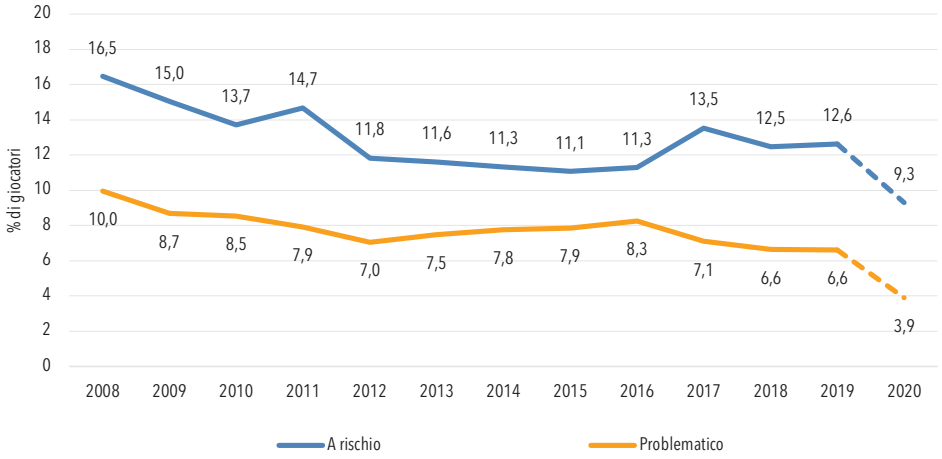
Il questionario ESPAD®Italia include un test di *screening* validato a livello italiano per rilevare il grado di problematicità del comportamento di gioco, il *South Oaks Gambling Screen, Revised for Adolescents* (SOGS – RA)[9].

Considerando tutti gli studenti giocatori, quelli con profilo "a rischio" e "problematico" corrispondono rispettivamente al 9,3% e al 3,8%. Per entrambe le tipologie di profilo, le percentuali risultano più elevate fra i giocatori di genere maschile ("a rischio": M=12%; F=4,9%; "problematici": M=5,5%; F=1,5%).

Il *trend* dei profili di gioco evidenzia una generale diminuzione degli studenti con profilo "a rischio" (dal 17% nel 2008 al 9,3% nel 2020) e "problematico" (dal 10% al 3,9%).

9 Colasante E, Gori M, Bastiani L, Scalese M, Siciliano V, Molinaro S. (2014). Italian adolescent gambling behaviour: Psychometric evaluation of the South Oaks gambling screen—revised for adolescents (SOGS-RA) among a sample of Italian students. *Journal of Gambling Studies*, 30(4):789-801.

Figura 3.2.12: Profili di rischio per il gioco d'azzardo: *trend* percentuale



Fonte: IFC-CNR – Anno 2008 - 2020

Fra gli utilizzatori di almeno una sostanza illegale, il 12% presenta un profilo di gioco definibile "a rischio" mentre l'8,1% è definibile "problematico"; tra coloro che hanno consumato sostanze illegali, eccetto la cannabis, le percentuali salgono rispettivamente al 16% e al 13%.

Tra gli studenti che hanno riferito di essersi ubriacati nel corso dell'anno, la percentuale di coloro che hanno un profilo di gioco "a rischio" equivale al 12% e quella di chi ha un profilo "problematico" all'8,0%; tra gli studenti che hanno fatto *binge drinking*, le percentuali sono rispettivamente il 15% e il 7,4%.

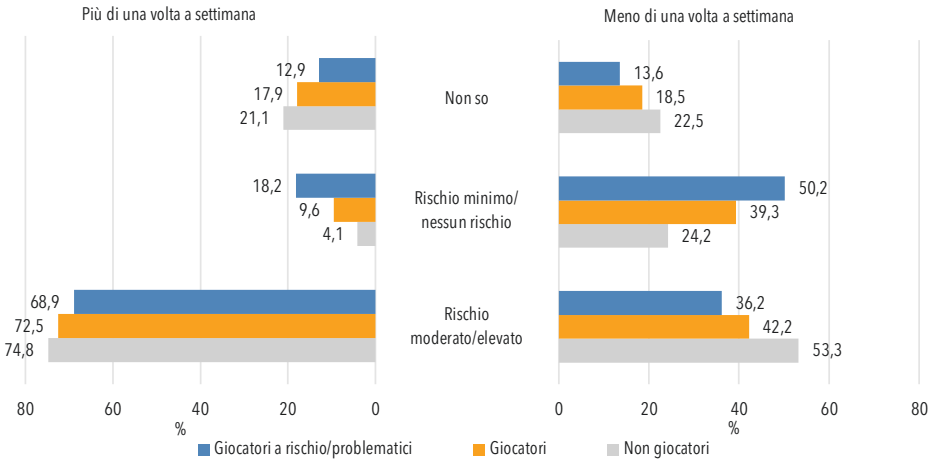
Tabella 3.2.7: Uso di sostanze psicoattive e profili di rischio di gioco d'azzardo

	Profilo di gioco d'azzardo "a rischio" (%)	Profilo di gioco d'azzardo "problematico" (%)
Fumare almeno una sigaretta al giorno	12,0	8,0
Essersi ubriacati nel corso dell'ultimo anno	11,9	7,5
Aver fatto *binge drinking* nell'ultimo mese	14,7	7,4
Aver utilizzato sostanze psicoattive illegali nell'ultimo anno	12,4	8,1
Aver utilizzato almeno una sostanza illegale eccetto la cannabis	15,7	12,8
Aver utilizzato cannabis nel corso dell'ultimo anno	13,0	8,6

Fonte: IFC-CNR – Anno 2020

Per quanto riguarda le opinioni relative al gioco d'azzardo, il 48% degli studenti di 15-19 anni ritiene che giocare meno di una volta la settimana sia molto rischioso e la percentuale sale al 74% riferendosi al gioco ripetuto più volte nello stesso periodo. I giocatori con profilo di gioco "a rischio" o "problematico" riferiscono una minore percezione del rischio riguardo sia al gioco occasionale sia più frequente, mentre sono in percentuale maggiore gli studenti non giocatori a non avere una opinione al riguardo.

Figura 3.2.13 Percezione del rischio associato alla frequenza di gioco per tipologia di giocatore



Fonte: IFC-CNR – Anni 2020

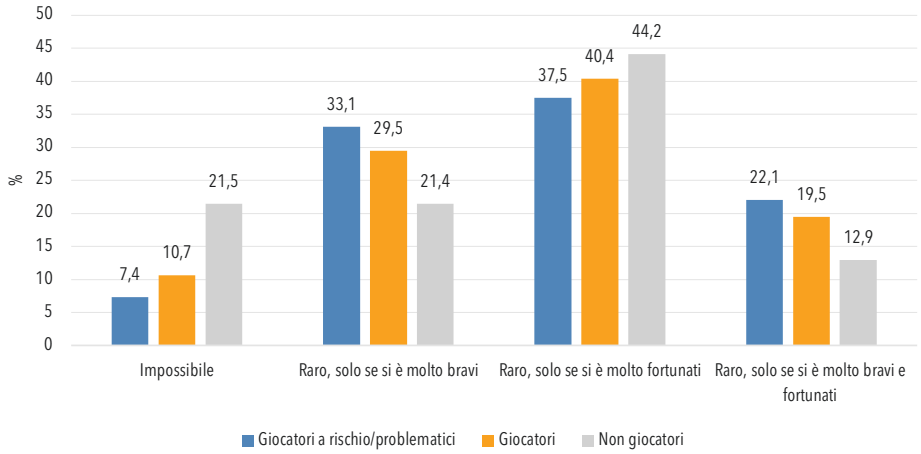
Rispetto alle false credenze legate al gioco d'azzardo, i giochi come il Poker texano vengono indicati dal 79% degli studenti come quelli nei quali conta l'abilità del giocatore, seguono le scommesse sportive come il Totocalcio e il Totogol (46%), altri giochi che si fanno nei casinò (31%) e le scommesse su altri eventi (29%). Ci sono anche quote non indifferenti di studenti che ritengono conti l'abilità anche in giochi quali il Bingo (14%), le New slot machines e le videolottery (13%) e le lotterie istantanee come i Gratta&Vinci (7,5%).

Tra i giocatori che hanno un profilo di gioco "a rischio" o "problematico" le abilità sono maggiormente riconosciute nelle scommesse sportive (73%) e su altri eventi (41%).

Anche la credenza di potersi arricchire attraverso il gioco d'azzardo risulta diffusa: un quarto degli studenti pensa che sia possibile se il giocatore è bravo, il 42% se è fortunato e il 16% se è sia bravo, sia fortunato. Il 17% invece ritiene non ci si possa arricchire con il gioco.

Suddividendo il campione tra non giocatori, giocatori nell'anno e giocatori con profilo di gioco "a rischio" o "problematico" tra i primi si osservano quote superiori di chi ritiene impossibile arricchirsi o lo sia solo per fortuna e, tra gli ultimi, quelle per cui sia la bravura del giocatore, esclusiva o abbinata alla fortuna, a determinare la possibilità di arricchirsi attraverso il gioco.

Figura 3.2.14 "C'è qualcuno che riesce a diventare ricco giocando d'azzardo?": risposte per tipologia di giocatore



Fonte: IFC-CNR – Anni 2020

3.3 Misura dei consumi di sostanze psicoattive mediante analisi delle acque reflue

Fonte: Istituto di Ricerche Farmacologiche Mario Negri IRCCS, Milano

La stima dei consumi di sostanze psicoattive attraverso l'analisi delle acque reflue è una metodologia sviluppata dall'Istituto di Ricerche Farmacologiche Mario Negri nel 2005 che ha riscosso un grande interesse internazionale a livello sia scientifico sia degli addetti ai lavori.

Questa metodologia si colloca come metodo complementare ai metodi tradizionali di ricerca epidemiologica basati sugli studi di popolazione: mentre i metodi epidemiologici forniscono informazioni sugli utilizzatori (quanti utilizzatori, in quali fasce di età, con quali caratteristiche e quali pattern di utilizzo), questa metodica basata sull'analisi dei residui di sostanze misurati nelle acque reflue permette di stimare quali e quante sostanze vengono complessivamente consumate da tutta la popolazione afferente al depuratore oggetto di monitoraggio.

In Italia il progetto "ACQUE REFLUE" ha sviluppato una rete di rilevamento nazionale, costituita dalle principali città italiane (capoluoghi di regione e/o aree metropolitane) e da altre città, minori ma significative per peculiarità territoriali e sociali. Le città selezionate (complessivamente 34 centri urbani) sono equamente distribuite nelle 20 regioni italiane e coprono tutto il territorio nazionale, questo consente di ottenere dati qualitativi e quantitativi di utilizzo delle sostanze psicoattive nel territorio italiano. Lo scopo è quello di monitorare i *trend* di consumo delle sostanze psicoattive "maggiori" (cocaina, amfetamina, ecstasy, metamfetamina, eroina e cannabis), identificare la presenza di nuove sostanze psicoattive (NSP) (in particolare oppioidi sintetici, inclusi i fentanili, catinoni sintetici, cannabinoidi sintetici e fenetilamine) e valutare la loro diffusione sul territorio. Il razionale del metodo risiede nel fatto che una sostanza psicoattiva, dopo essere stata consumata, viene in parte escreta come tale o come metaboliti con le urine del consumatore. Le urine, assieme alle acque fognarie, raggiungono i depuratori urbani dove vengono campionate e i residui delle sostanze psicoattive vengono misurati. Le concentrazioni ottenute consentono di risalire al consumo cumulativo di sostanze psicoattive da parte della popolazione servita dal depuratore.

A questo scopo in ciascun depuratore è stata organizzata una settimana di campionamento, durante la quale sono stati prelevati sette campioni giornalieri di acque reflue. Si tratta di campioni "compositi" rappresentativi delle 24 ore di acque reflue non trattate, in ingresso al depuratore, che riflettono quindi i consumi di sostanze nella giornata da parte della popolazione.

I campioni di acque reflue vengono analizzati mediante tecniche di spettrometria di massa in tandem per identificare e misurare le concentrazioni dei "residui target", ossia dei metaboliti e sostanze parentali delle sostanze psicoattive maggiori e NSP selezionate. Le concentrazioni dei residui target nei campioni di acque reflue delle 24 ore (ng/l), vengono moltiplicate per la portata del depuratore (m3 di acqua/giorno), ottenendo i carichi, ossia i grammi di residui delle varie sostanze stupefacenti e dei loro metaboliti che sono convogliati al depuratore e che sono considerate escrete giornalmente dalla popolazione. I carichi dei residui target così ottenuti sono successivamente moltiplicati per i rispettivi fattori di correzione, che tengono conto della percentuale di escrezione metabolica e del rapporto di massa residuo/sostanza parentale, fornendo così una misura dei consumi giornalieri delle diverse sostanze da parte della popolazione afferente al depuratore.

Una volta ottenuti i grammi delle sostanze consumati collettivamente dalla popolazione, è possibile estrapolare a quante dosi consumate corrispondano i quantitativi misurati. Mentre il calcolo che ha portato alla stima dei quantitativi totali utilizzati dalla popolazione si basa su riscontri oggettivi (concentrazioni nelle acque e portate del depuratore) e dati scientifici pubblicati (percentuale media di escrezione nelle urine dei residui target dopo assunzione di una dose di droga), il successivo calcolo si basa invece su stime presuntive, come la "dimensione di una dose" (da quanti mg di sostanza pura è composta) e la "via di somministrazione" preferita (che può essere varia). Utilizzando le dosi medie e le vie di somministrazione principali è comunque possibile stimare il numero di dosi delle varie sostanze utilizzate dalla popolazione studiata. Dividendo poi le dosi/giorno per il numero di abitanti serviti da ciascun depuratore è possibile normalizzare i dati, esprimendoli ad esempio, in dosi/giorno/1000 abitanti e rendendo così confrontabili i risultati ottenuti in diverse città con popolazioni numericamente differenti.

Complessivamente hanno aderito allo studio 33 città in cui sono stati raccolti 231 campioni e in ciascuno analizzate e quantificate 73 differenti sostanze psicoattive.

I derivati della cannabis si confermano le sostanze maggiormente consumate. Con quantitativi di sostanza rilevati molto variabili nelle diverse città studiate, con una media di 46,76 dosi/1000 abitanti/giorno ed estremi dalle 18 dosi/1000 abitanti/giorno di Campobasso fino alle 103 dosi/1000 abitanti/giorno di Cagliari e Trieste (Tabella 3.2.1).

La seconda sostanza maggiormente diffusa in Italia risulta essere la cocaina. Anche in questo caso è stata osservata una notevole variabilità, con una media nazionale di 9,51 dosi/1000 abitanti/giorno ed estremi da poco più di 2 dosi/1000 abitanti/giorno a Belluno e Gorizia fino alle 17 dosi/1000 abitanti/giorno di Roma, Fidenza e Montichiari e alle quasi 20 dosi/1000 abitanti/giorno di Pescara.

Relativamente alla diffusione dell'eroina, con un dato medio di 2,25 dosi/1000 abitanti/giorno, è stato notato un cluster di consumi elevati in particolare nel centro Italia, con consumi superiori a 4 dosi/1000 abitanti/giorno ad Ancona e Terni e superiori a 5 dosi/1000 abitanti/giorno a Perugia e L'Aquila.

Molto più ridotti, quantitativamente, sono risultati i consumi di metamfetamina, con una media di 0,13 dosi/1000 abitanti/giorno a livello nazionale e consumi più elevati solo nelle grandi città, in particolare Roma (1,24 dosi/1000 abitanti/giorno), Milano, Bologna e Firenze (rispettivamente 0,47, 0,32 e 0,26 dosi/1000 abitanti/giorno). Ancora minori sono risultati i consumi di ecstasy (MDMA) con una media di 0,06 dosi/1000 abitanti/giorno, un massimo registrato a Trieste (0,30 dosi/1000 abitanti/giorno) e valori prossimi allo zero in numerose altre città.

Uno studio simile (progetto AQUADRUGS) era stato condotto in precedenza negli anni 2011-2013. È quindi possibile, pur con le ovvie limitazioni (8 anni di lasso temporale e solo 17 città studiate contro le attuali 33) verificare l'andamento temporale del consumo di queste sostanze in Italia. Pur con queste limitazioni si osserva

che i consumi che sono maggiormente mutati nel corso di questi anni in Italia sono stati il consumo di cocaina, che è aumentato da 7,2±2 dosi/1000 abitanti giorno del 2013 alle attuali 9,5±4.9 dosi/1000 abitanti/giorno, con un aumento quindi di circa il 30% e quello di eroina che è diminuito dalle 2,8±1,2 dosi/1000 abitanti/giorno alle attuali 2,25±1,64 dosi/1000 abitanti/giorno, con una riduzione di circa il 20%. THC (cannabis) e altre sostanze, come metamfetamina e ecstasy non sembrano invece avere subito mutamenti rilevanti, mantenendo livelli invariati.

Tabella 3.3.1 - Numero medio giornaliero di dosi consumate ogni 1.000 abitanti nelle città in esame

		Numero dosi/giorno/1.000 persone						
		Cocaina	Amfetamina	Metamfetamina	Ecstasy	THC	Eroina	Metadone
Capoluoghi di Regione	Ancona	11,0	0,0	0,09	0,00	49,4	4,0	0,5
	Aosta	3,6	0,0	0,02	0,01	43,6	2,9	1,9
	Bari	13,6	0,0	0,09	0,01	32,0	1,0	1,0
	Bologna	12,6	0,1	0,32	0,08	72,5	3,4	2,4
	Cagliari	13,6	0,0	0,17	0,05	103,0	3,8	2,0
	Campobasso	3,4	0,0	0,02	0,01	18,0	3,8	1,2
	Firenze	11,6	0,0	0,26	0,06	39,3	3,9	3,1
	Genova	4,2	0,0	0,03	0,03	26,4	0,8	1,2
	L'Aquila	6,9	0,0	0,04	0,02	33,6	5,6	1,0
	Milano	10,0	0,0	0,47	0,10	41,6	0,2	0,5
	Napoli	8,1	0,0	0,04	0,03	20,6	0,0	1,5
	Palermo	5,0	0,0	0,06	0,01	28,0	0,3	1,2
	Perugia	9,3	0,0	0,14	0,03	24,7	5,0	1,1
	Potenza	4,4	0,0	0,04	0,03	25,5	0,7	1,8
	Roma	17,4	0,0	1,24	0,05	72,1	2,8	1,7
	Torino	9,1	0,0	0,13	0,05	66,3	2,8	1,6
	Trento	8,1	0,0	0,02	0,05	86,0	3,3	2,3
	Trieste	6,1	0,0	0,03	0,30	103,0	3,5	8,6
	Venezia	15,7	0,0	0,12	0,13	50,4	3,1	2,6
Altre Città	Belluno	2,1	0,0	0,01	0,00	46,1	1,6	0,3
	Cuneo	5,0	0,0	0,18	0,06	31,9	0,5	1,2
	Fidenza	17,7	0,0	0,04	0,00	58,9	1,9	0,8
	Gorizia	2,5	0,0	0,11	0,06	45,2	2,7	1,2
	Latina	9,0	0,0	0,19	0,27	31,7	0,4	0,6
	Lucca	8,7	0,0	0,03	0,14	37,4	0,8	1,4
	Merano	15,7	0,7	0,01	0,29	75,9	4,4	1,4
	Montichiari	17,2	0,0	0,02	0,00	39,8	1,2	2,0
	Nuoro	6,3	0,0	0,00	0,00	63,0	0,4	0,6
	Pescara	19,6	0,0	0,04	0,04	58,1	2,8	1,3
	Terni	13,4	0,0	0,06	0,02	42,1	4,3	3,1
	Trani	10,2	0,0	0,13	0,01	27,7	0,2	0,9
	Trapani	6,9	0,0	0,04	0,01	21,0	0,0	0,5
	Verona	6,1	0,0	0,05	0,02	28,2	2,1	0,7
Media		9,51	0,02	0,13	0,06	46,76	2,25	1,62
Deviazione standard		4,86	0,12	0,23	0,08	22,81	1,64	1,45

Fonte dei dati: Istituto di Ricerche Farmacologiche Mario Negri – IRCCS

Nel novero delle NSP, come descritto, sono state selezionate e analizzate complessivamente 43 sostanze del gruppo delle fenetilamine, catinoni sintetici, triptamine, arilcicloesamine, derivati dell'aminorex e cannabinoidi sintetici, più tre ketamine (Tabella 3.2.2). Tra tutte quelle analizzate, le sostanze identificate sono le seguenti:

- Fenetilamine: PMMA (para-metossi-N-metil-amfetamina).
- Catinoni: 4-MEC (4-metiletcatinone), mefedrone, metcatinone, metilone, 3-MMC (3-metilmetcatinone).
- Triptamine: 5-MeO-DMT (5-metossi-dimetiltriptamina), N,N-DMT (N,N-dimetiltriptamina).
- Ketamine: ketamina e i suoi metaboliti norketamina e deidronorketamina.

I livelli di NSP risultano comparabili a quelli di metamfetamina ed ecstasy (alcuni mg/1000 abitanti/giorno). Le più frequentemente identificate e più abbondanti sono ketamina (4,26 mg/1000 abitanti/giorno), metcatinone e N,N-DMT (N,Ndimetiltriptamina) che sono stati identificati in quasi tutte le città monitorate e 3-MMC (3-metilmetcatinone), identificato soprattutto nelle grandi città e con aumenti nel weekend.

Tabella 3.3.2 - NSP, Ketamine e Fentanili identificati nelle acque reflue. Carichi espressi in mg/1000 abitanti/giorno

Classe	Sostanza	N° città positive	Carichi (mg/1000 ab/giorno) - Limiti**
Fenetilamine	PMMA	2/33	nd-0,13
Catinoni sintetici	4-MEC	1/33	nd-3,43
	Mefedrone	2/33	nd-0,95
	Metcatinone	33/33	nd-0,63
	Metilone	2/33	nd-0,61
	3-MMC	15/33	nd-3,78
Triptamine	5-MeO-DMT	18/33	nd-0,46
	N,N-DMT	32/33	nd-1,10
Ketamine	Ketamina	33/33	4,26 ± 8,88 (media±SD)
Fentanili	Fentanil	29/33	nd-0,079
	Norfentanil	19/33	nd-0,254

* Vengono riportati solo i valori positivi
** nd=non determinabile (<LOD)

Fonte dei dati: Istituto di Ricerche Farmacologiche Mario Negri – IRCCS

Sono più di 30 le NSP analizzate ma sono poche quelle identificate, è necessario tuttavia considerare che nello studio precedente, effettuato nel 2013, l'unica NSP identificata (oltre alla ketamina) era il mefedrone che veniva trovato solo in 3 città sulle 17 investigate. La comparsa delle altre NSP rappresenta quindi una novità, segno di un mercato che si sta espandendo e che va quindi attentamente monitorato. Per quanto riguarda la ketamina, pur con le limitazioni precedentemente elencate, è possibile confrontare direttamente i livelli attuali a quelli del 2013, evidenziando così un aumento dei livelli nelle acque reflue da 2,92 ± 2,51 mg/1000 abitanti/giorno del 2013 agli attuali 4,26 ± 8,88 mg/1000 abitanti/giorno.

I fentanili pur facendo parte del gruppo delle NSP sono stati trattati individualmente data la loro pericolosità. Nel complesso sono stati selezionati e analizzati 20 fentanili e metaboliti. Il fentanil o fentanyl (che ha un utilizzo anche farmacologico) e il suo metabolita norfentanil sono stati identificati in quasi tutte le città monitorate. Tutti gli altri fentanili o metaboliti sono stati analizzati ma non trovati.

Bisogna osservare che questi risultati "negativi" trovano riscontro anche in altri studi simili condotti recentemente in Europa. In complesso i dati sembrano indicare che i fentanili siano ancora utilizzati in Italia e in EU in misura probabilmente molto ridotta e in maniera occasionale, diversamente da quanto si è osservato negli Stati Uniti negli ultimi anni.

PAGINA BIANCA

CAPITOLO 4

ATTIVITÀ DI PREVENZIONE

4.1 PREVENZIONE DELL'INCIDENTALITÀ STRADALE DROGA-CORRELATA

Fonte: Ministero dell'Interno - Dipartimento della Pubblica Sicurezza - Servizio Polizia Stradale

L'accordo di collaborazione interistituzionale, sottoscritto nel 2016 con il Dipartimento della Pubblica Sicurezza-Polizia Stradale, Comando Generale dell'Arma dei Carabinieri e Comando Generale della Guardia di Finanza, ha portato all'introduzione di nuove misure organizzative per l'ottimizzazione dell'attività di accertamento dell'assunzione di sostanze stupefacenti e dello stato di alterazione, mediante l'impiego di laboratori dedicati, medici e sanitari della Polizia di Stato, e la sperimentazione di nuove modalità di prelievo dei liquidi biologici direttamente sulla strada e al momento del controllo da parte della Polizia Stradale. L'utilizzo di queste modalità permette di superare le difficoltà legate alla verifica dell'assunzione delle sostanze stupefacenti e all'accertamento dello stato di alterazione, attività che presuppongono l'esecuzione di esami specifici.

Il protocollo operativo relativo all'accertamento dell'assunzione di sostanze psicoattive (Art. 186 e 187 del Codice della Strada – CdS) è basato sull'effettuazione, direttamente su strada, di alcoltest e di test di *screening* sulla saliva e, in caso di positività, sul successivo prelievo di campioni salivari per l'esecuzione delle analisi di laboratorio presso il Centro Ricerche di Laboratorio e Tossicologia Forense della Polizia di Stato di Roma.

La campagna straordinaria di controllo sulle condizioni psicofisiche dei conducenti di veicoli, condotta con l'impiego congiunto della Polizia Stradale e dei medici e personale sanitario della Polizia di Stato, è stata avviata nel 2016 in 36 province italiane e nel 2020 ha interessato 56 province.

Tuttavia, in ragione dell'impiego straordinario di operatori, sanitari e medici della Polizia di Stato determinato nell'arco di tutto il 2020 dall'emergenza Covid-19, i servizi sono stati effettuati solo nei primi due mesi dell'anno (11 gennaio – 1 marzo 2020). Nel corso di tali servizi sono stati effettuati 167 posti di controllo, con l'impiego di 841 operatori della Polizia di Stato e 218 tra medici e personale sanitario della Polizia di Stato.

Nel 2020, durante le attività di prevenzione alla guida in stato di ebbrezza e/o di alterazione psicofisica per uso di sostanze stupefacenti sono stati controllati 5.557 veicoli e 6.503 persone, 247 delle quali sono state denunciate a piede libero.

Le violazioni per guida in condizioni psicofisiche alterate complessivamente contestate sono state 445: 418 per Art. 186 del CdS (Guida in stato di ebbrezza alcolica), di cui 26 riferite a minori di 21 anni e neopatentati e 27 per Art. 187 (Guida in stato di alterazione psicofisica per uso di sostanze stupefacenti), di cui 7 per il rifiuto di sottoporsi ad accertamenti. I conducenti sanzionati per guida in condizioni psicofisiche alterate sia da alcol sia da sostanze stupefacenti sono stati 55.

Le attività di controllo svolte nel 2020 hanno portato al ritiro di 429 patenti e al sequestro di 81,25 grammi di cannabinoidi.

Tabella 4.1.1 - Numero di violazioni contestate durante le attività di prevenzione all'incidentalità stradale notturna e patenti ritirate per guida in stato di alterazione psicofisica

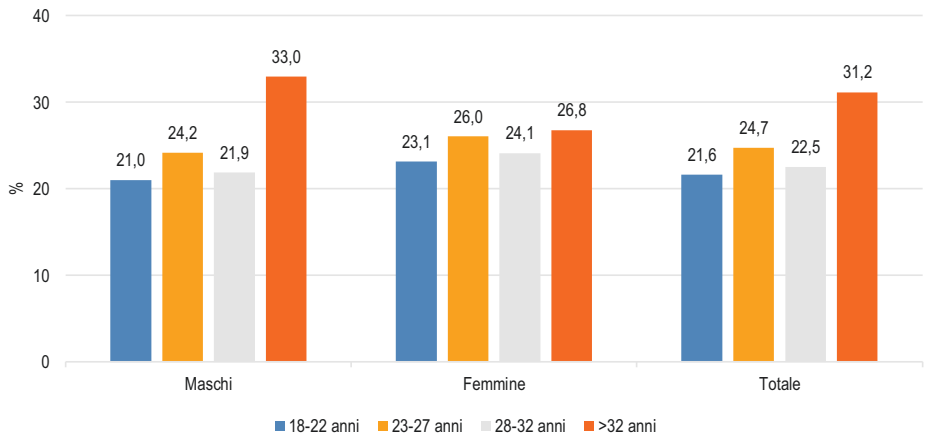
CdS Titolo V - Norme di comportamento		N. violazioni contestate		N. patenti ritirate
		Totale	di cui commesse da minori di 21 anni e neopatentati	
Art. 186 CdS – Guida in stato di ebbrezza alcolica	Art. 186/2*	395	17	381
	Art. 186 bis, co. 1 e 2**	19	9	
	Art. 186/7 (rifiuto)	4		3
Art. 187 CdS – Guida in stato di alterazione psicofisica per uso di sostanze stupefacenti	Art. 187/1	20		5
	Art. 187/8 (rifiuto)	7		3
	Art. 187/5 (ritiro cautelare)	---		20
Art. 186 e 187	Art. 186 + Art.187	55 conducenti		

* comprensivo delle violazioni (tasso alcolemico > 0,5 g/l) commesse da uno dei conducenti indicati nell'art. 186 bis CdS.
** violazioni per tasso alcolemico fino a 0,5 g/l

Fonte: Ministero dell'Interno - Anno 2020

Nel 2020 i conducenti controllati con precursori alcoltest sono stati 5.697, il 71% dei quali di genere maschile e per quasi un terzo di età superiore ai 32 anni.

Figura 4.1.1 - Distribuzione percentuale per genere e classe di età dei conducenti sottoposti a controlli con precursori alcoltest

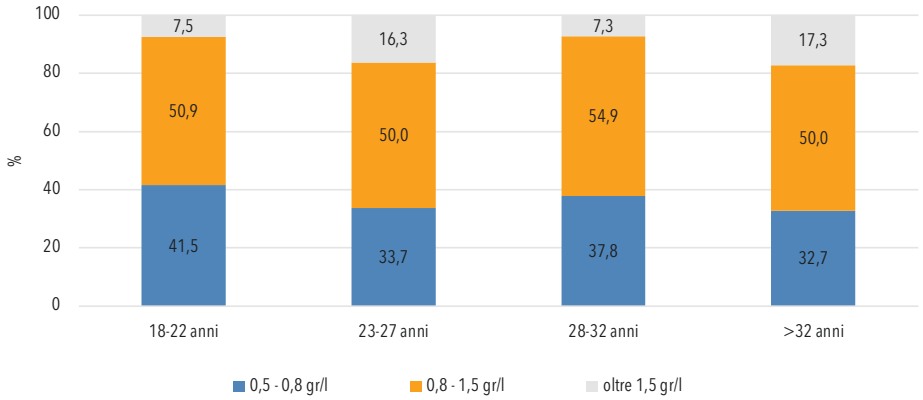


Fonte: Ministero dell'Interno - Anno 2020

Per i 395 conducenti risultati positivi alla verifica con etilometro (tasso alcolemico superiore a 0,5 g/l), pari al 6,9% del totale dei controllati, è scattato il ritiro della patente di guida per la successiva sospensione. Per ulteriori 19 conducenti, rientranti tra le categorie per i quali vige il divieto assoluto di assumere bevande alcoliche prima di mettersi alla guida di un veicolo (neopatentati, minori di 21 anni e conducenti professionali), il controllo all'alcoltest ha rilevato un tasso alcolemico compreso tra 0,1 e 0,5 g/l e, pertanto, sono stati sanzionati amministrativamente ai sensi dell'Art. 186 bis del CdS.

Nel complesso, al 35% dei conducenti risultati positivi all'alcoltest è stato rilevato un valore alcolemico compreso tra 0,5 e 0,8 gr/l (M=35%; F=37%), al 51% tra 0,8 e 1,5 gr/l (M=53%; F=44%) e al restante 14% superiore a 1,5 gr/l (M=12%; F=19%): tra questi ultimi la maggior parte ha un'età superiore a 32 anni.

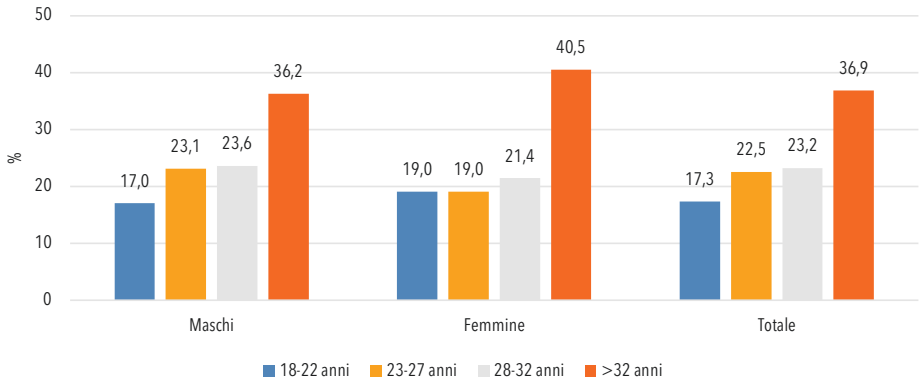
Figura 4.1.2 - Distribuzione percentuale per classe di età e tasso alcolemico dei conducenti risultati positivi all'alcoltest



Fonte: Ministero dell'Interno - Anno 2020

Dei 5.697 i conducenti controllati, 271 (M=85%), pari al 4,8% del totale, sono stati sottoposti a un esame comportamentale, da parte del personale sanitario della Polizia di Stato, per valutare lo stato psicofisico e all'effettuazione del *test di screening* sulla saliva, per verificare la presenza di sostanze stupefacenti.

Figura 4.1.3 - Distribuzione percentuale per genere e classe di età dei conducenti controllati con precursori salivari

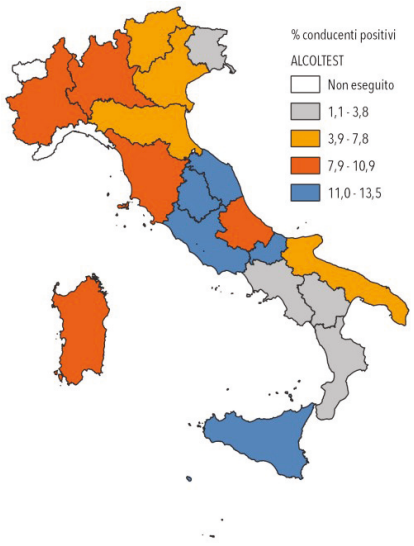


Fonte: Ministero dell'Interno - Anno 2020

Dei 271 conducenti sottoposti al test di *screening* salivare, 81 sono risultati positivi ad almeno una sostanza stupefacente, pari al 30% delle persone sottoposte a verifica di assunzione di sostanze stupefacenti e all'1,4% dei conducenti complessivamente controllati. Per i conducenti risultati positivi, oltre all'immediato ritiro cautelativo della patente, si è proceduto su strada a ulteriori prelievi di campioni salivari per gli esami di laboratorio (secondo livello): la positività ad almeno una sostanza psicoattiva è stata confermata per 63 conducenti, pari al 78% di quelli risultati positivi al test di *screening* su strada e all'1,1% del totale dei conducenti controllati.

Nel 2020 la maggior parte dei controlli con precursori alcoltest è stata eseguita nelle regioni settentrionali (46%), poco più in quelle meridionali e insulari (35%) e il restante quasi 20% in quelle dell'Italia Centrale. Tra coloro che hanno eseguito l'alcoltest, il 6,9% è risultato positivo: le percentuali più elevate sono state rilevate nelle regioni dell'Itala centrale (Umbria, Marche e Lazio), in Molise, Sicilia e Piemonte.

Figura 4.1.4 - Valori assoluti e percentuali per regione dei conducenti controllati e risultati positivi ai precursori alcoltest durante le attività di prevenzione all'incidentalità stradale notturna

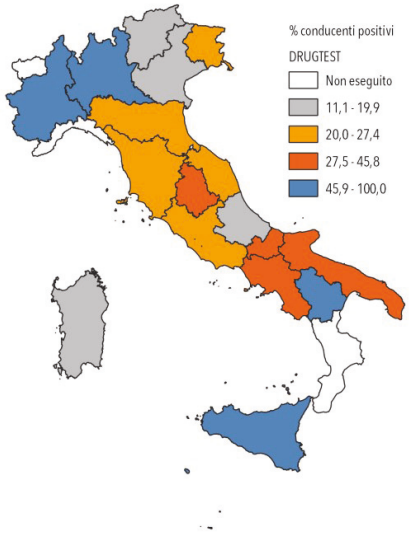


	Conducenti sottoposti ad alcoltest		
	N. controllati	N. positivi	% positivi
Piemonte	144	15	10,4
Valle d'Aosta	-	-	-
Lombardia	560	44	7,9
Liguria	-	-	-
Nord-occidentale	*704*	*59*	*8,4*
Trentino Alto Adige	200	10	5,0
Veneto	840	48	5,7
Friuli Venezia Giulia	298	10	3,4
Emilia Romagna	575	23	4,0
Nord-orientale	*1.913*	*91*	*4,8*
Toscana	326	29	8,9
Umbria	136	17	12,5
Marche	520	68	13,1
Lazio	136	15	11,0
Centrale	*1.118*	*129*	*11,5*
Abruzzo	343	27	7,9
Molise	37	5	13,5
Campania	286	9	3,1
Puglia	367	16	4,4
Basilicata	82	1	1,2
Calabria	274	3	1,1
Meridionale	*1.389*	*61*	*4,4*
Sicilia	209	23	11,0
Sardegna	364	32	8,8
Insulare	*573*	*55*	*9,6*
ITALIA	**5.697**	**395**	**6,9**

Fonte: Ministero dell'Interno - Anno 2020

Il 43,7% dei controlli con *screening* salivare per verificare la presenza di sostanze stupefacenti sono stati svolti nelle regioni settentrionali, il 35,6% in quelle meridionali-insulari e il restante 20,7% in quelle dell'Italia centrale.

Figura 4.1.5 - Valori assoluti e percentuali per regione dei conducenti controllati e risultati positivi ai precursori drugtest durante le attività di prevenzione all'incidentalità stradale notturna

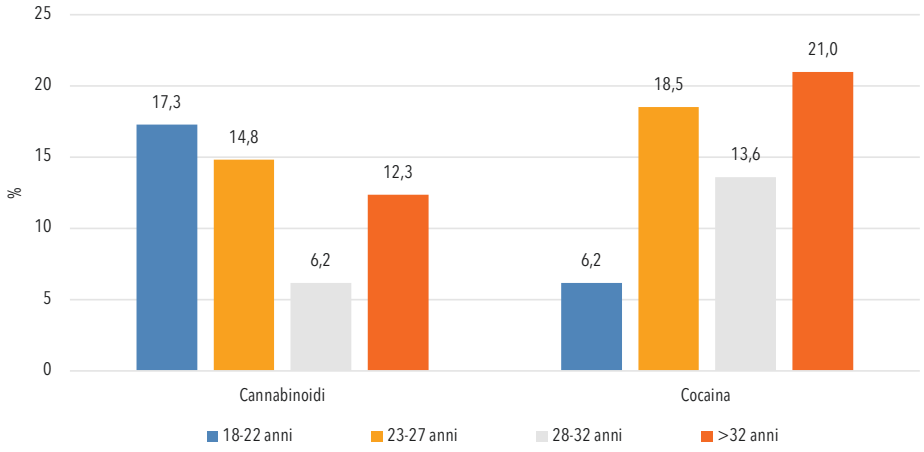


	Conducenti sottoposti a drugtest		
	N. controllati	N. positivi	% positivi
Piemonte	10	6	60,0
Valle d'Aosta	-	-	-
Lombardia	34	16	47,1
Liguria	-	-	-
Nord-occidentale	*44*	*22*	*50,0*
Trentino Alto Adige	9	1	11,1
Veneto	22	4	18,2
Friuli Venezia Giulia	9	2	22,2
Emilia Romagna	34	7	20,6
Nord-orientale	*74*	*14*	*18,9*
Toscana	20	5	25,0
Umbria	12	4	33,3
Marche	12	3	25,0
Lazio	12	3	25,0
Centrale	*56*	*15*	*26,8*
Abruzzo	22	4	18,2
Molise	5	2	40,0
Campania	11	5	45,5
Puglia	19	8	42,1
Basilicata	1	1	100,0
Calabria	---	---	---
Meridionale	*58*	*20*	*34,5*
Sicilia	12	7	58,3
Sardegna	27	3	11,1
Insulare	*39*	*10*	*25,6*
ITALIA	**271**	**81**	**29,9**

Fonte: Ministero dell'Interno - Anno 2020

I controlli hanno evidenziato la cocaina quale sostanza maggiormente assunta, accertata in 48 conducenti (pari al 59% dei conducenti risultati positivi al test salivare), soprattutto di età superiore ai 32 anni, seguita dai cannabinoidi, rilevati in 41 conducenti, in questo caso soprattutto giovani di età compresa tra 18 e 27 anni; le persone risultate positive alle amfetamine sono state 3 e 1 agli oppiacei.

Figura 4.1.6 - Distribuzione percentuale per classe di età dei conducenti risultati positivi ai controlli con precursori salivari per sostanza stupefacente rilevata



Fonte: Ministero dell'Interno - Anno 2020

Tabella 4.1.2 - Valori assoluti per genere e classe di età dei conducenti controllati e risultati positivi ai precursori alcoltest e a quelli salivari

		N. conducenti				
Maschi		**18-22 anni**	**23-27 anni**	**28-32 anni**	**>32 anni**	**Totale**
Alcol	Conducenti controllati	850	978	884	1.333	4.045
Tasso alcolemico accertato	0,5 - 0,8 gr/l	17	28	23	44	112
	0,8 - 1,5 gr/l	22	41	40	67	170
	>1,5 gr/l	3	9	5	23	40
Sostanze stupefacenti	Conducenti controllati	39	53	54	83	229
Positività rilevate ad almeno una sostanza stupefacente	Cocaina	4	11	10	15	40
	Cannabinoidi	12	11	5	9	37
	Amfetamine	0	2	0	0	2
	Oppiacei	0	0	0	1	1
Femmine		**18-22 anni**	**23-27 anni**	**28-32 anni**	**>32 anni**	**Totale**
Alcol	Conducenti controllati	382	430	398	442	1.652
Tasso alcolemico accertato	0,5 - 0,8 gr/l	5	5	8	9	27
	0,8 - 1,5 gr/l	5	8	5	14	32
	>1,5 gr/l	1	7	1	5	14
Sostanze stupefacenti	Conducenti controllati	8	8	9	17	42
Positività rilevate ad almeno una sostanza stupefacente	Cocaina	1	4	1	2	8
	Cannabinoidi	2	1	0	1	4
	Amfetamine	0	0	0	1	1
	Oppiacei	0	0	0	0	0

Fonte: Ministero dell'Interno - Anno 2020

Nel corso dell'anno 2020, sebbene con soli due servizi effettuati nei primi mesi dell'anno, è proseguita la sperimentazione del modello operativo avviato nel 2019 che consente l'esecuzione degli accertamenti analitici di secondo livello direttamente su strada, a bordo di camper attrezzati come ufficio sanitario e laboratorio mobile.

Essi consentono di eseguire al momento del controllo, nell'arco di pochi minuti, gli accertamenti di secondo livello sui campioni di saliva prelevati e, conseguentemente di procedere immediatamente alla contestazione dell'Art. 187 CdS senza attendere l'esito di ulteriori esami.

Allo scopo di rafforzare le azioni di prevenzione e di contrasto dell'incidentalità stradale causata dall'uso di sostanze stupefacenti e dall'abuso di alcol, a luglio del 2020 è stato sottoscritto con il Dipartimento della Pubblica Sicurezza-Polizia Stradale un nuovo accordo di collaborazione, denominato "Strade Sicure 2020", con i seguenti obiettivi:

- incrementare l'impiego dei laboratori mobili per l'effettuazione di esami di secondo livello direttamente su strada, nel rispetto del vigente quadro normativo;
- realizzare un laboratorio di tossicologia forense della Polizia di Stato per supportare le attività di quello esistente per le esigenze connesse ai controlli effettuati nel nord Italia;
- affiancare all'attività di controllo una campagna di prevenzione presso le scuole secondarie di secondo grado per sensibilizzare i giovani conducenti sui rischi connessi al guida in condizioni psicofisiche alterate dall'assunzione di alcol e droga.

4.2 INTERVENTI DI PREVENZIONE

Fonte: Gruppo tecnico interregionale Dipendenze costituito presso la Commissione Salute della Conferenza delle Regioni e delle Province Autonome. Elaborazioni Consiglio Nazionale delle Ricerche - Istituto di Fisiologia Clinica

Il presente contributo ha l'obiettivo di fornire una panoramica degli interventi di prevenzione ambientale, universale, selettiva e indicata e si basa sulle informazioni raccolte dai questionari standardizzati predisposti *dall'European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction* – EMCDDA, adattati al contesto italiano e compilati dai referenti per le dipendenze di Regioni e Province Autonome[10].

L'attuazione degli interventi di prevenzione prevede il coinvolgimento di molteplici organi istituzionali, dal Dipartimento Politiche Antidroga alle Regioni/Province Autonome, alle Aziende Sanitarie Locali, ai Servizi pubblici per le Dipendenze e alle organizzazioni del Privato Sociale i quali, sulla base delle loro diverse responsabilità e competenze, operano con livelli di pianificazione e operatività differenti.

PREVENZIONE AMBIENTALE E UNIVERSALE

L'intento prioritario della prevenzione ambientale è quello di attuare attività, azioni e interventi che abbiano la finalità di limitare l'adozione di comportamenti a rischio rispetto all'uso di sostanze psicoattive, attraverso la modifica dei fattori ambientali che esercitano notoriamente un'influenza su tali scelte. Se gli approcci tradizionali alla prevenzione sono focalizzati principalmente su sensibilizzazione e informazione riguardo ai rischi correlati all'uso, la prevenzione ambientale mira ad attuare azioni volte a modificare o influenzare l'ambiente fisico, le condizioni di comunità, le istituzioni, le strutture e le politiche in cui le decisioni vengono definite e adottate. Questa prospettiva tiene in considerazione il fatto che le persone non entrano in contatto con le sostanze esclusivamente sulla base delle loro caratteristiche personali, quanto sul fatto che sono influenzate da un insieme complesso di fattori caratterizzanti l'ambiente circostante, come ad esempio ciò che viene considerato normale, previsto o accettato nelle comunità in cui vivono, le norme o regolamenti applicati a livello nazionale/regionale e/o locale, il clima e l'ambiente di apprendimento, i messaggi pubblicitari ai quali sono esposti e la disponibilità di alcol, tabacco e droghe illecite. I progetti di prevenzione ambientale sono rivolti, quindi, alla collettività locale, come quelli realizzati per regolamentare la somministrazione/vendita di alcolici o per ristrutturare quartieri e sobborghi, al fine di prevenire e limitare i comportamenti devianti, antisociali e/o criminali.

[10] Le Regioni/PA rispondenti sono state: Abruzzo, Basilicata, Campania, Emilia Romagna, Friuli Venezia Giulia, Lazio, Liguria, Lombardia, Marche, Molise, PA Bolzano, PA Trento, Piemonte, Puglia, Sicilia, Toscana, Umbria, Valle d'Aosta, Veneto.

Per quanto riguarda la prevenzione universale, questa si riferisce invece alla messa in atto di azioni capaci di diffondersi a un target più esteso al fine di sensibilizzare la popolazione generale su temi quali, ad esempio, il consumo di sostanze psicoattive e il gioco d'azzardo, promuovere la salute e stili di vita sani.

I progetti di prevenzione ambientale riportati delle Regioni/PA rispondenti perseguono l'obiettivo generale di rafforzare la rete *welfare* e quella inter-istituzionale e inter-organizzativa per la promozione di *empowerment* individuale e collettivo (Lombardia, Marche, Piemonte). Le azioni messe in atto in tale ambito mirano al coinvolgimento diretto della comunità locale e alla creazione di spazi comuni cittadini, a migliorare l'ambiente strutturale, a riqualificare e rigenerare quartieri e aree urbane svantaggiati (Marche e Piemonte) e a creare un attivo sistema di assistenza e prossimità (Piemonte) per promuovere e favorire l'adozione di stili di vita sani e il miglioramento della qualità di vita della comunità locale.

La maggior parte dei progetti di prevenzione ambientale/universale perseguono l'obiettivo generale di promuovere stili di vita sani e la messa in atto di comportamenti protettivi (Abruzzo, Emilia Romagna, Friuli Venezia Giulia, Lombardia, Marche, PA Bolzano, PA Trento, Piemonte, Umbria e Valle d'Aosta), di prevenire i comportamenti a rischio come l'uso di sostanze psicoattive (Abruzzo, Basilicata, Emilia Romagna, Friuli Venezia Giulia, Liguria, Lombardia, PA Trento, Piemonte, Toscana e Umbria), l'uso smodato di internet e dei dispositivi digitali (Abruzzo, Basilicata, Emilia Romagna, Marche, Piemonte e Puglia), il gioco d'azzardo (Abruzzo, Emilia Romagna, Lombardia, Piemonte, Puglia, Toscana e Veneto), il consumo di alcol associato alla guida di veicoli (Piemonte), i comportamenti sessuali a rischio (Friuli Venezia Giulia), le malattie infettive e sessualmente trasmissibili (Liguria e Piemonte), la violenza di genere (Piemonte), il bullismo e il *cyberbullismo* (Emilia Romagna e Lombardia).

Specificatamente in relazione al consumo di sostanze psicoattive, in molte regioni sono attivi progetti di prevenzione che mirano a intercettare precocemente il consumo di sostanze psicoattive (Basilicata, Liguria e Piemonte) e i comportamenti che tendono a normalizzare i consumi e i comportamenti a rischio giovanili (Emilia Romagna), a prevenire le patologie cardiocircolatorie alcol e tabacco correlate (Piemonte) e la guida sotto effetto di alcol (Piemonte e Puglia), ad aumentare negli adolescenti le capacità critiche decisionali (Marche, Puglia, Lombardia e Piemonte) e, infine, a sviluppare un pensiero critico (Emilia Romagna e Lombardia).

Gran parte dei progetti di prevenzione ambientale/universale ha previsto il coinvolgimento della popolazione generale (Abruzzo, Basilicata, Emilia Romagna, Marche, Lombardia, PA Bolzano, Piemonte, Puglia, Toscana, Valle d'Aosta e Veneto), degli adolescente e dei giovani (Abruzzo, Basilicata, Emilia Romagna, Friuli Venezia Giulia, Liguria, Lombardia, Marche, PA Bolzano, PA Trento, Piemonte, Puglia, Toscana, Umbria, Valle d'Aosta e Veneto) e, infine, degli adulti di riferimento, in particolare genitori e insegnanti (Abruzzo, Basilicata, PA Bolzano, PA Trento, Piemonte, Puglia, Umbria e Veneto).

La maggior parte degli interventi sono stati effettuati all'interno delle scuole dell'infanzia e primarie (Marche, Liguria, Lombardia, PA Bolzano, PA Trento, Puglia), degli istituti scolastici secondari (Abruzzo, Basilicata, Emilia Romagna, Friuli Venezia Giulia, Liguria, Lombardia, Marche, PA Bolzano, PA Trento, Piemonte, Puglia, Toscana, Umbria, Sicilia, Valle d'Aosta e Veneto), delle comunità locali (Basilicata, Emilia Romagna, Lombardia, Marche, PA Bolzano e Piemonte), dei luoghi di aggregazione giovanile, come locali notturni, *coffee bar*, spazi pubblici, teatri, luoghi di lavoro, centri giovanili, palestre e parrocchie (Abruzzo, Liguria, Lombardia, Marche, PA Bolzano, Piemonte, Puglia, Umbria e Veneto).

In Piemonte, Puglia, Toscana e Umbria risultano attivati progetti che utilizzano tecnologie digitali, come APP, *social network* e piattaforme digitali, come modalità principale per contattare i target, principalmente giovanili, destinatari dei progetti stessi, mentre in Abruzzo, Emilia Romagna, Liguria, Lombardia, Piemonte e Umbria sono

state utilizzate metodologie di *peer education* al fine di promuovere comportamenti adattivi associati a stili di vita sani e acquisire capacità critiche.

Infine, nonostante il contesto emergenziale dovuto alla pandemia da COVID-19, molte regioni (Abruzzo, Emilia Romagna, Friuli Venezia Giulia, Lombardia, Marche, PA Bolzano, PA Trento, Piemonte, Puglia, Toscana, Umbria e Valle d'Aosta) hanno proseguito totalmente o in parte gli interventi previsti dai progetti mediante l'ausilio di piattaforme online (Abruzzo, Friuli Venezia Giulia, Marche, PA Bolzano, PA Trento, Puglia, Umbria, Toscana e Valle d'Aosta), *social network* (Marche, PA Bolzano e Puglia), *webinar* (Marche e Valle d'Aosta) e riorganizzando le attività nel rispetto delle norme anti COVID-19 (ad esempio, accessi regolati e programmati, colloqui a distanza e incontri effettuati in spazi aperti) (Friuli Venezia Giulia, Lombardia, Umbria e Marche).

Tabella 4.2.1 - Attività di prevenzione ambientale e universale svolte in ambito territoriale

	Progetti di prevenzione Ambientale/Universale		
	Attuati	Proseguimento delle attività durante la pandemia	Modalità adottate
Piemonte	X	Sì	
Valle d'Aosta	X	Sì	Utilizzo di piattaforme online, webinar, spettacoli teatrali in streaming
Liguria	X	I.n.d	
Lombardia	X	Sì	Azioni di rimodulazione, trasversali a vari programmi: Istituzione pagina web[11]; diffusione Newsletter[12]; ideazione e realizzazione di sussidi didattici[13]; attivazione di azioni di health literacy, empowerment con finalità preventive
PA Bolzano	X	Sì	Utilizzo di tecnologie digitali e di piattaforme social; newsletter e pagine web
PA Trento	X	Sì	
Veneto	X	No	
Friuli Venezia Giulia	X	Sì	Modalità on-line; utilizzo emittente televisiva locale
Emilia Romagna	X	Sì	
Toscana	X	Sì	
Umbria	X	Sì	Utilizzo di piattaforme online e aperture interventi di sostegno/consulenza psicologica
Marche	X	Sì	Incontri in spazi aperti; utilizzo di piattaforme online e social network; webinar; diffusione manuali [14]
Lazio	-	-	
Abruzzo	X	In parte	Attività in modalità on-line
Molise	-	-	
Campania	-	-	
Puglia	X	In parte	
Basilicata	X	I.n.d.	Attività in modalità on-line
Sicilia	X	I.n.d	

I.n.d: Informazione non disponibile ai referenti regionali

Fonte: Gruppo tecnico interregionale Dipendenze. Elaborazione IFC-CNR - Anno 2020

[11] Pagina contenente risorse e opportunità per promuovere il benessere fisico, sociale e psicologico, con particolare riferimento a Attività fisica, Cultura e intrattenimento (letture, teatro, musei ecc.), Supporto psicologico e gestione dello stress, Informazioni Coronavirus.
[12] Sono stati periodicamente messi a disposizione selezioni di documenti tecnici e risorse utili all'approfondimento delle tematiche Covid-correlate nel campo della Promozione della Salute e della prevenzione
[13] Sono state progettate ed editate specifiche "collane" relative ai programmi regionali promossi, con l'obiettivo di supportare lo sforzo che le diverse tipologie di destinatari specifici affrontano per proteggere la comunità
[14] Manuale per adolescenti in quarantena; Manuale di sopravvivenza per adolescenti nella fase 2; Vademecum per i ragazzi in quarantena; Manuale per come gestire lo stress; schede e presentazioni da utilizzare in classe.

PREVENZIONE SELETTIVA E INDICATA

I progetti di prevenzione selettiva rivolti a un target specifico, individuato sulla base di fattori ambientali, psicologici, sociali e biologici come potenzialmente a maggior rischio di consumo di sostanze psicoattive o di mettere in atto altri comportamenti pericolosi per la propria salute, risultano attivi nella maggior parte degli ambiti regionali e delle PA (Abruzzo, Basilicata, Emilia Romagna, Friuli Venezia Giulia, Lazio, Liguria, Lombardia, Marche, Piemonte, PA Bolzano, PA Trento, Puglia, Toscana, Umbria, Valle d'Aosta e Veneto), nella maggior parte dei casi proseguiti nonostante le limitazioni imposte dall'insorgere della pandemia da COVID-19.

La maggior parte dei progetti è intervenuta in luoghi di aggregazione e divertimento giovanili, soprattutto notturno, come discoteche o pub oppure in luoghi dedicati al tempo libero più in generale. Alcuni progetti, come quelli attivi in Liguria, Lombardia, Piemonte e nella PA di Bolzano, si sono focalizzati su quartieri degradati e su luoghi di spaccio e/o consumo di sostanze psicoattive. Tali luoghi sono stati scelti al fine di individuare precocemente gli utenti più fragili e a rischio con l'obiettivo principale di fornire loro un aggancio e un'eventuale presa in carico a livello multidisciplinare.

Numerosi risultano i progetti che hanno individuato come popolazione target gli adulti con violazione degli Art. 186 (Guida in stato di ebbrezza alcolica) e 187 (Guida sotto effetto di sostanze stupefacenti) del Codice della Strada (Abruzzo ed Emilia Romagna), gli adolescenti che hanno avuto episodi di abbandono scolastico (Liguria) e, soprattutto, i consumatori ricreativi di sostanze stupefacenti illegali (PA di Bolzano, Piemonte) o legali (Piemonte). Nello specifico, la regione Piemonte ha dedicato particolare interesse alle donne tossicodipendenti attraverso un progetto i cui principali obiettivi sono quelli di promuovere la salute psicofisica prevenendo l'insorgere di patologie sessualmente trasmissibili e l'overdose, favorire la presa in carico, la socializzazione e il supporto fra i pari e promuovere il cambiamento e l'acquisizione di competenze trasversali. Lo stesso vale per la popolazione straniera, alla quale è stato dedicato un progetto rivolto ai consumatori di sostanze psicoattive che, servendosi anche di mediatori culturali, si pone come scopo principale la presa in carico del soggetto e la promozione del cambiamento.

In misura minore risultano attivi progetti di prevenzione selettiva focalizzati sugli utenti dei Servizi per le Dipendenze (Piemonte e Puglia) e sui pazienti che accedono a strutture ospedaliere e Pronto Soccorso, con particolare attenzione alle persone provenienti da contesti di disagio al fine di individuare problematiche psicopatologiche non note (Emilia Romagna).

12 delle 19 Regioni/PA rispondenti (Abruzzo, Basilicata, Emilia Romagna, Liguria, Lombardia, Marche, Piemonte, PA Bolzano, PA Trento, Toscana, Umbria e Veneto) hanno affermato di aver svolto attività di prevenzione indicata, rivolgendosi a persone ad alto rischio e hanno generalmente l'obiettivo di evitare la cronicizzazione di problematiche già in atto o la riduzione del danno.

I principali target di questi progetti sono stati gli utilizzatori di sostanze psicoattive, sia legali come tabacco (Emilia Romagna), sia illegali. Riguardo queste ultime, i progetti si ponevano l'obiettivo di favorire la presa in carico dei soggetti consumatori di sostanze stupefacenti (Marche e Umbria) e di prevenire l'overdose o ulteriori problematiche sanitarie direttamente correlate al consumo (Emilia Romagna, Liguria, Lombardia, Piemonte e PA di Trento e Bolzano). Sempre in questo ambito sono state realizzate attività di prevenzione direttamente in strada (Emilia Romagna e PA di Bolzano) e interventi finalizzati al potenziamento delle risorse dei soggetti tossicodipendenti, favorendone anche il reinserimento lavorativo (Liguria e Umbria).

Altri target bersaglio dei progetti attivi sono gli adulti e i giovani con violazioni degli articoli 186 e 187 del Codice della Strada (Emilia Romagna, Piemonte), le persone affette da AIDS o HIV (Marche) e i residenti in quartieri degradati ed economicamente disagiati (Lombardia) con l'obiettivo di ridurre i conflitti e favorire la

socializzazione e la solidarietà. Infine la regione Emilia Romagna ha promosso attività rivolte alla popolazione anziana o con patologie con l'obbiettivo di salvaguardarne le loro autonomie personali.

I principali luoghi in cui sono stati attuati i sopracitati interventi sono stati gli istituti scolastici (Marche), i luoghi di divertimento e aggregazione giovanili (Emilia Romagna, Marche e PA di Bolzano), i servizi sanitari come ospedali o SerD (Abruzzo, Emilia Romagna, Piemonte e Umbria), i luoghi di consumo e/o di spaccio (Liguria) e i quartieri più degradati (Liguria, Lombardia e PA di Bolzano).

Per quanto riguarda gli interventi di prevenzione, sia selettiva sia indicata, quasi tutti i referenti regionali per le dipendenze hanno affermato che la maggior parte dei progetti implementati è stata portata avanti nonostante le restrizioni legate alla pandemia da COVID-19. In particolare, alcuni progetti rivolti a popolazioni particolarmente a rischio sono stati giudicati indifferibili e ne è stata permessa la prosecuzione anche nei periodi di maggiori restrizioni, sempre nel rispetto delle normative (Lombardia). Generalmente sono state apportate modifiche a livello organizzativo e di intervento. Nello specifico molti referenti regionali hanno riferito di aver svolto la maggior parte delle attività con modalità online, utilizzando piattaforme digitali, *Newsletter*, chat di ascolto, videochiamate e *webinar* mentre, quando necessario, sono state sviluppate apposite piattaforme realizzate *ad hoc* (Basilicata, Marche, Piemonte, Umbria, Valle d'Aosta, Veneto e PA di Bolzano). In altri casi sono state privilegiate le attività all'aperto o in piccoli gruppi, effettuate mediante l'utilizzo di dispositivi di protezione e materiali appositi come mascherine, guanti, etilometri usa e getta, ecc. (Puglia e Veneto). Per quanto riguarda le regioni Friuli Venezia Giulia, Toscana e Veneto sono stati previsti obiettivi aggiuntivi all'interno dei progetti stessi come la prevenzione degli assembramenti e la distribuzione di kit contenenti dispositivi di protezione e materiale informativo al fine di prevenire i contagi da Sars-Cov-2. All'interno dei progetti è stata talvolta prevista anche la conduzione di indagini conoscitive sull'impatto che la pandemia ha avuto sulla popolazione (Friuli Venezia Giulia).

Tabella 4.2.2 - Attività di prevenzione selettiva e indicata svolte in ambito territoriale

	Progetti di prevenzione		Proseguimento delle attività durante la pandemia
	Selettiva	Indicata	
Piemonte	x	x	Sì
Valle d'Aosta	x	-	-
Liguria	x	x	Sì
Lombardia	x	x	Sì
PA Bolzano	x	x	Sì
PA Trento	-	x	I. n. d.
Veneto	x	x	Sì
Friuli Venezia Giulia	x	-	Sì
Emilia Romagna	x	x	Sì
Toscana	x	x	Sì
Umbria	x	x	Sì
Marche	x	x	Sì
Lazio	x	-	Sì
Abruzzo	x	x	Sì
Molise	-	-	-
Campania	-	-	-
Puglia	x	-	Sì
Basilicata	x	x	-
Sicilia	-	-	-

I.n.d: Informazione non disponibile ai referenti regionali

Fonte: Gruppo tecnico interregionale Dipendenze. Elaborazione IFC-CNR - Anno 2020

4.3 INTERVENTI DI PREVENZIONE IN AMBITO SCOLASTICO

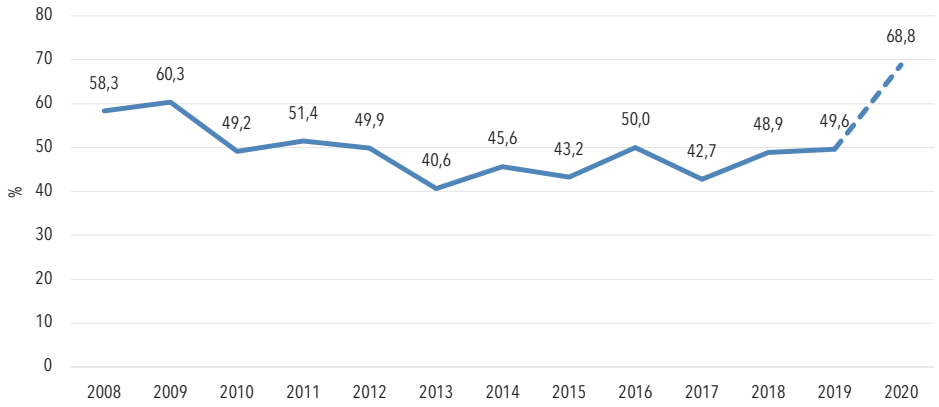
Fonte: Consiglio Nazionale delle Ricerche - Istituto di Fisiologia Clinica - Sezione di epidemiologia e ricerca sui servizi sanitari (IFC-CNR)

I dati riportati nel seguente paragrafo riguardano le attività di prevenzione sul consumo di sostanze psicoattive e comportamenti a rischio svolte negli istituti scolastici superiori partecipanti allo studio ESPAD#iorestoacasa2020, così come riportato dai dirigenti e/o referenti scolastici. Sono state inoltre prese in considerazione le informazioni emerse dalla compilazione del questionario ESPAD#iorestoacasa2020 da parte degli studenti tra i 15-19 anni coinvolti nello studio.

Il 98% dei dirigenti scolastici rispondenti riporta l'esistenza di un Piano sulla prevenzione in materia di alcol, tabacco, droghe, gioco d'azzardo e doping nella scuola che presiedono. Nel dettaglio, il 51% dei dirigenti riferisce la presenza di un piano specifico regionale, il 38% provinciale e il 28% locale.

L'esistenza di un regolamento che disciplini i comportamenti e i consumi di tabacco e alcol all'interno dell'istituto scolastico è riferito dal 96% dei dirigenti e il 69% prevede la realizzazione di giornate e/o attività di studio interamente dedicate alla prevenzione al consumo di sostanze psicoattive.

Figura 4.3.1 - Istituti scolastici che hanno previsto interventi di prevenzione dei consumi psicoattivi: *trend* percentuale



Fonte: IFC-CNR – ESPAD®Italia - Anni 2008-2020

Le attività di prevenzione all'interno degli ambiti scolastici sono condotte principalmente dalle Aziende Sanitarie Locali/Dipartimenti e Servizi per le Dipendenze (88%), dalle Forze dell'Ordine (71%) e dalle Associazioni (54,2%).

Se per il 79% degli istituti scolastici che nel 2020 non hanno previsto la realizzazione di progetti dedicati alla prevenzione del consumo di sostanze psicoattive, è comunque prevista nella programmazione la possibilità che i docenti forniscano informazioni di base agli studenti circa le sostanze, la loro composizione e gli effetti associati, sono il 14% quelli a non prevederla nell'ambito dei programmi curriculari.

Le attività di prevenzione al consumo di sostanze psicoattive e altri comportamenti a rischio per quasi la metà degli istituti rispondenti sono trasversali e articolati su più materie scolastiche (48%) e l'organizzazione di attività extracurriculari, come attività sportive e/o artistiche relative alla prevenzione dei comportamenti a rischio, è prevista dal 73%.

L'utilizzo di specifici strumenti e manuali, nelle attività di prevenzione al consumo di sostanze psicoattive, è riportato dal 28% dei dirigenti, il 94% ha riferito la partecipazione di figure professionali esterne (medici, psicologi, assistenti sociali, educatori, ecc.), il 40% la conduzione di seminari e/o incontri rivolti ai genitori e una pari quota corsi di formazione e aggiornamento dedicati agli insegnanti in materia di prevenzione del consumo di sostanze psicoattive, indipendentemente dalla realizzazione di progetti specifici.

I dirigenti degli istituti coinvolti nello studio ESPAD #iorestoacasa 2020 hanno fornito 58 schede relative ai progetti di prevenzione attuati nel corso del 2020. La maggior parte dei progetti svolti tratta il consumo di droghe, nello specifico: il 41% di sostanze illegali, il 19% di sostanze dopanti e il 48% si focalizza sulla prevenzione dell'uso di sostanze psicoattive legali quali alcol e tabacco.

In relazione ad altri comportamenti a rischio, le tematiche maggiormente affrontate sono il bullismo e *cyberbullismo* (36%), l'educazione sessuale (26%) e i comportamenti a rischio alla guida (21%). A seguire, il 19,0% tratta le malattie sessualmente trasmissibili (HIV e AIDS) e una pari quota i disturbi alimentari, il 17% il gioco d'azzardo e il 14% l'abbandono scolastico o le difficoltà di apprendimento. Infine, in percentuali più esigue, sono trattati temi quali le problematiche familiari o inerenti ai quartieri disagiati, la salute mentale, l'immigrazione e l'integrazione sociale.

La maggior parte dei progetti collegati all'utilizzo di sostanze psicoattive (legali, illegali e sostanze dopanti) si pone in continuità con quanto realizzato negli anni precedenti e quanto programmato per gli anni successivi: il 77% dei progetti era già stato messo in atto l'anno precedente e il 97% prevede la ripetizione negli anni successivi. Oltre un quinto dei progetti si estende inoltre a più di un anno scolastico (22%) e una quota non esigua coinvolge anche classi delle scuole medie inferiori (9,4%). Infine, l'81% dei progetti rientra all'interno del Piano dell'Offerta Formativa (POF) della scuola. Per quanto riguarda la copertura economica dei progetti realizzati, il 37% non ha utilizzato alcun fondo, il 47% ha utilizzato fondi della scuola e il 27% fondi provenienti da enti locali quali il Comune, la Provincia o la Regione.

Quasi la metà dei progetti si articola su più moduli (47%) e oltre un terzo prevede una formazione specifica per gli operatori (34%). Le modalità di svolgimento degli incontri prevedono soprattutto lezioni frontali (55%) seguite da lavori di gruppo (52%), corsi interattivi (48%), seminari (36%) e incontri basati sulla tecnica educativa peer-to-peer (29%), sfruttando il gruppo dei pari per agevolare lo scambio di esperienze e informazioni fra gli studenti. Infine, il 9,7% dei progetti prevede ricerche individuali.

L'obiettivo comune a quasi tutti i progetti di prevenzione del consumo di sostanze psicoattive (94%) si configura nella volontà di accrescere nei partecipanti la consapevolezza sui rischi per la salute e/o i rischi sociali dei

comportamenti di uso delle sostanze. Più della metà di essi mira inoltre a rafforzare il ruolo educativo della scuola (59%) e migliorare l'autostima e la percezione di sé dei ragazzi (53%). Il 47% dei progetti si pone anche di accrescere il livello di informazione sui servizi di aiuto e di *counselling* (come ad esempio, punti d'ascolto o sportelli) e una pari quota di creare un ambiente scolastico migliore e maggiormente protettivo. Infine, il 41% mira allo sviluppo di abilità e capacità personali e sociali per fronteggiare il problema e il 16% alla riduzione dell'emarginazione sociale.

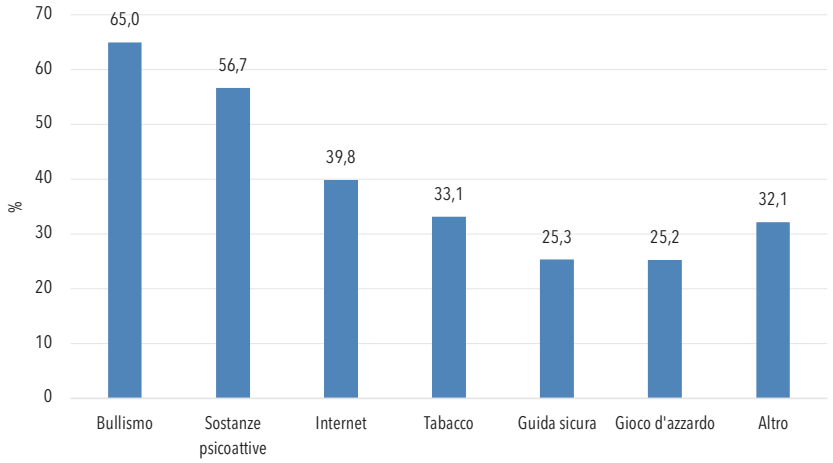
Al fine di istituire reti formali e sistemi di supporto per la prevenzione dei comportamenti a rischio o di offrire proposte alternative come attività sportive e corsi, il 38% dei progetti prevede il coinvolgimento o la partecipazione della comunità locale e l'integrazione delle risorse presenti sul territorio. Il coinvolgimento delle famiglie, tramite l'organizzazione di incontri rivolte ai genitori o eventi (come serate a tema o seminari), è invece previsto dal 23% dei progetti.

Può risultare inoltre interessante analizzare i comportamenti e i vissuti riportati dagli studenti. È necessario tenere in considerazione che, secondo lo studio ESPAD#iorestoacasa2020, oltre un quarto degli studenti (26%) ha assunto almeno una sostanza psicoattiva illegale nella vita e il 19% lo ha fatto nel corso dell'anno. La maggior parte degli studenti riferisce inoltre un'elevata facilità di reperimento delle sostanze psicoattive; tra queste, quella considerata maggiormente accessibile è la cannabis, ritenuta molto o piuttosto accessibile dal 36% degli studenti e rispetto la quale il 68% ha riferito di conoscere luoghi dove potersela procurare; seguono, con percentuali decisamente inferiori, la cocaina (8,7%), gli stimolanti (7,8%), gli allucinogeni (4,9%) e l'eroina (3,8%).

A seconda della sostanza presa in esame si osservano opinioni diverse riguardo al rischio associato al suo consumo. Circa il 67% degli adolescenti ritiene che sia molto o piuttosto rischioso provare cocaina ed eroina; il 62% lo ritiene in relazione agli stimolanti, il 57% agli allucinogeni e il 52% riguardo le nuove sostanze psicoattive – NPS. Per quanto riguarda la cannabis, un quarto degli studenti ritiene sia rischioso farne un uso occasionale e il 54% un uso frequente, mentre il 41% ritiene sia rischioso provare cannabinoidi sintetici. Per tutte le sostanze sopra citate sono soprattutto le ragazze a riferire un'elevata percezione del rischio associata al loro consumo.

Analizzando la partecipazione degli studenti ad attività di promozione del benessere e di prevenzione dei comportamenti a rischio, emerge che la tematica maggiormente trattata è stata quello del bullismo o *cyberbullismo*, seguita dagli interventi di prevenzione sull'utilizzo di sostanze psicoattive, sulla promozione dell'uso consapevole di internet, sulla prevenzione del consumo di tabacco o della pratica del gioco d'azzardo; a chiudere, gli interventi di promozione della guida sicura.

Figura 4.3.2 - Percentuale di studenti che hanno partecipato ad attività di prevenzione secondo le tematiche trattate

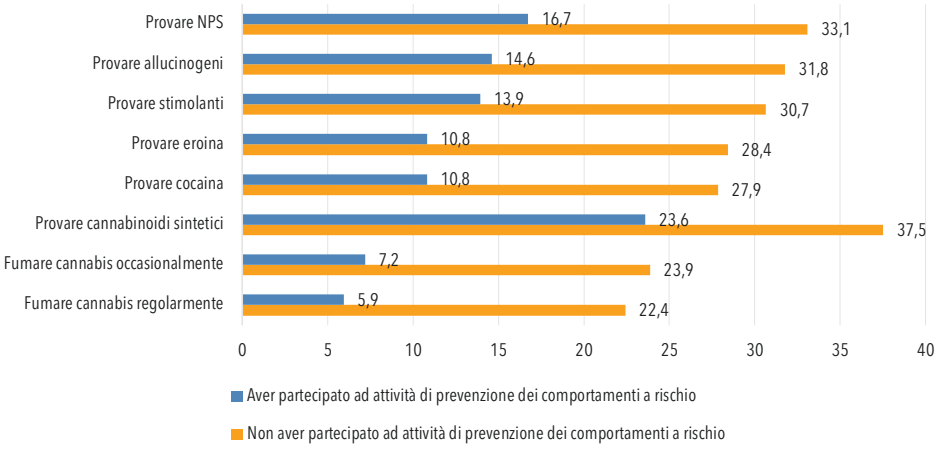


Fonte: IFC-CNR - ESPAD®Italia 2020

Dal questionario ESPAD#iorestoacasa2020 emerge che al 31% dei partecipanti sia stata offerta cannabis e l'abbiano rifiutata: l'aver partecipato ad attività di prevenzione relative specificatamente all'uso di sostanze psicoattive caratterizza l'83% di essi.

Tra gli studenti che hanno partecipato ad attività di prevenzione specifiche sul consumo di sostanze psicoattive, le percentuali di chi non è in grado di esprimere un'opinione relativa al grado di rischio associato all'uso delle sostanze mediamente risultano la metà di quelle relative a chi ha riferito di non avervi partecipato.

Figura 4.3.3 - Percentuali di risposta "Non so" relativa alla percezione del rischio associato al consumo di sostanze stupefacenti secondo l'aver o meno partecipato ad attività di prevenzione specifiche sull'uso di droghe



Fonte: IFC-CNR - ESPAD®Italia 2020

PAGINA BIANCA

PARTE III
OFFERTA E DOMANDA DI TRATTAMENTO

Elementi chiave

Offerta e organizzazione dei servizi per le dipendenze

L'assistenza alle persone tossicodipendenti è assicurata da un sistema integrato di servizi pubblici e del Privato Sociale, del volontariato e dell'associazionismo, articolato in 259 servizi a bassa soglia, 762 servizi ambulatoriali, 758 servizi residenziali, semi-residenziali, ospedalieri e specialistici.

Nel 2020 sono stati censiti 575 SerD, con 616 sedi di erogazione. Il personale dei SerD è composto per il 54% da figure sanitarie (medici e infermieri), per il 15% da psicologi, 14% da assistenti sociali, 10% da educatori professionali e per il 7% da amministrativi e altre figure professionali.

Al 31 dicembre 2020 Ministero dell'Interno ha censito 821 strutture socio-riabilitative private il 74% delle quali residenziali, il 16% semi-residenziali e l'11% ambulatoriali; sono le regioni settentrionali a ospitarne la maggior parte (59%) e il numero medio di utenti per struttura di tipo residenziale è pari a 16.

La maggior parte delle unità mobili che hanno aderito alla Survey sul Privato sociale ha rivolto i servizi a persone di età superiore ai 40 anni, senza fissa dimora e persone appartenenti alla comunità LGBTQX. Il target di utenza della pronta accoglienza è costituito prevalentemente da soggetti con più di 40 anni e con procedimenti/reati droga-correlati.

Domanda di trattamento

Nel corso del 2020 i SerD hanno assistito complessivamente 125.428 soggetti tossicodipendenti, per il 12% si tratta di nuovi utenti. Ambedue i dati sono in calo rispetto agli anni precedenti.

L'86% degli utenti SerD è di genere maschile, con un'età media di 41 anni. Gli utenti di genere femminile hanno invece un'età media di 40 anni. I nuovi utenti sono più giovani (in media di 9 anni) rispetto a quelli già in carico.

In media, i soggetti presenti in trattamento presso le strutture socio-riabilitative censite nel 2020 stati 13.781 al giorno. Il 35% dell'utenza risulta in trattamento per uso primario di cocaina/crack e una pari quota per eroina/oppiacei. Le 169 strutture che hanno aderito alla Survey sul Privato Sociale hanno avuto in cura 6.502 persone. Il 50% tra i 30 e i 44 anni e il 29% sotto i 30 anni, l'utenza di genere femminile in media è più giovane.

La cocaina è la sostanza primaria maggiormente utilizzata (45%) seguita dall'eroina (26%). L'alcol è consumato dal 18% degli utenti e la cannabis dal 7%. Il 46% dell'utenza ha riferito un utilizzo di più sostanze, dato più frequente fra i nuovi utenti e tra quelli di genere femminile.

Le 20 unità mobili, *drop-in*, servizi a bassa soglia e di pronta accoglienza che hanno partecipato alla Survey hanno trattato 6.238 utenti, per circa un quinto di genere femminile e per un terzo assistiti per la prima volta. Poco meno della metà non raggiunge i 40 anni e un terzo ne ha tra 40 e 49.

Al termine del 2020 i detenuti tossicodipendenti in carcere erano 14.148, pari al 26% dell'intera popolazione carceraria, quota in calo rispetto al biennio precedente. Sul totale dei nuovi ingressi, i 6.975 soggetti tossicodipendenti sono il 39%, percentuale in costante aumento dal 2015.

I soggetti tossicodipendenti condannati che hanno usufruito di una misura alternativa sono stati 3.404: a seguito della diminuzione osservata dal 2012, il dato è rimasto stabile negli ultimi quattro anni. Circa 700 soggetti hanno usufruito di una sanzione sostitutiva del lavoro di pubblica utilità.

La principale attività erogata nell'ambito della RDD è il *counselling* individuale sui rischi delle malattie infettive, seguito dalle campagne di *screening* per epatite e dalla distribuzione di materiale informativo.

CAPITOLO 5

OFFERTA E ORGANIZZAZIONE DEI SERVIZI PER LE DIPENDENZE

5.1 SERVIZI PUBBLICI E PRIVATI PER LE DIPENDENZE

Fonte: Gruppo tecnico interregionale Dipendenze costituito presso la Commissione Salute della Conferenza delle Regioni e delle Province Autonome. Elaborazioni Consiglio Nazionale delle Ricerche - Istituto di Fisiologia Clinica

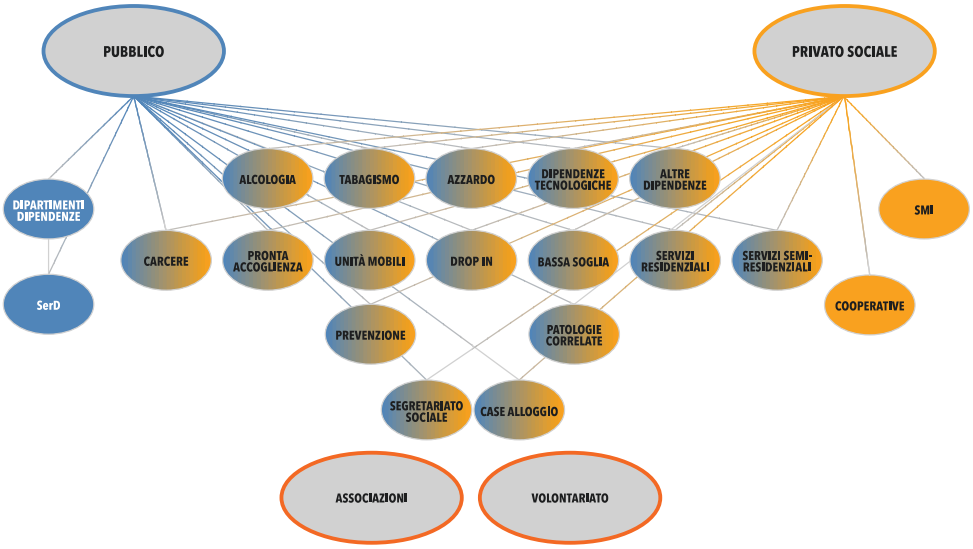
L'assistenza alle persone tossicodipendenti è garantita su tutto il territorio nazionale in quanto rientra nei livelli essenziali dell'assistenza socio-sanitaria (LEA) ed è assicurata da un sistema integrato di servizi. Questo sistema, che si occupa di prevenzione, diagnosi, trattamento, riduzione del rischio e del danno, reinserimento/riabilitazione, coinvolge numerosi attori su diversi livelli: il Sistema Sanitario Nazionale, attraverso i Servizi per le Dipendenze (SerD) delle Aziende Sanitarie Locali, gli enti del Terzo Settore e il mondo del volontariato e dell'associazionismo.

Ormai da tempo i servizi per le dipendenze, pubblici e privati tra loro fortemente interconnessi e integrati, non risultano più dedicati al trattamento esclusivo (o quasi) di pazienti con disturbo da uso di sostanze e soprattutto da dipendenza da eroina. A questi servizi, infatti, si rivolgono persone affette da disturbi correlati sia al consumo delle sostanze psicoattive, da eroina, cocaina, cannabis, nuove sostanze, ecc, ad alcol, tabacco e psicofarmaci, sia ad altre forme di dipendenze e/o problematicità comportamentali, che vanno da gioco d'azzardo, uso compulsivo di internet, *social network*, *gaming* a disturbi alimentari, *shopping* compulsivo, *sex-addiction*, ecc., sia alla comorbilità psichiatrica.

Il sistema dei servizi si articola in:

- servizi a bassa soglia, centri *drop-in*, unità mobili e servizi di pronta accoglienza;
- servizi ambulatoriali;
- servizi semi-residenziali/diurni, residenziali e specialistici.

Figura 5.1.1 – Il sistema delle dipendenze



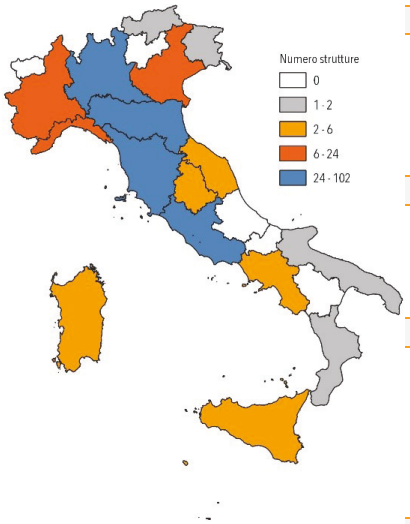
I dati i riportati in questo paragrafo si riferiscono alle informazioni fornite dai referenti regionali e delle Province Autonome[1] ai questionari standardizzati predisposti dall'*European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction* – EMCDDA e adattati al contesto italiano, attraverso il coinvolgimento di un gruppo ristretto rappresentanti regionali e da ricercatori del Consiglio Nazionale delle Ricerche - Istituto di Fisiologia Clinica (CNR-IFC).

I SERVIZI A BASSA SOGLIA

I servizi a bassa soglia per le dipendenze sono organizzati principalmente in unità mobili di strada, centri di pronta/prima accoglienza e *drop-in*. I servizi a bassa soglia offrono interventi assistenziali specialistici di primo soccorso, socioeducativi e di *counselling*, caratterizzati dalla facilità di accesso e indirizzati prevalentemente a soggetti tossicodipendenti, sia nuovi sia cronici, difficili da raggiungere in quanto si rivolgono raramente ai servizi o vengono intercettati con difficoltà dalle strutture specialistiche territoriali. I servizi di primo livello offrono programmi incentrati sull'analisi del problema, sull'avvio di un percorso di disintossicazione e sull'accompagnamento a percorsi più strutturati e risultano presenti in maggior misura nelle regioni settentrionali e centrali.

[1] Le Regioni/PA rispondenti sono state: Abruzzo, Basilicata, Campania, Emilia Romagna, Friuli Venezia Giulia, Lazio, Liguria, Lombardia, Marche, Molise, PA Bolzano, PA Trento, Piemonte, Puglia, Sicilia, Toscana, Umbria, Valle d'Aosta, Veneto.

Figura 5.1.2 – Numero assoluto servizi a bassa soglia



	Numero servizi
Piemonte	15
Valle d'Aosta	0
Lombardia	102
Liguria	7
Nord-ovest	*124*
PA Bolzano	1
PA Trento	0
Veneto	13
Friuli Venezia Giulia	2
Emilia Romagna	33
Nord-Est	*49*
Toscana	30
Umbria	5
Marche	5
Lazio	27
Centrale	*67*
Abruzzo	0
Molise	0
Campania	6
Puglia*	2
Basilicata	0
Calabria*	2
Meridionale	*10*
Sicilia	6
Sardegna	3
Insulare	*9*
ITALIA	**259**

*Dati riferiti all'anno 2019

Fonte: Gruppo tecnico interregionale Dipendenze. Elaborazione IFC-CNR - Anno 2020

I *drop-in* pubblici sono presenti in Piemonte, Veneto, Emilia Romagna, Umbria e Campania, mentre quelli gestiti dalle organizzazioni del Privato Sociale si trovano in Piemonte, Lombardia, Liguria, PA Bolzano, Emilia Romagna e Toscana.

Le unità mobili, che sul territorio nazionale ammontano a 143 unità, rappresentano il servizio di primo livello più diffuso: per il 36% sono di tipo pubblico, per il 48% sono gestite dal Privato Sociale e per il restante 16% di altro tipo. Il maggior numero di unità mobili si riscontra in Lombardia, con 44 servizi del Privato Sociale, in Emilia Romagna, con 29 unità per la quasi totalità pubbliche e in Lazio, con 18 servizi autorizzati rientranti nei progetti Ex Fondo Lotta alla Droga.

Tabella 5.1.1 - Numero assoluto dei servizi a bassa soglia per le dipendenze

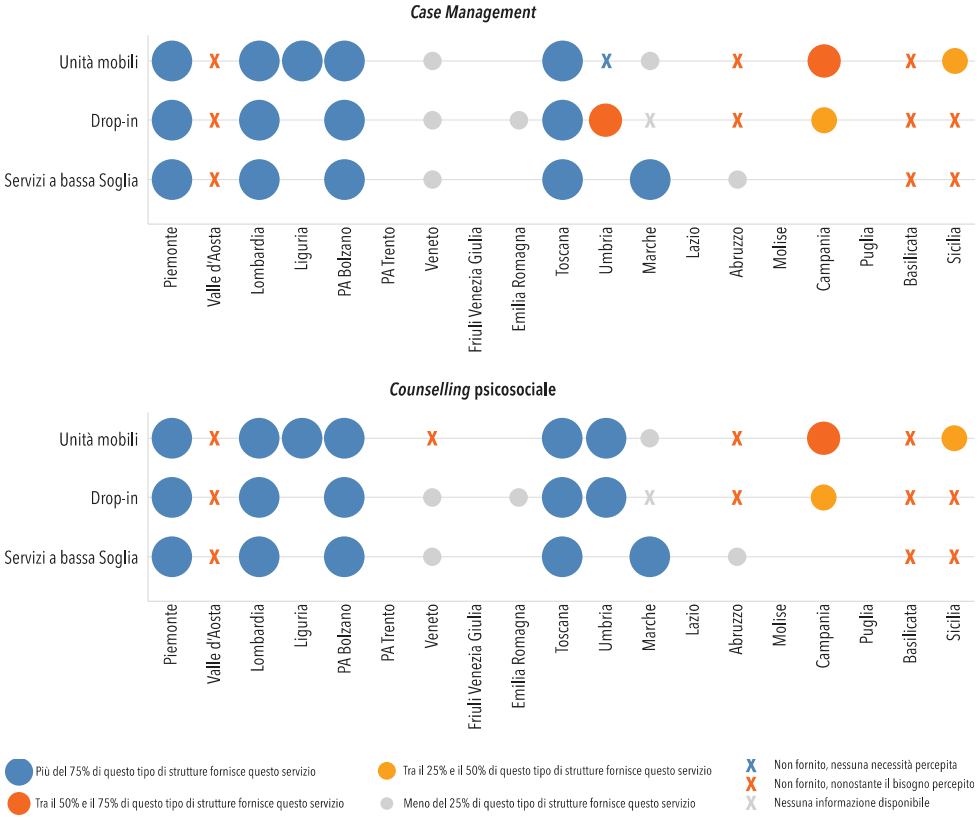
	Servizi a bassa soglia/ Pronta accoglienza			Centri *drop-in*			Unità mobili		
	Pubblici	Privati	Altro	Pubblici	Privati	Altro	Pubblici	Privati	Altro
Piemonte	3	---	---	5	1	---	6	---	---
Valle d'Aosta	---	---	---	---	---	---	---	---	---
Lombardia	---	37	---	---	21	---	---	44	---
Liguria	---	4	---	---	1	---	2	---	---
Nord-Ovest	*3*	*41*	*0*	*5*	*23*	*0*	*8*	*44*	*0*
PA Bolzano	---	---	---	---	1	---	---	---	---
PA Trento	---	---	---	---	---	---	---	---	---
Veneto	---	8	---	1	---	---	4	---	---
Friuli Venezia Giulia	1	---	---	---	---	---	---	---	1
Emilia Romagna	---	---	---	3	1	---	28	1	---
Nord-Est	*1*	*8*	*0*	*4*	*2*	*0*	*32*	*1*	*1*
Toscana	---	8	---	---	2	---	---	20	---
Umbria	---	---	---	1	---	---	4	---	---
Marche	---	1	---	---	---	---	2	2	---
Lazio	---	---	2	---	---	7	1	---	17
Centrale	*0*	*9*	*2*	*1*	*2*	*7*	*7*	*22*	*17*
Abruzzo	---	---	---	---	---	---	---	---	---
Molise	---	---	---	---	---	---	---	---	---
Campania	1	---	---	1	---	---	4	---	---
Puglia*	1	1	---	---	---	---	---	---	---
Basilicata	---	---	---	---	---	---	---	---	---
Calabria*	---	---	---	---	---	---	1	1	---
Meridionale	*2*	*1*	*0*	*1*	*0*	*0*	*5*	*1*	*0*
Sicilia	---	1	---	---	---	---	---	---	5
Sardegna	---	3	---	---	---	---	---	---	---
Insulare	*0*	*4*	*0*	*0*	*0*	*0*	*0*	*0*	*5*
ITALIA	**6**	**63**	**2**	**11**	**27**	**7**	**52**	**68**	**23**

* Dati riferiti all'anno 2019

Fonte: Gruppo tecnico interregionale Dipendenze. Elaborazione IFC-CNR - Anno 2020

Per la natura dei servizi di primo livello, le attività principalmente erogate riguardano il *case management* e il *counselling* psicosociale, erogate da oltre la metà dei servizi a bassa soglia, dei *drop-in* e delle unità mobili presenti nelle regioni Piemonte, Lombardia, Liguria, PA di Bolzano, Toscana, Umbria e Marche.

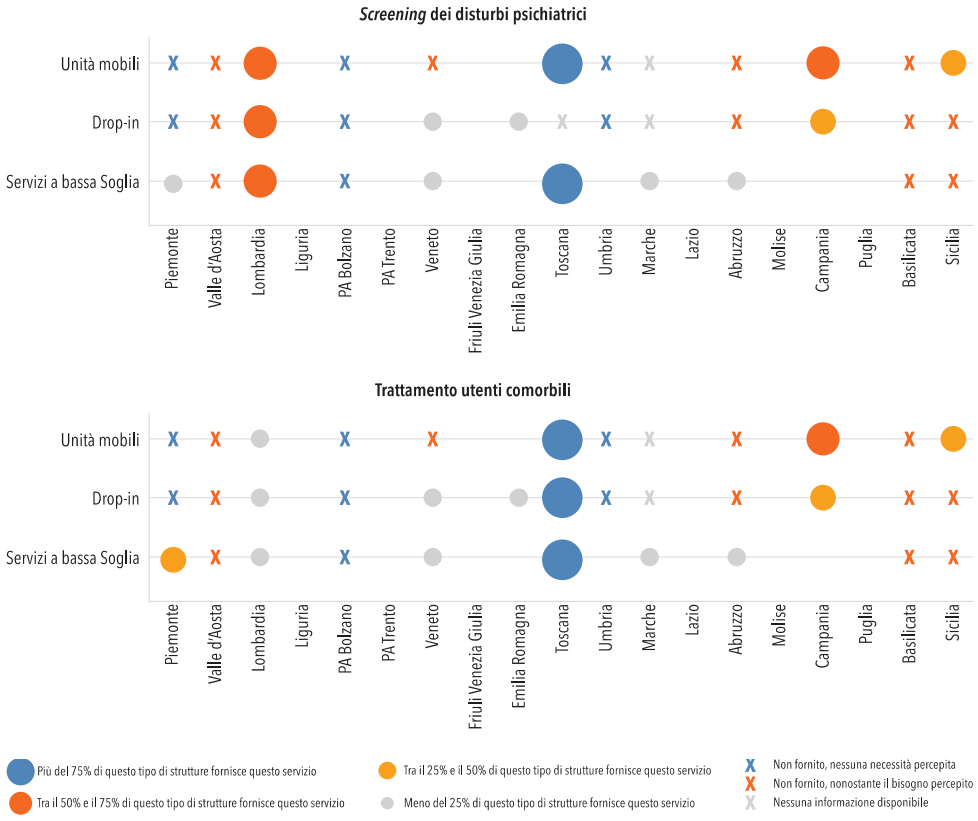
Figura 5.1.3 Grado di disponibilità/accesso a *Case Management* e *Counselling* psicosociale dei servizi a bassa soglia per le dipendenze



Fonte: Gruppo tecnico interregionale Dipendenze. Elaborazione IFC-CNR - Anno 2020

Le attività di *screening* dei disturbi psichiatrici e trattamento di utenti comorbili sono meno disponibili presso le strutture di primo livello e risultano erogate da più del 50% dei servizi a bassa soglia presenti in Lombardia, Toscana e Campania.

Figura 5.1.4 Grado di disponibilità/accesso a *Screening* dei disturbi psichiatrici e al trattamento di utenti comorbili dei servizi a bassa soglia per le dipendenze

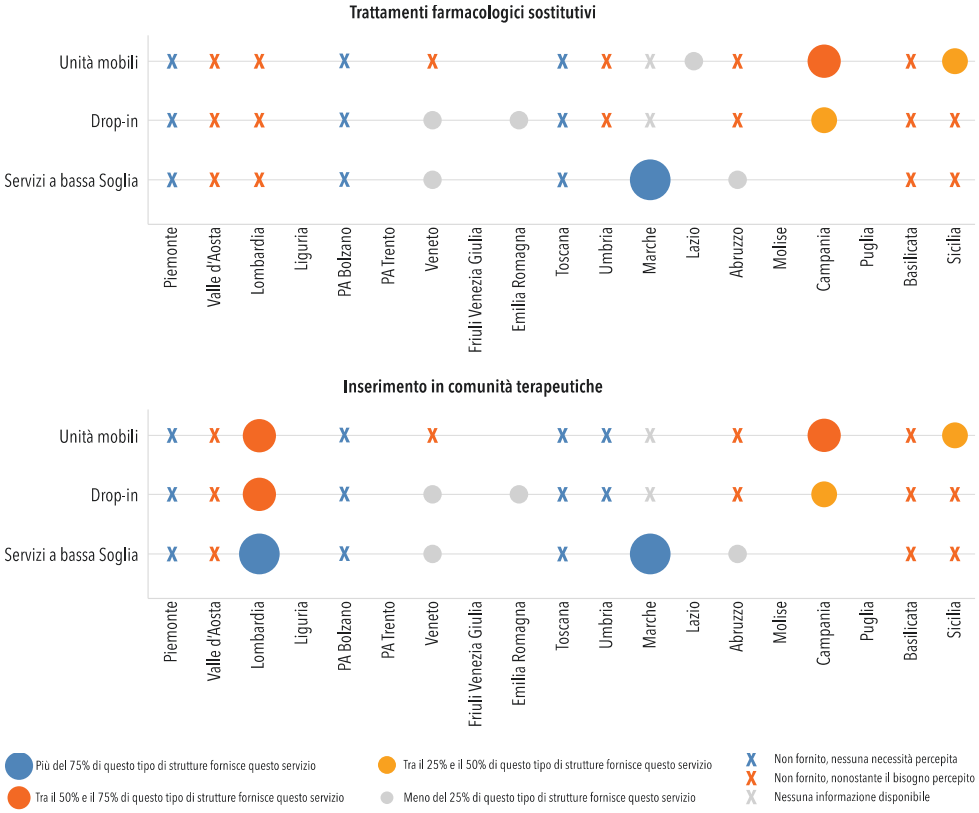


Fonte: Gruppo tecnico interregionale Dipendenze. Elaborazione IFC-CNR - Anno 2020

I trattamenti farmacologici sostitutivi non risultano erogati dalla maggior parte dei servizi di primo livello, fatta eccezione per alcuni servizi a bassa soglia e *drop-in* presenti nelle regioni rispettivamente Marche e Campania, e per le unità mobili delle regioni Campania e Sicilia.

L'accompagnamento all'inserimento nelle comunità terapeutiche risulta disponibile nella maggior parte dei servizi di primo livello della regione Lombardia, dei *drop-in* e unità mobili presenti rispettivamente in regione Marche e Campania.

Figura 5.1.5 Grado di disponibilità/accesso a trattamenti farmacologici sostitutivi e a inserimento nelle comunità terapeutiche dei servizi a bassa soglia per le dipendenze



Fonte: Gruppo tecnico interregionale Dipendenze. Elaborazione IFC-CNR - Anno 2020

I SERVIZI AMBULATORIALI

I servizi ambulatoriali per le dipendenze, pubblici (SerD) e privati multidisciplinari integrati (SMI), presenti anche all'interno degli istituti penitenziari sia in forma strutturata sia come equipe specialistica, offrono consulenza e assistenza specialistica medico-sanitaria e psicologica attraverso l'attuazione di programmi terapeutico-riabilitativi e farmacologici rivolti sia ai consumatori sia ai familiari.

I servizi ambulatoriali territoriali pubblici risultano coprire l'intero territorio nazionale in maniera capillare, mentre la presenza di servizi ambulatoriali privati è stata riferita dalla regione Lombardia e dalla PA di Bolzano.

In tutte le regioni/PA è garantita l'assistenza ai detenuti tossicodipendenti, sia attraverso specifici servizi strutturati all'interno del carcere sia da equipe multiprofessionali dedicate.

Tabella 5.1.2 - Numero assoluto dei servizi ambulatoriali per le dipendenze

	Servizi ambulatoriali (SerD, Servizi Multidisciplinari Integrati - SMI, ecc)		Servizi per le Dipendenze (SerD) strutturati all'interno del carcere		Equipe SerD operanti nel carcere	
	Pubblici	Privati	Pubblici	Privati	Pubblici	Privati
Piemonte	67	---	12	---	12	---
Valle d'Aosta	4	---	1	---	1	---
Lombardia	82	12	4	---	16	---
Liguria	17	---	---	1	4	---
Nord-Ovest	*170*	*12*	*17*	*1*	*33*	*0*
PA Bolzano	3	1	---	---	1	---
PA Trento	1				1	
Veneto	38	---	7	---	7	---
Friuli Venezia Giulia	15	---	---	---	4	---
Emilia Romagna	42	---	1	---	8	---
Nord-Est	*99*	*1*	*8*	*0*	*21*	*0*
Toscana	39	---	10	---	10	---
Umbria	11	---	---	---	4	---
Marche	14	---	6	---	6	---
Lazio	40	---	9	---	9	---
Centrale	*104*	*0*	*25*	*0*	*29*	*0*
Abruzzo	11	---	---	---	8	---
Molise	6	---	---	---	3	---
Campania	43	---	1	---	1	---
Puglia*	57	---	6	---	---	---
Basilicata	6	---	---	---	3	---
Calabria*	16	---	---	---	Accessi settimanali	---
Meridionale	*139*	*0*	*7*	*0*	*15*	*0*
Sicilia	52	---	---	---	9	---
Sardegna	7	---	4	---	9	---
Insulare	*59*	*0*	*4*	*0*	*18*	*0*
ITALIA	**571**	**13**	**61**	**1**	**116**	**0**

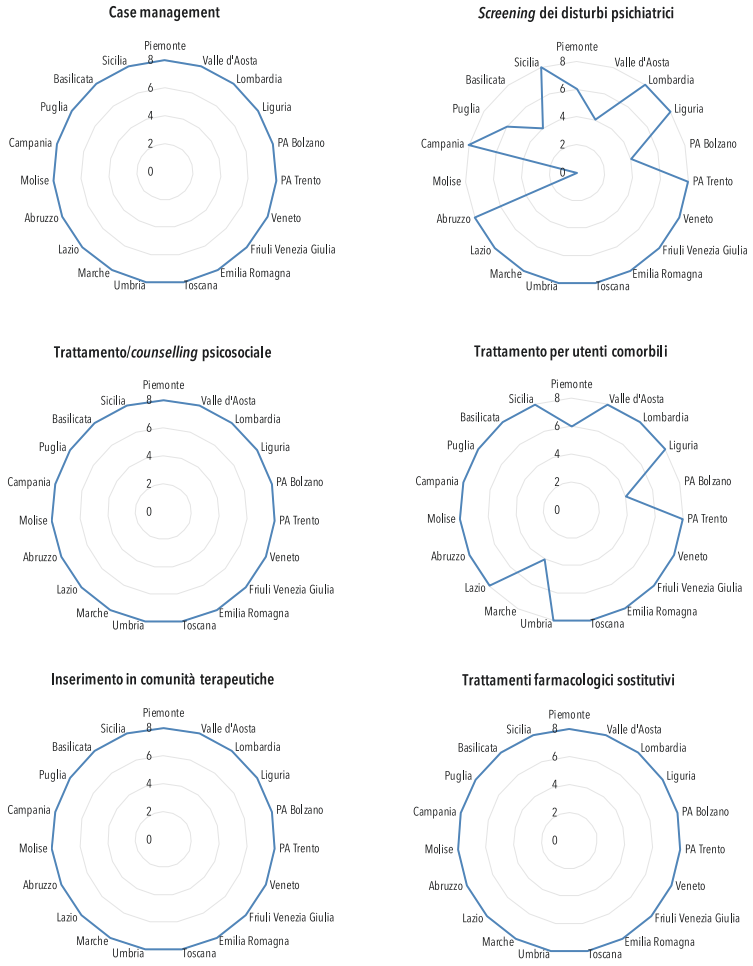
* Dati riferiti al 2019

Fonte: Gruppo tecnico interregionale Dipendenze. Elaborazione IFC-CNR - Anno 2020

In tutte le regioni/PA i servizi ambulatoriali garantiscono la disponibilità di attività di *case management* e *counselling*, di trattamenti psicosociali, trattamenti farmacologici sostitutivi e l'inserimento, ove necessario, presso comunità terapeutiche.

Nella maggior parte delle regioni, le attività di *screening* dei disturbi psichiatrici e/o il trattamento degli utenti in doppia diagnosi risultano erogati da oltre il 75% dei servizi ambulatoriali presenti nella maggior parte degli ambiti regionali.

Figura 5.1.6 - Grado di disponibilità/accesso al trattamento/attività dei servizi ambulatoriali per le dipendenze nei Servizi ambulatoriali (SerD, Servizi Multidisciplinari Integrati - SMI, ecc)

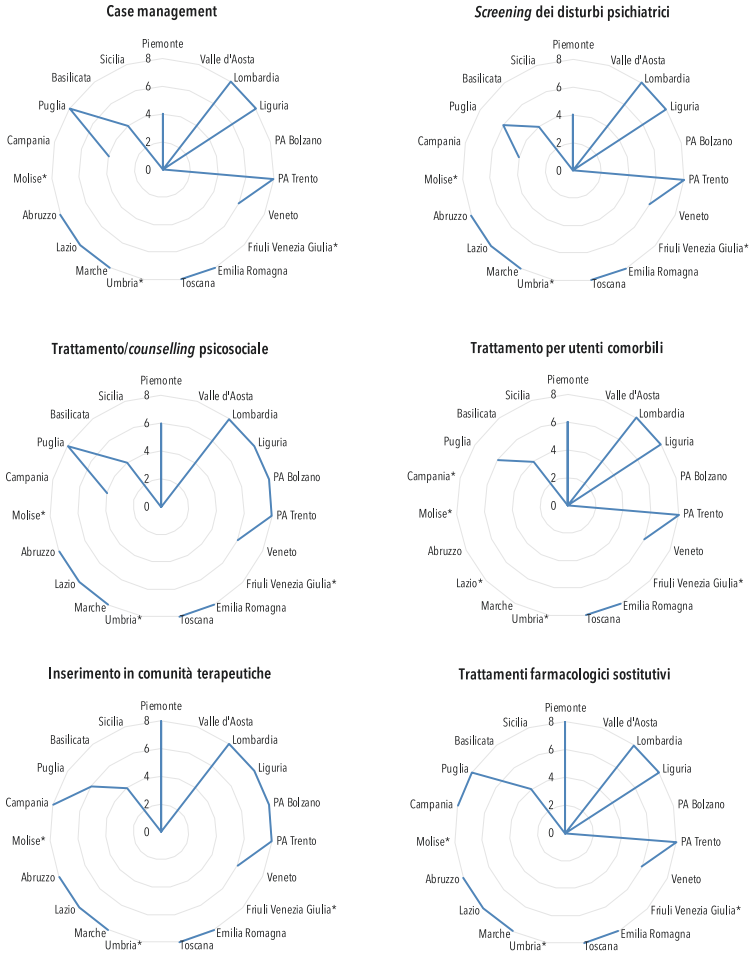


0 = Servizio non fornito
2 = Meno del 25% di questo tipo di strutture fornisce questo servizio
4 = Il 25-50% di questo tipo di strutture fornisce questo servizio
6 = Il 50-75% di questo tipo di strutture fornisce questo servizio
8 = Oltre il 75% di questo tipo di strutture fornisce questo servizio
* = Nessuna informazione

Fonte: Gruppo tecnico interregionale Dipendenze. Elaborazione IFC-CNR - Anno 2020

Per quanto riguarda i servizi per le dipendenze strutturati all'interno degli istituti penitenziari, si osserva una riduzione della disponibilità trattamentale, fatta eccezione per le prestazioni di *case management* e di *counselling* psicosociale.

Figura 5.1.7 - Grado di disponibilità/accesso al trattamento/attività dei servizi ambulatoriali per le dipendenze nei Servizi per le Dipendenze (SerD) strutturati all'interno del carcere



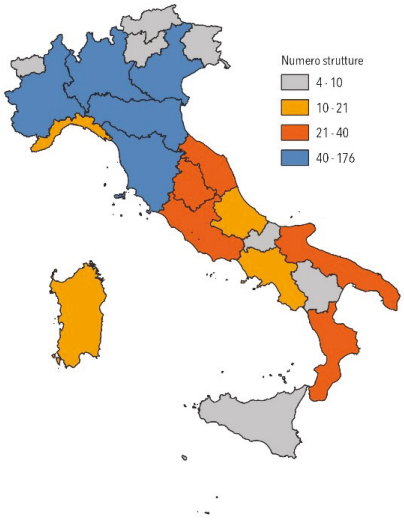
0 = Servizio non fornito
2 = Meno del 25% di questo tipo di strutture fornisce questo servizio
4 = Il 25-50% di questo tipo di strutture fornisce questo servizio
6 = Il 50-75% di questo tipo di strutture fornisce questo servizio
8 = Oltre il 75% di questo tipo di strutture fornisce questo servizio
* = Nessuna informazione

Fonte: Gruppo tecnico interregionale Dipendenze. Elaborazione IFC-CNR - Anno 2020

LE STRUTTURE TERAPEUTICHE SEMI-RESIDENZIALI, RESIDENZIALI E SPECIALISTICHE

Questi servizi, erogati in regime diurno, semi-residenziale e/o residenziale, di natura pubblica e/o privata, sono articolati in diverse tipologie sulla base della tipologia di utenza trattata e dei programmi trattamentali offerti, generalmente integrati con quelli erogati dai servizi ambulatoriali. La maggior parte delle strutture terapeutiche è presente nelle regioni settentrionali e in quelle centrali.

Figura 5.1.8 – Numero assoluto servizi, semi-residenziali/diurni, ospedalieri, residenziali e specialistici



	Numero servizi
Piemonte	90
Valle d'Aosta	5
Lombardia	176
Liguria	18
Nord-Ovest	*289*
PA Bolzano	7
PA Trento	4
Veneto	73
Friuli Venezia Giulia	6
Emilia Romagna	97
Nord-Est	*187*
Toscana	51
Umbria	31
Marche	34
Lazio	40
Centrale	*156*
Abruzzo	16
Molise	4
Campania	20
Puglia*	28
Basilicata	10
Calabria*	22
Meridionale	*100*
Sicilia	10
Sardegna	16
Insulare	*26*
ITALIA	**758**

*Dati riferiti all'anno 2019

Fonte: Gruppo tecnico interregionale Dipendenze. Elaborazione IFC-CNR - Anno 2020

Le strutture residenziali ospedaliere, come ad esempio i centri per disintossicazione, risultano presenti in Lombardia, PA di Bolzano, Marche e Lazio. Tutte le regioni, riferiscono la presenza nei propri ambiti territoriali di comunità terapeutiche, soprattutto di tipo residenziale. Queste sono per la quasi totalità gestite da enti del Privato sociale e sono prevalentemente accreditate. La numerosità all'interno delle regioni è variabile: da 4 strutture in Valle d'Aosta, PA di Bolzano, PA di Trento e Molise a 142 in Lombardia. A eccezione di PA di Trento, Molise, Calabria e Sardegna, tutte le Regioni comunicano la presenza di comunità terapeutiche semiresidenziali/diurne, per la maggior parte private accreditate.

Tabella 5.1.3 - Numero assoluto delle strutture residenziali e semi-residenziali per le dipendenze

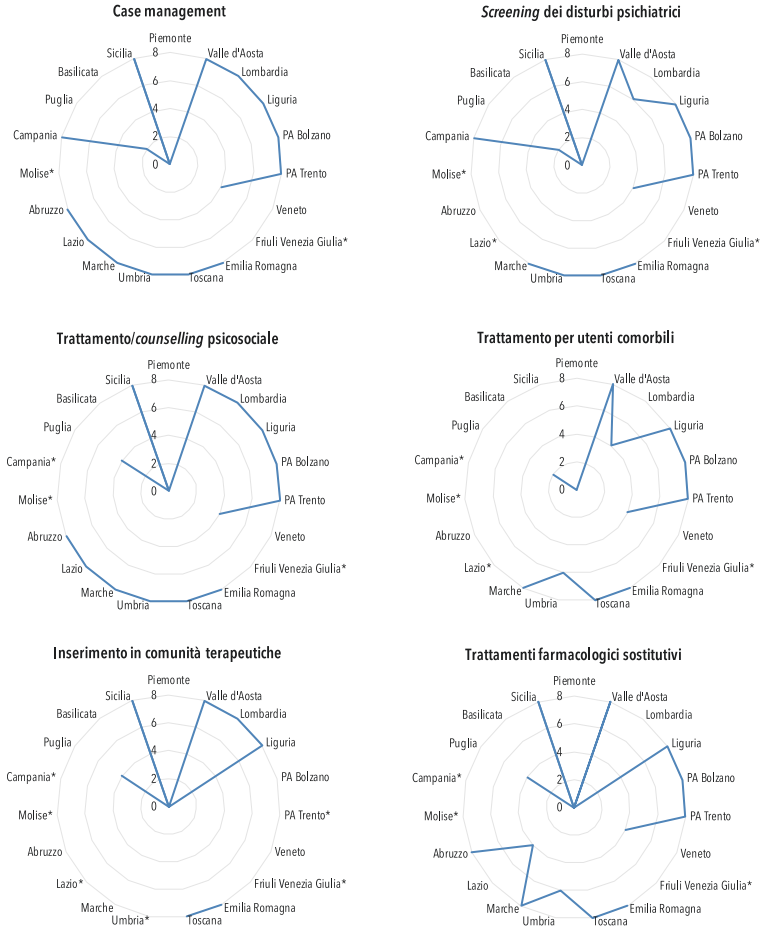
	Strutture residenziali ospedaliere			Comunità terapeutiche residenziali			Comunità terapeutiche semi-residenziali/ diurne		
	Pubbliche	Private SOLO autorizzate	Private accreditate	Pubbliche	Private SOLO autorizzate	Private accreditate	Pubbliche	Private SOLO autorizzate	Private accreditate
Piemonte	---	---	---	4	---	78	2	---	6
Valle d'Aosta	---	---	---	---	---	4	---	---	1
Lombardia	1	---	---	---	2	140	---	---	33
Liguria	---	---	---	---	---	17	---	---	1
PA Bolzano	---	---	1	1	---	3	---	---	2
PA Trento	---	---	---	---	---	4	---	---	
Veneto	---	---	---	2	20	33	2	4	12
Friuli Venezia Giulia	---	---	---	2	---	3	1	---	---
Emilia Romagna	---	---	---	---	---	76	3	---	18
Toscana	---	---	---	6	---	35	4	---	6
Umbria	---	---	---	---	---	26	2	---	3
Marche	1	---	3	1	---	20	4	---	5
Lazio	1	---	---	---	2	22	---	9	6
Abruzzo	---	---	---	---	10	3	1	1	1
Molise	---	---	---	---	1	3	---	---	---
Campania	---	---	---	---	---	16	---	---	4
Puglia*	---	---	---	---		25	---	---	3
Basilicata	---	---	---	---	---	5	---	5	---
Calabria*	---	---	---	---		22	---	---	---
Sicilia	---	---	---	---	---	9	---	---	1
Sardegna	---	---	---	---	1	15	---	---	---
ITALIA	**3**	**0**	**4**	**16**		**595**	**19**	**19**	**102**

*Dati riferiti all'anno 2019

Fonte: Gruppo tecnico interregionale Dipendenze. Elaborazione IFC-CNR - Anno 2020

La maggior parte delle strutture residenziali (oltre il 75%), di tutte le regioni e della PA di Bolzano, eroga *counselling* e trattamenti psicosociali, ma anche farmacologici e, in misura minore, trattamenti per utenti in doppia diagnosi.

Figura 5.1.9 - Grado di disponibilità/accesso al trattamento/attività delle strutture residenziali per le dipendenze



0 = Servizio non fornito
2 = Meno del 25% di questo tipo di strutture fornisce questo servizio
4 = Il 25-50% di questo tipo di strutture fornisce questo servizio
6 = Il 50-75% di questo tipo di strutture fornisce questo servizio
8 = Oltre il 75% di questo tipo di strutture fornisce questo servizio
* = Nessuna informazione

Fonte: Gruppo tecnico interregionale Dipendenze. Elaborazione IFC-CNR - Anno 2020

La maggior parte dei referenti regionali, principalmente delle regioni settentrionali e centrali, riferisce la disponibilità di percorsi trattamentali specialistici, gestiti prevalentemente da enti del Privato Sociale. Nello specifico, le strutture dedicate al trattamento di minori con problematiche droga-correlate e quelle per madri/genitori tossicodipendenti con figli risultano presenti rispettivamente in 8 e 10 regioni, così come in 13 regioni/PA sono presenti quelle dedicate a utenti con comorbilità psichiatriche. Infine, risultano 68 strutture residenziali specialistiche di altre tipo, presenti soprattutto nelle regioni Piemonte, Lombardia ed Emilia Romagna.

Tabella 5.1.4 - Numero assoluto delle strutture specialistiche per le dipendenze

	Comunità per minori con problematiche droga-correlate		Comunità per genitori tossicodipendenti con figli		Comunità per comorbilità psichiatriche		Altre strutture residenziali	
	Pubbliche	Private	Pubbliche	Private	Pubbliche	Private	Pubbliche	Private
Piemonte	---	1	---	2	---	7	3	11
Valle d'Aosta	---	1	---	---	---	1	---	2
Lombardia	---	---	---	10	---	26	---	32
Liguria	---	1	---	2	---	4	---	---
Nord-Ovest	*0*	*3*	*0*	*14*	*0*	*38*	*3*	*45*
PA Bolzano	---	---	---	---	---	1	---	---
PA Trento	---	---	---	---	---	---	---	---
Veneto	---	1	---	3	---	4	1	---
Friuli Venezia Giulia	---	---	---	---	---	---	---	---
Emilia Romagna	---	---	---	5	---	7	---	10
Nord-Est	*0*	*1*	*0*	*8*	*0*	*12*	*1*	*10*
Toscana	---	4	---	3	3	7	1	2
Umbria	---	---	---	1	---	6	1	---
Marche	---	2	---	2	---	2	---	1
Lazio	---	---	---	---	---	---	---	---
Centrale	*0*	*6*	*0*	*6*	*3*	*15*	*2*	*3*
Abruzzo	---	---	---	---	---	---	---	---
Molise	---	---	---	---	---	---	---	---
Campania	---	---	---	---	---	---	---	---
Puglia*	---	3	---	---	---	1	---	---
Basilicata	---	---	---	---	---	1	---	---
Calabria*	---	---	---	---	---	---	---	---
Meridionale	*0*	*3*	*0*	*0*	*0*	*2*	*0*	*0*
Sicilia	---	---	---	1	---	---	---	---
Sardegna	---	1	---	1	---	2	---	1
Insulare	*0*	*1*	*0*	*2*	*0*	*2*	*0*	*1*
ITALIA	**0**	**14**	**0**	**30**	**3**	**69**	**6**	**59**

*: dati riferiti all'anno 2019

Fonte: Gruppo tecnico interregionale Dipendenze. Elaborazione IFC-CNR - Anno 2020

Per quanto riguarda l'erogazione del trattamento farmacologico sostitutivo, 9 regioni/PA comunicano che non sussiste alcun tempo di attesa (Basilicata, Emilia Romagna, Lazio, Marche, Molise, PA di Trento, Puglia, Toscana e Umbria), mentre in 8 (Abruzzo, Campania, Friuli Venezia Giulia, Liguria, Lombardia, PA di Bolzano, Sicilia e Veneto) risulta mediamente inferiore a due settimane; la regione Valle d'Aosta riporta un tempo di attesa medio tra 2 settimane e 1 mese.

5.2 SERVIZI PUBBLICI PER LE DIPENDENZE

Fonte: Ministero della Salute - Direzione generale della digitalizzazione, del sistema informativo sanitario e della statistica; Direzione generale della prevenzione sanitaria.
Fonte: Gruppo tecnico interregionale Dipendenze costituito presso la Commissione Salute della Conferenza delle Regioni e delle Province Autonome. Elaborazioni Consiglio Nazionale delle Ricerche - Istituto di Fisiologia Clinica

La raccolta e l'analisi dei dati sui servizi per le dipendenze patologiche (SerD), gestite a livello nazionale dal Ministero della Salute e a livello locale dalle singole Regioni e Province Autonome nell'ambito del Nuovo Sistema Informativo Sanitario (NSIS), è definita secondo le finalità e le indicazioni del Decreto Ministeriale 11 giugno 2010 che istituisce il Sistema Informativo Nazionale Dipendenze (SIND).
La copertura informativa è aumentata progressivamente nel corso degli anni e nel 2020 è pari al 97% su scala nazionale delle sedi ambulatoriali censite.
Dalla rilevazione SIND risultano presenti sul territorio nazionale 575 SerD. Il numero dei Servizi non coincide con il numero delle sedi (616) di erogazione delle singole prestazioni, che vengono attivate per rendere il servizio più accessibile a tutta la popolazione.

Tabella 5.2.1 - Numero SerD e sedi ambulatoriali di erogazione prestazioni e percentuale di SerD rispondenti sul totale esistente a livello territoriale

	N. servizi pubblici rispondenti		% sedi rispondenti
	SerD	Sedi ambulatoriali	
Piemonte	69	78	100,0
Valle d'Aosta	1	3	100,0
Lombardia	84	88	98,9
Liguria	16	16	100,0
PA Bolzano	4	4	100,0
PA Trento	1	3	100,0
Veneto	38	38	100,0
Friuli Venezia Giulia	6	13	100,0
Emilia Romagna	43	47	100,0
Toscana	40	40	100,0
Umbria	11	11	100,0
Marche	14	14	100,0
Lazio	40	53	94,3
Abruzzo	11	11	100,0
Molise	6	6	100,0
Campania	43	43	100,0
Puglia	58	58	96,6
Basilicata	6	6	100,0
Calabria	16	16	25,0
Sicilia	50	50	100,0
Sardegna	18	18	100,0
ITALIA	**575**	**616**	**97,1**

Fonte: SIND – Anno 2020

Una delle peculiarità dei SerD è la composizione multiprofessionale delle equipe, caratteristica comune a tutti i servizi del Paese. Questo elemento è di fondamentale importanza per affrontare il trattamento delle Dipendenze, contraddistinto da estrema complessità e mutevolezza. Dai dati del Conto annuale al 31/12/2019 risulta che gli operatori dei SerD dedicati in parte o esclusivamente alla cura delle dipendenze connesse con sostanze illegali (escluso il gioco d'azzardo e l'alcol) sono 6.419 (esclusa regione Molise).
A livello nazionale il personale dei SerD è composto per il 54% di figure professionali sanitarie (medici e infermieri), il 15% di psicologi, 14% di assistenti sociali, 10% di educatori professionali e il 7% di amministrativi e altre figure professionali.

Tabella 5.2.2 – Numero personale operante nei SerD per profilo professionale

	N. operatori						
	Medici	Infermieri	Psicologi	Assistenti sociali	Educatori	Amministrativi	Altro
Piemonte	157	191	86	84	146	37	10
Valle d'Aosta	4	7	1	3	6	3	---
Lombardia	220	249	169	179	112	53	20
Liguria	45	85	34	25	11	7	9
PA Bolzano	11	22	58	11	2	8	4
PA Trento	9	10		7	7	3	1
Veneto	71	119	51	56	82	16	13
Friuli Venezia Giulia	33	95	23	29	15	8	9
Emilia Romagna	111	194	61	66	101	6	23
Toscana	112	151	41	55	50	2	10
Umbria	25	40	19	15	4	1	---
Marche	49	60	25	25	2	10	2
Lazio	120	182	80	50	6	9	7
Abruzzo	28	31	13	18	8	5	
Molise	---	---	---	---	---	---	---
Campania	137	160	80	74	10	21	32
Puglia	90	150	83	82	35	21	11
Basilicata	9	15	5	5	4	2	---
Calabria	57	83	27	22	7	8	16
Sicilia	112	122	67	77	10	19	20
Sardegna	51	70	33	19	18	9	3
ITALIA	**1.451**	**2.036**	**956**	**902**	**636**	**248**	**190**

Fonte: SIND – Anno 2020

Importanti differenze si rilevano a livello regionale: la percentuale degli operatori sanitari rispetto al personale totale risulta compresa tra un minimo del 28% e un massimo del 67%, rilevate rispettivamente nella Provincia Autonoma Bolzano e in regione Lazio.
L'86% delle figure personali risulta impiegato a tempo pieno, con valori compresi tra 46% della PA di Bolzano e 99-100% delle regioni Basilicata, Calabria e Sicilia.
Anche la percentuale di operatori assunti con altre forme contrattuali sul totale delle figure professionali operanti nei SerD, che a livello nazionale si attesta all'11%, risulta molto variabile, raggiungendo il valore massimo del 19% in Valle d'Aosta.

Tabella 5.2.3 - Numero personale operante nei SerD per tempo dedicato e tipologia contrattuale e percentuale sul totale

	N. operatori			% sul totale operatori		
	Totale	A tempo pieno	Altre forme rapporto professionale	Operatori sanitari	Operatori a tempo pieno	Operatori altre forme rapporto professionale
Piemonte	711	532	70	48,9	74,8	16,5
Valle d'Aosta	24	19	3	45,8	79,2	19,2
Lombardia	1002	722	134	46,8	72,1	10,0
Liguria	216	180	19	60,2	83,3	14,2
PA Bolzano	116	53	0	28,4	45,7	21,8
PA Trento	37	27	0	51,4	73,0	6,8
Veneto	408	358	0	46,6	87,7	8,4
Friuli Venezia Giulia	212	198	0	60,4	93,4	17,6
Emilia Romagna	562	508	14	54,3	90,4	12,6
Toscana	421	399	9	62,5	94,8	11,4
Umbria	104	85	16	62,5	81,7	12,0
Marche	173	168	0	63,0	97,1	11,4
Lazio	454	371	68	66,5	81,7	7,9
Abruzzo	103	101	0	57,3	98,1	8,0
Molise	---	---	---	---	---	0,0
Campania	514	479	31	57,8	93,2	9,0
Puglia	472	451	7	50,8	95,6	11,9
Basilicata	40	40	0	60,0	100,0	7,2
Calabria	220	218	0	63,6	99,1	11,6
Sicilia	427	425	0	54,8	99,5	8,8
Sardegna	203	195	1	59,6	96,1	12,6
ITALIA	**6.419**	**5.529**	**372**	**54,3**	**86,1**	**10,8**

Fonte: SIND – Anno 2020

I 6.624 operatori dedicati alla cura delle dipendenze da sostanze illegali corrispondono a 11 operatori ogni 100.000 residenti, con un'ampia variabilità interregionale: il tasso risulta compreso, infatti, tra 7 operatori ogni 100.000 abitanti, rilevato nella provincia autonoma di Trento e in regione Basilicata e 22, nella provincia autonoma di Bolzano.

Tabella 5.2.4 - Numero personale operante per sede, per numero di utenti in carico e tasso per 100.000 residenti

	N. totale operatori	Tasso operatori per 100.000 residenti
Piemonte	741	16,5
Valle d'Aosta	24	19,2
Lombardia	1.029	10,0
Liguria	231	14,2
PA Bolzano	105	21,8
PA Trento	33	6,8
Veneto	440	8,4
Friuli Venezia Giulia	227	17,6
Emilia Romagna	550	12,6
Toscana	418	11,4
Umbria	105	12,0
Marche	187	11,4
Lazio	503	7,9
Abruzzo	109	8,0
Molise	---	---
Campania	540	9,0
Puglia	468	11,9
Basilicata	41	7,2
Calabria	161	11,6
Sicilia	493	8,8
Sardegna	219	12,6
ITALIA	**6.624**	**10,8**

Fonte: SIND – Anno 2020

5.3 SERVIZI DEL PRIVATO SOCIALE

Fonte: Ministero dell'Interno - Dipartimento per l'amministrazione generale, per le politiche del personale dell'amministrazione civile e per le risorse strumentali e finanziarie - Direzione centrale per l'amministrazione generale e le Prefetture – Uffici Territoriali del Governo - Ufficio V - Studi, ricerca e documentazione generale.
Fonte: Privato Sociale per le dipendenze. Elaborazioni Consiglio Nazionale delle Ricerche - Istituto di Fisiologia Clinica - Sezione di epidemiologia e ricerca sui servizi sanitari (IFC-CNR)

FLUSSO INFORMATIVO DEL MINISTERO DELL'INTERNO

Il Ministero dell'Interno, a cadenza semestrale, conduce due rilevazioni puntuali, al 30 giugno e al 31 dicembre, relative alle strutture terapeutiche del Privato Sociale specificatamente rivolte a persone tossicodipendenti. Sulla base delle attività erogate e delle metodologie terapeutiche adottate, le strutture riabilitative si suddividono in:

- residenziali, che garantiscono ospitalità e attività tutti i giorni dell'anno per 24 ore al giorno;
- semi-residenziali, che assicurano ospitalità e attività almeno 40 ore settimanali;
- ambulatoriali, che erogano attività per un monte ore inferiore alle 40 ore settimanali.

Al 31 dicembre 2020, le strutture riabilitative rispondenti al flusso informativo sono state 821 (pari al 91% delle strutture esistenti in Italia): per quasi il 75% sono di tipo residenziale e per il 59% sono presenti nelle regioni settentrionali.

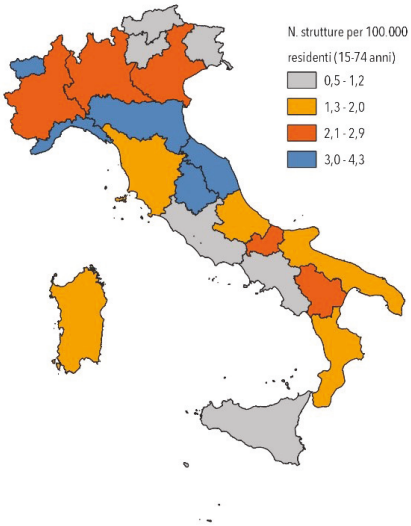
La distribuzione a livello regionale del numero di strutture sulla base della popolazione di 15-74 anni residente (vedi Tabella 5.3.1) evidenzia che le regioni a più alta densità sono Valle d'Aosta e Marche (con oltre 4 strutture ogni 100.000 abitanti), seguite da Liguria, Veneto, Emilia Romagna e Umbria (in media 3 strutture ogni 100.000 residenti). Nella provincia di Bolzano e nelle regioni Lazio, Campania e Sicilia sono mediamente presenti meno di 1 struttura ogni 100.000 residenti.

Tabella 5.3.1 - Numero di strutture riabilitative del Privato Sociale censite al 31/12/2020

	Numero strutture riabilitative				% sul totale nazionale
	Residenziali	Semiresidenziali	Ambulatoriali	Totale	
Piemonte	57	6	4	67	8,2
Valle d'Aosta	3	1	0	4	0,5
Lombardia	130	13	12	155	18,9
Liguria	27	6	2	35	4,3
Nord-ovest	*217*	*26*	*18*	*261*	*31,9*
PA Bolzano	2	0	0	2	0,2
PA Trento	4	1	0	5	0,6
Veneto	68	28	10	106	12,9
Friuli Venezia Giulia	3	2	5	10	1,2
Emilia Romagna	79	13	6	98	11,9
Nord-est	*156*	*44*	*21*	*221*	*26,9*
Toscana	39	13	2	54	6,6
Umbria	17	4	1	22	2,7
Marche	28	12	6	46	5,6
Lazio	21	9	2	32	3,9
Centrale	*105*	*38*	*11*	*154*	*18,8*
Abruzzo	13	2	4	19	2,3
Molise	5	0	0	5	0,6
Campania	16	4	8	28	3,4
Puglia	37	2	15	54	6,6
Basilicata	5	2	3	10	1,2
Calabria	19	6	1	26	3,2
Meridionale	*77*	*14*	*27*	*118*	*14,4*
Sicilia	19	4	4	27	3,3
Sardegna	14	0	2	16	1,9
Insulare	*33*	*4*	*6*	*43*	*5,2*
ITALIA	**606 (73,8%)**	**128 (15,6%)**	**87 (10,6%)**	**821 (100,0%)**	**(100,0%)**

Fonte: Ministero dell'Interno - Ufficio V - Anno 2020

Figura 5.3.1 - Distribuzione regionale delle strutture del Privato Sociale al 31/12/2020 ogni 100.000 abitanti di 15-74 anni

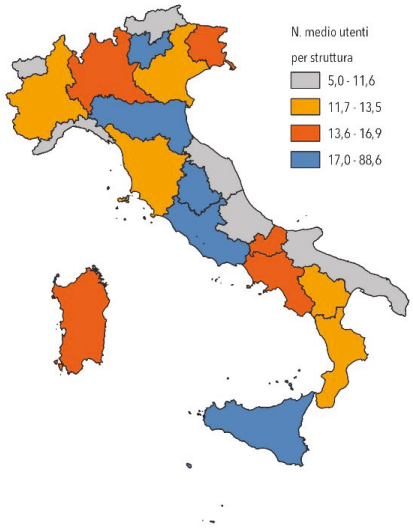


	N. strutture ogni 100.000 residenti (15-74 anni)			
	Residenziali	Semi residenziali	Ambulatoriali	Totale
Piemonte	1,8	0,2	0,1	2,1
Valle d'Aosta	3,2	1,1	0,0	4,3
Lombardia	1,7	0,2	0,2	2,1
Liguria	2,4	0,5	0,2	3,1
Nord-ovest	1,8	0,2	0,2	2,2
PA Bolzano	0,5	0,0	0,0	0,5
PA Trento	1,0	0,2	0,0	1,2
Veneto	1,9	0,8	0,3	2,9
Friuli Venezia Giulia	0,3	0,2	0,6	1,1
Emilia Romagna	2,4	0,4	0,2	3,0
Nord-est	1,8	0,5	0,2	2,5
Toscana	1,4	0,5	0,1	2,0
Umbria	2,6	0,6	0,2	3,4
Marche	2,5	1,1	0,5	4,1
Lazio	0,5	0,2	0,0	0,7
Centrale	1,2	0,4	0,1	1,7
Abruzzo	1,3	0,2	0,4	1,9
Molise	2,2	0,0	0,0	2,2
Campania	0,4	0,1	0,2	0,6
Puglia	1,2	0,1	0,5	1,8
Basilicata	1,2	0,5	0,7	2,4
Calabria	1,3	0,4	0,1	1,8
Meridionale	0,7	0,1	0,3	1,1
Sicilia	0,5	0,1	0,1	0,7
Sardegna	1,1	0,0	0,2	1,3
Insulare	0,7	0,1	0,1	0,9
ITALIA	**1,4**	**0,3**	**0,2**	**1,8**

Fonte: Elaborazioni CNR su dati Ministero dell'Interno - Ufficio V - Anno 2020

Al 31 dicembre 2020, il numero medio di utenti per struttura di tipo residenziale è circa 16 utenti, con un *range* di valori compreso tra 5 e 23, rilevati rispettivamente nelle strutture delle regioni Valle d'Aosta ed Emilia Romagna; sono invece 38 gli utenti mediamente presenti nei servizi ambulatoriali del Privato Sociale, con il valore massimo rilevato in Lazio con 1.108 utenti.

Figura 5.3.2 - Numero medio di utenti presenti al 31/12/2020 per tipologia di struttura



	N. medio utenti per struttura			
	Residenziali	Semi residenziali	Ambulatoriali	Totale
Piemonte	12,1	10,8	16,3	12,3
Valle d'Aosta	4,7	23,0	---	9,3
Lombardia	17,3	9,5	16,9	16,6
Liguria	12,2	2,2	4,5	10,0
Nord-ovest	*15,1*	*8,6*	*15,4*	*14,5*
PA Bolzano	5,0	---	---	5,0
PA Trento	18,0	45,0	---	23,4
Veneto	14,6	7,6	9,0	12,2
Friuli Venezia Giulia	13,3	36,5	6,4	14,5
Emilia Romagna	23,1	6,5	32,0	21,4
Nord-est	*18,8*	*9,4*	*15,0*	*16,6*
Toscana	13,4	7,6	36,5	12,8
Umbria	22,3	10,0	44,0	21,0
Marche	13,2	5,3	16,7	11,6
Lazio	18,4	26,0	1.108,0	88,6
Centrale	*15,8*	*11,5*	*221,2*	*29,4*
Abruzzo	9,2	3,5	2,0	7,1
Molise	15,2	---	---	15,2
Campania	20,6	1,0	8,8	14,4
Puglia	10,1	20,0	8,3	10,0
Basilicata	16,2	4,0	10,7	12,1
Calabria	16,6	5,7	0,0	13,5
Meridionale	*16,8*	*6,6*	*8,7*	*13,7*
Sicilia	18,3	20,3	8,0	17,0
Sardegna	17,9	---	10,0	16,9
Insulare	*18,1*	*20,3*	*8,7*	*17,0*
ITALIA	**16,1**	**9,8**	**38,0**	**17,5**

Fonte: Ministero dell'Interno - Ufficio V - Anno 2020

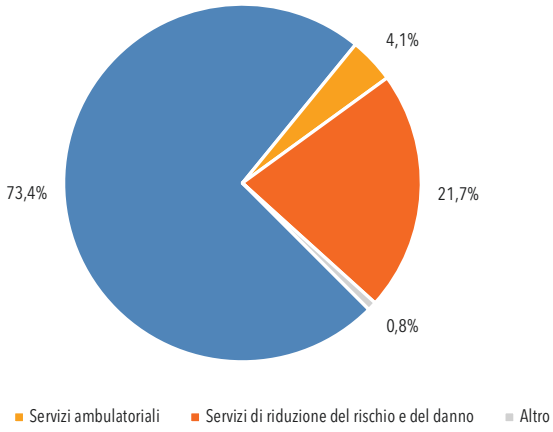
STUDIO CONOSCITIVO SUI SERVIZI DEL PRIVATO SOCIALE

Il presente paragrafo sintetizza le informazioni raccolte, per il terzo anno consecutivo, presso un campione di servizi del Privato Sociale nell'ambito di una rilevazione conoscitiva[2] condotta dal Consiglio Nazionale delle Ricerche - Istituto di Fisiologia Clinica in collaborazione con la Presidenza del Consiglio dei Ministri - Dipartimento Politiche Antidroga.

Alla raccolta dei dati 2020 hanno collaborato 84 organizzazioni del Privato Sociale, di cui 92% accreditate, 6,5% autorizzate e 1,3% pubbliche; per il 43% sono Cooperative, il 32% sono Associazioni, il 7,1% Fondazioni e per il 18% di altra tipologia. Non essendo ancora disponibile un'anagrafe completa delle strutture del Privato Sociale, l'indirizzario dei contatti messo a punto per il progetto e costituito da 326 strutture, potrebbe avere alcune lacune. L'invito a partecipare è stato inviato a tutte le strutture e in maniera volontaria ha aderito poco più di un quarto delle organizzazioni invitate (26%). L'articolazione dei servizi riflette pertanto una situazione parziale, non esaustivamente comprensiva dei servizi a bassa soglia, tuttavia rappresenta la più articolata fonte informativa sul variegato e complesso mondo dei servizi del Privato Sociale.

Le organizzazioni rispondenti hanno riferito l'articolazione dell'offerta in 244 servizi: per il 73% si tratta di servizi erogati in comunità terapeutiche residenziali e semi-residenziali, comunità alloggio o alloggi protetti, per il 4,1% di servizi ambulatoriali o all'interno del carcere, per il 22% di servizi di riduzione del rischio e del danno (unità mobili, *drop-in*, servizi a bassa soglia e di pronta accoglienza)[3].

Figura 5.3.3 - Distribuzione percentuale del campione dei servizi del Privato Sociale per tipologia di servizio



Fonte: Servizi del Privato Sociale. Elaborazioni Consiglio Nazionale delle Ricerche - Istituto di Fisiologia Clinica - Anno 2020

In termini di dislocazione territoriale, le organizzazioni rispondenti risiedono prevalentemente nel Nord Italia (65%), il 19% è situato nel Centro, il 10% al Sud e il 6% nelle Isole.

[2] Progetto "EPI MONITORING 3.0" condotto dal Consiglio Nazionale delle Ricerche - Istituto di Fisiologia Clinica in collaborazione con la Presidenza del Consiglio dei Ministri - Dipartimento Politiche Antidroga.

[3] Alla rilevazione hanno partecipato anche 2 servizi, pari allo 0,8%, di altra tipologia non specificata.

Tabella 5.3.2 - Distribuzione regionale del campione delle organizzazioni del Privato Sociale rispondenti e dei relativi servizi

	Organizzazioni rispondenti (%)	Servizi del Privato Sociale (%)
Piemonte	11,9	11,9
Valle d'Aosta	---	---
Lombardia	23,8	25,4
Liguria	1,2	2,5
PA Bolzano	---	---
PA Trento	3,6	1,2
Veneto	14,3	15,2
Friuli Venezia Giulia	1,2	1,2
Emilia Romagna	9,5	7,4
Toscana	6,0	4,5
Umbria	---	0,4
Marche	3,6	1,2
Lazio	9,5	14,3
Abruzzo	---	0,8
Molise	1,2	---
Campania	1,2	1,6
Puglia	6,0	5,7
Basilicata	---	0,8
Calabria	1,2	1,2
Sicilia	3,6	2,5
Sardegna	2,4	2,0
Totale complessivo (n.)	**84**	**244**

Fonte: Servizi del Privato Sociale. Elaborazioni Consiglio Nazionale delle Ricerche - Istituto di Fisiologia Clinica - Anno 2020

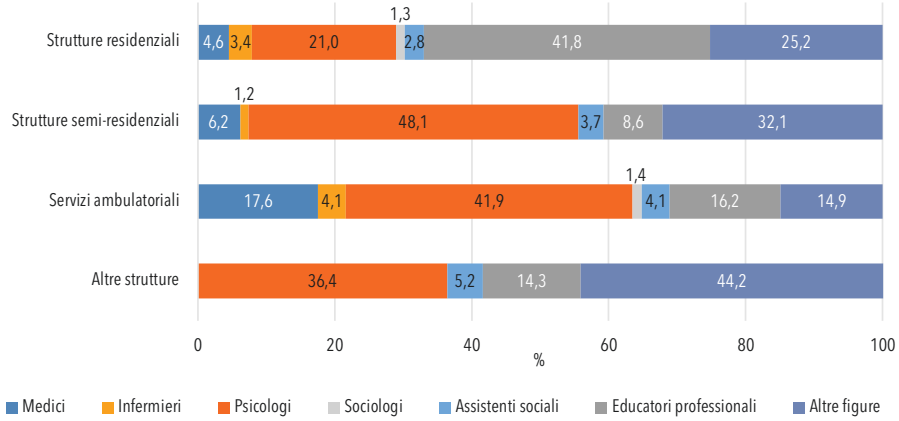
Le strutture residenziali rispondenti alla rilevazione riferiscono l'impiego di 849 figure professionali tra personale medico, infermieri, psicologi, sociologi, assistenti sociali ed educatori professionali, oltre a 322 unità di altro personale, tra cui consulenti e collaboratori amministrativi, figure impiegate nella formazione, operatori volontari.

Nelle strutture semi-residenziali rispondenti operano 81 figure professionali, per il 7% di tipo sanitario, per il 60% psicologi, assistenti sociali ed educatori professionali e per il restante 32% altro personale.

I servizi ambulatoriali, comprensivi di quelli erogati all'interno del carcere, vedono impiegati 63 tra medici, infermieri, psicologi, sociologi, assistenti sociali ed educatori professionali, il 25% personale sanitario, il 49% psicologi, oltre a 11 altre figure.

Sono inoltre riferite altre strutture trattamentali che coinvolgono l'impiego di 28 psicologi, 4 assistenti sociali, 11 educatori professionali e ulteriori 34 altre figure professionali.

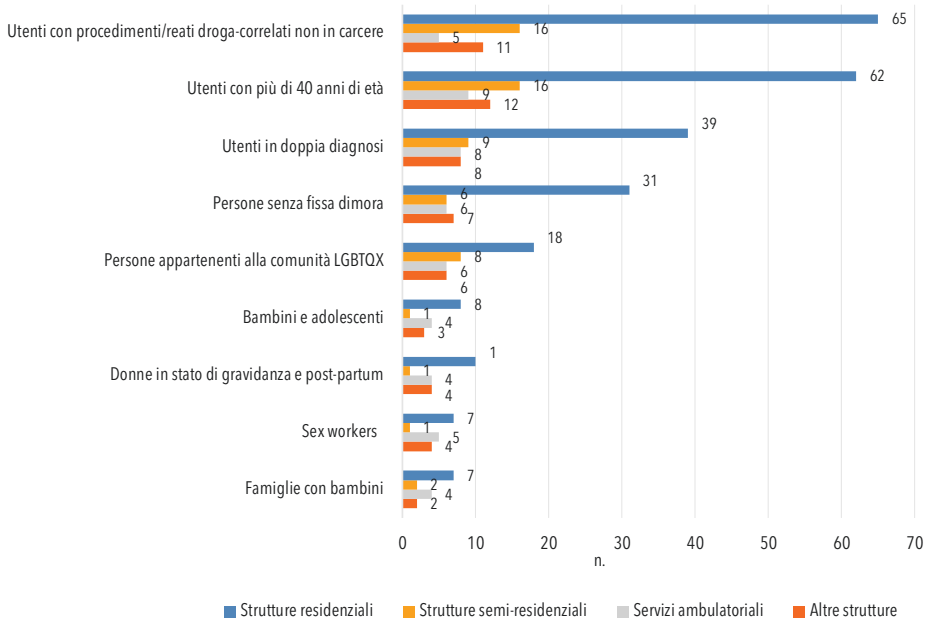
Figura 5.3.4 – Distribuzione percentuale delle figure professionali coinvolte nell'erogazione dei servizi per le diverse tipologie di struttura



Fonte: Servizi del Privato Sociale. Elaborazioni Consiglio Nazionale delle Ricerche - Istituto di Fisiologia Clinica- Anno 2020

L'offerta di trattamento erogata dalle strutture residenziali e semi-residenziali è rivolta, oltre all'utenza tossicodipendente, anche alle persone con procedimenti/reati droga-correlati non in carcere, utenti ultraquarantenni, utenti in doppia diagnosi e persone senza fissa dimora. Le stesse tipologie di utenti rappresentano il *target* principale anche per i servizi ambulatoriali, che erogano inoltre trattamenti a *sex workers* e persone appartenenti alla comunità LGBTQX.

Figura 5.3.5 – Numero di strutture che riferiscono offerta di trattamento per tipologia di utenza *target*



Fonte: Servizi del Privato Sociale. Elaborazioni Consiglio Nazionale delle Ricerche - Istituto di Fisiologia Clinica- Anno 2020

5.4 SERVIZI E ATTIVITÀ DI RIDUZIONE DEL RISCHIO E DEL DANNO

Fonte: Gruppo tecnico interregionale Dipendenze costituito presso la Commissione Salute della Conferenza delle Regioni e delle Province Autonome. Elaborazioni Consiglio Nazionale delle Ricerche - Istituto di Fisiologia Clinica- Sezione di epidemiologia e ricerca sui servizi sanitari (IFC-CNR).
Fonte: Privato Sociale per le dipendenze. Elaborazioni Consiglio Nazionale delle Ricerche - Istituto di Fisiologia Clinica - Sezione di epidemiologia e ricerca sui servizi sanitari (IFC-CNR)

Il seguente contributo ha lo scopo di fornire una panoramica delle attività di riduzione del rischio e del danno (RRD) correlato all'uso di sostanze svolte dai servizi per le dipendenze pubblici e privati. Nella prima parte si riportano le informazioni fornite dai referenti regionali e delle PA alle dipendenze attraverso la compilazione dei Questionari Strutturati predisposti dall'*European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction* (EMCDDA)[4] e adattati al contesto nazionale, attraverso il coinvolgimento di uno specifico gruppo di lavoro composto da alcuni rappresentanti regionali e da ricercatori del Consiglio Nazionale delle Ricerche - Istituto di Fisiologia Clinica (CNR-IFC).
Nella seconda parte del paragrafo le informazioni riportate derivano dalla sezione specifica sulla RRD raccolte presso un campione di servizi del Privato Sociale nell'ambito di una rilevazione conoscitiva condotta da CNR-IFC in collaborazione con il Dipartimento Politiche Antidroga.

ATTIVITÀ DI RIDUZIONE DEL RISCHIO E DEL DANNO IN AMBITO REGIONALE

Le informazioni riportate riguardano le attività di RRD svolte in ambito sanitario, come la prevenzione di infezioni e malattie trasmissibili, delle overdosi e dei decessi correlati, così come quelle che favoriscono il contatto sia con i consumatori precoci e l'invio ai servizi specifici per le dipendenze, sia con quei consumatori che sfuggono ai servizi tradizionali. Sono i servizi a bassa soglia e le unità mobili a svolgere più frequentemente attività di RRD, seguiti da servizi ambulatoriali territoriali per le dipendenze (SerD e SMI) e, in alcune regioni, anche dalle comunità terapeutiche.
Il principale intervento attuato per la prevenzione delle malattie infettive droga-correlate è il *counselling* individuale, garantito, nella maggior parte delle regioni/PA rispondenti, alla quasi totalità o maggior parte dell'utenza trattata dai servizi di RDD. Anche le attività di *screening* delle epatiti virali di tipo B e C sono svolte nella maggior parte delle regioni/PA raggiungendo la maggior parte o quasi tutte le persone che ne hanno bisogno. La campagna di vaccinazione per epatite virale di tipo B rivolta a gruppi di persone a rischio è attuata in 13 regioni ed è garantita a quasi tutte/alla maggior parte delle persone che ne hanno bisogno in Liguria,

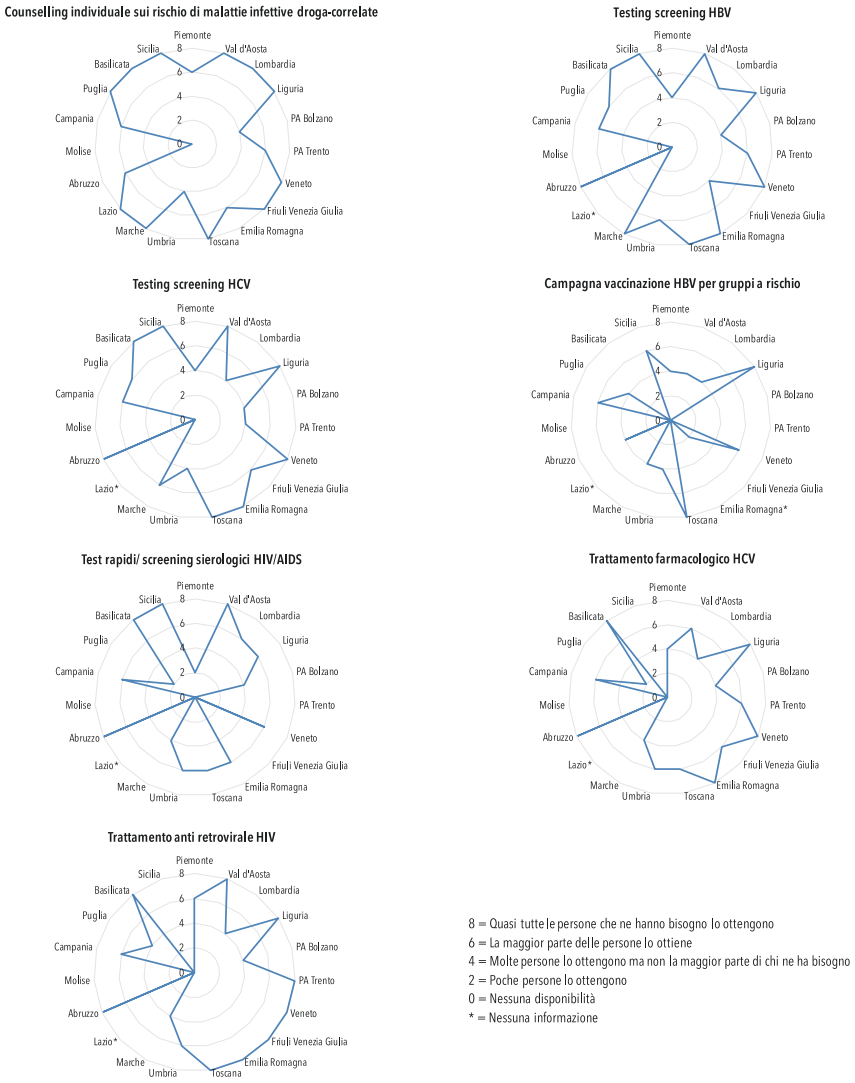
[4] Le Regioni/PA rispondenti sono state: Abruzzo, Basilicata, Campania, Emilia Romagna, Friuli Venezia Giulia, Lazio, Liguria, Lombardia, Marche, Molise, PA Bolzano, PA Trento, Piemonte, Puglia, Sicilia, Toscana, Umbria, Valle d'Aosta, Veneto.

Veneto, Toscana, Campania e Sicilia e a molte persone, ma non alla maggior parte, in Piemonte, Valle d'Aosta, Lombardia, Marche, Umbria, Abruzzo e Puglia.

I test rapidi e gli *screening* sierologici per HIV/AIDS vengono garantiti a quasi tutte/la maggior parte delle persone che ne hanno bisogno nelle regioni Valle d'Aosta, Lombardia, Liguria, Veneto, Emilia Romagna, Toscana, Umbria, Abruzzo, Campania, Basilicata e Sicilia, nella regione Marche e nella PA Bolzano le attività di *screening* risultano disponibili a molte, ma non alla maggior parte delle persone.

I trattamenti farmacologici per epatite B e quelli antiretrovirali per HIV vengono garantiti alla quasi totalità/maggior parte delle persone che ne abbisognano nelle regioni Piemonte (per HIV), Valle d'Aosta, Liguria, Veneto, PA Trento, Friuli Venezia Giulia, Emilia Romagna, Toscana, Umbria, Abruzzo, Basilicata e Campania.

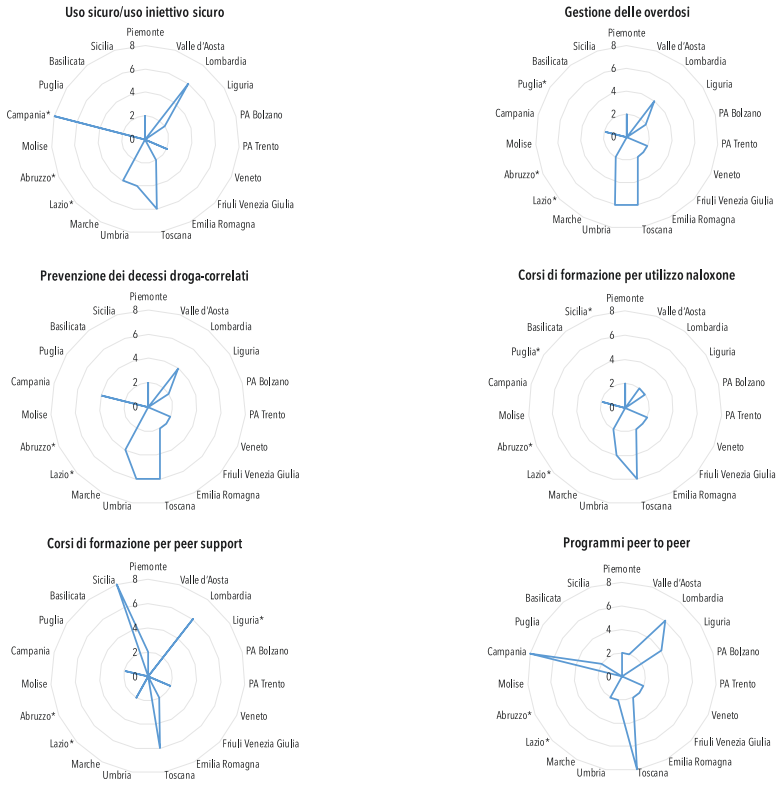
Figura 5.4.1 - Grado di disponibilità/accessibilità agli interventi in ambito sanitario



Fonte: Gruppo tecnico interregionale Dipendenze. Elaborazione IFC-CNR - Anno 2020

In 10 regioni risultano attivati corsi di formazione/*training* di sopravvivenza per l'uso sicuro di sostanze stupefacenti, anche per via iniettiva, rispondendo alle richieste della quasi totalità/maggior parte delle persone che ne hanno bisogno in Lombardia, Toscana, Umbria, Marche e Campania.
I corsi formativi/*training* rivolti alla gestione delle overdosi e/o alla prevenzione dei decessi droga-correlati risultano attivati in 10 regioni, in Lombardia, Toscana, Umbria, Marche e Campania risultano accessibili alla quasi totalità/maggior parte delle persone che ne hanno bisogno. Le attività di formazione sull'utilizzo del naloxone, riferite essere presenti in 10 regioni, risultano garantite alla quasi totalità/maggior parte delle persone che ne hanno bisogno in Toscana e Umbria.
In 13 regioni risultano essere attivi corsi rivolti a *peer-support* e/o programmi *peer-to-peer* e in Lombardia, Liguria, Toscana, Campania e Sicilia rispondono alle esigenze della quasi totalità/maggior parte delle persone in stato di bisogno.

Figura 5.4.2 - Grado di disponibilità/accessibilità dei corsi di formazione/*training* di sopravvivenza



8 = Quasi tutte le persone che ne hanno bisogno lo ottengono
6 = La maggior parte delle persone lo ottiene
4 = Molte persone lo ottengono ma non la maggior parte di chi ne ha bisogno
2 = Poche persone lo ottengono
0 = Nessuna disponibilità
* = Nessuna informazione

Fonte: Gruppo tecnico interregionale Dipendenze. Elaborazione IFC-CNR - Anno 2020

Le attività di *pill testing/drug checking,* rivolte alla riduzione dei rischi correlati all'assunzione di sostanze stupefacenti di natura "incerta o sconosciuta", risultano presenti in 8 regioni e in Lombardia, Toscana e Umbria risultano accessibili alla quasi totalità/maggior parte delle persone che ne hanno bisogno.
I kit sniffo sicuro risultano essere distribuiti in 6 regioni e in Lombardia, Emilia Romagna e Toscana rispondono alle richieste di quasi tutte/maggior parte delle persone che richiedono questo servizio.

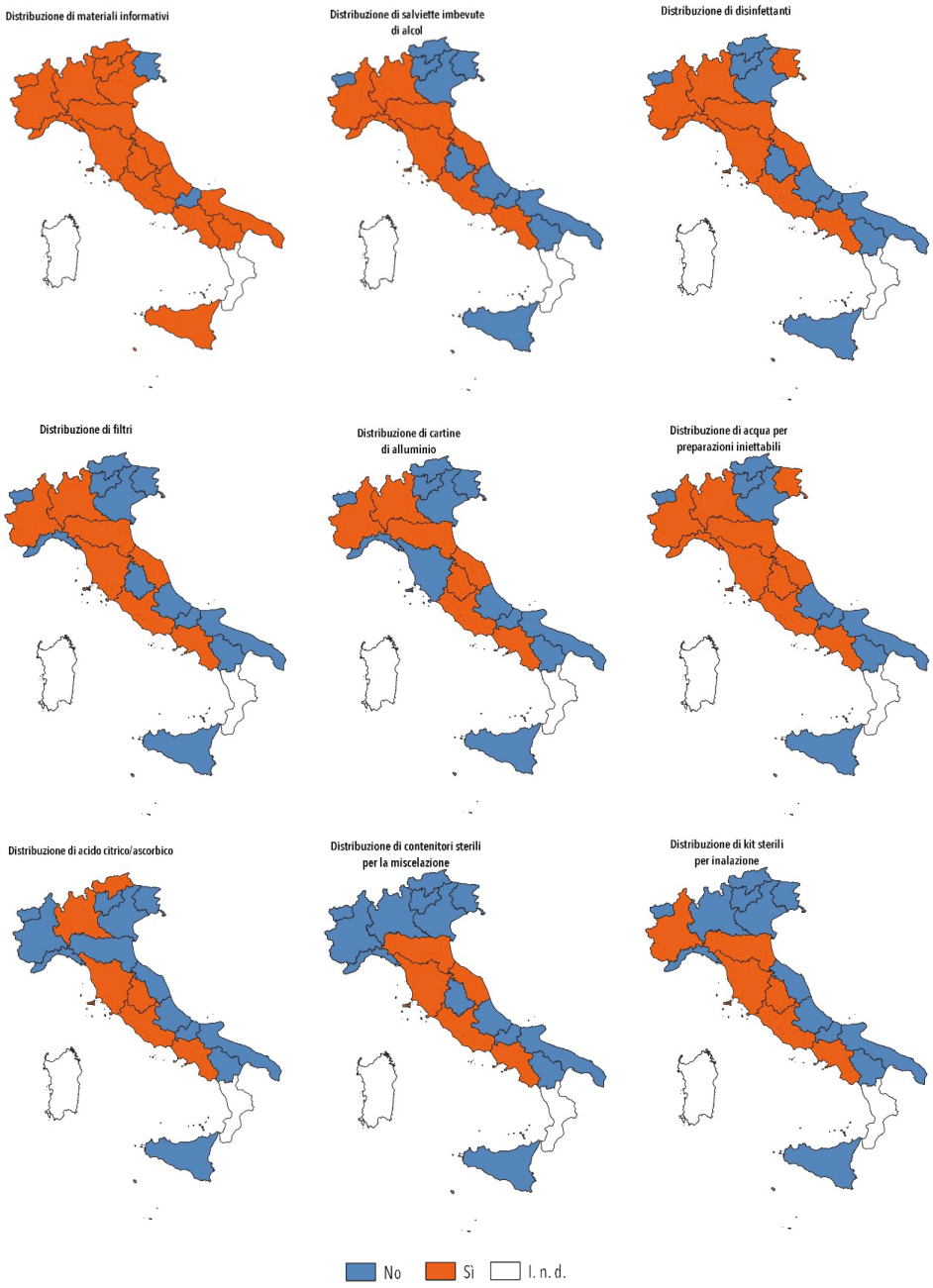
Figura 5.4.3 - Grado di disponibilità/accessibilità dello svolgimento di test e/o distribuzione materiale

8 = Quasi tutte le persone che ne hanno bisogno lo ottengono
6 = La maggior parte delle persone lo ottiene
4 = Molte persone lo ottengono ma non la maggior parte di chi ne ha bisogno
2 = Poche persone lo ottengono
0 = Nessuna disponibilità
* = Nessuna informazione

Fonte: Gruppo tecnico interregionale Dipendenze. Elaborazione IFC-CNR - Anno 2020

Se la distribuzione di materiale informativo specificatamente rivolto alla prevenzione dei rischi correlati all'utilizzo delle sostanze stupefacenti risulta diffusa in 17 regioni/PA su 19 rispondenti, meno presenti risultano le attività riguardanti la distribuzione di materiale come salviette imbevute di alcol (8 regioni/PA), di disinfettanti (9 regioni/PA), di filtri e/o cartine d'alluminio (7 Regioni/PA entrambe), di contenitori sterili per la miscelazione (5 regioni/PA), di acqua per preparazioni iniettabili (10 regioni/PA), di acido citrico/ascorbico (6 regioni/PA).

Figura 5.4.4 - Grado di disponibilità/accessibilità alla distribuzione di materiale

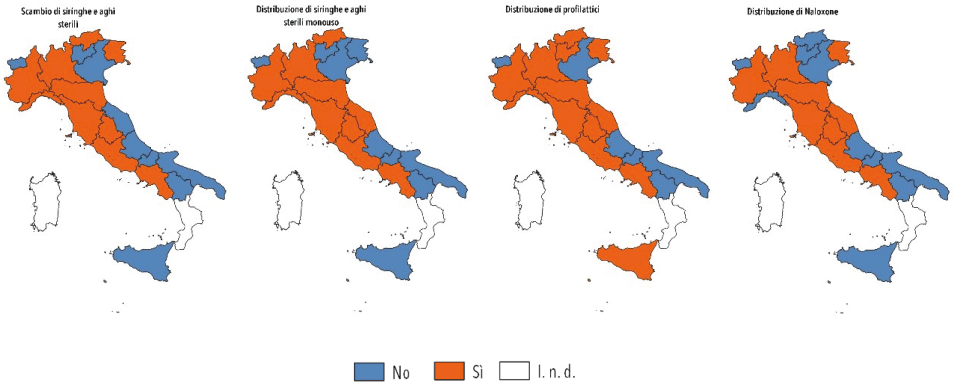


Fonte: Gruppo tecnico interregionale Dipendenze. Elaborazione IFC-CNR - Anno 2020

I programmi di materiale scambio di siringhe e aghi sterili (che prevedono sia la raccolta sia la distribuzione) e di distribuzione degli stessi risultano attivi in 10 regioni/PA, mentre le attività di RDD che prevedono la

distribuzione di materiale sanitario, quali profilattici e/o di naloxone, risultano presenti rispettivamente in 12 e 9 regioni/PA.

Figura 5.4.5 - Grado di disponibilità/accessibilità alla distribuzione di materiale



Fonte: Gruppo tecnico interregionale Dipendenze. Elaborazione IFC-CNR - Anno 2020

Alcune regioni/PA hanno riferito che durante il periodo di emergenza sanitaria per COVID-19 si è reso necessario riorganizzare le attività di RDD svolte in presenza, pur garantendo lo svolgimento delle attività di base, anche per dare risposta alle necessità di protezione individuale, garantendo la distribuzione di dispositivi di protezione individuale anti COVID-19, come guanti e mascherine (PA Trento, Emilia Romagna, Toscana e Lazio).

Nelle regioni Emilia Romagna, PA Bolzano, Marche, Umbria e Lazio, ad esempio, all'utenza in condizioni di marginalità e fragilità è stata garantita la distribuzione di strumenti sanitari (quali profilattici, siringhe, aghi) e, per quanto riguarda Emilia Romagna, Friuli Venezia Giulia e Lazio, anche di generi di conforto, in modalità usa e getta, così come il servizio docce, lavaggio indumenti e la distribuzione di kit di pulizia, sia degli alloggi sia per l'igiene personale.

I servizi di RDD svolti attraverso le unità mobili, soprattutto durante il periodo di massima emergenza sanitaria, hanno supportato i servizi pubblici nello svolgimento sia delle attività di distribuzione, anche a domicilio, delle terapie sostitutive (Friuli Venezia Giulia e Lazio), sia della trasmissione di informazioni (Piemonte, PA Bolzano, PA Trento, Marche, Umbria, Abruzzo e Basilicata), anche specifiche sui comportamenti da adottare per la protezione dal virus (Marche, Emilia Romagna, PA Trento e Veneto), mediante l'ausilio di dispositivi telematici come siti web, eventi virtuali, *social network* e colloqui telefonici (Piemonte, Emilia Romagna, Umbria e Basilicata).

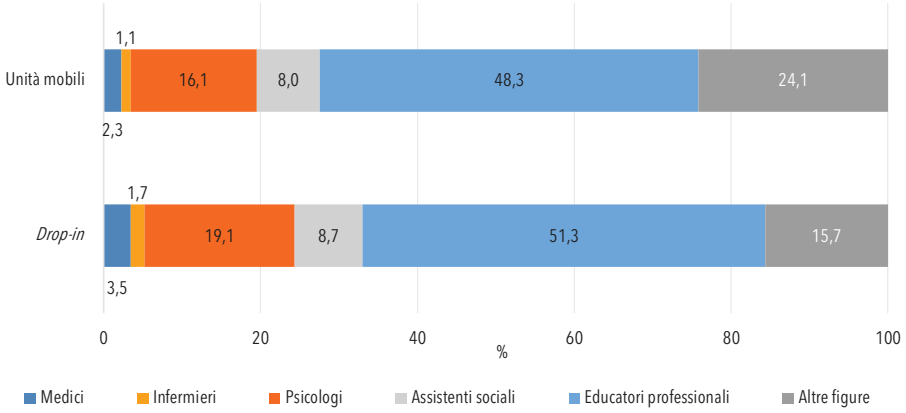
ATTIVITÀ DI RIDUZIONE DEL RISCHIO E DEL DANNO SVOLTE DA UN CAMPIONE DI SERVIZI DEL PRIVATO SOCIALE

Oltre ai percorsi comunitari, principali oggetto dello studio rivolto ai servizi del Privato Sociale, il questionario contiene una sezione dedicata alle attività di RRD erogate dalle organizzazioni contattate.

Il presente paragrafo offre una sintesi delle informazioni riferite su tali attività da 42 servizi afferenti alle 84 partecipanti alla ricerca: il 74% sono unità mobili/*drop-in* e il restante 26% servizi a bassa soglia/pronta accoglienza. Hanno inoltre riferito di svolgere attività RRD 5 servizi ambulatoriali e 1 servizio all'interno del carcere, nonché 34 comunità terapeutiche tra residenziali, residenziali specifiche e semi-residenziali/diurne, le quali riportano prevalentemente attività di distribuzione di materiali informativi.

Le unità mobili e i *drop-in* coinvolgono 163 figure professionali tra cui medici (4% in unità mobili e 2% nei *drop-in*), infermieri (2% e 1% rispettivamente), psicologi (19% e 16%), assistenti sociali (9% e 8%) ed educatori professionali (51% e 48%), oltre ad altre 39 figure professionali, 16% impiegate nelle unità mobili e 24% nei *drop-in*.

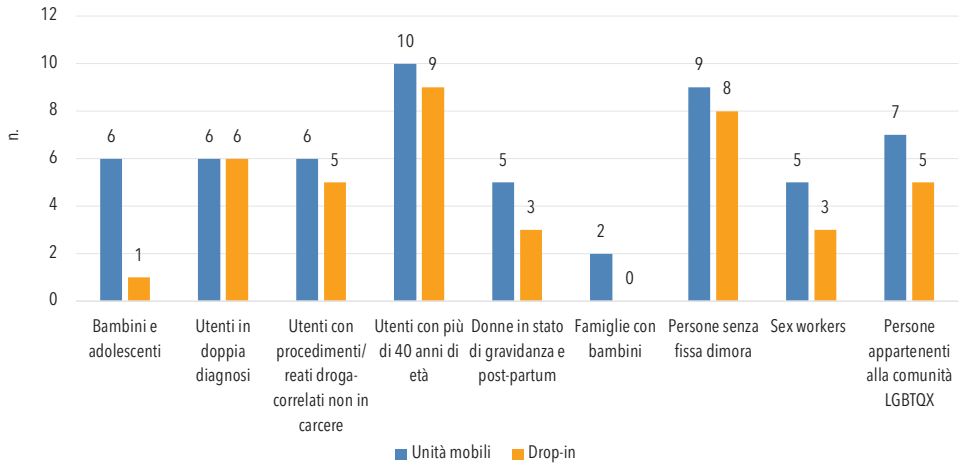
Figura 5.4.6 - Distribuzione percentuale delle figure professionali coinvolte nell'erogazione dei servizi in unità mobili e *drop-in*



Fonte: Servizi del Privato Sociale. Elaborazione IFC-CNR - Anno 2020

La maggior parte delle unità mobili rivolge i servizi a persone di età superiore ai 40 anni, senza fissa dimora e persone appartenenti alla comunità LGBTQX. Gli stessi *target*, oltre agli utenti in doppia diagnosi, sono più frequentemente riferiti anche per l'offerta erogata dai *drop-in*.

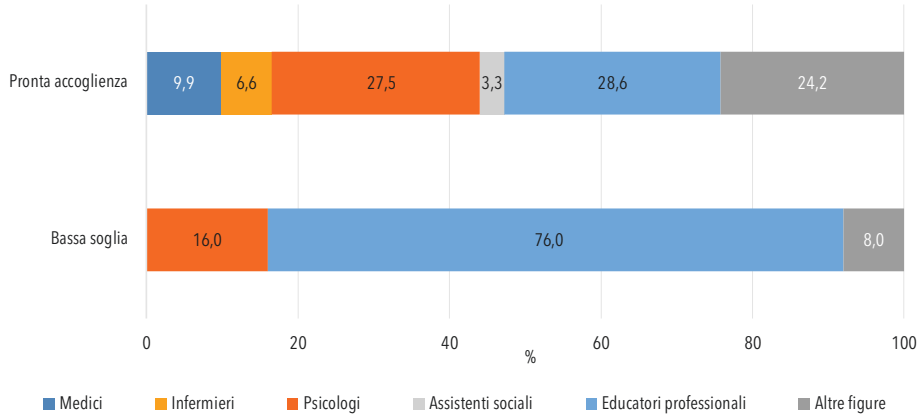
Figura 5.4.7 - Numero di unità mobili e *drop-in* per tipologia di utenza *target*



Fonte: Servizi del Privato Sociale. Elaborazione IFC-CNR - Anno 2020

Nell'ambito della pronta accoglienza trovano impiego 91 figure professionali, soprattutto educatori professionali (29%) e psicologi (28%); per circa il 10% sono medici, per il 7% infermieri, per il 3% assistenti sociali e per il 24% altre figure professionali. Nei servizi a bassa soglia rispondenti sono coinvolti 25 professionisti: il 16% sono psicologi, il 76% educatori professionali e l'8% altro personale.

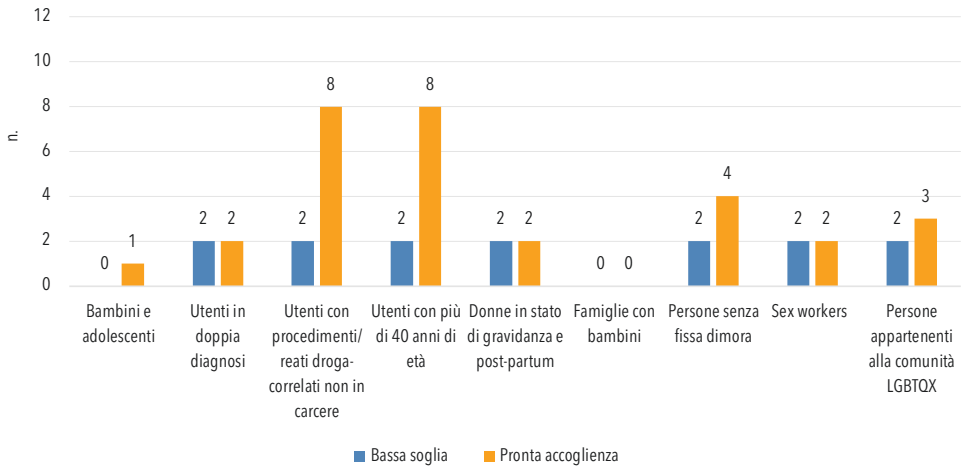
Figura 5.4.8 - Distribuzione percentuale delle figure professionali coinvolte nell'erogazione dei servizi di pronta accoglienza e a bassa soglia



Fonte: Servizi del Privato Sociale. Elaborazione IFC-CNR - Anno 2020

Il *target* di utenza della pronta accoglienza è prevalentemente distribuito tra soggetti con procedimenti/reati droga-correlati e utenza over 40.
I servizi a bassa soglia rivolgono l'offerta di trattamento verso tutte le categorie di utenza considerate a eccezione di bambini, adolescenti e famiglie con bambini.

Figura 5.4.9 – Numero dei servizi a bassa soglia e pronta accoglienza per tipologia di utenza *target*



Fonte: Servizi del Privato Sociale. Elaborazione IFC-CNR - Anno 2020

Di seguito, la descrizione delle attività e degli interventi erogati nell'ambito della RRD prende in considerazione le diverse tipologie di servizi nel loro complesso.

Rispetto agli interventi specifici nell'ambito delle malattie infettive, le attività maggiormente riferite sono quella del *counselling* individuale sui rischi di malattie infettive droga-correlati, che coinvolge quasi la totalità dei servizi (93%) e i test di *screening* per HCV, HBV e HIV/AIDS (tra il 38 e il 50%).

La campagna di vaccinazione HBV per gruppi a rischio è riferita dal 18% dei rispondenti mentre i trattamenti farmacologici per l'epatite C e antiretrovirali per l'HIV sono erogati da meno del 40% dei servizi.

Tra i servizi che erogano queste attività, la maggioranza riesce a raggiungere quasi tutte/la maggior parte delle persone che hanno bisogno di tali interventi, superando il 97% quando ci si riferisce all'attività di *counselling*.

Tabella 5.4.1 - Distribuzione percentuale dei servizi che erogano interventi in ambito sanitario e della disponibilità/accessibilità a quasi tutte/la maggior parte delle persone che ne hanno bisogno

Tipologia di intervento	Servizi che erogano l'intervento (%)	Disponibilità/ accessibilità (%)
Counselling individuale sui rischi di malattie infettive droga-correlati	92,7	97,4
Testing/screening HBV	37,8	77,4
Campagna di vaccinazione HBV per gruppi a rischio	18,3	80,0
Testing/screening HCV	50,0	80,5
Trattamento farmacologico HCV	36,6	90,0
Test rapidi/*screening* sierologici HIV/AIDS	37,8	83,9
Trattamento antiretrovirale HIV	36,6	93,3

Fonte: Servizi del Privato Sociale. Elaborazione IFC-CNR - Anno 2020

I servizi operanti nell'ambito della RRD hanno inoltre fornito informazioni riguardo ai corsi di formazione specifici erogati. Tra il 37% e il 43% dei servizi svolge corsi sulla prevenzione dei decessi droga-correlati, sulla gestione delle overdose e l'uso, anche iniettivo, sicuro. Tra questi servizi, la percentuale di quanti riescono a raggiungere

quasi tutte/la maggior parte delle persone che hanno bisogno di tali corsi è superiore al 68%. Sono poco più di un quarto i servizi che riferiscono programmi *peer to peer* e, tra questi, meno della metà raggiunge quasi tutti/la maggior parte di chi ne ha bisogno. I corsi di formazione a *peer support* sono erogati dal 21% dei servizi raggiungendo chi ne ha bisogno in poco più di un terzo dei casi.

Tabella 5.4.2 - Distribuzione percentuale dei servizi che svolgono corsi di formazione e della disponibilità/accessibilità a quasi tutte/la maggior parte delle persone che ne hanno bisogno

Corsi di formazione	Servizi che erogano l'intervento (%)	Disponibilità/ accessibilità (%)
Corsi di formazione/ *training* sopravvivenza per la prevenzione dei decessi droga-correlati	39,0	68,8
Corsi di formazione/ *training* per la gestione delle overdosi	42,7	68,6
Corsi di formazione/ *training* di sopravvivenza per "uso sicuro/uso iniettivo sicuro"	37,8	74,2
Corsi di formazione per *peer support*	20,7	32,3
Programmi *peer to peer*	28,0	47,8

Fonte: Servizi del Privato Sociale. Elaborazione IFC-CNR - Anno 2020

Alcuni servizi offrono un'analisi chimica per stabilire la composizione e la concentrazione dei principi attivi, al fine di ridurre i rischi legati all'imprevedibilità della composizione delle sostanze: il *Pill testing/Drug checking* è effettuato da circa un sesto dei servizi e, tra questi, la metà riesce a raggiungere quasi tutte/la maggior parte delle persone che ne hanno bisogno. Il Kit sniffo sicuro è riferito tra i materiali distribuiti da quasi un quarto dei servizi e questi riescono a raggiungere quasi tutte/la maggior parte delle persone che hanno bisogno nel 75% dei casi.

Tabella 5.4.3 - Distribuzione percentuale dei servizi che svolgono test e/o distribuiscono materiale e della disponibilità/accessibilità a quasi tutte/la maggior parte delle persone che ne hanno bisogno

Intervento	Servizi che erogano l'intervento (%)	Disponibilità/ accessibilità (%)
Pill testing/Drug checking	17,1	50,0
Kit sniffo sicuro	24,4	75,0

Fonte: Servizi del Privato Sociale. Elaborazione IFC-CNR - Anno 2020

La distribuzione di materiali che limitino i rischi durante l'assunzione di sostanze o altri comportamenti a rischio, è riferita con percentuali molto variabili dai servizi rispondenti: a esclusione della distribuzione di acido citrico/ascorbico, riferita da un solo servizio, si passa dall'8,5% dei servizi coinvolti nella distribuzione di contenitori sterili per la miscelazione al 56% dei servizi impegnati nella distribuzione di preservativi. Il 78% riferisce di distribuire materiale informativo.
I servizi hanno inoltre riferito la distribuzione di 490.137 siringhe e il contatto con 91.547 persone, per 6,7% dei quali si trattava di primo contatto (nuovi soggetti contattati=6.112).

Tabella 5.4.4 - Distribuzione percentuale dei servizi che distribuiscono materiale per la RRD

Tipologia di intervento	Servizi che erogano l'intervento (%)
Distribuzione di materiali informativi	78,0
Distribuzione di siringhe e aghi sterili monouso	35,4
Scambio di siringhe e aghi sterili monouso	32,9
Distribuzione di salviette imbevute d'alcol	31,7
Distribuzione di acqua per preparazioni iniettabili	34,1
Distribuzione di contenitori sterili per miscelazione	8,5
Distribuzione di filtri	11,0
Distribuzione di acido citrico / ascorbico	1,2
Distribuzione di disinfettanti	39,0
Distribuzione di preservativi	56,1
Distribuzione di kit sterili per inalazione (ad esempio pipette)	17,1
Distribuzione di cartine di alluminio	22,0
Distribuzione di naloxone	34,1

Fonte: Servizi del Privato Sociale. Elaborazione IFC-CNR - Anno 2020

Poco meno di un terzo dei rispondenti riferisce che il naloxone fa parte dell'equipaggiamento standard dell'ambulanza, il cui personale è addestrato nel 30% dei casi, per il 22% l'uso di naloxone è limitato a personale addestrato, quali infermieri e medici, per il 18% l'uso del naloxone è limitato agli ospedali, ai reparti di emergenza e/o ai veicoli di emergenza.
La distribuzione del naloxone come parte dei programmi *peer to peer* è riferita dal 20% dei servizi e soltanto un servizio ha riferito la distribuzione dei kit di naloxone ai detenuti che escono dal carcere.

Tabella 5.4.5 - Distribuzione percentuale dei servizi che hanno disponibilità/distribuiscono naloxone

Tipologia di intervento	Servizi che erogano l'intervento (%)
L'uso del naloxone è limitato agli ospedali, ai reparti di emergenza e / o ai veicoli di emergenza	18,3
L'uso di naloxone è limitato a personale medico addestrato (ad esempio infermieri, medici)	22,0
Il naloxone fa parte dell'equipaggiamento standard dell'ambulanza	29,3
Il personale dell'ambulanza è addestrato all'uso di naloxone	30,5
La distribuzione del naloxone è parte dei programmi *peer to peer*	19,5
I kit di naloxone vengono distribuiti ai detenuti che escono dal carcere	1,2

Fonte: Servizi del Privato Sociale. Elaborazione IFC-CNR - Anno 2020

CAPITOLO 6

DOMANDA DI TRATTAMENTO

6.1 UTENTI IN CARICO E TRATTAMENTI EROGATI DAI SERVIZI PUBBLICI PER LE DIPENDENZE

Fonte: Ministero della Salute - Direzione generale della digitalizzazione, del sistema informativo sanitario e della statistica; Direzione generale della prevenzione sanitaria.
Commissione Salute della Conferenza delle Regioni e delle Province Autonome - sottogruppo Dipendenze – Gruppo di lavoro SIND

La raccolta e l'analisi dei dati sui servizi e sull'utenza dei Servizi per le dipendenze patologiche (SerD) sono gestite a livello nazionale dal Ministero della Salute e a livello locale dalle singole Regioni e PA.
Nel contesto del Nuovo Sistema Informativo Sanitario (NSIS) è stato definito il Sistema Informativo Nazionale Dipendenze (SIND) con le finalità e secondo le indicazioni del DM 11 giugno 2010 "Istituzione del sistema informativo nazionale per le dipendenze" di monitoraggio, valutazione, supporto alla redazione della Relazione al Parlamento e degli altri rapporti epidemiologici derivanti dagli obblighi informativi nei confronti dell'Osservatorio Europeo.
Il Decreto disciplina nel dettaglio la rilevazione delle informazioni relative agli interventi sanitari e socio-sanitari erogati da operatori afferenti al SSN nell'ambito dell'assistenza rivolta alle persone che fanno uso di sostanze stupefacenti o psicotrope (esclusi alcol o tabacco come uso primario o comportamenti quali il gioco d'azzardo che saranno oggetto di monitoraggio nel prossimo futuro); descrive inoltre le modalità di trasmissione, con cadenza annuale, di tali dati dalle Regioni e Province Autonome al NSIS.
Per ogni assistito in trattamento presso i SerD vengono inviate, in forma aderente alle disposizioni del DPR n. 309/1990 o comunque priva di dati direttamente identificativi, una serie di informazioni riguardanti le caratteristiche degli assistiti, la situazione patologica, l'uso di sostanze e le prestazioni erogate dai servizi. Tale sistema, secondo le indicazioni del decreto istitutivo, è entrato a regime a decorrere dal 1° gennaio 2012.
Oggetto di rilevazione, in particolare, è il singolo assistito per il quale siano soddisfatti i seguenti requisiti:

- accesso al servizio (SerD), con specificazione se in ambito penitenziario;
- accertamento documentato (esame di laboratorio o diagnosi eseguiti nel periodo di riferimento per la nuova utenza, oppure precedenti al periodo di riferimento per l'utenza già nota) dell'uso di sostanze psicotrope (esclusi alcol o tabacco come uso primario) con frequenza occasionale, saltuaria o giornaliera;
- erogazione di almeno una prestazione riferibile a definiti gruppi omogenei di prestazioni (compreso l'invio in strutture socio-riabilitative) nel periodo di riferimento.

L'unità di rilevazione del sistema informativo SIND è il singolo contatto dell'assistito con il servizio per il quale siano soddisfatti i tre requisiti precedentemente elencati. Per ciascun assistito devono essere rilevati tutti i contatti con i SerD presenti nella Regione o Provincia Autonoma nel corso del periodo di osservazione.
Con il termine "contatto" si intende la presa in carico assistenziale all'interno della quale sia stata erogata almeno una prestazione tra quelle previste nei gruppi omogenei di prestazioni.
Per una corretta interpretazione dei dati è necessario sottolineare che nelle edizioni precedenti della Relazione al Parlamento relative agli anni 2008-2013, i dati mancanti sull'utenza in trattamento venivano integrati con numeri stimati. A partire dal 2014 vengono presentati unicamente i dati pervenuti dai SerD che hanno risposto al flusso informativo SIND.
La copertura informativa è aumentata progressivamente nel corso degli anni. Per quanto riguarda l'anno 2020, è pari al 97% su scala nazionale delle sedi ambulatoriali censite (come riportato in 5.2 - Servizi pubblici per le Dipendenze).
Nel corso del 2020 i SerD hanno assistito complessivamente 125.428 soggetti tossicodipendenti, dei quali 15.671 sono nuovi utenti (12%) e 109.757 risultano già in carico dagli anni precedenti (88%). Il 79% degli utenti totali è di genere maschile, con un rapporto di genere M/F pari a 6,1.
Tale numero di assistiti non coincide con la totalità degli utenti in trattamento presso i SerD che, nella maggioranza delle Regioni e PA, hanno in carico anche utenza in trattamento per alcol, tabacco e gioco d'azzardo patologico, nonché utenza per accertamenti e consulenze.

Tabella 6.1.1 - Utenti in carico per genere e tipologia di presa in carico

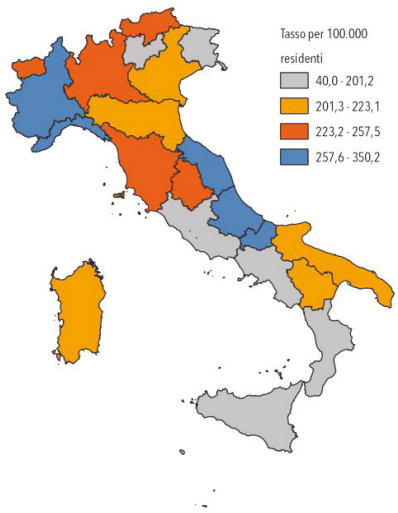
		2019 *		2020	
		N	%	N	%
Nuovi utenti	Maschi	15.316	85,6	13.386	85,4
	Femmine	2.572	14,4	2.284	14,6
	Non noto			1	0,0
	Totale	17.888	100,0	15.671	100,0
Utenti già in carico	Maschi	96.376	85,8	93.858	85,5
	Femmine	15.902	14,2	15.896	14.5
	Non noto	1		3	0,0
	Totale	112.279	100,0	109.757	100,0
Totale utenti	Maschi	111.692	85,8	107.244	85,5
	Femmine	18.474	14,2	18.180	14,5
	Non noto	1	---	4	0,0
	Rapporto M/F	**6,0**		**5,9**	
	TOTALE	**130.167**	**100,0**	**125.428**	**100,0**

*Il dato sull'utenza 2019 riportato nella tabella non coincide con quello pubblicato nella Relazione al Parlamento Tossicodipendenze – anno 2020 poiché successivamente alla sua pubblicazione il Ministero della Salute, in accordo con i Referenti regionali, ha rivisto la definizione di caso al fine di limitare il più possibile il fenomeno dei doppi conteggi

Fonte: SIND – Anni 2019-2020

Nel 2020 in Italia sono stati assistiti 210 soggetti ogni 100.000 abitanti, con un *range* di valori compreso tra 40 e 350 utenti ogni 100.000 abitanti delle regioni rispettivamente Calabria e Marche.

Figura 6.1.1 - Distribuzione regionale numero utenti SerD e tasso per 100.000 residenti



	N. utenti in carico	Tasso per 100.000 residenti
Piemonte	11.899	276,0
Valle d'Aosta	322	257,5
Lombardia	22.790	227,3
Liguria	4.135	271,2
PA Bolzano	1.276	239,6
PA Trento	1.055	193,4
Veneto	10.365	212,4
Friuli Venezia Giulia	1.841	152,6
Emilia Romagna	9.566	214,3
Toscana	9.474	256,6
Umbria	2.093	240,5
Marche	5.297	350,2
Lazio	11.578	201,2
Abruzzo	3.554	274,7
Molise	799	265,9
Campania	9.564	167,4
Puglia	8.819	223,1
Basilicata	1.214	219,4
Calabria	758	40,0
Sicilia	5.677	116,4
Sardegna	3.352	208,0
ITALIA	**125.428**	**210,3**

Fonte: SIND – Anni 2019-2020

Tra i maschi il tasso di assistiti è stato di 369 soggetti ogni 100.000 abitanti contro i 59 delle femmine; tra i 35 e i 39 anni i soggetti assistiti dai SerD risultano 460 ogni 100.000 residenti, tasso che raggiunge un valore pari a 776 e 141 ogni 100.000 abitanti rispettivamente di genere maschile e femminile nella stessa classe di età.

Tabella 6.1.2 – Numero utenti tossicodipendenti trattati nei SerD e tasso per classe di età su 100.000 residenti

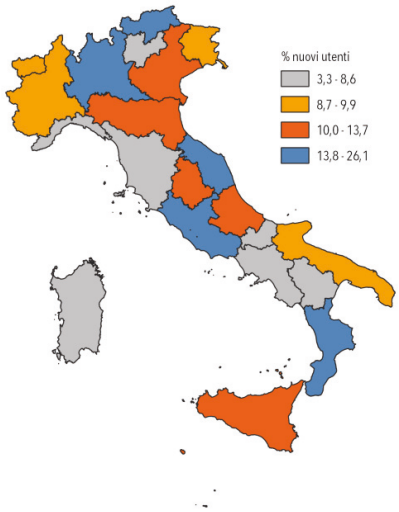
	Maschi		Femmine		Totale	
	N.	Tasso per 100.000 residenti	N.	Tasso per 100.000 residenti	N. *	Tasso per 100.000 residenti
Meno di 15 anni	15	0,04	2	0,01	17	0,02
Da 15 a 19 anni	2.240	151	487	35	2.727	9,5
Da 20 a 24 anni	5.707	368	1.468	104	7.176	24,3
Da 25 a 29 anni	8.399	523	1.930	127	10.329	33,0
Da 30 a 34 anni	11.610	700	2.313	142	13.923	42,4
Da 35 a 39 anni	13.915	776	2.504	141	16.419	46,0
Da 40 a 44 anni	15.864	759	2.374	113	18.239	43,6
Da 45 a 49 anni	16.965	720	2.273	95	19.238	40,5
Da 50 a 54 anni	16.361	681	2.108	85	18.470	37,9
Da 55 a 59 anni	10.672	482	1.699	73	12.371	27,3
Da 60 a 64 anni	4.030	215	714	35	4.744	12,2
Oltre 65 anni	1.466	24	308	4	1775	1,3
TOTALE	**107.244**	**369**	**18.180**	**59**	**125.428**	**21,0**

*: comprende i casi non noto, non risulta

Fonte: SIND – Anni 2019-2020

La quota di utenti trattati per la prima volta dai SerD è compresa tra valori pari al 3,3%, rilevati in Liguria e Sardegna, e superiori al 15%, registrati nella PA di Bolzano e nelle regioni Lombardia e Lazio.

Figura 6.1.2 – Numero assoluto utenti tossicodipendenti trattati nei SerD per tipologia e percentuale di nuovi utenti



	N. utenti in carico		% nuovi utenti sul totale
	Già in carico	Nuovi	
Piemonte	10.781	1.118	9,4
Valle d'Aosta	292	30	9,3
Lombardia	18.930	3.860	16,9
Liguria	3.999	136	3,3
PA Bolzano	1016	260	20,4
PA Trento	964	91	8,6
Veneto	8.944	1.421	13,7
Friuli Venezia Giulia	1.659	182	9,9
Emilia Romagna	8.386	1.180	12,3
Toscana	8.657	817	8,6
Umbria	1.824	269	12,9
Marche	3.913	1.384	26,1
Lazio	9.389	2.189	18,9
Abruzzo	3.187	367	10,3
Molise	739	60	7,5
Campania	9.089	475	5,0
Puglia	8.056	763	8,7
Basilicata	1.115	99	8,2
Calabria	650	108	14,2
Sicilia	4.925	752	13,2
Sardegna	3.242	110	3,3
ITALIA	**109.757**	**15.671**	**12,5**

Fonte: dati SIND – Anno 2020

Gli assistiti in trattamento hanno mediamente 42 anni; le femmine sono più giovani con un'età media di 40 anni rispetto ai 41 anni dei maschi. I nuovi utenti sono mediamente più giovani di 9 anni di quelli già in carico, differenza che risulta sostanzialmente la medesima considerando il genere.

Tabella 6.1.3 – Numero ed età media degli utenti tossicodipendenti trattati nei SerD per tipologia utente e genere

		2019 *		2020	
		N.	Età media (anni)	N	Età media (anni)
Nuovi utenti	Maschi	15.316	33,5	13.385	33,7
	Femmine	2.572	32,1	2.284	32,4
	Non noto	---	---	1	22,0
	Totale	**17.888**	**33,3**	**15.671**	**33,5**
Utenti già in carico	Maschi	96.376	42,1	93.858	42,5
	Femmine	15.902	40,4	15.896	40,6
	Non noto	1	48,0	3	66,3
	Totale	**112.279**	**41,9**	**109.757**	**42,3**
Totale utenti	Maschi	111.692	41	107.244	41,4
	Femmine	18.474	39,3	18.180	39,6
	Non noto	1	48	4	55,2
	TOTALE	**130.167**	**40,7**	**125.428**	**41,2**

Fonte: SIND – Anni 2019-2020

Analizzando l'utenza totale per classi di età si osserva che il 69% degli utenti ha tra i 30 e i 54 anni (M=70%; F=64%), il 16% ha meno di 30 anni (M=15%; F=21%) e il 15% ha più di 54 anni senza differenze di genere.

Tabella 6.1.4 - Utenti in carico per genere e classe di età

	Maschi		Femmine		TOTALE	
	N.	%	N.	%	N.	%
Meno di 15 anni	15	0,02	2	0,01	17	0,01
Da 15 a 19 anni	2.240	2,1	487	2,7	2.727	2,2
Da 20 a 24 anni	5.707	5,3	1.468	8,1	7.176	5,7
Da 25 a 29 anni	8.399	7,8	1.930	10,7	10.329	8,2
Da 30 a 34 anni	11.610	10,9	2.313	12,9	13.923	11,1
Da 35 a 39 anni	13.915	13,0	2.504	13,7	16.419	13,1
Da 40 a 44 anni	15.864	14,8	2.374	13,1	18.239	14,5
Da 45 a 49 anni	16.965	15,9	2.273	12,5	19.238	15,3
Da 50 a 54 anni	16.361	15,3	2.108	11,4	18.470	14,7
Da 55 a 59 anni	10.672	9,8	1.699	9,4	12.371	9,9
Da 60 a 64 anni	4.030	3,7	714	3,9	4.744	3,8
Oltre 65 anni	1.466	1,3	308	1,6	1775	1,4
TOTALE	**107.244**	**100,0**	**18.180**	**100,0**	**125.428**	**100,0**

*: comprende i casi non noto, non risulta

Fonte: SIND – Anno 2020

Analizzando la tipologia di utenza si nota che i nuovi utenti sono più giovani: l'80% è tra i 20 e i 49 anni, l'11% ha più di 49 anni e l'8,8% ha meno di 20 anni, contro rispettivamente il 66%, 32% e 1,2% degli utenti già in carico.

Tabella 6.1.5 - Utenti in carico per genere, classe di età e tipologia di presa in carico

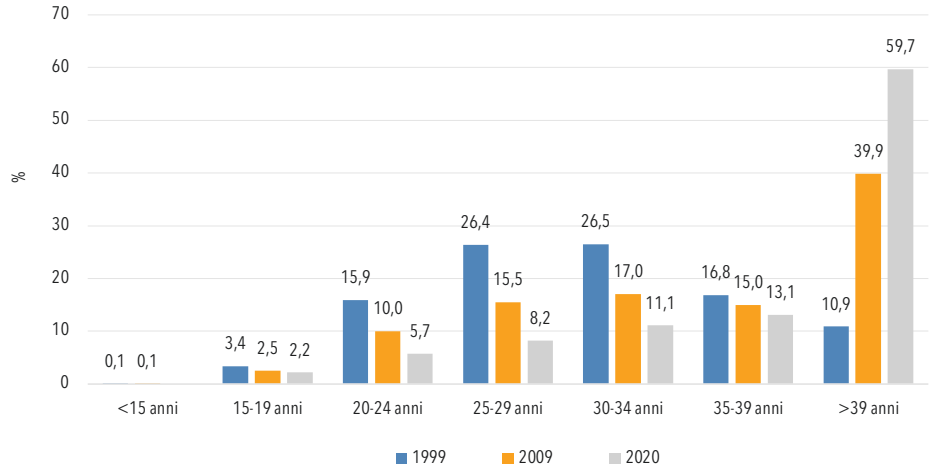
Nuovi utenti	Maschi		Femmine		TOTALE	
	N.	%	N.	%	N.	%
Meno di 15 anni	13	0,1	1	0,04	14	0,1
Da 15 a 19 anni	1.121	8,4	237	10,4	1.358	8,7
Da 20 a 24 anni	1.885	14,1	405	17,7	2.290	14,6
Da 25 a 29 anni	1.938	14,5	382	16,7	2.320	14,8
Da 30 a 34 anni	2.088	15,6	328	14,4	2.416	15,4
Da 35 a 39 anni	1.861	13,9	274	12,0	2.135	13,6
Da 40 a 44 anni	1.653	12,3	230	10,1	1.883	12,0
Da 45 a 49 anni	1.341	10,0	155	6,8	1.496	9,5
Da 50 a 54 anni	804	6,0	126	5,5	930	5,9
Da 55 a 59 anni	420	3,1	79	3,5	499	3,2
Da 60 a 64 anni	176	1,3	30	1,3	206	1,3
Oltre 65 anni	86	0,6	37	1,6	123	0,8
TOTALE	**13.386**	**100,0**	**2.284**	**100,0**	**15.670**	**100,0**
Utenti già in carico	**Maschi**		**Femmine**		**TOTALE**	
	N.	**%**	**N.**	**%**	**N.**	**%**
Meno di 15 anni	2	0,002	1	0,006	3	0,003
Da 15 a 19 anni	1.119	1,2	250	1,6	1.369	1,2
Da 20 a 24 anni	3.822	4,1	1.063	6,7	4.885	4,5
Da 25 a 29 anni	6.461	6,9	1.548	9,7	8.009	7,3
Da 30 a 34 anni	9.522	10,1	1.985	12,5	11.507	10,5
Da 35 a 39 anni	12.054	12,8	2.230	14,0	14.284	13,0
Da 40 a 44 anni	14.211	15,1	2.144	13,5	16.355	14,9
Da 45 a 49 anni	15.624	16,6	2.118	13,3	17.742	16,2
Da 50 a 54 anni	15.557	16,6	1.982	12,5	17.539	16,0
Da 55 a 59 anni	10.252	10,9	1.620	10,2	11.872	10,8
Da 60 a 64 anni	3.854	4,1	684	4,3	4.538	4,1
Oltre 65 anni	1.380	1,5	271	1,7	1.651	1,5
TOTALE	**93.858**	**100,0**	**15.896**	**100,0**	**109.754**	**100,0**

*: comprende i casi non noto, non risulta

Fonte: SIND – Anno 2020

Nel tempo emerge un progressivo e costante invecchiamento dell'utenza in carico ai SerD, mostrando un rilevante aumento della percentuale di assistiti con età superiore ai 39 anni, passati dall'11% del 1999 al 40% del 2009 e al 60% del 2020; parallelamente si osserva una diminuzione nelle classi di età più giovani.

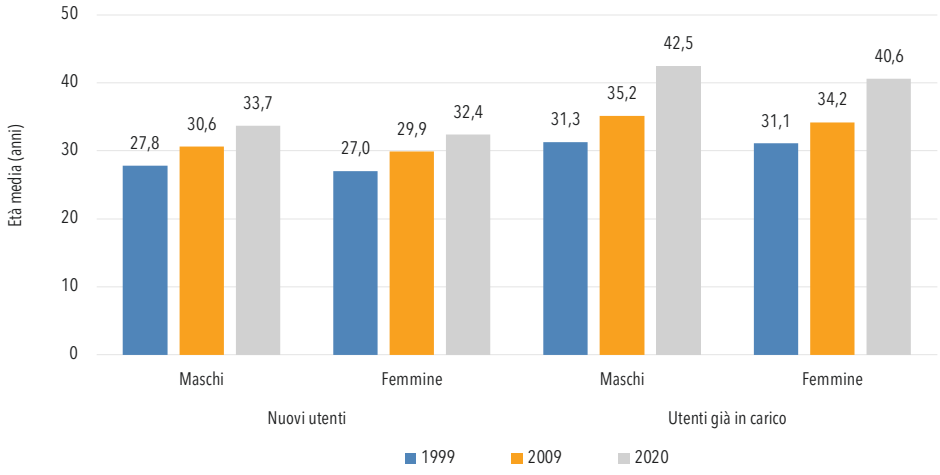
Figura 6.1.3 - Distribuzione temporale degli utenti in carico per classe di età



Fonte: SIND - Anni 1999-2009-2020

L'invecchiamento dell'utenza si osserva anche distinguendo gli assistiti per genere e per tipologia.

Figura 6.1.4 - Andamento temporale dell'età media degli utenti tossicodipendenti trattati nei SerD



Fonte: SIND - Anni 1999-2009-2020

Nel 2020 il 62% circa degli utenti trattati usa eroina come sostanza primaria, il 22% cocaina e il 12% cannabinoidi. Per quanto riguarda l'uso secondario, nel 2020 le sostanze assunte più frequentemente sono cocaina (17%), cannabinoidi (16%) e alcol (8,6%).
Considerando gli assistiti in trattamento per singola sostanza primaria o secondaria il quadro muta rispetto all'analisi per sola sostanza primaria per quanto riguarda la cocaina, che sale al 39% e i cannabinoidi al 28%, mentre non si modifica in maniera sostanziale la quota dei soggetti in trattamento per eroina (64%).

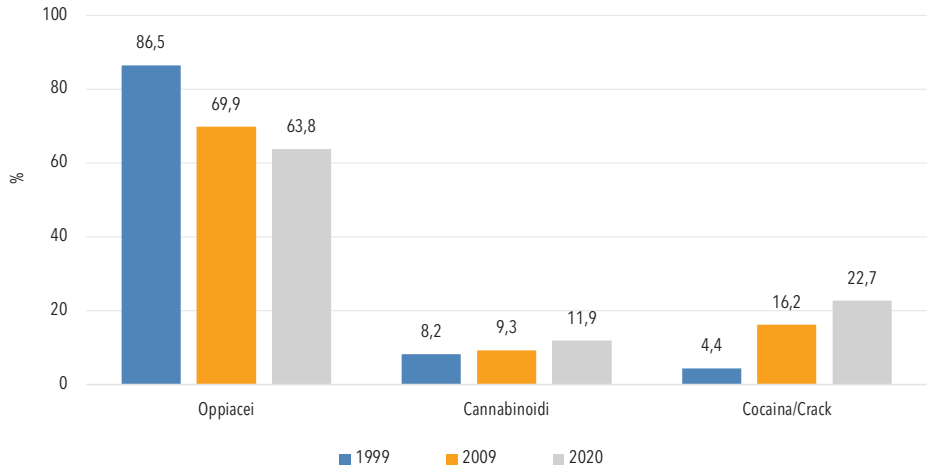
Tabella 6.1.6 - Utenti tossicodipendenti trattati nei SerD. Distribuzione per sostanza primaria, per sostanza secondaria e per sostanza primaria o sostanza secondaria

	Primaria		Secondaria		Primaria o Secondaria	
	N.	%	N.	%	N.	%
Eroina	77.269	61,6	2.480	2,0	79.749	63,6
Metadone non prescritto	932	0,7	1.042	0,8	1.974	1,6
Morfina non prescritta	91	0,1	12	0,0	103	0,1
Altri oppiacei non prescritti	1.422	1,1	285	0,2	1.707	1,4
Buprenorfina non prescritta	313	0,2	211	0,2	524	0,4
Fentanyl non prescritto	4	0,0	3	0,0	7	0,0
Cocaina	27.001	21,5	21.527	17,2	48.528	38,7
Crack	1.558	1,2	820	0,7	2.378	1,9
Amfetamine non prescritte	126	0,1	801	0,6	927	0,7
Ecstasy ed analoghi	116	0,1	1.706	1,4	1.822	1,5
Altri stimolanti	23	0,0	39	0,0	62	0,0
Metamfetamine	61	0,0	97	0,1	158	0,1
Mefedrone	12	0,0	2	0,0	14	0,0
Catinoni sintetici	1	0,0	6	0,0	7	0,0
Barbiturici non prescritti	200	0,2	456	0,4	656	0,5
Benzodiazepine non prescritte	384	0,3	931	0,7	1.315	1,0
Altri ipnotici e sedativi non prescritti	63	0,1	128	0,1	191	0,2
Lsd	18	0,0	614	0,5	632	0,5
Altri allucinogeni	37	0,0	376	0,3	413	0,3
Inalanti volatili	12	0,0	76	0,1	88	0,1
Cannabinoidi	14.968	11,9	19.565	15,6	34.533	27,5
Cannabinoidi sintetici (gruppo jwh)	18	0,0	85	0,1	103	0,1
Ghb	5	0,0	9	0,0	14	0,0
Ketamina	60	0,0	343	0,3	403	0,3
Altre sostanze illegali	655	0,5	365	0,3	1.020	0,8
Steroidi non prescritti	5	0,0	5	0,0	10	0,0
Altri farmaci e/o sostanze dopanti non prescritti	37	0,0	15	0,0	52	0,0
Altri farmaci psicotropi non prescritti	37	0,0	24	0,0	61	0,0
Alcol	---	---	10.744	8,6	10.744	8,6
Tabacco	---	---	1.018	0,8	1.018	0,8
TOTALE UTENTI	**125.428**	**100,0**				

Fonte: SIND – Anno 2020

Nel tempo il ricorso agli oppiacei è costantemente diminuito, mentre la percentuale di coloro che usano cocaina e crack è gradualmente aumentata, così come il ricorso ai cannabinoidi.

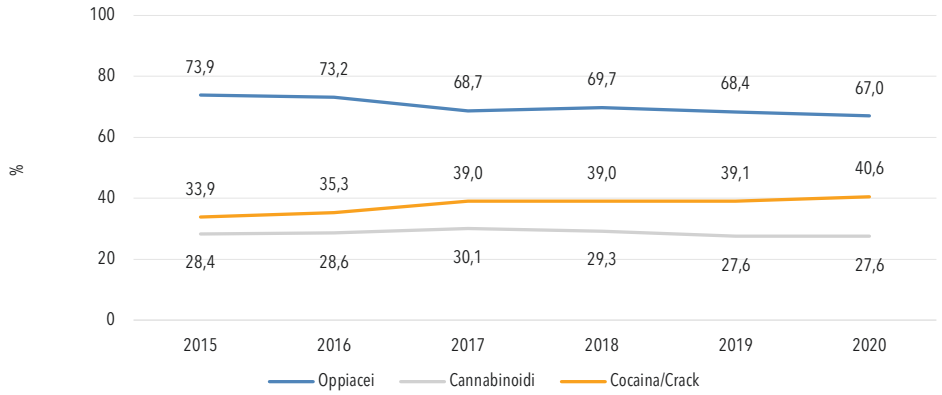
Figura 6.1.5 - Distribuzione degli utenti trattati nei SerD per sostanza primaria



Fonte: SIND – Anni 1999-2009-2020

L'andamento temporale dei soggetti in trattamento per sostanza, primaria o secondaria, mostra la costante diminuzione della quota di soggetti che usano oppiacei, l'aumento di coloro che usano cocaina/crack e la sostanziale invariabilità degli utenti in carico per uso di cannabinoidi.

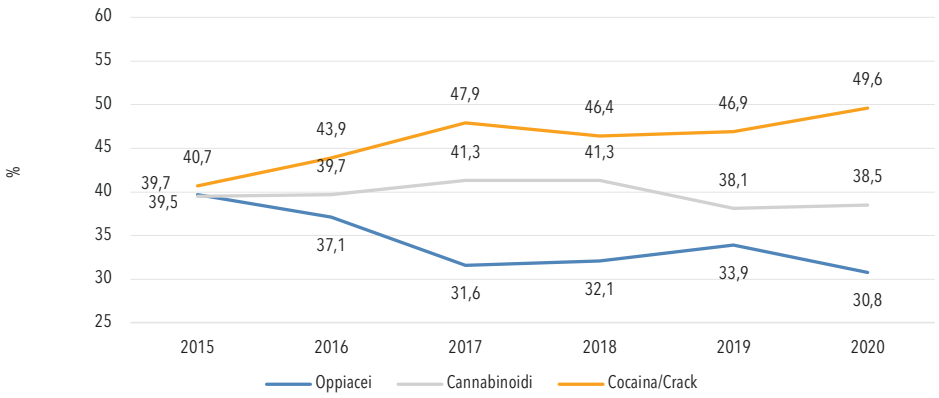
Figura 6.1.6 - Andamento temporale degli utenti trattati nei SerD per sostanza (primaria o secondaria)



Fonte: SIND – Anni 2015-2020

Relativamente ai nuovi utenti, gli andamenti risultano i medesimi ma più accentuati.

Figura 6.1.7 - Andamento temporale dei nuovi utenti trattati nei SerD per sostanza (primaria o secondaria)



Fonte: SIND – Anni 2015-2020

Per quanto concerne la poliassunzione di sostanze, analizzando gli assistiti in base alla sostanza primaria, si osserva che tra coloro che assumono cannabinoidi, il 63% fa uso esclusivo di tale sostanza, il 13% ricorre a un'altra sostanza e il 24% ad almeno altre due sostanze.
Gli assistiti che usano cocaina come sostanza primaria dichiarano di utilizzarla come unica sostanza nel 50% dei casi; il 19% vi associa un'altra sostanza e il 31% più sostanze.
Tra gli assuntori di oppiacei in via primaria il 45% assume tali sostanze esclusivamente, il 19% associate a una sola altra tipologia di sostanze e il 36% insieme ad altre due sostanze o più.
Il 53% degli assistiti per dipendenza da sostanze illegali e/o psicofarmaci non prescritti ha avuto prestazioni farmacologiche con una media di 185 prestazioni per utente, il 74% prestazioni psicosociali con una media di 31 per utente, il 78% prestazioni sanitarie non farmacologiche con una media di 16 per utente. Inoltre il 72% ha usufruito di prestazioni (in media 11 per utente) di tipologia diversa da quelle sanitarie e psicosociali e il 6% circa è stato inserito in Comunità terapeutica. Quest'ultimo dato risulta molto sottodimensionato rispetto alla realtà dei pazienti inseriti nel percorso.

Tabella 6.1.7 - Numero di utenti e di prestazioni erogate per tipologia di prestazione

	N. utenti	% su totale utenti	N. prestazioni	N. prestazioni per utente
Farmacologico	66.877	53,3%	12.350.946	184,7
Psicosociale	92.931	74,1%	2.876.275	31,0
Sanitario	97.741	77,9%	1.594.842	16,3
Inserimento in comunità terapeutica	8.087	6,4%	24.210	3,0
Altro	89.951	71,7%	997.782	11,1
TOTALE (N.)	**125.428**		**17.844.055**	**142,3**

Fonte: SIND – Anno 2020

Il sistema informativo SIND rileva anche le informazioni relative alle patologie diagnosticate e/o oggettivamente refertate all'utente attive nel periodo considerato e concomitanti alla diagnosi principale di dipendenza. La patologia viene identificata attraverso la classificazione ICD IX.
Malgrado il dato sia sicuramente sottostimato (non tutti i servizi rilevano con la stessa accuratezza e completezza l'informazione) e condizionato dall'offerta territoriale specifica (per esempio non tutti i servizi hanno lo psichiatra in organico), si è ritenuto comunque opportuno valutare quali sono le patologie psichiatriche più frequenti negli assistiti in trattamento per la dipendenza.
Nel 2020 è stata registrata almeno una patologia psichiatrica in 7.445 assistiti (7.947 nel 2019), pari al 5,9% degli assistiti in trattamento presso i SerD: il 64% è affetto da disturbi della personalità e del comportamento, il 15% da sindromi nevrotiche e somatoformi, il 14% da schizofrenia e altre psicosi funzionali, il 3,1% da depressione e lo 0,9% da mania e disturbi affettivi bipolari. Tale distribuzione è simile a quella rilevata nel 2019 nella quale le stesse percentuali erano pari, rispettivamente, al 64%, al 16%, al 12%, al 3,0% e al 2,1%.
La rilevanza del dato ai fini conoscitivi della situazione epidemiologica riguardo alla patologia psichiatrica concomitante è un incentivo per le Regioni a rafforzare e ottimizzare la raccolta accurata ed esaustiva delle informazioni.

Tabella 6.1.8 - Distribuzione percentuale* per patologia psichiatrica concomitante diagnosticata degli utenti in trattamento nei SerD

	Valori %
Schizofrenia e altre psicosi funzionali	14,3
Mania e disturbi affettivi bipolari	0,9
Depressione	3,1
Sindromi nevrotiche e somatoformi	15,1
Disturbi della personalità e del comportamento	63,5
Demenze e disturbi mentali organici	0,8
Ritardo mentale	1,0
Altri disturbi psichici	1,4

*La percentuale è calcolata sul totale di coloro che presentano una patologia psichiatrica concomitante

Fonte: SIND – Anno 2020

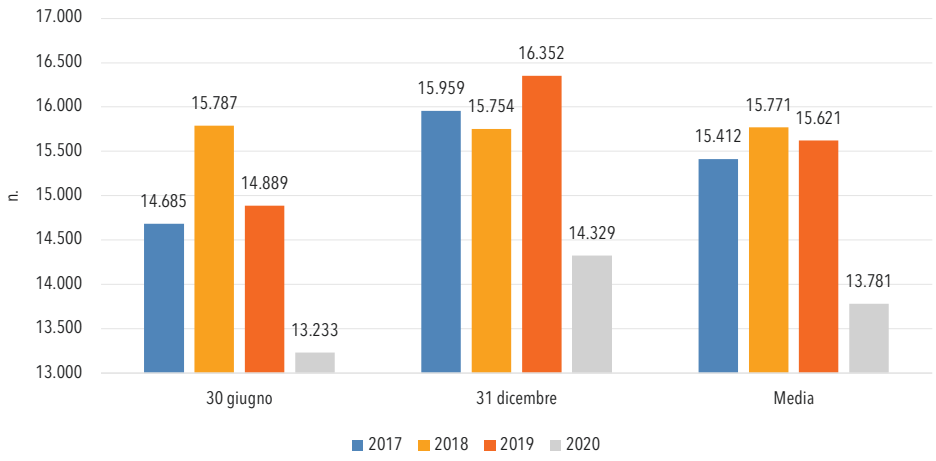
6.2 UTENTI IN CARICO AI SERVIZI DEL PRIVATO SOCIALE PER LE DIPENDENZE

Fonte: Ministero dell'Interno - Dipartimento per l'amministrazione generale, per le politiche del personale dell'amministrazione civile e per le risorse strumentali e finanziarie - Direzione centrale per l'amministrazione generale e le Prefetture – Uffici Territoriali del Governo - Ufficio V - Studi, ricerca e documentazione generale

Il Ministero dell'Interno conduce ogni anno due rilevazioni puntuali, al 30 giugno e 31 dicembre, sulle persone tossicodipendenti presenti nelle strutture riabilitative del Privato Sociale: il flusso informativo, basato su dati aggregati inviati alle Prefetture di riferimento, ha rilevato che nell'ultimo anno erano mediamente presenti 13.781 utenti al giorno.

Rispetto all'anno 2019, si osserva una diminuzione di circa il 12% dell'utenza presente nelle giornate di riferimento (in particolare il 31 dicembre), secondo le indicazioni ministeriali, i protocolli e le procedure di intervento emanate a livello regionale per fronteggiare l'epidemia sanitaria da COVID-19, riguardo alle misure di prevenzione e la regolamentazione degli accessi nelle strutture riabilitative.

Figura 6.2.1 - Valori assoluti relativi alle persone in trattamento presso i servizi per le dipendenze del Privato Sociale (rilevazione al 30 giugno, al 31 dicembre e media)



Fonte: Ministero dell'Interno - Ufficio V - Anni 2017-2020

Dei 14.329 utenti presenti il 31 dicembre 2020 presso le 821 strutture riabilitative rispondenti alla rilevazione puntuale, il 68% risulta in carico presso servizi residenziali, il 9% semi-residenziali e il 23% di tipo ambulatoriale. Oltre la metà degli utenti (52%) risulta in carico presso le strutture riabilitative presenti nelle regioni settentrionali e quasi un terzo in quelle centrali: Lazio, Lombardia, Emilia Romagna e Veneto sono le regioni con il maggior numero di utenti in carico.

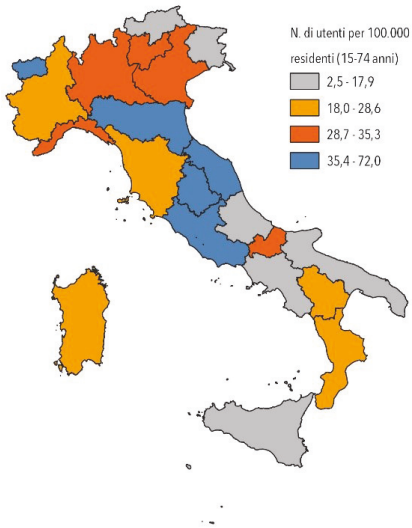
Tabella 6.2.1 - Numero assoluto di persone in trattamento il 31/12/2020 presso i servizi per le dipendenze del Privato Sociale secondo la tipologia di struttura

	N. persone in trattamento				% sul totale nazionale
	Residenziali	Semi-residenziali	Ambulatoriali	Totale	
Piemonte	691	65	65	821	5,7
Valle d'Aosta	14	23	0	37	0,3
Lombardia	2.253	123	203	2.579	18,0
Liguria	329	13	9	351	2,4
Nord-ovest	*3.287*	*224*	*277*	*3.788*	*26,4*
PA Bolzano	10	0	0	10	0,1
PA Trento	72	45	0	117	0,8
Veneto	990	212	90	1.292	9,0
Friuli Venezia Giulia	40	73	32	145	1,0
Emilia Romagna	1.822	85	192	2.099	14,6
Nord-est	*2.934*	*415*	*314*	*3.663*	*26,0*
Toscana	521	99	73	693	4,8
Umbria	379	40	44	463	3,2
Marche	370	64	100	534	3,7
Lazio	386	234	2.216	2.836	19,8
Centrale	*1.656*	*437*	*2.433*	*4.526*	*32,0*
Abruzzo	119	7	8	134	0,9
Molise	76	0	0	76	0,5
Campania	329	4	70	403	2,8
Puglia	374	40	124	538	3,8
Basilicata	81	8	32	121	0,8
Calabria	316	34	0	350	2,4
Meridionale	*1.295*	*93*	*234*	*1.622*	*11,0*
Sicilia	347	81	32	460	3,2
Sardegna	250	0	20	270	1,9
Insulare	*597*	*81*	*52*	*730*	*5,1*
ITALIA	**9.769**	**1.250**	**3.310**	**14.329**	**100,0**

Fonte: Ministero dell'Interno - Ufficio V - Anno 2020

Il 31 dicembre 2020 risultano presenti circa 32 utenti ogni 100.000 residenti di 15-74 anni (31/12/2019: 36 utenti), con valori più che doppi nelle regioni Emilia Romagna, Umbria e Lazio: lo scostamento per le prime due regioni è ascrivibile alle persone presenti nelle strutture residenziali, mentre quello per Lazio a coloro che accedono ai servizi di tipo ambulatoriale.

Figura 6.2.2 - Distribuzione regionale delle persone in carico il 31/12/2020 presso i servizi per le dipendenze del Privato Sociale ogni 100.000 abitanti di 15-74 anni



	N. utenti ogni 100.000 residenti (15-74 anni)			
	Residenziali	Semi-residenziali	Ambulatoriali	Totale
Piemonte	21,6	2,0	2,0	25,7
Valle d'Aosta	15,0	24,6	0,0	39,6
Lombardia	30,1	1,6	2,7	34,4
Liguria	29,5	1,2	0,8	31,5
Nord-ovest	*27,6*	*1,9*	*2,3*	*31,8*
PA Bolzano	2,5	0,0	0,0	2,5
PA Trento	17,7	11,1	0,0	28,8
Veneto	27,0	5,8	2,5	35,3
Friuli Venezia Giulia	4,5	8,2	3,6	16,2
Emilia Romagna	55,0	2,6	5,8	63,4
Nord-est	*33,9*	*4,8*	*3,6*	*42,3*
Toscana	19,0	3,6	2,7	25,3
Umbria	59,0	6,2	6,8	72,0
Marche	33,0	5,7	8,9	47,6
Lazio	8,9	5,4	50,9	65,1
Centrale	*18,7*	*4,9*	*27,5*	*51,1*
Abruzzo	12,2	0,7	0,8	13,7
Molise	33,3	0,0	0,0	33,3
Campania	7,5	0,1	1,6	9,2
Puglia	12,4	1,3	4,1	17,9
Basilicata	19,2	1,9	7,6	28,6
Calabria	21,9	2,4	0,0	24,3
Meridionale	*12,4*	*0,9*	*2,2*	*15,5*
Sicilia	9,4	2,2	0,9	12,4
Sardegna	20,1	0,0	1,6	21,8
Insulare	*12,1*	*1,6*	*1,1*	*14,8*
ITALIA	**21,8**	**2,8**	**7,4**	**31,9**

Fonte: Elaborazioni CNR su dati Ministero dell'Interno - Ufficio V - Anno 2020

Nel corso del 2020 risultano essere state trattate nel complesso 23.120 persone, soprattutto di genere maschile (88%) e di oltre 40 anni di età (43%) (Tabella 6.2.2).

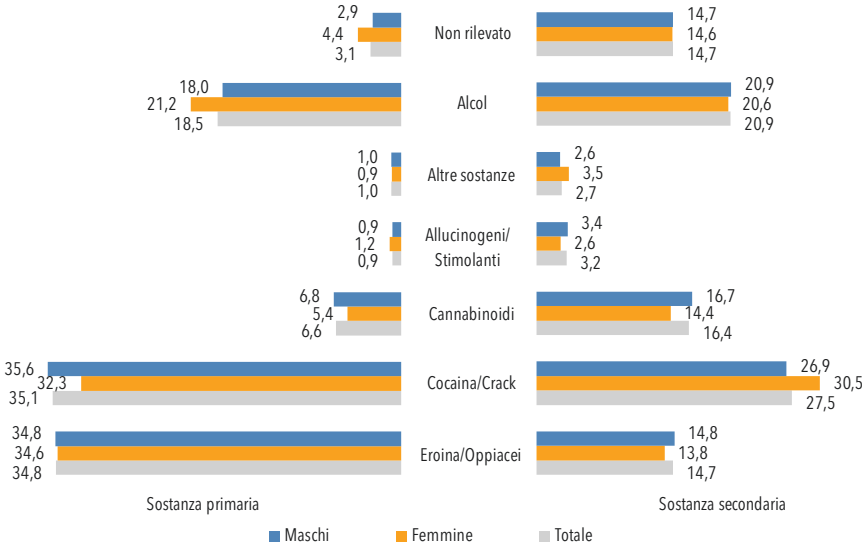
Il 35% circa degli utenti in carico risulta in trattamento per uso primario di cocaina, in particolare gli utenti di genere maschile, un altro 35% per oppiacei/eroina, senza distinzione di genere e il 19% per uso primario di alcol, con percentuali che, in questo caso, risultano superiori nel genere femminile. Per quanto riguarda le sostanze secondarie, il 28% circa risulta in trattamento anche per cocaina/crack, in particolare il genere femminile (a differenza di quanto riscontrato nel caso dell'uso primario), il 21% per alcolici e il 16% per cannabinoidi (Figura 6.2.3).

Tabella 6.2.2 - Numero assoluto per classi di età delle persone in carico presso i servizi per le dipendenze del Privato Sociale

	Numero utenti in trattamento							
	<15 anni	15-19 anni	20-24 anni	25-30 anni	31-40 anni	> 40 anni	Non indicata	Totale
Piemonte	2	19	107	154	293	669	17	1.261
Valle d'Aosta	0	4	7	9	11	29	0	60
Lombardia	3	67	275	519	1.127	1.856	5	3.852
Liguria	3	7	37	127	80	136	0	390
Nord-ovest	*8*	*97*	*426*	*809*	*1.511*	*2.690*	*22*	*5.563*
Trentino Alto Adige	0	3	34	38	61	50	0	186
Veneto	0	31	222	446	940	1.748	6	3.393
Friuli Venezia Giulia	0	2	9	21	32	78	0	142
Emilia Romagna	30	197	450	727	1.267	1.350	1	4.022
Nord-est	*30*	*233*	*715*	*1.232*	*2.300*	*3.226*	*7*	*7.743*
Toscana	6	35	112	190	345	589	0	1.277
Umbria	11	6	20	54	106	127	0	324
Marche	1	24	93	142	309	457	0	1.026
Lazio	4	54	240	454	1.278	1.977	525	4.532
Centrale	*22*	*119*	*465*	*840*	*2.038*	*3.150*	*525*	*7.159*
Abruzzo	1	5	13	20	49	66	0	154
Molise	0	0	0	0	0	0	0	0
Campania	0	13	70	91	192	106	0	472
Puglia	0	4	65	226	283	270	38	886
Basilicata	0	6	27	50	105	91	0	279
Calabria	0	3	39	72	188	252	15	569
Meridionale	*1*	*31*	*214*	*459*	*817*	*785*	*53*	*2.360*
Sicilia	0	37	117	142	186	203	13	698
Sardegna	2	2	13	29	61	110	0	217
Insulare	*2*	*39*	*130*	*171*	*247*	*313*	*13*	*915*
ITALIA	**63 (0,3%)**	**519 (2,2%)**	**1.950 (8,2%)**	**3.511 (14,8%)**	**6.913 (29,1%)**	**10.164 (42,8%)**	**620 (2,6%)**	**23.740 (100,0%)**

Fonte: Ministero dell'Interno - Ufficio V - Anno 2020

Figura 6.2.3 - Distribuzione percentuale delle persone in trattamento presso i servizi per le dipendenze del Privato Sociale per genere e sostanza primaria e secondaria



Fonte: Ministero dell'Interno - Ufficio V - Anno 2020

6.3 UTENTI IN CARICO E TRATTAMENTI EROGATI DA UN CAMPIONE DI SERVIZI DEL PRIVATO SOCIALE PER LE DIPENDENZE

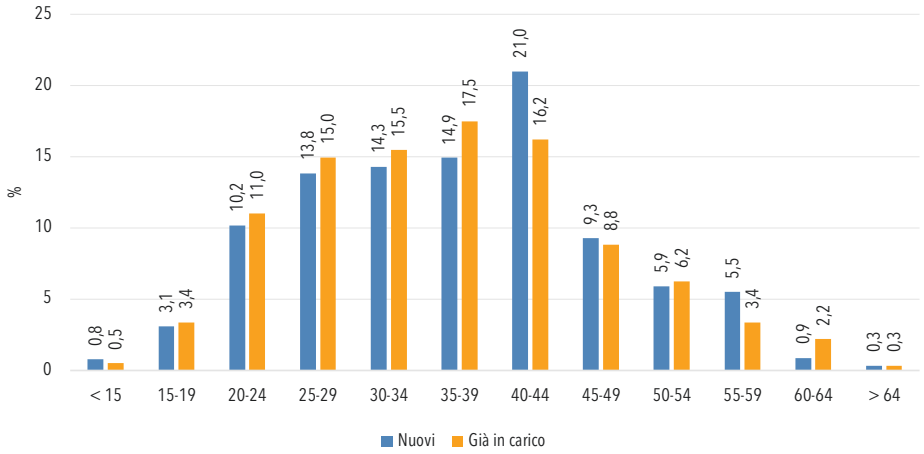
Fonte: Privato Sociale per le dipendenze. Elaborazioni Consiglio Nazionale delle Ricerche - Istituto di Fisiologia Clinica - Sezione di epidemiologia e ricerca sui servizi sanitari (IFC-CNR)

La raccolta e l'analisi dei dati sull'utenza si riferisce allo studio condotto dal Consiglio Nazionale delle Ricerche - Istituto di Fisiologia Clinica in collaborazione con la Presidenza del Consiglio dei Ministri - Dipartimento Politiche Antidroga, (si veda paragrafo 5.3).
Le informazioni raccolte su oltre 15.000 utenti seguiti dai servizi del Privato Sociale si riferiscono prevalentemente a soggetti in carico presso comunità terapeutiche residenziali, semi-residenziali/diurne, comunità per *target* specifici di utenti (famiglie, utenti in doppia diagnosi, minori) e alloggi protetti (43%) e presso servizi di riduzione del rischio e del danno quali unità mobili, *drop-in*, servizi a bassa soglia e di pronta accoglienza (42%). La restante quota di utenti si distribuisce presso servizi ambulatoriali o all'interno del carcere.

UTENTI PRESSO COMUNITÀ TERAPEUTICHE RESIDENZIALI E SEMI-RESIDENZIALI, COMUNITÀ ALLOGGIO E ALLOGGI PROTETTI

Le comunità terapeutiche residenziali e semi-residenziali, le comunità alloggio e gli alloggi protetti che hanno completato la raccolta dati relativa all'utenza trattata sono 169 e hanno avuto in carico 6.502 utenti nel corso del 2020, per la maggior parte di genere maschile (83%) e già assistiti negli anni precedenti (56%).
Questa utenza è composta per il 50% da soggetti tra i 30 e i 44 anni mentre il 29% ha meno di 30 anni. Tra gli utenti già in carico dagli anni precedenti si osservano percentuali più alte di persone di età inferiori ai 40 anni (Nuovi utenti=57%; Utenti già in carico=63%).

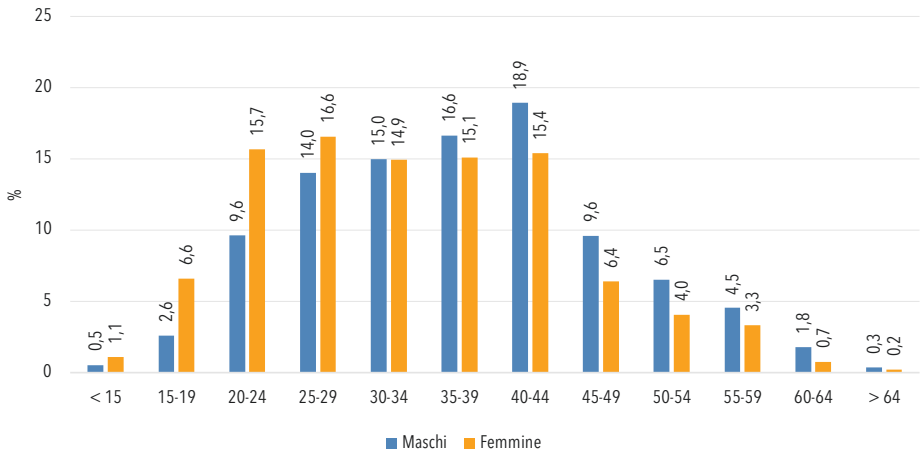
Figura 6.3.1 - Distribuzione percentuale dell'utenza delle comunità terapeutiche residenziali e semi-residenziali, delle comunità alloggio e degli alloggi protetti per età e tipologia di utenza



Fonte: Servizi del Privato Sociale. Elaborazioni Consiglio Nazionale delle Ricerche - Istituto di Fisiologia Clinica - Anno 2020

Osservando la distribuzione per genere si registra tra l'utenza di femminile la quota maggiore di soggetti di età inferiore ai 40 anni (M=58%; F=70%).

Figura 6.3.2 - Distribuzione percentuale dell'utenza delle comunità terapeutiche residenziali e semi-residenziali, delle comunità alloggio e degli alloggi protetti per età e genere



Fonte: Servizi del Privato Sociale. Elaborazioni Consiglio Nazionale delle Ricerche - Istituto di Fisiologia Clinica - Anno 2020

Il 38% degli utenti vive con la famiglia di origine, circa un terzo da solo (32%) mentre il 22% con partner e/o figli[5].

[5] Il dato sul contesto abitativo (con chi vive) è disponibile sul 59% del campione.

Il livello di istruzione conseguito dai soggetti assistiti è prevalentemente medio basso: il 63% ha il diploma di scuola media inferiore e il 8,7% ha raggiunto al massimo il livello elementare. Il 26% ha conseguito il diploma di scuola media superiore e il 2,2% una laurea.
La differenziazione di genere evidenzia tra le utenti di genere femminile percentuali più alte di diplomate alla scuola media superiore e laureate (M=27%; F=37%), mentre non si evidenziano importanti differenze tra utenti nuovi e già in carico.
Il 68% è disoccupato, il 19% ha invece un'occupazione (regolare od occasionale) e gli studenti rappresentano il 4,0%. Tra l'utenza di genere femminile si osserva una proporzione più bassa di occupazione (M=19%; F=17%); non si registrano particolari differenze invece nell'utenza in base alla tipologia di presa in carico.
La cocaina/crack è la sostanza primaria maggiormente utilizzata (45%) seguita dall'eroina (26%). L'alcol è consumato dal 18% degli utenti e la cannabis dal 7,2%.
L'utenza di genere maschile riporta quote superiori di consumatori di cocaina/crack (M=47%; F=34%) e inferiori di alcol (M=27%; F=23%).
Tra i nuovi utenti si possono osservare proporzioni più alte di consumatori di alcol (Utenti già in carico=14%; Nuovi utenti=22%) e più basse di eroina (Utenti già in carico=29%; Nuovi utenti=23%).

Tabella 6.3.1 – Distribuzione percentuale dell'utenza delle comunità terapeutiche residenziali e semi-residenziali, delle comunità alloggio e degli alloggi protetti per sostanza primaria, genere e tipologia di utenza

Sostanza primaria	Tutti (%)	Maschi (%)	Femmine (%)	Nuovi Utenti (%)	Utenti già in carico (%)
Eroina	26,2	25,0	32,6	22,9	29,0
Metadone/Buprenorfina	0,9	0,9	0,8	1,1	0,7
Fentanil	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Altri oppioidi	0,3	0,3	0,6	0,2	0,4
Cocaina/Crack	44,9	47,2	33,5	43,6	46,1
Stimolanti (Amfetamine/Metamfetamine/MDMA/altri)	0,6	0,6	0,7	0,9	0,4
Catinoni sintetici	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Ipnotici e sedativi	0,3	0,3	0,3	0,2	0,4
Allucinogeni	0,2	0,2	0,0	0,3	0,0
Cannabis	7,2	7,2	7,6	7,3	7,2
Altro (inclusi Inalanti volatili)	1,5	1,7	0,9	1,4	1,7
Alcol	17,7	16,7	22,9	22,0	14,1

Fonte: Servizi del Privato Sociale. Elaborazioni Consiglio Nazionale delle Ricerche - Istituto di Fisiologia Clinica - Anno 2020

Per il 46% dell'utenza è riferito un utilizzo di più sostanze, in particolar modo tra gli utenti presi in carico per la prima volta nel corso dell'anno (Nuovi utenti=50%; Utenti già in carico=36%) e tra quelli di genere femminile (M=43%; F=63%).
Rispetto l'uso secondario, le sostanze assunte più frequentemente sono cocaina/crack (46%), oppiacei (28%) e alcol (14%).

Tabella 6.3.2 – Distribuzione dell'utenza delle comunità terapeutiche residenziali e semi-residenziali, delle comunità alloggio e degli alloggi protetti per sostanza secondaria, genere e tipologia di utenza

Sostanza secondaria	Tutti (%)	Maschi (%)	Femmine (%)	Nuovi Utenti (%)	Utenti già in carico (%)
Eroina	27,3	26,3	30,8	25,8	28,9
Metadone/Buprenorfina	1,0	1,1	0,7	1,2	0,6
Altri oppioidi	0,0	0,0	0,2	0,1	0,4
Cocaina/Crack	45,8	48,8	35,3	45,4	41,7
Stimolanti (Amfetamine/Metamfetamine/MDMA/altri)	0,8	1,0	0,2	1,2	0,3
Catinoni sintetici	0,1	0,1	0,0	0,1	0,0
Ipnotici e sedativi	0,4	0,5	0,2	0,6	1,0
Allucinogeni	0,2	0,2	0,2	0,1	0,1
Cannabis	7,5	6,8	9,9	6,6	7,7
Altro (inclusi Inalanti volatili)	2,4	0,9	7,8	2,4	1,8
Alcol	14,4	14,3	14,8	16,5	17,6

Fonte: Servizi del Privato Sociale. Elaborazioni Consiglio Nazionale delle Ricerche - Istituto di Fisiologia Clinica - Anno 2020

L'89% delle comunità terapeutiche residenziali e semi-residenziali, comunità alloggio e degli alloggi protetti partecipanti alla raccolta dati ha riportato anche l'informazione sui trattamenti erogati, questi servizi hanno assistito 5.596 utenti.

La maggior parte dei soggetti ha ricevuto sostegno psicologico (82%), seguito da terapia di gruppo (59%). Oltre la metà ha fatto parte di gruppi di auto mutuo-aiuto (58%).

Il 22% ha ricevuto un trattamento farmacologico per patologie psichiatriche e il 13% è stato sottoposto a trattamento farmacologico sostitutivo con metadone. Oltre un quarto dell'utenza è stato sottoposto a un trattamento integrato (26%).

Tabella 6.3.3 – Numero di soggetti per tipologia di prestazione e percentuale sul totale degli utenti delle comunità terapeutiche residenziali e semi-residenziali, delle comunità alloggio e degli alloggi protetti

Tipologia prestazione	N. utenti	% su totale utenti (n=5.596)
TRATTAMENTO PSICOSOCIALE		
Counselling	3.168	56,6
Sostegno psicologico	4.604	82,3
Terapia psicoterapeutica individuale	2.697	48,2
Terapia familiare	1.234	22,1
Terapia di gruppo	3.236	57,8
Gruppi di auto mutuo-aiuto	3.272	58,5
Inserimento lavorativo	1.359	24,3
Altro	1.507	26,9
TRATTAMENTO FARMACOLOGICO		
Trattamento sostitutivo-METADONE	703	12,6
Trattamento sostitutivo-BUPRENORFINA	51	0,9
Trattamento sostitutivo-ALTRO	63	1,1
Trattamento farmacologico per patologie psichiatriche	1.249	22,3
Trattamento antiretrovirale HIV	105	1,9
Trattamento farmacologico HCV	148	2,6
Altro	152	2,7
TRATTAMENTO INTEGRATO	1.469	26,3

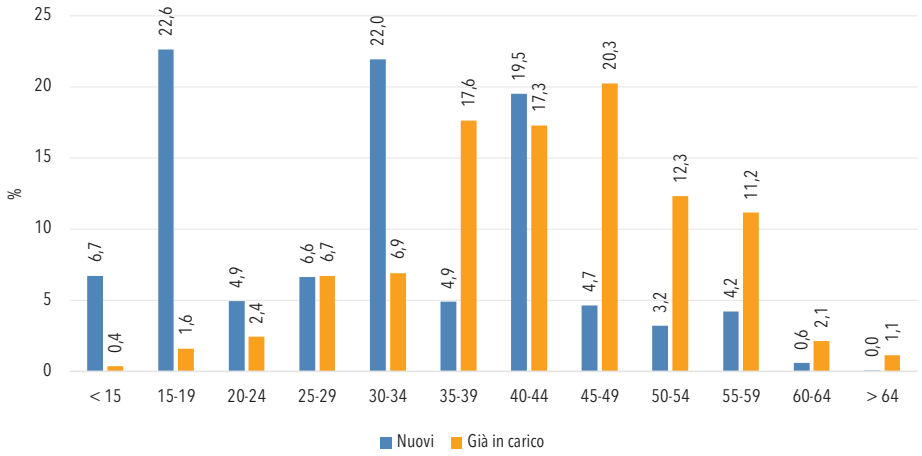
Fonte: Servizi del Privato Sociale. Elaborazioni Consiglio Nazionale delle Ricerche - Istituto di Fisiologia Clinica - Anno 2020

Il 48% dell'utenza in carico a questi servizi risulta essere stata testata per HIV e una pari quota per HCV: tra i primi sono il 3,6% a essere risultati positivi, tra i secondi la quota aumenta al 22%. Il 39% dell'utenza è stato testato per HBV e, tra questi, sono risultati positivi il 4,6%.
Tra i soggetti positivi per HIV oltre la metà risulta essere un utilizzatore per via iniettiva (51%); tra i positivi di HCV il 75% e tra quelli di HBV il 27%.

UTENTI PRESSO SERVIZI DI RIDUZIONE DEL RISCHIO E DEL DANNO

Le 20 unità mobili, *drop-in*, servizi a bassa soglia e di pronta accoglienza che hanno completato la raccolta dati relativa all'utenza hanno trattato 6.238 utenti, per circa un quinto di genere femminile (19%) e per un terzo assistiti per la prima volta nel corso dell'anno (33%).
Poco meno della metà di questa utenza non raggiunge i 40 anni di età (46%) e un terzo ne ha tra 40 e 49 (33%).
La distribuzione per tipologia di utente vede dei picchi in alcune fasce di età per quanto riguarda i nuovi utenti che comunque evidenziano percentuali più alte di giovani di età inferiore ai 25 anni (Nuovi utenti=34%; Utenti già in carico=4%); si osserva una percentuale quasi quattro volte superiore di utenti già in carico nella fascia di età over 45 anni (Nuovi utenti=13%; Utenti già in carico=47%).

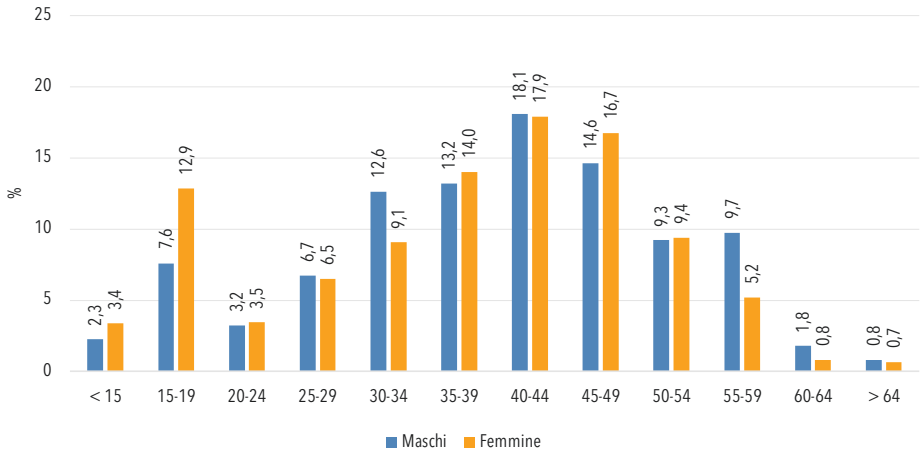
Figura 6.3.3 - Distribuzione percentuale dell'utenza dei servizi di riduzione del rischio e del danno per età e tipologia di utenza



Fonte: Servizi del Privato Sociale. Elaborazioni Consiglio Nazionale delle Ricerche - Istituto di Fisiologia Clinica - Anno 2020

La distribuzione per genere dell'utenza afferente a questa tipologia di servizi evidenzia una quota superiore dei soggetti giovani di genere femminile; risultano infatti percentuali più alte di utenti con età inferiore ai 30 anni (M=20%; F=26%).

Figura 6.3.4 - Distribuzione percentuale dell'utenza dei servizi di riduzione del rischio e del danno per età e genere



Fonte: Servizi del Privato Sociale. Elaborazioni Consiglio Nazionale delle Ricerche - Istituto di Fisiologia Clinica - Anno 2020

Oltre un terzo degli utenti vive da solo (37%) e circa un quarto con la famiglia di origine (26%), un quinto di essi con partner e/o figli e il restante 17% indica la convivenza con amici o altre persone.
Oltre la metà degli utenti ha una residenza fissa, mentre il 30% è senza fissa dimora.
Riguardo il livello di istruzione conseguito, il 47% possiede il diploma di scuola media superiore e il 38% inferiore. Il 13% ha ottenuto al massimo la licenza elementare mentre il 2% una laurea. Tra le utenti di genere femminile si rilevano percentuali più alte di diplomate alla scuola media superiore e laureate (M=48%; F=53%), mentre non si evidenziano differenze importanti tra nuovi utenti e utenti già in carico.
Il 38% ha una occupazione (regolare o occasionale) e il 41% è disoccupato. Gli studenti sono il 9,4%. Nella nuova utenza si riscontra una proporzione più alta di studenti (Nuovi utenti=28%; Utenti già in carico=1,3%), tra quelli già in carico è più elevata la quota dei disoccupati (Nuovi utenti=28%; Utenti già in carico=46%); non si rilevano differenze per stato occupazionale tra generi.
Le informazioni sulla sostanza primaria sono riferite al 40% dell'utenza: eroina e cocaina/crack sono le sostanze primarie utilizzate maggiormente (30% entrambe), seguite dall'alcol, consumato dal 26% degli utenti. La cannabis è consumata dal 8,6% dell'utenza.
I soggetti di genere maschile sono maggiori consumatori di cocaina/crack (M=32%; F=24%), mentre quelli di genere femminile riportano quote superiori di consumi di alcol (M=25%; F=32%).
Gli utenti già in carico dagli anni precedenti consumatori di eroina sono in proporzione quasi doppi rispetto ai nuovi (Utenti già in carico=48%; Nuovi utenti=26%). I nuovi utenti invece sono maggiormente coinvolti nell'uso di cocaina/crack (Nuovi utenti=33%; Utenti già in carico=19%) e di cannabis (Nuovi utenti=10%; Utenti già in carico=4,4%).

Tabella 6.3.4 – Distribuzione dell'utenza dei servizi di riduzione del rischio e del danno per sostanza primaria, genere e tipologia di utenza

Sostanza primaria	Tutti (%)	Maschi (%)	Femmine (%)	Nuovi Utenti (%)	Utenti già in carico (%)
Eroina	30,3	30,5	29,7	25,9	47,7
Metadone/Buprenorfina	0,5	0,6	0,2	0,3	1,2
Altri oppioidi	0,5	0,6	0,0	0,6	0,0
Cocaina/Crack	30,1	31,6	24,3	32,8	19,3
Stimolanti (Amfetamine/Metamfetamine/MDMA/altri)	0,6	0,6	0,4	0,7	0,2
Catinoni sintetici	0,1	0,2	0,0	0,2	0,0
Ipnotici e sedativi	0,5	0,4	0,8	0,3	1,2
Allucinogeni	0,5	0,4	1,0	0,6	0,0
Cannabis	8,6	8,1	10,2	9,6	4,4
Altro (inclusi Inalanti volatili)	2,0	2,0	1,7	1,1	5,6
Alcol	26,5	25,1	31,7	28,0	20,5

Fonte: Servizi del Privato Sociale. Elaborazioni Consiglio Nazionale delle Ricerche - Istituto di Fisiologia Clinica - Anno 2020

L'informazione sui trattamenti erogati è disponibile per 13 dei 20 dei servizi partecipanti allo studio. Questi servizi hanno assistito 1.339 utenti[6].

La maggior parte delle prestazioni erogate sono di sostegno psicologico (1.815), seguite da *counselling* (1.698) e terapia di gruppo (444). Sono 426 i trattamenti di tipo integrato riferiti da questa tipologia di servizi.

Tabella 6.3.5 – Numero assoluto di tipologia di prestazione erogati nei servizi di riduzione del rischio e del danno

Tipologia prestazione	N. trattamenti
TRATTAMENTO PSICOSOCIALE	
Counselling	1.698
Sostegno psicologico	1.815
Terapia psicoterapeutica individuale	281
Terapia familiare	40
Terapia di gruppo	444
Gruppi di auto mutuo-aiuto	76
Inserimento lavorativo	144
Altro	808
TRATTAMENTO FARMACOLOGICO	
Trattamento sostitutivo-METADONE	149
Trattamento sostitutivo-BUPRENORFINA	29
Trattamento farmacologico per patologie psichiatriche	84
Trattamento antiretrovirale HIV	15
Trattamento farmacologico HCV	11
TRATTAMENTO INTEGRATO	426

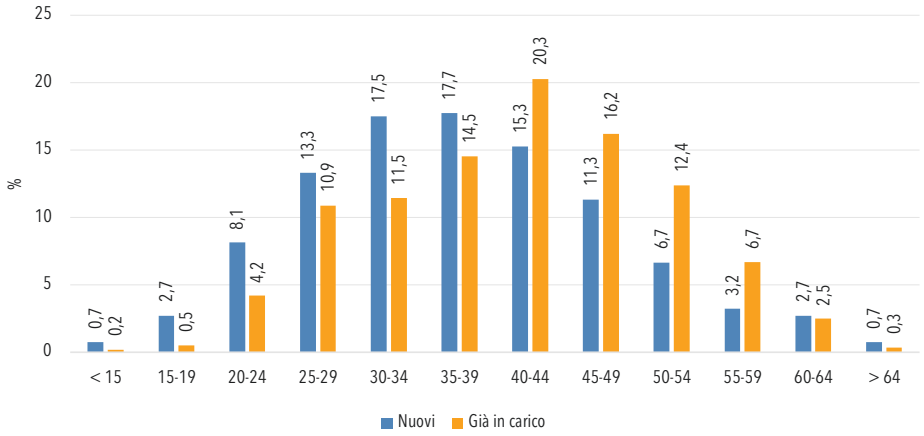
Fonte: Servizi del Privato Sociale. Elaborazioni Consiglio Nazionale delle Ricerche - Istituto di Fisiologia Clinica - Anno 2020

[6] Il dato raccolto riporta il numero totale di prestazioni erogate e non può essere in questo caso rapportato all'utenza trattata.

UTENTI PRESSO SERVIZI AMBULATORIALI E INTERNI AL CARCERE

Le servizi ambulatoriali e interni alle strutture carcerarie che hanno completato la raccolta dati relativa all'utenza trattata sono 8 e hanno trattato 2.265 utenti nel corso del 2020, anche in questo caso la maggior parte è di genere maschile (85%) e già assistita negli anni precedenti (82%).
Oltre la metà sono soggetti di almeno di 40 anni (55%), mentre il 17% non supera i 30. È tra gli utenti già in carico dagli anni precedenti che si osservano percentuali più elevate di over 40enni (Nuovi utenti=40%; Utenti già in carico=58%).

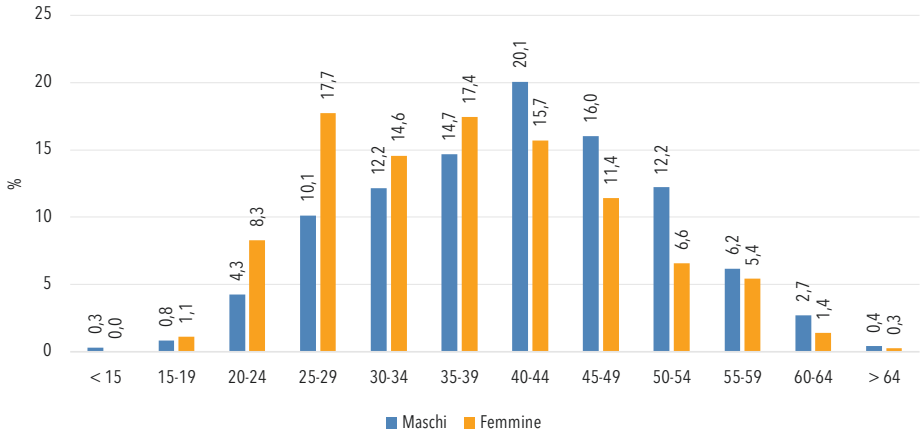
Figura 6.3.5 - Distribuzione percentuale dell'utenza dei servizi ambulatoriali e interni al carcere per età e tipologia di utenza



Fonte: Servizi del Privato Sociale. Elaborazioni Consiglio Nazionale delle Ricerche - Istituto di Fisiologia Clinica - Anno 2020

La distribuzione per genere, evidenzia tra l'utenza di genere maschile la quota maggiore di soggetti di età superiore ai 40 anni (M=58%; F=41%).

Figura 6.3.6 - Distribuzione percentuale dell'utenza dei servizi ambulatoriali e interni al carcere per età e genere



Fonte: Servizi del Privato Sociale. Elaborazioni Consiglio Nazionale delle Ricerche - Istituto di Fisiologia Clinica - Anno 2020

La maggior parte dell'utenza vive da solo (41%), un quarto con la famiglia di origine (25%), il 28% con partner e/o figli e il restante 5,9% con amici o altre persone.
L'84% dei soggetti ha una residenza fissa, il 16% risulta senza mentre il 6,7% è presso strutture penitenziarie.
Il livello di istruzione conseguito dalla metà dei soggetti assistiti è il diploma di scuola media inferiore e il 6,4% ha ottenuto al massimo la licenza elementare. Il 37% ha conseguito il diploma di scuola media superiore e il 7,2% una laurea.
La metà delle utenti di genere femminile si è diplomata alla scuola media superiore o ha conseguito la laurea, contro il 42% del collettivo maschile, non si evidenzia invece alcuna differenza tra utenza nuova e già in carico.
Quasi la metà dell'utenza ha un'occupazione regolare od occasionale (49%), mentre il 40% è disoccupato. Tra l'utenza di genere femminile si osserva una proporzione più bassa di occupazione (M=51%; F=42%), così come tra i nuovi utenti (Nuovi utenti=37%; Utenti già in carico=53%).
L'eroina risulta la sostanza primaria maggiormente consumata (70%) seguita da cocaina/crack (22%). L'alcol è consumato dal 4,3% e la cannabis dal 2,5% degli utenti.
L'utenza di genere maschile riporta quote superiori di consumatori di cocaina/crack (M=23%; F=14%) mentre sono inferiori quelle di eroina (M=69%; F=75%) e alcol (M=3,8%; F=7,2%).
Tra i soggetti già assistiti gli anni precedenti, si osservano proporzioni più alte di consumatori di cocaina/crack (Utenti già in carico=22%; Nuovi utenti=18%).

Tabella 6.3.6 – Distribuzione percentuale dell'utenza dei servizi ambulatoriali e interni al carcere per sostanza primaria, genere e tipologia di utenza

Sostanza primaria	Tutti (%)	Maschi (%)	Femmine (%)	Nuovi Utenti (%)	Utenti già in carico (%)
Eroina	70,2	69,4	74,7	71,0	70,0
Metadone/Buprenorfina	0,0	0,0	0,3	0,2	0,0
Altri oppioidi	0,0	0,0	0,3	0,2	0,0
Cocaina/Crack	21,7	23,0	14,2	18,2	22,5
Stimolanti (Amfetamine/Metamfetamine/MDMA/altri)	0,4	0,4	0,6	0,2	0,4
Allucinogeni	0,0	0,1	0,0	0,0	0,1
Cannabis	2,5	2,6	2,1	6,1	1,7
Altro (inclusi Inalanti volatili)	0,8	0,8	0,6	0,7	0,8

Servizi del Privato Sociale. Elaborazioni Consiglio Nazionale delle Ricerche - Istituto di Fisiologia Clinica - Anno 2020

Su 8 dei servizi ambulatoriali e interni al carcere che hanno partecipato alla ricerca, sono 6 quelli hanno riportato le informazioni sui trattamenti erogati, questi servizi hanno assistito 2.125 utenti[7].
La maggior parte delle prestazioni erogate sono terapie di gruppo (2.895) e sostegno psicologico (2.819); 2.454 sono gli interventi di *counselling* e 1.135 i trattamenti sostitutivi con metadone.

Tabella 6.3.7 – Numero assoluto di tipologia di prestazione erogati nei servizi ambulatoriali e interni al carcere

Tipologia prestazione	N. trattamenti
TRATTAMENTO PSICOSOCIALE	
Counselling	2.454
Sostegno psicologico	2.819
Terapia psicoterapeutica individuale	1.306
Terapia familiare	57
Terapia di gruppo	2.895
Gruppi di auto mutuo-aiuto	96
TRATTAMENTO FARMACOLOGICO	
Trattamento sostitutivo-METADONE	1.135
Trattamento sostitutivo-BUPRENORFINA	2
Trattamento farmacologico per patologie psichiatriche	23

Fonte: Servizi del Privato Sociale. Elaborazioni Consiglio Nazionale delle Ricerche - Istituto di Fisiologia Clinica - Anno 2020

[7] Il dato raccolto riporta il numero totale di prestazioni erogate e non può essere in questo caso rapportato all'utenza trattata.

6.4 DETENUTI TOSSICODIPENDENTI

Fonte: Ministero della Giustizia - Dipartimento Amministrazione Penitenziaria

Il numero di soggetti tossicodipendenti detenuti[8] in carcere alla fine del 2020 ammontava a 14.148, corrispondenti a oltre un quarto dell'intera popolazione carceraria (26%): il 96% dei detenuti è di genere maschile, in linea con la distribuzione osservata nell'ambito della popolazione carceraria complessiva e un terzo è di nazionalità straniera (33%).

Tabella 6.4.1 - Detenuti in carcere al 31/12 di ogni anno: complessivi e soggetti tossicodipendenti per nazionalità

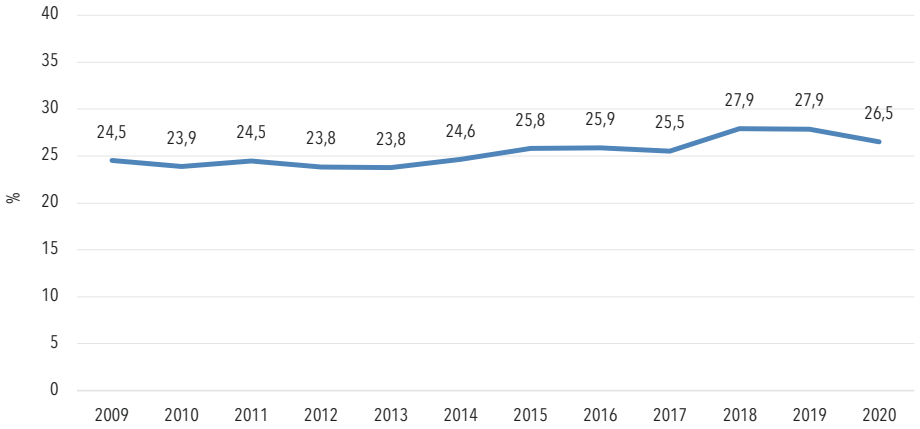
Anno	Detenuti presenti	Detenuti tossicodipendenti presenti		
		Totali	Stranieri	% stranieri
2009	64.791	15.887	3.788	23,8
2010	67.961	16.245	5.083	31,3
2011	66.897	16.364	4.888	29,9
2012	65.701	15.663	4.864	31,1
2013	62.536	14.879	4.791	32,2
2014	53.623	13.205	3.966	30,0
2015	52.164	13.465	4.034	30,0
2016	54.653	14.157	4.534	32,0
2017	57.608	14.706	5.006	34,0
2018	59.655	16.669	5.605	33,6
2019	60.769	16.934	5.804	34,3
2020	53.364	14.148	4.620	32,7

Fonte: Ministero della Giustizia - Anni 2009-2020

[8] Detenuti con problemi droga-correlati, che comprendono anche detenuti con una diagnosi di dipendenza.

Pur restando tra il 2009 e il 2017 intorno al 25%, la proporzione dei soggetti tossicodipendenti rispetto al totale dei detenuti è lievemente aumentata negli ultimi anni (28%) per attestarsi al 27% nel 2020.

Figura 6.4.1 - Percentuale di detenuti tossicodipendenti presenti al 31/12 di ciascun anno, rispetto al totale dei detenuti

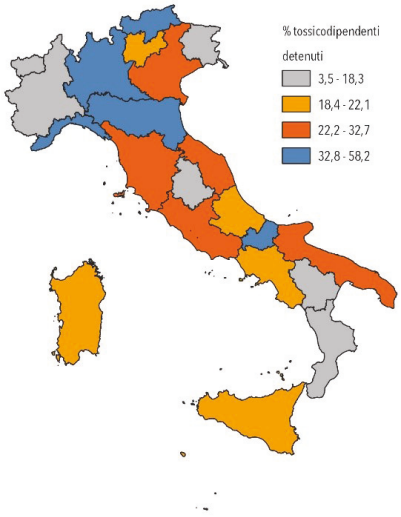


Fonte: Ministero della Giustizia - Anni 2009-2020

Le quote più elevate di soggetti tossicodipendenti sono state registrate in Emilia Romagna, Lombardia, Liguria, Molise, mentre in Valle d'Aosta, Calabria, Friuli Venezia Giulia e Umbria si sono registrate le percentuali più basse.

Nelle regioni Valle d'Aosta, Veneto ed Emilia Romagna e nella PA di Bolzano le percentuali dei detenuti tossicodipendenti di origine straniera raggiungono il 50% e oltre, mentre si attestano al 5,2-1,4% in Puglia e Basilicata.

Figura 6.4.2 - Distribuzione percentuale dei soggetti tossicodipendenti presenti in carcere al 31/12/2020 per regione di detenzione



	Detenuti tossicodipendenti presenti		
	N.	% sul totale detenuti	% stranieri
Piemonte	744	17,8	32,8
Valle d'Aosta	6	3,5	50,0
Lombardia	3.023	39,8	41,3
Liguria	487	36,0	49,1
PA Bolzano	57	58,2	56,3
PA Trento	64	22,1	23,9
Veneto	746	32,7	57,6
Friuli Venezia Giulia	73	12,2	26,0
Emilia Romagna	1.320	42,1	52,8
Toscana	911	28,4	47,7
Umbria	168	13,1	41,7
Marche	239	28,2	31,4
Lazio	1.769	30,4	29,2
Abruzzo	309	18,6	10,7
Molise	119	33,9	26,9
Campania	1.330	20,8	12,3
Puglia	998	28,5	5,2
Basilicata	73	18,3	1,4
Calabria	216	8,8	10,6
Sicilia	1.059	18,5	13,7
Sardegna	437	21,7	25,6
ITALIA	**14.148**	**26,5**	**32,7**

Fonte: Ministero della Giustizia – Anno 2020

Durante il 2020 sono entrati in carcere dalla libertà 6.975 tossicodipendenti: per la quasi totalità di genere maschile (96%) e per un terzo di nazionalità straniera (33%).
Il dato ha subito un forte calo, se confrontato con gli anni precedenti, diminuzione da correlare alla situazione di emergenza sanitaria legata alla pandemia.

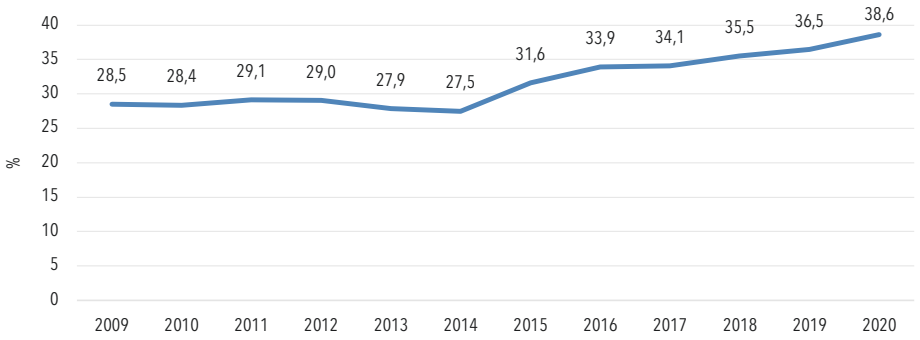
Tabella 6.4.2 - Ingressi in carcere dalla libertà: complessivi e di soggetti tossicodipendenti per nazionalità

Anno	Ingressi totali	Ingressi di soggetti tossicodipendenti		
		Totali	Stranieri	% stranieri
2009	88.066	25.106	8.380	33,4
2010	84.641	24.008	8.379	34,9
2011	76.982	22.432	7.737	34,5
2012	63.020	18.290	6.102	33,4
2013	59.390	16.543	5.675	34,3
2014	50.217	13.810	5.058	36,6
2015	45.823	14.464	5.302	36,7
2016	47.342	16.072	5.992	37,3
2017	48.144	16.394	6.103	37,2
2018	47.257	16.767	6.267	37,4
2019	46.201	16.842	6.022	35,8
2020	18.081	6.975	2.327	33,4

Fonte: Ministero della Giustizia - Anni 2009-2020

Rispetto al totale dei nuovi ingressi, la percentuale dei soggetti tossicodipendenti entrati dalla libertà nel 2020 è risultata pari al 39%. Dopo un periodo di stabilità intorno al 28%, dal 2015 tale percentuale risulta in costante aumento.

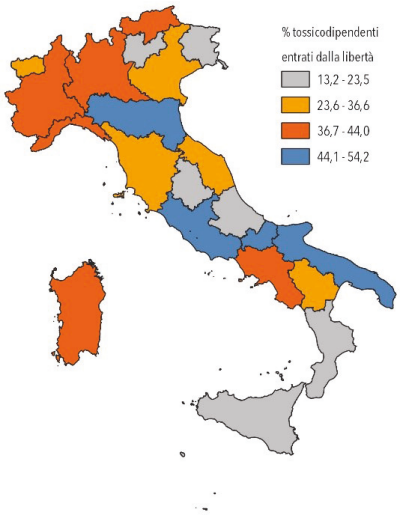
Figura 6.4.3 - Percentuale di ingressi di detenuti tossicodipendenti rispetto al totale degli ingressi



Fonte: Ministero della Giustizia - Anni 2009-2020

Le regioni con le quote maggiori di ingressi di soggetti tossicodipendenti sono state Puglia, Molise, Lazio e Emilia Romagna, mentre in Abruzzo, Calabria, Friuli Venezia Giulia e Umbria si sono registrate le quote più basse.

Figura 6.4.4 - Distribuzione percentuale dei soggetti tossicodipendenti entrati dalla libertà per regione di detenzione



	Detenuti tossicodipendenti entrati dalla libertà		
	N.	% sul totale	% stranieri
Piemonte	745	39,9	39,2
Valle d'Aosta	12	35,3	58,3
Lombardia	1.244	44,0	47,9
Liguria	309	44,0	48,9
PA Bolzano	59	39,9	38,5
PA Trento	17	13,2	13,6
Veneto	224	26,0	58,0
Friuli Venezia Giulia	67	17,0	25,4
Emilia Romagna	557	47,5	49,2
Toscana	370	36,6	54,1
Umbria	38	17,7	50,0
Marche	106	33,2	37,7
Lazio	891	47,9	32,5
Abruzzo	42	13,5	7,1
Molise	24	50,0	25,0
Campania	824	43,5	11,3
Puglia	762	54,2	8,3
Basilicata	45	30,4	4,4
Calabria	91	13,7	16,5
Sicilia	399	23,5	16,3
Sardegna	149	41,3	7,4
ITALIA	**6.975**	**38,6**	**33,4**

Fonte: Ministero della Giustizia – Anno 2020

6.5 MISURE ALTERNATIVE AL CARCERE PER SOGGETTI TOSSICODIPENDENTI

Fonte: Ministero della Giustizia - Dipartimento per la Giustizia Minorile e di Comunità - Direzione Generale per l'Esecuzione penale esterna e di messa alla prova

I percorsi di cura dedicati ai soggetti tossicodipendenti rappresentano un tema a cui si dedicano particolari risorse e attenzioni all'interno del sistema dell'esecuzione penale. Il meccanismo della sospensione dell'esecuzione della pena consente, infatti, sia di dare immediato avvio a un programma terapeutico, sia di proseguirne uno già in atto (Art. 90 del DPR n. 309/1990).

Il condannato tossicodipendente, al quale viene sospesa l'esecuzione della pena, viene affidato in prova al servizio sociale e sottoposto a un programma riabilitativo da svolgere presso una struttura comunitaria o un servizio territoriale del sistema sanitario nazionale (Art. 94 del DPR n. 309/1990).

Con l'art. 4 bis, comma 1 lett. g) del Decreto Legislativo 272/05, convertito con modificazioni nella Legge n. 49/2006, è stato introdotto all'art. 73 del DPR n. 309/1990 il comma 5 bis che prevede, in presenza di reati di minore gravità commessi da persone tossicodipendenti o da utilizzatori di sostanze stupefacenti o psicotrope, la possibilità di sostituire la pena detentiva e pecuniaria con la sanzione del lavoro di pubblica utilità, con le modalità previste dall'art. 54 del Decreto Legislativo n. 274/2000. La disposizione individua l'Ufficio di Esecuzione Penale Esterna (UEPE) quale organo incaricato di verificare l'effettivo svolgimento dell'attività gratuita in favore della collettività.

Infine, a completamento del quadro delle norme di riferimento, si segnalano le modifiche introdotte al Codice della Strada dalla Legge 29 luglio 2010, n. 120 e, in particolare l'art. 187 comma 8 bis del Decreto Legislativo n. 285/1992, che prevedono, nei casi di guida in stato di alterazione psico-fisica per uso di sostanze stupefacenti, la possibilità di sostituire la pena detentiva e la pena pecuniaria con il lavoro di pubblica utilità, nonché con la partecipazione a un programma terapeutico e socio-riabilitativo del soggetto tossicodipendente, come definito ai sensi degli articoli 121 e 122 del DPR n. 309/1990.

Le misure e le sanzioni di comunità sopra descritte permettono un intervento diversificato e individualizzato assicurando ai condannati tossicodipendenti un trattamento caratterizzato da aspetti terapeutici e riabilitativi nella fase dell'esecuzione penale.

L'ordinamento penitenziario prevede, inoltre, misure alternative alla detenzione disciplinate dalla Legge n. 354/1975 e successive modifiche e integrazioni, quali l'affidamento in prova al servizio sociale, la detenzione domiciliare e la semilibertà, che possono essere applicate alle persone tossicodipendenti che non hanno avuto accesso a misure alternative specifiche, per mancanza dei requisiti di legge o per carenza di posti presso le Comunità terapeutiche accreditate.

Gli UEPE intervengono nel procedimento sia nella fase istruttoria, contribuendo alla definizione del programma terapeutico con i servizi sanitari e le Comunità terapeutiche, sia nella fase dell'esecuzione della misura stessa per le azioni di supporto, verifica delle prescrizioni e attuazione del programma trattamentale. A tal fine, gli UEPE operano in stretta collaborazione con le Regioni, i Servizi Sanitari, la Magistratura di Sorveglianza e gli Istituti penitenziari.

I dati relativi al 2020 e la loro analisi non possono non tenere in debita considerazione l'emergenza sanitaria da COVID-19. A partire dal mese di marzo, con l'inizio del *lockdown*, le misure per contenere la diffusione del virus SARS-CoV-2 hanno ridotto, almeno nei primi mesi della pandemia, l'operatività dei tribunali, degli Uffici di Esecuzione Penale Esterna e dei servizi territoriali.

Nel 2020 si evidenzia infatti una diminuzione nel numero di soggetti che hanno usufruito di misure alternative alla detenzione, sia ordinarie sia per tossicodipendenti: una flessione che interrompe momentaneamente il *trend* di crescita registrato ormai da diversi anni. Si riporta contestualmente un significativo aumento delle persone in detenzione domiciliare[9].

Al 31 dicembre 2020 il totale dei soggetti in misura alternativa alla detenzione specifica per tossicodipendenti ammonta a 3.404, registrando una riduzione del 5% rispetto all'anno precedente. Di questi, il 44% segue il programma terapeutico presso una Comunità Terapeutica e il 56% presso i Servizi per le dipendenze (SerD).

Le misure alternative al carcere specifiche per tossicodipendenza rappresentano nel 2020 il 12% del totale delle misure alternative al carcere concesse, percentuale in costante diminuzione dal 2012 (16%), stabile negli ultimi quattro anni. In aumento invece dal 2013 i soggetti con sanzione sostitutiva del lavoro di pubblica utilità che nel 2020 sono stati 701.

Tabella 6.5.1 – Numero soggetti in carico per misure alternative alla detenzione (complessive e affidamenti in prova per tossicodipendenti) e lavori di pubblica utilità per tossicodipendenti. Situazione alla fine dell'anno

Anno	Misure alternative alla detenzione complessive	Affidamento in prova per tossicodipendenti	Lavoro di pubblica utilità per tossicodipendenti
2012	19.986	3.150	404
2013	22.127	3.328	230
2014	22.209	3.259	268
2015	22.285	3.053	365
2016	23.424	2.991	386
2017	25.872	3.146	447
2018	28.031	3.354	478
2019	29.557	3.578	617
2020	29.023	3.404	701

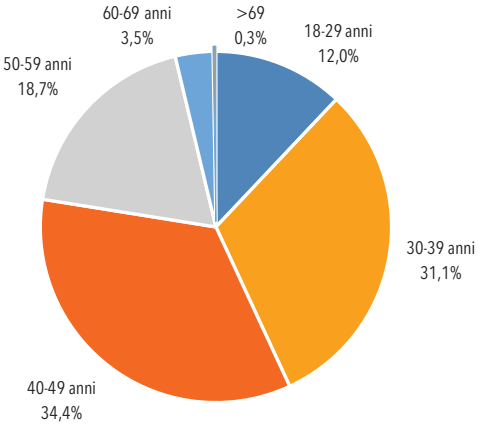
Fonte: Ministero della Giustizia - Anni 2012-2020

Se un quarto delle misure di affidamento in prova in casi particolari è stato concesso dallo stato di libertà, la maggioranza ha coinvolto soggetti provenienti dalla detenzione (67%) e il restante 8% dagli arresti domiciliari. Nel 2020, il 95% delle misure alternative al carcere sono state concesse a soggetti di genere maschile e per l'87% di nazionalità italiana. Gli stranieri registrano un aumento dell'1% rispetto all'anno precedente.

[9] Al 31.12.2020 il numero dei soggetti in detenzione domiciliare era di 1.224 unità in più rispetto alla situazione alla fine dell'anno precedente; in tal senso, occorre considerare che durante l'emergenza sanitaria sono stati adottati provvedimenti legislativi specifici per fronteggiare la diffusione del virus negli istituti penitenziari, con la parziale modifica della normativa 2010, ex 199 (esecuzione della pena presso il domicilio).

Poco più di un terzo dei soggetti in carico per affidamento in prova al servizio sociale per tossicodipendenti rientra nella fascia di età 40-49 anni (34%), il 31% in quella dei 30 e i 39 anni, mentre il 12% in quella dei 18-29 anni.

Figura 6.5.1 - Distribuzione percentuale per classi di età dei soggetti in carico per affidamento in prova al servizio sociale per tossicodipendenti



Fonte: Ministero della Giustizia - Anno 2020

Sono state 247 le revoche delle misure concesse dallo stato di detenzione nel 2020, pari al 31% degli incarichi conclusi e archiviati, con un aumento di sette punti percentuali rispetto all'anno precedente.

Tabella 6.5.2 – Numero delle misure concesse dallo stato di detenzione: incarichi sopravvenuti, conclusi e archiviati e revoche, per motivo della revoca

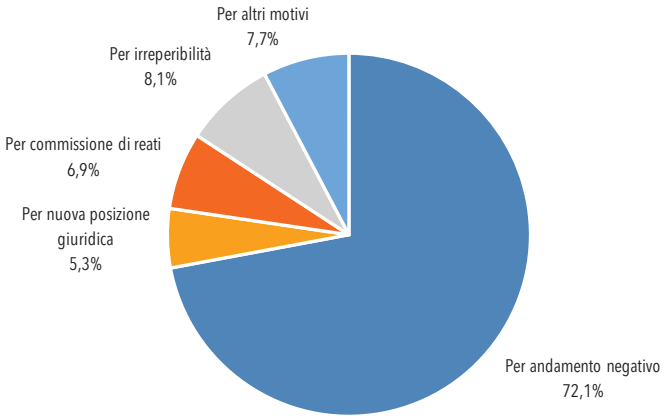
Anno	Incarichi sopravvenuti	Incarichi conclusi e archiviati *	Revoche *					
			Per andamento negativo	Per nuova posizione giuridica	Per commissione di reati	Per irreperibilità	Per altri motivi	Totale
2012	2.380	2.380	359	42	67	45	24	537
2013	2.467	2.464	381	38	58	36	17	530
2014	2.294	2.293	365	27	47	36	20	495
2015	2.016	2.007	353	24	47	41	16	481
2016	2.015	1.994	354	33	46	38	24	495
2017	2.309	2.239	392	47	40	48	22	549
2018	2.450	2.242	366	28	53	30	21	498
2019	2.675	2.049	325	35	49	35	31	475
2020	2.226	800	178	13	17	20	19	247

* Situazione alla data del 5 marzo 2021

Fonte: Ministero della Giustizia - Anni 2012-2020

Il motivo principale di revoca è l'andamento negativo della misura (72%), seguito dall'irreperibilità (8%).

Figura 6.5.2 - Distribuzione percentuale dei motivi delle revoche delle misure concesse dallo stato di detenzione



Fonte: Ministero della Giustizia - Anno 2020

Le revoche delle misure concesse invece dallo stato di libertà sono state complessivamente 37, pari al 21% degli incarichi conclusi e archiviati nel 2020 (17% nel 2019).

Tabella 6.5.3 – Numero delle misure concesse dallo stato di libertà: incarichi sopravvenuti, conclusi e archiviati e revoche, per motivo della revoca

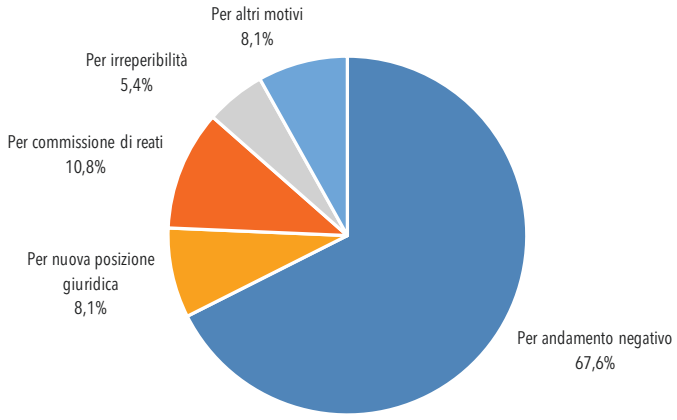
Anno	Incarichi sopravvenuti	Incarichi conclusi e archiviati*	Revoche*					
			Per andamento negativo	Per nuova posizione giuridica	Per commissione di reati	Per irreperibilità	Per altri motivi	Totale
2012	1.009	1.009	111	11	23	2	2	149
2013	941	940	82	5	11	3	4	105
2014	930	928	89	4	11	3	5	112
2015	996	994	111	11	18	5	3	148
2016	948	934	90	6	10	6	7	119
2017	786	745	88	8	14	1	3	114
2018	935	812	88	10	23	3	3	127
2019	885	595	73	7	16	2	3	101
2020	541	174	25	3	4	2	3	37

* Situazione alla data del 5 marzo 2021

Fonte: Ministero della Giustizia - Anni 2012-2020

Le misure concesse dallo stato di libertà sono state revocate per la maggior parte per andamento negativo (68%) e nell'11% dei casi per la commissione di nuovi reati.

Figura 6.5.3 - Distribuzione percentuale dei motivi delle revoche delle misure concesse dallo stato di libertà



Fonte: Ministero della Giustizia - Anno 2020

Questi risultati dovranno essere confrontati con la rilevazione del 2021 e degli anni successivi. Infatti, per l'analisi dei dati delle revoche è importante considerare che, mentre gli andamenti negativi possono essere riscontrati anche dopo pochi mesi dalla concessione della misura, la conclusione positiva richiede un'osservazione più prolungata nel tempo, pari alla durata della misura stessa. Un'analisi esaustiva dei provvedimenti di revoca può, quindi, essere fatta quando tutti gli incarichi di un anno o la maggior parte di essi si sono conclusi e sono stati archiviati. Al momento, i dati evidenziano questa possibilità per gli anni fino al 2018; per gli ultimi due anni in esame (biennio 2019-2020), invece, i casi conclusi e archiviati costituiscono solo una parte degli incarichi sopravvenuti; in particolare nell'ultimo anno essi costituiscono solo il 32% delle misure concesse dallo stato di libertà e il 36% delle misure concesse dallo stato di detenzione.

Il Dipartimento per la Giustizia Minorile e di Comunità, nell'analisi dei dati concernenti le persone tossicodipendenti in area penale esterna, oltre a coloro che usufruiscono della misura alternativa dell'affidamento in prova in casi particolari, rileva anche i dati delle persone ammesse alle misure alternative ordinarie, con prescrizione in ordinanza di seguire un programma terapeutico presso una comunità o il servizio territoriale per le dipendenze (SerD) delle ASL, così come coloro che usufruiscono delle sanzioni e misure di comunità, quali il Lavoro di Pubblica utilità e la Messa alla Prova, con analoghe problematiche di dipendenza.

Il numero di soggetti con problemi di dipendenza, che fruisce delle misure di comunità, è quindi maggiore di quello concernente le persone tossicodipendenti e alcoldipendenti che seguono un programma terapeutico durante l'esecuzione penale nella misura alternativa specifica.

Al 31 dicembre 2020, risultavano in corso 366 affidamenti in prova al servizio sociale ex art. 47 dell'Ordinamento Penitenziario e la detenzione domiciliare, 42 dei quali da eseguire presso una comunità e 324 presso un servizio pubblico della ASL territoriale. Risultavano in corso, inoltre, 432 detenzioni domiciliari con prescrizione terapeutica, 145 da eseguire presso una comunità e 287 presso un servizio pubblico della ASL territoriale, 151 libertà vigilate (96 presso una comunità e 55 presso i SerD) e 82 messe alla prova (rispettivamente 11 e 71).

PARTE IV
DANNI CORRELATI AL CONSUMO DI SOSTANZE STUPEFACENTI

Elementi chiave

Malattie infettive

Nel 2020 sono stati testati 38.892 assistiti per HIV, pari al 31% del totale dei soggetti in trattamento: l'1,5% del totale è risultato positivo, un dato in crescita rispetto all'anno precedente.

Il 23% del totale degli utenti in trattamento è stato testato per HBV, con una percentuale di positività pari allo 0,5% dell'utenza totale in trattamento.

27.084 soggetti tossicodipendenti sono stati testati per HCV e 11.091 sono risultati positivi, pari rispettivamente a 22% e 8,8% del totale degli utenti in trattamento.

Tra gli utenti che usano sostanze stupefacenti per via iniettiva (soggetti a più alto rischio di malattie infettive), la percentuale dei testati aumenta al 27% per l'HBV e al 26% per l'HCV.

I soggetti tossicodipendenti affetti da epatite B sono in diminuzione dal 1991, mentre quelli con epatite C, superiori a tutti gli altri, sono rimasti stabili dal 2008. I casi di epatite A sono sostanzialmente costanti, con frequenti picchi in corrispondenza di focolai epidemici.

Dal 2012 al 2019 (ultimo anno disponibile) fra i consumatori per via iniettiva si è osservato un incremento della percentuale di infezioni sessualmente trasmissibili (circa quattro volte e mezzo). Le infezioni prevalentemente diagnosticate sono di tipo virale (61%).

Nel 2019 (ultimo dato disponibile) il 4% delle nuove diagnosi di HIV (dato in aumento) e il 12% di quelle per AIDS hanno riguardato consumatori per via iniettiva (IDU).

Per oltre un quarto dei soggetti la diagnosi di AIDS è tardiva (entro 6 mesi dal primo test HIV positivo), dato in calo rispetto al 2018.

Nel complesso, l'età mediana di nuove diagnosi HIV tra gli IDU è passata dai 40 anni, rilevati fino al 2013, ai 44 anni del 2019. In aumento anche l'età mediana dei nuovi casi di AIDS.

Violazioni del codice stradale, ricoveri ospedalieri e mortalità droga-correlata

Dal 2001 al 2019 (ultimo dato disponibile) la percentuale degli incidenti stradali per guida sotto effetto di sostanze stupefacenti è aumentata da 0,1% a 1,4%. Nel 2019, gli incidenti stradali nei quali almeno uno dei conducenti risultava sotto l'effetto di droghe sono stati 1.905 (3,4% degli incidenti stradali con lesioni).

Nel 2019 (ultimo dato disponibile) i ricoveri droga-correlati sono stati 7.329 (12,5 ogni 100.000 residenti, dato stabile nell'ultimo triennio). Nell'ultimo decennio si è osservato il raddoppio dei ricoveri cocaina-correlati e un incremento dei tassi di ospedalizzazione tra i 55-64enni.

Nel 2020 i decessi per intossicazione acuta sono stati 308, dato più basso rispetto al 2019. Aumenta tuttavia la mortalità droga-correlata sia tra i più giovani sia tra gli over 50 e anche quella correlata all'uso di cocaina.

Nel corso del 2018 (ultimo dato disponibile) si sono verificati 306 decessi con causa iniziale droga-correlata. Nell'ultimo biennio i tassi più elevati sono stati rilevati tra i 45-54enni. Per l'83% dei decessi droga-correlati la causa iniziale è dovuta all'uso e di due o più sostanze.

CAPITOLO 7

MALATTIE INFETTIVE

7.1 MALATTIE INFETTIVE TRA I SOGGETTI TOSSICODIPENDENTI IN TRATTAMENTO PRESSO I SERVIZI PUBBLICI PER LE DIPENDENZE

Fonte: Ministero della Salute - Direzione generale della digitalizzazione, del sistema informativo sanitario e della statistica; Direzione generale della prevenzione sanitaria;
Fonte: Commissione Salute della Conferenza delle Regioni e delle Province Autonome - sottogruppo Dipendenze-Gruppo di lavoro SIND

I dati si riferiscono agli utenti tossicodipendenti trattati durante l'anno dai Servizi per le Dipendenze (SerD) e monitorati per patologie infettive. La raccolta e l'analisi dei dati sono gestite a livello nazionale dal Ministero della Salute e, a livello locale, dalle singole Regioni e Province Autonome (PA) nell'ambito del Nuovo Sistema Informativo Sanitario (NSIS) e attraverso il Sistema Informativo Nazionale Dipendenze (SIND), istituito con DM 11 giugno 2010.

È importante premettere che la considerevole disomogeneità interregionale nella quota di utenti testati e positivi ai *marker* per le patologie infettive, non permette un'interpretazione univoca dei dati e delle differenze rilevate. Per consentire un tale confronto sarà essenziale ottenere una raccolta di dati omogenei.

Inoltre, l'estrema variabilità nella proporzione di utenti testati risente della mancata rilevazione di questo tipo di informazione per criticità nella fase di registrazione sui sistemi informatici.

VIRUS HIV

Il DM 11/06/2010 prevede, su indicazione del Garante della privacy, che le informazioni relative all'esecuzione del test sierologico HIV vengano rilevate in forma aggregata, come nella tabella ANN04 del DM 20/09/1997.

Nel 2020 sono stati testati 38.892 assistiti, pari al 31% del totale dei soggetti in trattamento: sono risultati positivi 1.821 soggetti, l'1,5% del totale dei trattati.

La proporzione di utenti positivi per HIV nelle diverse Regioni e Province Autonome è compresa tra 0,0% e 8,7%, rilevati rispettivamente in Valle d'Aosta e nella provincia autonoma di Trento.

Tabella 7.1.1 - Utenti trattati nei SerD testati e positivi per HIV

	N. utenti in carico	Utenti testati		Utenti positivi		
		N.	% su totale in carico	N.	% su totale in carico	% su testati
Piemonte	11.899	1.658	13,9	13	0,1	0,8
Valle d'Aosta	322	95	29,5	0	0,0	0,0
Lombardia	22.790	7.800	34,2	683	3,0	8,8
Liguria	4.135	1.539	37,2	109	2,6	7,1
PA Bolzano	1.276	1.723	135,0	28	2,2	1,6
PA Trento	1.055	1.136	107,7	92	8,7	8,1
Veneto	10.365	2.844	27,4	71	0,7	2,5
Friuli Venezia Giulia	1.841	2.348	127,5	54	2,9	2,3
Emilia Romagna	9.566	10.075	105,3	473	4,9	4,7
Toscana	9.474	1.862	19,7	59	0,6	3,2
Umbria	2.093	673	32,2	22	1,1	3,3
Marche	5.297	705	13,3	24	0,5	3,4
Lazio	11.578	1.502	13,0	87	0,8	5,8
Abruzzo	3.554	2.664	75,0	23	0,6	0,9
Molise	799	133	16,6	3	0,4	2,3
Campania	9.564	---	---	---	---	---
Puglia	8.819	---	---	---	---	---
Basilicata	1.214	473	39,0	4	0,3	0,8
Calabria	758	246	32,5	5	0,7	2,0
Sicilia	5.677	1.296	22,8	61	1,1	4,7
Sardegna	3.352	120	3,6	10	0,3	8,3
ITALIA	**125.428**	**38.892**	**31,0**	**1.821**	**1,5**	**4,7**

Fonte: SIND-DM 11 giugno 2010 - Anno 2020

VIRUS HBV

Gli utenti testati per HBV nell'anno sono stati 28.490, il 23% del totale in trattamento, 678 dei quali sono risultati positivi, con una percentuale di positività[1] pari a 0,5% dell'utenza totale in trattamento.

La proporzione di utenti positivi ai *marker* per HBV è compresa tra 0,1%, rilevata nelle regioni Piemonte, Abruzzo e Puglia e 2,0% della regione Toscana.

L'importante variabilità nella percentuale di soggetti positivi può essere dovuta, oltre alla mancata rilevazione di questo tipo di informazione nella fase di registrazione sui sistemi informatici, alla difforme esecuzione e registrazione della vaccinazione anti-HBV.

Tabella 7.1.2 - Utenti trattati nei SerD testati e positivi per HBV

	N. utenti in carico	Utenti testati		Utenti positivi		
		N.	% su totale in carico	N.	% su totale in carico	% su testati
Piemonte	11.899	1.436	12,1	10	0,1	0,7
Valle d'Aosta	322	---	---	---	---	---
Lombardia	22.790	4.099	18,0	90	0,4	2,2
Liguria	4.135	1.040	25,2	20	0,5	1,9
PA Bolzano	1.276	---	---	---	---	---
PA Trento	1.055	---	---	---	---	---
Veneto	10.365	3.389	32,7	64	0,6	1,9
Friuli Venezia Giulia	1.841	1.541	83,7	24	1,3	1,6
Emilia Romagna	9.566	9.103	95,2	157	1,6	1,7
Toscana	9.474	2.084	22,0	192	2,0	9,2
Umbria	2.093	448	21,4	4	0,2	0,9
Marche	5.297	19	0,4	0	0,0	0,0
Lazio	11.578	1.398	12,1	32	0,3	2,3
Abruzzo	3.554	842	23,7	4	0,1	0,5
Molise	799	16	2,0	0	0,0	0,0
Campania	9.564	798	8,3	21	0,2	2,6
Puglia	8.819	677	7,7	9	0,1	1,3
Basilicata	1.214	391	32,2	4	0,3	1,0
Calabria	758	---	---	---	---	---
Sicilia	5.677	1.209	21,3	47	0,8	3,9
Sardegna	3.352	---	---	---	---	---
ITALIA	**125.428**	**28.490**	**22,7**	**678**	**0,5**	**2,4**

Fonte: SIND-DM 11 giugno 2010 - Anno 2020

[1] Per utenti positivi si intendono gli utenti che soddisfino una delle seguenti condizioni:
Infetto: HbsAg Positivo;
Immune: HbsAg Negativo, Anti HBs Positivo, Anti-HBc Positivo;
Infezione Pregressa/Cronica: HbsAg Negativo, Anti HBs Negativo, Anti-HBc Positivo

VIRUS HCV

I soggetti tossicodipendenti testati per HCV sono stati 27.084 e 11.091 sono risultati positivi, pari rispettivamente a 22% e 8,8% del totale degli utenti in trattamento presso i SerD. La percentuale di positività sull'utenza totale mostra un'importante variabilità territoriale e risulta compresa tra 0,3% e 38% delle regioni Sardegna ed Emilia Romagna rispettivamente.

Tabella 7.1.3 - Utenti trattati nei SerD testati e positivi per HCV

	N. utenti in carico	Utenti testati		Utenti positivi		
		N.	% su totale in carico	N.	% su totale in carico	% su testati
Piemonte	11.899	1.163	9,8	312	2,6	26,8
Valle d'Aosta	322	15	4,7	10	3,1	66,7
Lombardia	22.790	3.327	14,6	1.343	5,9	40,4
Liguria	4.135	898	21,7	427	10,3	47,6
PA Bolzano	1.276	---	---	---	---	---
PA Trento	1.055	---	---	---	---	---
Veneto	10.365	2.545	24,6	1.058	10,2	41,6
Friuli Venezia Giulia	1.841	1.392	75,6	680	36,9	48,9
Emilia Romagna	9.566	9.051	94,6	3.674	38,4	40,6
Toscana	9.474	2.227	23,5	1.149	12,1	51,6
Umbria	2.093	445	21,3	176	8,4	39,6
Marche	5.297	19	0,4	0	0,0	0,0
Lazio	11.578	2.188	18,9	948	8,2	43,3
Abruzzo	3.554	799	22,5	288	8,1	36,0
Molise	799	19	2,4	8	1,0	42,1
Campania	9.564	833	8,7	296	3,1	35,5
Puglia	8.819	710	8,1	227	2,6	32,0
Basilicata	1.214	398	32,8	107	8,8	26,9
Calabria	758	---	---	---	---	---
Sicilia	5.677	1.052	18,5	387	6,8	36,8
Sardegna	3.352	3	0,1	1	0,3	33,3
ITALIA	**125.428**	**27.084**	**21,6**	**11.091**	**8,8**	**41,0**

Fonte: SIND-DM 11 giugno 2010 – Anno 2020

UTENTI IDU E MALATTIE INFETTIVE

Limitando l'analisi a coloro che usano sostanze stupefacenti per via iniettiva, i cosiddetti *Injecting Drug Users* (IDU), soggetti a più alto rischio di malattie infettive, la percentuale degli utenti testati aumenta e raggiunge il 27% per il test HBV e il 26% per quello HCV.

Tabella 7.1.4 – Numero assoluto di utenti IDU e di testati per HBV e HCV

	N. utenti IDU	IDU testati per HBV		IDU testati per HCV	
		N.	%	N.	%
Piemonte	4.222	463	11,0	294	7,0
Valle d'Aosta	273	---	---	9	3,3
Lombardia	5.927	1.497	25,3	1.187	20,0
Liguria	1.443	280	19,4	237	16,4
PA Bolzano	373	---	---	---	---
PA Trento	434	---	---	---	---
Veneto	3.897	1.667	42,8	1.228	31,5
Friuli Venezia Giulia	929	825	88,8	727	78,3
Emilia Romagna	5.598	4.657	83,2	4.617	82,5
Toscana	4.069	1.032	25,4	1.367	33,6
Umbria	381	140	36,7	138	36,2
Marche	1.539	12	0,8	12	0,8
Lazio	4.977	642	12,9	1.123	22,6
Abruzzo	946	148	15,6	122	12,9
Molise	267	4	1,5	6	2,2
Campania	3.486	248	7,1	259	7,4
Puglia	3.231	192	5,9	197	6,1
Basilicata	414	113	27,3	107	25,8
Calabria	341	---	---	---	---
Sicilia	1.980	465	23,5	437	22,1
Sardegna	2.025	---	---	3	0,1
ITALIA	**46.752**	**12.385**	**26,5**	**12.070**	**25,8**

Fonte: SIND-DM 11 giugno 2010 - Anno 2020

Analizzando l'utenza sulla base delle principali sostanze d'uso iniettivo, tra coloro che usano eroina la percentuale di testati per HBV è pari al 27%, così come quella riferita ai testati per HCV. Tra coloro che usano cocaina, la percentuale dei testati per HBV raggiunge il 29% e il 28% per HCV.

Tabella 7.1.5 – Numero assoluto di utenti IDU e di testati per HBV e HCV

	N. utenti IDU	IDU testati per HBV		IDU testati per HCV	
		N.	%	N.	%
Eroina	16.348	4.469	27,3	4.445	27,2
Cocaina	5.643	1.660	29,4	1.605	28,5

Fonte: SIND-DM 11 giugno 2010 - Anno 2020

7.2 DIFFUSIONE DI EPATITI VIRALI ACUTE IN SOGGETTI TOSSICODIPENDENTI

Fonte: Istituto Superiore di Sanità - Centro Nazionale per la Salute Globale – Sistema Epidemiologico Integrato dell'Epatite Virale Acuta

Il quadro diagnostico di epatite virale identifica tutti quei processi infiammatori acuti del fegato causati da specifici virus epatotropi, contagiosi e ubiquitari che presentano diversa distribuzione geografica in rapporto alle condizioni socio-economiche della popolazione. I tipi virali più frequentemente coinvolti sono detti virus epatitici maggiori e ricomprendono: HAV, HBV, HCV, HDV, HEV.

In Italia è prevista la notifica obbligatoria in classe II per tutti i casi di epatite virale, come stabilito dal Decreto Ministeriale 15 dicembre 1990: il medico segnalatore deve comunicare il caso, entro 48 ore dall'osservazione, alla Azienda Sanitaria Locale (ASL) di competenza, la quale a sua volta provvede, previa validazione della diagnosi, all'invio alla Regione; quest'ultima invia la segnalazione al Ministero della Salute e all'ISTAT.

A partire dal 1985 è attivo in Italia il sistema di sorveglianza speciale Sistema Epidemiologico Integrato dell'Epatite Virale Acuta - SEIEVA, coordinato dal Centro Nazionale per la Salute Globale e dal Dipartimento di Malattie Infettive dell'Istituto Superiore di Sanità, che raccoglie informazioni dettagliate sui casi e consente sia la valutazione dell'incidenza, sia la valutazione e la stima del contributo relativo dei diversi fattori di rischio per epatite acuta. Al sistema di sorveglianza SEIEVA, basato su partecipazione volontaria, aderisce attualmente l'86% delle ASL italiane distribuite su tutto il territorio nazionale (con l'unica eccezione della Regione Molise), cui afferisce l'83% della popolazione italiana. Il numero di ASL partecipanti e, conseguentemente, la popolazione sorvegliata, sono in costante aumento. Il questionario epidemiologico SEIEVA raccoglie informazioni sui principali fattori di rischio per le epatiti virali acute, compresa la tossicodipendenza. I soggetti tossicodipendenti, soprattutto coloro che assumono sostanze per via iniettiva (IDU), presentano un aumentato rischio di epatite virale (principalmente B, C e Delta). Negli ultimi anni sono state inoltre descritte numerose epidemie di epatite A tra soggetti tossicodipendenti, l'ultima delle quali risale al periodo 2016-2017.

È da rilevare che nel corso del 2020 il SEIEVA ha registrato un numero di notifiche di casi di epatite acuta nettamente inferiore a quanto registrato negli anni precedenti. Le misure di contenimento adottate per la pandemia da SARS-CoV-2 hanno sicuramente contribuito a diminuire il rischio di contrarre anche altre malattie infettive, tra cui l'epatite. Non è però da escludere la possibilità che l'attenzione sanitaria concentrata massimamente sulla pandemia possa aver diminuito l'attenzione su altre patologie, anche in termini diagnostici e di conseguente notifica. I dati presentati in questo paragrafo quindi possono risentire di questa problematica.

Nel 2020, il sistema di sorveglianza SEIEVA ha ricevuto segnalazioni di 1 caso di epatite A, 3 di epatite B e 3 di epatite C in soggetti tossicodipendenti, tutti di genere maschile. L'età mediana dei soggetti segnalati per l'insorgenza di epatite virale acuta è di 28, 30 e 24 anni rispettivamente per l'epatite A, B e C. Tra i soggetti tossicodipendenti segnalati per epatite A e B non risultano IDU, mentre tutti e 3 i casi di epatite C sono IDU.

Tabella 7.2.1 - Caratteristiche socio-demografiche dei casi di epatite acuta A, B e C in soggetti tossicodipendenti

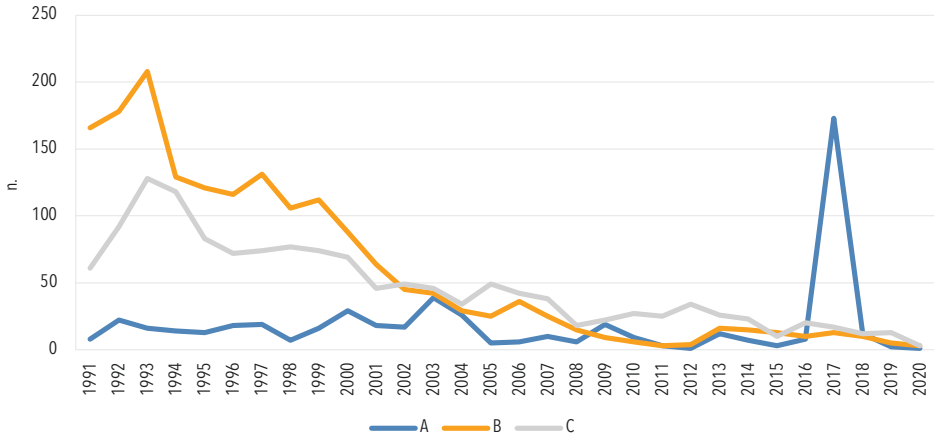
		Numero casi		
		Epatite A	Epatite B	Epatite C
Genere	Maschi	1	3	3
	Femmine	---	---	---
Classe di età	≤ 19 anni	---	---	---
	20-29 anni	1	---	2
	30-39 anni	---	2	---
	40-49 anni	---	1	1
	≥ 50 anni	---	---	---
Età mediana *(range)*		28 anni (---)	30 anni (30 - 45)	24 anni (24 - 41)
Cittadinanza	Italiani	1	2	3
	Altro	---	1	---
TOTALE		**1**	**3**	**3**

Fonte: Istituto Superiore di Sanità, SEIEVA - Anno 2020

L'analisi dei *trend* temporali, dal 1991 al 2020, evidenzia come nei primi anni di osservazione l'epatite acuta B sia stata la forma di epatite più frequentemente diagnosticata nei soggetti tossicodipendenti, con un *trend* in costante diminuzione, soprattutto nei primi 10 anni; dal 2002, i casi di epatite C risultano più numerosi dei casi di epatite B, plausibilmente grazie alla strategia vaccinale anti-epatite B adottata in Italia a partire dal 1991. Il numero di casi di epatite C, diminuito progressivamente fino al 2008, sembra poi aver rallentato l'andamento discendente.

Diverso invece il *trend* dei casi di epatite A tra i soggetti tossicodipendenti, il cui numero rimane pressoché costante nel corso degli anni, con frequenti picchi in corrispondenza di focolai epidemici (Figura 7.2.1). In particolare, tra metà 2016 e fine 2017 in Italia, come in altri paesi europei, si è verificata una consistente epidemia di epatite A che ha coinvolto la comunità omosessuale di genere maschile (MSM) e che in Italia ha colpito oltre 3.400 persone. L'epidemia ha comportato un importante aumento di casi anche tra soggetti tossicodipendenti: nel 2017 sono infatti stati osservati 173 casi, il numero assoluto annuo più alto registrato dal SEIEVA dall'inizio della sorveglianza.

Figura 7.2.1 - Numero di casi di epatite virale acuta (A, B, C) in soggetti tossicodipendenti per anno di insorgenza dei sintomi



Fonte: Istituto Superiore di Sanità, SEIEVA - Anno 2020

Dal momento che, negli anni, il numero di ASL partecipanti alla sorveglianza è aumentato e, con esso, anche la popolazione di riferimento, è importante sottolineare che i dati descritti tendono a sottostimare leggermente la diminuzione del rischio di infezione rispetto a un'analisi più corretta dell'incidenza di malattia. Non è però possibile calcolare le incidenze di malattia in questo specifico gruppo di popolazione, non potendosi avvalere di denominatori affidabili e di stime precise sul numero di tossicodipendenti per regione/ASL in Italia.

Nell'intero periodo in oggetto, si sono verificati 3 decessi fra i casi di epatite A in soggetti tossicodipendenti, 5 fra i casi di epatite B e nessuno fra i casi di epatite C; l'ultimo decesso risale al 2005. Per quanto riguarda in particolare l'epatite A, l'analisi ha evidenziato una letalità significativamente maggiore nei soggetti tossicodipendenti (0,6%) rispetto a chi non assume droghe (0,07%, p=0,009), mentre non sono state osservate differenze significative nella letalità per epatite B e C.

Considerare l'ultimo quinquennio permette un'analisi più approfondita della situazione corrente: nel periodo 2016-2020, al SEIEVA, sono stati segnalati 315 casi di epatite virale acuta in soggetti che riferivano consumo di droghe. La maggior parte dei casi (196, pari al 62%) era attribuibile al virus A, causa dell'epidemia in MSM del 2016-2017, già menzionata; nel 21% dei casi (67 segnalazioni) si è trattato di epatite C e nel 13% (42 casi) di epatite B. I 10 casi restanti sono 1 epatite E e 9 nonA-nonE o non noto. Le regioni che nel quinquennio hanno registrato il maggior numero di casi di epatite virale acuta in soggetti tossicodipendenti sono Lombardia, Toscana, Lazio e Veneto.

Tabella 7.2.2 - Numero nuovi casi di epatite virale acuta in soggetti tossicodipendenti segnalati nei quinquenni 2011-2015 e 2016-2020

	Epatite A				Epatite B				Epatite C			
	2011-2015		2016-2020		2011-2015		2016-2020		2011-2015		2016-2020	
	n.	%	n.	%	n.	%	n.	%	n.	%	n.	%
Piemonte	2	7,7	5	2,6	4	7,8	3	7,1	12	10,1	2	3,0
Valle d'Aosta	---	---	---	---	---	---	---	---	2	1,7	1	1,5
Lombardia	3	11,5	48	24,5	3	5,9	12	28,6	10	8,4	9	13,4
Liguria	---	---	5	2,6	---	---	1	2,4	2	1,7	2	3,0
PA Bolzano	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	1	1,5
PA Trento	---	---	1	0,5	---	---	---	---	3	2,5	1	1,5
Veneto	4	15,4	26	13,3	2	3,9	2	4,8	17	14,3	10	14,9
Friuli Venezia Giulia	---	---	6	3,1	---	---	---	---	4	3,4	5	7,5
Emilia Romagna	5	19,2	11	5,6	12	23,5	4	9,5	21	17,6	3	4,5
Toscana	3	11,5	24	12,2	13	25,5	8	19,0	21	17,6	21	31,3
Umbria	2	7,7	1	0,5	1	2,0	---	---	---	---	---	---
Marche	1	3,8	6	3,1	1	2,0	2	4,8	7	5,9	3	4,5
Lazio	---	---	33	16,8	13	25,5	6	14,3	12	10,1	5	7,5
Abruzzo	---	---	3	1,5	1	2,0	1	2,4	0	0,0	1	1,5
Molise	n.d		n.d		n.d		n.d		n.d		n.d	
Campania	---	---	4	2,0	---	---	---	---	3	2,5	1	1,5
Puglia	5	19,2	11	5,6	---	---	2	4,8	2	1,7	1	1,5
Basilicata	---	---	---	---	---	---	---	---	2	1,7	---	---
Calabria	---	---	1	0,5	---	---	---	---	---	---	1	1,5
Sicilia	1	3,8	7	3,6	---	---	1	2,4	---	---	---	---
Sardegna	---	---	4	2,0	1	2,0	---	---	1	0,8	---	---
TOTALE	**26**	**100,0**	**196**	**100,0**	**51**	**100,0**	**42**	**100,0**	**119**	**100,0**	**67**	**100,0**

Fonte: Istituto Superiore di Sanità, SEIEVA - Anni 2011-2020

La Tabella 7.2.3 mostra che i casi di epatite acuta tra i tossicodipendenti sono per la maggior parte rilevati in giovani adulti. L'età più elevata tra i casi di epatite B (mediana 39 anni) è plausibilmente da ricondursi alla vaccinazione, obbligatoria a partire dal 1991, per la quale sono protette contro l'epatite B, a oggi, 40 coorti di nascita. La maggior parte dei casi è riscontrato in soggetti tossicodipendenti di genere maschile; il rapporto di genere è meno sbilanciato tra i casi di epatite C, che annoverano il 30% di pazienti di genere femminile.

Tra i casi di epatite A la percentuale di stranieri (7,6%) è inferiore a quella presente nella popolazione generale, nella quale si stima un 8% di immigrati regolari e circa il 6% di irregolari. Tra i casi di epatite C e B, invece, la percentuale di stranieri risulta rispettivamente in linea e maggiore a quelle rilevate nella popolazione generale, corrispondente rispettivamente a 12% e 40%. Questi dati portano a concludere che i tossicodipendenti stranieri presenti in Italia, rispetto agli italiani, abbiano un rischio maggiore di contrarre l'epatite B; il motivo è da ricondurre all'avvio del programma vaccinale in Italia con precedenza rispetto agli altri Paesi, particolarmente quelli in via di sviluppo. La maggior parte dei casi di epatite in tossicodipendenti stranieri è stata rilevata in soggetti provenienti dall'Africa (7 casi di epatite B, 3 di C e 3 di A) o dall'Europa dell'Est (3 casi di epatite B, 3 di C e 2 di A).

La vaccinazione per epatite A e B in soggetti tossicodipendenti dovrebbe essere garantita nell'ambito del percorso assistenziale erogato dalle strutture sanitarie specifiche, quali i Servizi pubblici per le Dipendenze (SerD). Tuttavia continuano a essere notificati nuovi casi all'interno di questa popolazione: dai dati della sorveglianza dell'ultimo quinquennio risultano, infatti, seguiti dai SerD il 27% e 46% dei casi di tossicodipendenti con nuova diagnosi di epatite acuta rispettivamente di tipo A e B. Solo alcuni di questi servizi offrono infatti direttamente le vaccinazioni anti-epatite A e anti-epatite B; altri demandano tale compito ai servizi territoriali di vaccinazione, i quali però non effettuano offerta attiva, creando un'importante barriera all'accesso alla vaccinazione, soprattutto in questi gruppi di popolazione.

Tabella 7.2.3 - Caratteristiche socio-demografiche dei casi di epatite acuta A, B e C in soggetti tossicodipendenti segnalati nel quinquennio 2016-2020

		Epatite A		Epatite B		Epatite C		Epatiti totali	
		n.	%	n.	%	n.	%	n.	%
Genere	Maschi	178	91,3	40	95,2	47	70,2	265	87,2
	Femmine	17	8,7	2	4,8	20	29,8	39	18,8
Classe di età	≤19 anni	12	6,1	0	0,0	11	16,4	23	7,6
	20-29 anni	78	39,8	8	19,5	21	31,3	107	35,2
	30-39 anni	70	35,7	13	31,7	21	31,3	104	34,2
	40-49 anni	29	14,8	14	34,1	12	17,9	55	18,1
	≥ 50 anni	7	3,6	6	14,6	2	3,0	15	4,9
Età mediana *(range)*		30 anni (17-65)		39 anni (20-54)		30 anni (16-55)		32 anni (16-65)	
Nazionalità	Italiani	171	92,4	26	63,4	57	87,7	254	87,3
	Stranieri	14	7,6	15	39,6	8	12,3	37	12,7
TOTALE		**196**	**62,2**	**42**	**13,3**	**67**	**21,3**	**305**	**100,0**

Fonte: Istituto Superiore di Sanità, SEIEVA - Anni 2016-2020

La principale modalità di assunzione delle sostanze stupefacenti è quella inalatoria nei pazienti tossicodipendenti affetti da epatite A e B, mentre è quella endovenosa per i pazienti affetti da epatite C.

Tabella 7.2.4 - Distribuzione percentuale della principale modalità di assunzione delle sostanze stupefacenti tra i soggetti tossicodipendenti con diagnosi di epatite virale acuta segnalati nel quinquennio 2016-2020

	Distribuzione %			
	Epatite A	Epatite B	Epatite C	Epatiti totali
Endovenosa	12,3	18,9	45,6	20,3
Inalazione	62,1	62,2	22,8	53,9
Endovenosa/Inalazione	4,5	10,8	28,1	10,3
Altro	20,9	8,1	3,5	15,5

Fonte: Istituto Superiore di Sanità, SEIEVA - Anni 2016-2020

La Tabella 7.2.5 descrive ulteriori fattori di rischio, riportati dalla popolazione in esame, nel periodo di incubazione compatibile con la malattia.

Un'alta percentuale di soggetti tossicodipendenti riporta partner sessuali multipli, soprattutto tra i casi di epatite A e B. Tra i casi di epatite A il 68% degli uomini riporta rapporti sessuali con persone dello stesso genere, quota pari al 14% tra i casi di epatite B e al 11% tra quelli di C. Oltre un quarto dei casi di epatite C ha un convivente o partner sessuale con epatite cronica di tipo C.

Una percentuale rilevante di casi, soprattutto di epatite A (18%) e B (17%), riporta una coinfezione con il virus HIV.

Tabella 7.2.5 – Fattori di rischio aggiuntivi riportati dai soggetti tossicodipendenti con diagnosi di epatite virale acuta segnalati nel quinquennio 2016-2020

	Epatite A		Epatite B		Epatite C		
	n.	%	n.	%	n.	%	p
≥ 3 partner sessuali	78	50,0	6	25,0	8	19,5	<0,001
MSM (solo maschi)	98	68,5	3	13,6	3	10,7	<0,001
Tatuaggio	37	19,0	5	11,9	9	14,5	n.s.
Piercing	19	9,7	2	4,9	5	8,3	n.s.
Convivente HBsAg+	5	3,0	2	9,1	1	2,4	n.s.
Convivente HCV+	6	3,4	1	4,2	12	25,5	<0,001
Viaggio in zona endemica per Epatite A	6	3,2	0	0,0	0	0,0	n.s.
Positivo per HIV	24	17,9	4	16,7	4	8,9	n.s.

Fonte: Istituto Superiore di Sanità, SEIEVA - Anni 2016-2020

7.3 DIFFUSIONE DI PATOLOGIE SESSUALMENTE TRASMISSIBILI IN CONSUMATORI PER VIA INIETTIVA

Fonte: Istituto Superiore di Sanità - Dipartimento Malattie Infettive – Centro Operativo AIDS. I dati si riferiscono al 2019, ultima annualità disponibile

Le Infezioni Sessualmente Trasmesse (IST) costituiscono un vasto gruppo di malattie infettive molto diffuso a livello mondiale, che se non trattate correttamente, possono causare gravi complicanze, come sterilità, tumori, danni gravi al nascituro (in caso di donna in gravidanza) e possono aumentare il rischio di prendere o trasmettere l'HIV.

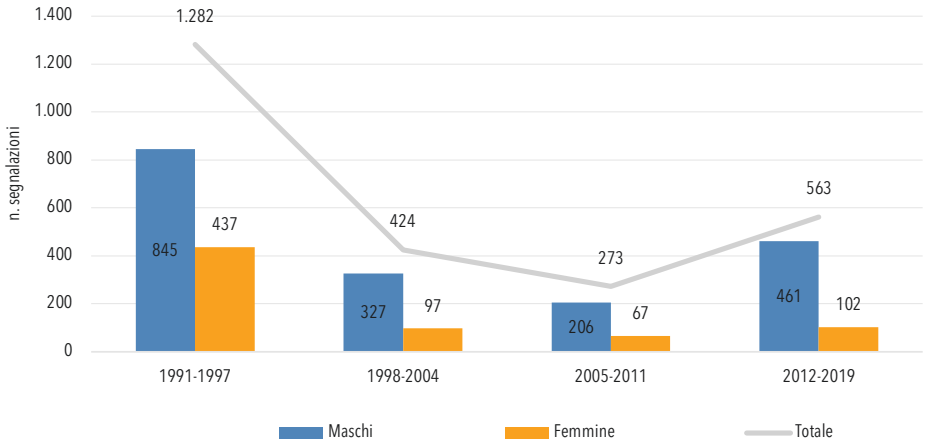
Dal 1991 è stato attivato in Italia un Sistema di Sorveglianza Sentinella basato su centri clinici che consente di disporre di dati omogenei e standardizzati sulla diffusione delle IST in Italia. Tale sorveglianza è regolamentata dal DPCM del 3 marzo 2017 ("Identificazione dei sistemi di sorveglianza e dei registri di mortalità, di tumori e di altre patologie" e relativo "Allegato A: i sistemi di sorveglianza e i registri di rilevanza nazionale e regionale").

Il Sistema, coordinato dal Centro Operativo AIDS (COA) dell'Istituto Superiore di Sanità (ISS), prevede la collaborazione di 12 centri clinici pubblici specializzati nella diagnosi e nella cura delle IST, dislocati sul territorio nazionale (Torino, Genova, Milano, due a Brescia, Trento, Gorizia, Bologna, Firenze, Roma, Bari, Cagliari). I centri segnalano le persone sintomatiche con una prima diagnosi di IST, confermata, ove previsto, da test di laboratorio e raccolgono informazioni socio-demografiche, comportamentali e cliniche, nonché offrono a tutte le persone il test HIV. Questo permette di misurare nel tempo la frequenza delle singole IST e di valutare i fattori di rischio associati all'acquisizione delle infezioni stesse.

Nel periodo tra il 1 gennaio 1991 e il 31 dicembre 2019, il Sistema di sorveglianza ha segnalato un totale di 2.870 nuovi casi in IDU, pari al 2,9% di tutti i casi di IST segnalati. Dal periodo 1991-1997 al periodo 2005-2011, i dati hanno messo in luce una riduzione dei casi di circa quattro volte e mezzo, per evidenziare un successivo aumento nel periodo 2012-2019.

Nel 2019 al Sistema di sorveglianza sono stati notificati 115 nuovi casi di IST in IDU, pari al 5,3% del totale dei casi di IST segnalati nell'anno (2018: 3,2%).

Figura 7.3.1 - Andamento totale e per genere delle segnalazioni di IDU con IST



Fonte: ISS - Sistema di Sorveglianza Sentinella delle IST basato su centri clinici - Anni 1991-2019

Durante il periodo 1991-2019, il 72% dei casi di IST in IDU è stato diagnosticato in uomini, l'età mediana dei soggetti segnalati è stata di 31 anni (M=32 anni; F=29 anni), la maggior parte (71%) ha frequentato la scuola dell'obbligo e il 24% ha concluso le scuole secondarie di II grado. L'8,4% degli IDU con IST era di nazionalità straniera, per la maggior parte proveniente da altri Paesi europei (46%) e dall'America (25%).

Tra gli IDU con IST, il 40% ha riferito di aver avuto nessuno o un solo partner sessuale nei sei mesi precedenti la diagnosi di IST e il 44% da due a cinque partner; il 42% ha riportato di non aver utilizzato alcun metodo contraccettivo e il 40% di avere usato il condom saltuariamente nei sei mesi precedenti la diagnosi di IST, il 45% ha riferito di aver avuto una IST pregressa.

In riferimento alle modalità di trasmissione, il 79% dei casi di IST in IDU è stato segnalato in soggetti eterosessuali e il 21% in maschi che fanno sesso con maschi (MSM). Le diagnosi di IST effettuate risultano essere: il 64% IST batterica, il 29% IST virale, il 5% IST parassitaria e circa il 2% di IST protozoaria.

Nel corso del 2019, l'84% dei casi di IST in IDU è stato diagnosticato in uomini, l'età mediana dei soggetti segnalati è stata di 32 anni (M=33 anni; F=28 anni), il 64% era di nazionalità italiana e il 42% ha conseguito un diploma di scuola secondaria di II grado. Il 61% degli IDU con IST ha riferito di aver avuto sei o più partner sessuali nei sei mesi precedenti la diagnosi di IST, il 55% ha utilizzato il condom saltuariamente nei sei mesi precedenti la diagnosi di IST e il 63% ha riferito di aver avuto una IST pregressa. Al 61% dei soggetti segnalati è stata diagnosticata una IST di tipo virale e al restante 39% di tipo batterico.

Tabella 7.3.1 - Caratteristiche socio-demografiche, comportamentali e cliniche degli IDU con IST

		1991-2019		2019	
		n.	%[a]	n.	%[a]
Genere	Maschi	2.067	72,0	97	84,3
	Femmine	803	28,0	18	15,7
Classe di età	15-24 anni	487	17,0	23	20,0
	25-34 anni	1.475	51,4	45	39,1
	35-44 anni	685	23,9	25	21,7
	45 e più anni	221	7,7	22	19,1
Nazionalità	Italiani	2.591	91,6	74	64,3
	Stranieri	237	8,4	41	35,7
Livello di istruzione	Nessuno	51	1,9	17	15,6
	Scuola obbligo	1.898	71,1	28	25,7
	Diploma	647	24,2	46	42,2
	Laurea	75	2,8	18	16,5
N. di partner sessuali nei 6 mesi precedenti la diagnosi di IST	0-1	1.130	40,5	15	13,3
	2-5	1.241	44,4	29	25,7
	≥ 6	422	15,1	69	61,1
Contraccettivi usati nei 6 mesi precedenti la diagnosi di IST	Nessuno	1.186	42,4	43	37,7
	Condom sempre	376	13,5	8	7,0
	Condom saltuario	1.122	40,2	63	55,3
	Pillola	86	3,1	0	0
	Altro	24	0,9	0	0
Precedenti IST	Sì	1.249	44,7	64	63,4
	No	1.543	55,3	37	36,6
Modalità di trasmissione	Eterosessuali	2.271	79,2	57	49,6
	MSM [b]	595	20,8	58	50,4
Tipo di IST in atto	Virale	841	29,3	70	60,9
	Batterica	1.849	64,4	45	39,1
	Parassitaria	133	4,6	0	0
	Protozoaria	47	1,6	0	0
TOTALE		**2.870**	**100,0**	**115**	**100,0**

a) Percentuali basate sul totale dei soggetti con le informazioni disponibili
b) MSM: maschi che fanno sesso con maschi

Fonte: ISS - Sistema di Sorveglianza Sentinella delle IST basato su centri clinici - Anni 1991-2019 e 2019

Nell'intero periodo 1991-2019, le patologie diagnosticate più frequentemente tra gli IDU sono state i condilomi ano-genitali, la sifilide latente e l'herpes genitale. Seguono la sifilide I-II, la pediculosi del pube e la cervicovaginite non gonococcica non clamidiale.

Tabella 7.3.2 - Distribuzione dei casi per tipo di IST diagnosticata in IDU

IST diagnosticate		1991-2019		2019	
		n.	%	n.	%
Virali	Condilomi ano-genitali	1.550	54,0	38	33,0
	Herpes genitale	191	6,7	4	3,5
	Mollusco contagioso	108	3,8	3	2,6
Batteriche	Cervicovaginiti NG-NC*	128	4,6	---	---
	Uretrite NG-NC*	112	3,9	---	---
	Sifilide primaria e secondaria (I-II)	133	4,6	11	9,6
	Sifilide latente	195	6,8	16	13,9
	Reinfezione sifilitica	21	0,7	5	4,3
	Cerviciti da *Neisseria gonorrhoeae*	10	0,3	3	2,6
	Uretriti da *Neisseria gonorrhoeae*	122	4,3	19	16,5
	Cerviciti da *Chlamydia trachomatis*	36	1,3	2	1,7
	Uretriti da *Chlamydia trachomatis*	75	2,6	13	11,3
	Uretriti da *Mycoplasma genitalium*	2	0,1	1	0,9
	Linfogranuloma venereo	4	0,1	---	---
	Malattia infiammatoria pelvica da clamidia o da gonococco	2	0,1	---	---
	Ulcera venerea	1	0,0	---	---
Protozoarie	Cervicovaginiti da *Trichomonas vaginalis*	47	1,6	---	---
Parassitarie	Pediculosi del pube	133	4,6	---	---
TOTALE		**2.870**	**100,0**	**115**	**100,0**

* NG-NC non gonococciche non clamidiali

Fonte: ISS - Sistema di Sorveglianza Sentinella delle IST basato su centri clinici - Anni 1991-2019 e 2019

Per quanto concerne le principali IST virali, tra gli IDU si è osservata una riduzione costante del numero di segnalazioni di condilomi ano-genitali tra il periodo 1991-1997 e il periodo 2005-2011, con una successiva stabilizzazione nell'ultimo periodo 2012-2019. Un andamento simile si è osservato anche per i casi di herpes genitale. I casi di mollusco contagioso sono diminuiti tra il periodo 1991-1997 e il periodo 2012-2019.

Relativamente alle IST batteriche, tra gli IDU l'andamento dei casi di sifilide I-II, di sifilide latente, di gonorrea e di infezione da *Chlamydia trachomatis* ha mostrato un aumento nell'ultimo periodo 2012-2019 rispetto al precedente.

Il numero dei casi di infezioni non gonococciche non clamidiali (NG-NC), è diminuito progressivamente, dal periodo 1991-1997 al periodo 2005-2011, per poi aumentare lievemente nel periodo 2012-2019.

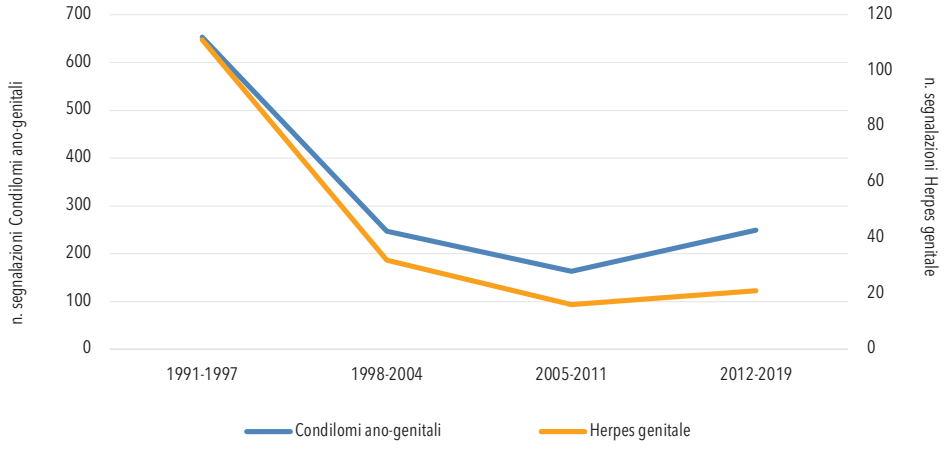
Per quanto riguarda le IST protozoarie, l'andamento delle infezioni da *Trichomonas vaginalis* in donne IDU ha mostrato una riduzione progressiva dal periodo 1991-1997 al periodo 2012-2019. Tra le IST parassitarie segnalate in IDU, i casi di pediculosi del pube hanno mostrato una evidente riduzione, dal periodo 1991-1997 al periodo 2012-2019.

Tabella 7.3.3 - Andamento delle segnalazioni delle principali IST in IDU

	IST diagnosticate	1991-1997	1998-2004	2005-2011	2012-2019
Virali	Condilomi ano-genitali	653	247	163	249
	Herpes genitale	111	32	16	21
	Mollusco contagioso	58	21	8	21
Batteriche	Sifilide I-II	31	23	27	42
	Sifilide latente	58	36	19	65
	Gonorrea	31	22	12	56
	Chlamydia trachomatis	43	4	2	56
	Infezioni NG-NC	154	31	12	20
Protozoarie	Cervicovaginiti da *Trichomonas vaginalis*	33	4	7	3
Parassitarie	Pediculosi del pube	108	14	2	7

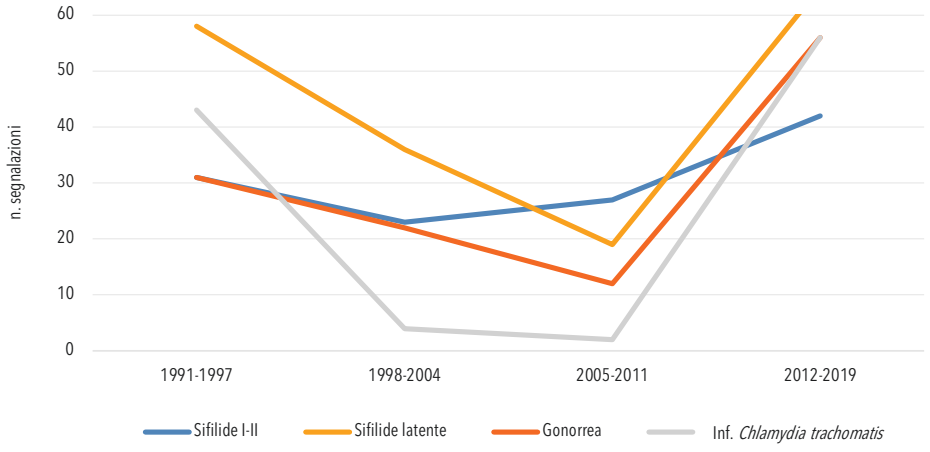
Fonte: ISS - Sistema di Sorveglianza Sentinella delle IST basato su centri clinici - Anni 1991-2019

Figura 7.3.2 - Andamento delle segnalazioni delle principali IST virali in IDU



Fonte: ISS - Sistema di Sorveglianza Sentinella delle IST basato su centri clinici - Anni 1991-2019

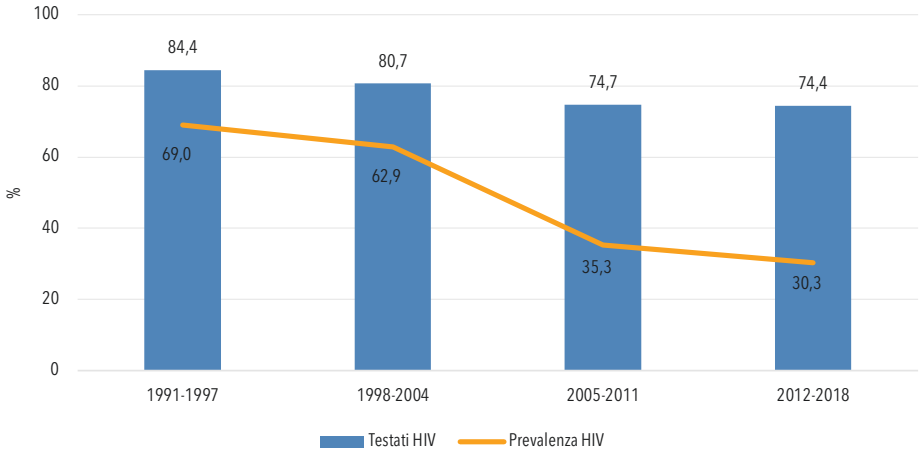
Figura 7.3.3 - Andamento delle segnalazioni delle principali IST batteriche in IDU



Fonte: ISS - Sistema di Sorveglianza Sentinella delle IST basato su centri clinici - Anni 1991-2019

Rispetto all'infezione da HIV, la percentuale di IDU con IST testati per HIV è diminuita passando dall'84% del periodo 1991-1997, al 74% nel 2012-2019, così come la prevalenza HIV tra gli IDU con IST che, negli stessi periodi, è passata dal 69% al 31%.

Figura 7.3.4 - Percentuale di IDU con IST testati per HIV e prevalenza HIV



Fonte: ISS - Sistema di Sorveglianza Sentinella delle IST basato su centri clinici - Anni 1991-2019 e 2019

Durante il periodo 1991-2019, dei 2.870 IDU con IST, l'80% (n. 2.308) ha effettuato il test anti-HIV al momento della diagnosi di IST e, di questi, il 55% (n. 1.264) è risultato positivo. Il 6% circa degli IDU con IST testati (n. 126) ha scoperto di essere sieropositivo al momento della diagnosi di IST.

Nel 2019, dei 115 casi di IDU con IST, il 76,% (n. 88) ha effettuato il test anti-HIV al momento della diagnosi di IST e di questi il 29% (n. 26) è risultato positivo. Il 3,4% degli IDU con IST testati (n. 3) ha scoperto di essere sieropositivo al momento della diagnosi di IST.

Dal 1991 al 2019, la prevalenza di HIV tra gli IDU con IST è risultata significativamente più elevata tra i soggetti con precedenti IST, tra i soggetti di età uguale o superiore ai 25 anni, tra gli MSM e tra gli italiani. Nel 2019, la prevalenza di HIV tra gli IDU con IST è risultata significativamente più elevata tra gli MSM e tra i soggetti con precedenti IST.

Tabella 7.3.4 - Prevalenza di HIV in diversi sottogruppi di IDU con IST

		1991-2019		2019	
		Testati HIV n.	Prevalenza HIV (%) [a]	Testati HIV n.	Prevalenza HIV (%) [a]
Genere	Maschi	1.664	54,6	78	33,3
	Femmine	644	55,1	10	0,0
Classe di età	15-24 anni	378	23,5	21	14,3
	25-34 anni	1.201	58,0	34	26,5
	35-44 anni	556	68,3	16	31,3
	≥45 anni	171	56,7	17	52,9
Nazionalità	Italiani	2.091	56,6	57	19,3
	Stranieri	185	35,7	31	48,4
N. di partner sessuali nei 6 mesi precedenti la diagnosi di IST	0-1	838	59,5	6	33,6
	2-5	1.041	49,2	22	9,1
	≥ 6	369	58,3	58	36,2
Precedenti IST	Sì	1.076	70,6	52	44,2
	No	1.168	41,4	26	3,8
Modalità di trasmissione	Eterosessuali	1.774	52,4	40	7,5
	MSM [b]	530	62,3	48	47,9
TOTALE		**2.308**	**54,8**	**88**	**29,5**

a) Percentuali basate sul totale dei soggetti con le informazioni disponibili
b) MSM: uomini che hanno rapporti sessuali con uomini

Fonte: ISS - Sistema di Sorveglianza Sentinella delle IST basato su centri clinici - Anni 1991-2019 e 2019

7.4 HIV E AIDS TRA I CONSUMATORI PER VIA INIETTIVA

Fonte: Istituto Superiore di Sanità - Dipartimento Malattie Infettive - Centro Operativo AIDS. I dati si riferiscono al 2019, ultima annualità disponibile

In Italia, i dati relativi ai casi di infezione da HIV e di AIDS sono gestiti da Sistemi di sorveglianza coordinati dal Centro Operativo AIDS - COA - dell'Istituto Superiore di Sanità (ISS).

Per quanto riguarda le nuove diagnosi di infezione da HIV, il Sistema di sorveglianza, che è stato istituito nel 2008, ha raggiunto la totale copertura nazionale nel 2012 grazie alla attivazione di sistemi di sorveglianza in ciascuna regione italiana. Come disposto dal Decreto Ministeriale, al Sistema di sorveglianza sono trasmessi i dati relativi alle nuove diagnosi di infezione da HIV a prescindere dalla presenza di sintomi AIDS-correlati che, una volta elaborati, vengono inviati al Ministero della Salute.

Relativamente alla raccolta dei dati dei casi di AIDS, iniziata nel 1982, è stata formalizzata nel 1984 in un Sistema di sorveglianza nazionale, il Registro Nazionale AIDS (RNAIDS), mediante il quale vengono registrati i casi di malattia diagnosticati. Dal 1986, con l'entrata in vigore del Decreto Ministeriale del 28 novembre 1986, la Sindrome da Immunodeficienza Acquisita (AIDS) è entrata a far parte delle malattie a notifica obbligatoria e dal 1987, il Sistema di sorveglianza viene coordinato dal COA il quale, in collaborazione con le regioni, ha il compito di raccogliere le segnalazioni, analizzare i dati e assicurare l'inoltro delle informazioni al Ministero della Salute. La distribuzione temporale dei casi di AIDS è condizionata dal ritardo di notifica, ovvero il tempo che intercorre tra la data della diagnosi e il momento in cui il COA riceve la notifica: ciò implica una sottostima transitoria del numero effettivo di nuovi casi particolarmente evidente nell'ultimo anno di diagnosi.

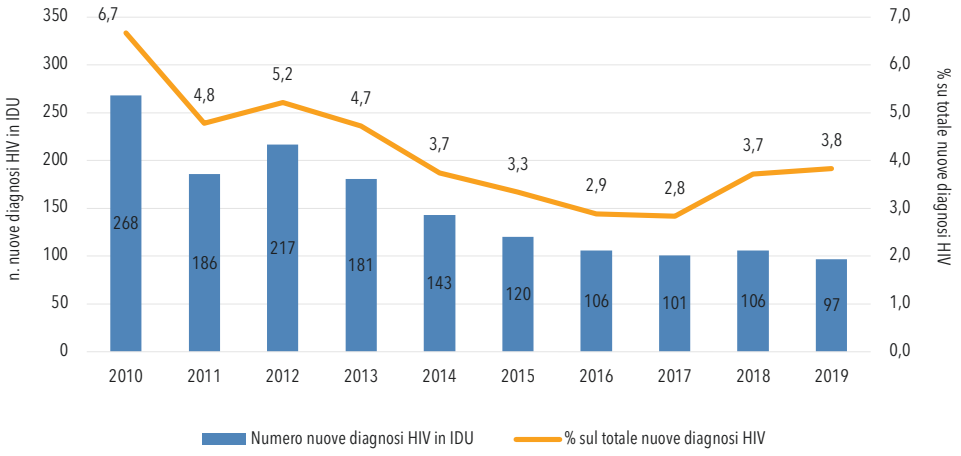
La segnalazione di decesso per AIDS al COA non è obbligatoria. Per questo motivo, a partire dal 2006 il COA, in collaborazione con l'Istituto Nazionale di Statistica (ISTAT) e il Centro di Riferimento Oncologico di Aviano (IRCCS), conduce annualmente un aggiornamento relativo allo stato in vita di tutte i soggetti inclusi nel RNAIDS. Inoltre, attraverso una procedura automatizzata e anonima di *record linkage*, sono stati incrociati i dati relativi alle persone con diagnosi di AIDS diagnosticata tra il 1999 e il 2017 con quelli del Registro di mortalità dell'ISTAT. I dati sulla mortalità per AIDS sono stati validati fino al 2017, ultimo anno disponibile nel database di mortalità ISTAT.

I dati raccolti sono sottoposti ad aggiornamenti continui, soggetti a modifiche, riallocazioni di casi grazie a verifiche puntuali e a integrazioni di informazioni mancanti o incongruenti inerenti agli anni precedenti. La revisione e l'aggiornamento dei dati potrebbero quindi determinare variazioni nelle tabelle riportate in seguito se confrontate con quelle presenti nelle precedenti Relazioni al Parlamento.

NUOVE DIAGNOSI DI INFEZIONE DA HIV

Nel corso del 2019 in Italia sono state notificate 2.531 nuove diagnosi di infezione da HIV (4,2 ogni 100.000 residenti, ponendosi lievemente al di sotto della media europea, pari a 4,7 casi per 100.000 residenti), il 3,8% delle quali (n. 97) si riferisce a consumatori di sostanze per via iniettiva (IDU), evidenziando un aumento del valore percentuale negli ultimi due anni rispetto a un *trend* in progressiva riduzione osservabile nel periodo 2010-2017.

Figura 7.4.1 - Distribuzione del numero di nuove diagnosi HIV in IDU e *trend* percentuale sul totale delle nuove diagnosi HIV notificate nell'anno



Fonte: Istituto Superiore di Sanità - Anni 2010-2019

La regione Lombardia ha riportato il maggior numero di segnalazioni per nuove diagnosi di HIV in IDU, anche in riferimento ai residenti, seguita da Campania e Lazio. La differenza tra il numero di casi residenti e segnalati, quindi dell'offerta assistenziale, sottolinea nel tempo un decremento del *gap* relativo alla mobilità interregionale.

Tabella 7.4.1 - Numero assoluto nuove diagnosi HIV in IDU per regione/PA di segnalazione e di residenza

	2010		2013		2016		2019	
	Segnalati	Residenti	Segnalati	Residenti	Segnalati	Residenti	Segnalati	Residenti
Piemonte	25	23	14	15	5	5	6	6
Valle d'Aosta	1	1	0	0	1	1	0	0
Lombardia	30	33	37	0	16	16	24	22
Liguria	6	6	3	35	0	0	2	2
Nord-occidentale	*62*	*63*	*54*	*50*	*22*	*22*	*32*	*30*
PA Bolzano	1	1	1	4	0	0	0	0
PA Trento	7	7	1	1	1	1	2	2
Veneto	10	12	4	1	13	13	6	6
Friuli Venezia Giulia	0	0	2	3	0	0	0	0
Emilia Romagna	16	17	19	15	11	11	8	8
Nord-orientale	*34*	*37*	*27*	*24*	*25*	*25*	*16*	*16*
Toscana	27	23	16	14	17	14	6	6
Umbria	1	2	1	2	3	3	2	2
Marche	4	4	2	4	5	5	3	1
Lazio	18	14	15	9	5	5	12	11
Centrale	*50*	*43*	*34*	*29*	*30*	*27*	*23*	*20*
Abruzzo	2	2	2	2	7	6	0	0
Molise	0	0	0	0	1	2	1	1
Campania	59	48	24	25	7	7	13	13
Puglia	10	11	6	6	2	2	3	4
Basilicata	1	1	0	2	0	0	0	0
Calabria	34	32	1	1	0	0	0	0
Meridionale	*106*	*94*	*33*	*36*	*17*	*17*	*17*	*18*
Sicilia	13	17	8	8	5	5	8	9
Sardegna*	---	1	6	5	4	4	1	2
Insulare	*13*	*18*	*14*	*13*	*9*	*9*	*9*	*11*
Residenza estera	0	1	0	2	0	1	0	0
Residenza non nota	0	9	0	8	0	2	0	2
TOTALE	**265**	**265**	**162**	**162**	**103**	**103**	**97**	**97**

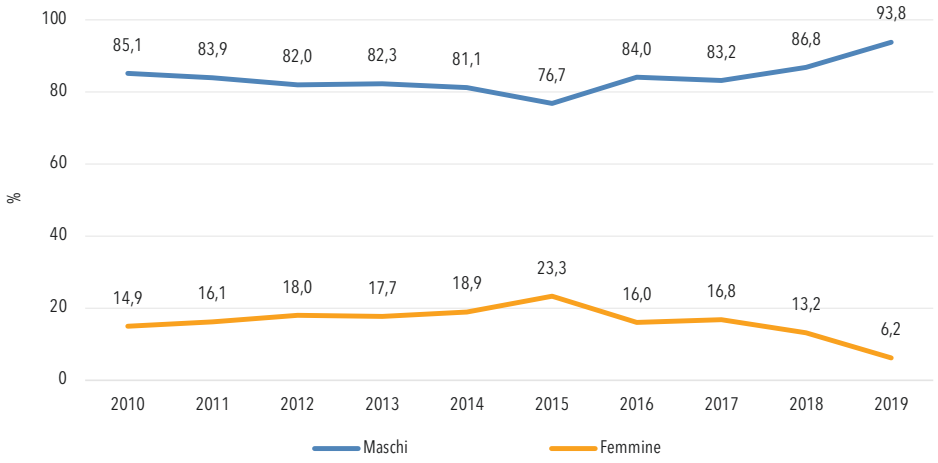
* 2012 anno di inizio rilevazione

Fonte: Istituto Superiore di Sanità - Anni 2010-2019

Il 12% dei 97 casi totali di IDU con nuova diagnosi di HIV (n. 20) è di nazionalità straniera, proveniente soprattutto da Paesi dell'Europa Orientale. Delle 635 nuove diagnosi di HIV diagnosticate in soggetti di nazionalità straniera, l'1,9% (n. 12) è riferito a soggetti IDU, quota che tra i casi di nazionalità italiana (n. 1.884) corrisponde al 4,5%.

Nel corso degli anni 2010-2015, tra le nuove diagnosi HIV in IDU la percentuale riferita alle donne è passata dal 15% al 23% per mostrare, a partire dal 2016, una progressiva riduzione e raggiungere nel 2019 un valore pari a 6,2%.

Figura 7.4.2 - Distribuzione percentuale delle diagnosi HIV in IDU per genere

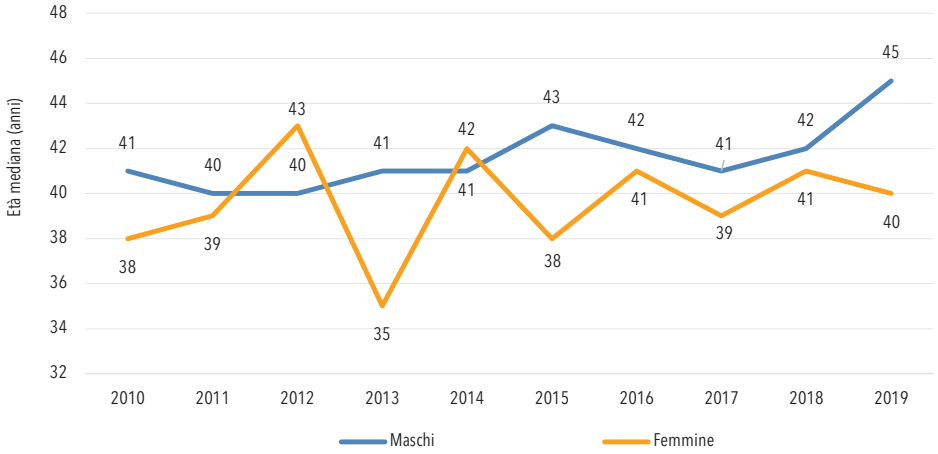


Fonte: Istituto Superiore di Sanità - Anni 2010-2019

Dal 2010 al 2019 si osservano ampie oscillazioni dell'età mediana tra le donne IDU, comprese tra un valore minimo e massimo pari rispettivamente a 35 anni (2013) e 43 anni (2012); per i maschi, invece, dal 2010 al 2018, l'età mediana alla diagnosi è rimasta costante intorno ai 41 anni, per raggiungere i 45 anni nel 2019. Nel complesso, l'età mediana di nuove diagnosi HIV tra gli IDU passa da 40 anni (fino al 2013) a 44 anni.

Tra gli IDU stranieri, l'età mediana alla prima diagnosi di infezione da HIV nel 2019 è di 45 anni, leggermente superiore rispetto ai 43 anni registrati tra gli IDU di nazionalità italiana.

Figura 7.4.3 - Età mediana per genere alla diagnosi di infezione HIV in IDU



Fonte: Istituto Superiore di Sanità - Anni 2010-2019

Le classi di età più rappresentate sono quelle dei 40-49 anni (36% dei casi totali) e dei 50-59 anni (28% dei casi totali) per le quali, nel corso degli anni, si osservano rispettivamente un decremento e un aumento.

Tabella 7.4.2 - Distribuzione percentuale delle diagnosi HIV in IDU per classi di età ed età mediana alla diagnosi

	Distribuzione percentuale (%)									
	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
15-19 anni	1,1	0,0	0,0	0,6	0,0	0,8	0,9	1,0	0,0	0,0
20-24 anni	3,0	2,7	5,1	1,7	0,7	2,5	1,9	3,0	3,8	3,1
25-29 anni	6,7	10,7	6,0	7,7	9,1	5,8	12,3	10,9	4,7	6,2
30-34 anni	16,9	18,3	12,5	19,3	13,3	12,5	13,2	8,9	16,0	10,3
35-39 anni	16,9	18,8	25,0	17,1	21,0	20,9	14,2	17,8	18,9	11,3
40-49 anni	43,4	40,9	39,8	42,6	35,6	38,4	35,8	34,6	34,0	36,1
50-59 anni	10,5	7,5	11,1	11,0	18,2	15,8	18,9	22,8	21,7	26,8
>59 anni	1,5	1,1	0,5	0,0	2,1	3,3	2,8	1,0	0,9	6,2
Età mediana (anni)	**41**	**39**	**40**	**40**	**41**	**41**	**41**	**41**	**42**	**44**

Fonte: Istituto Superiore di Sanità - Anni 2010-2019

Nel periodo 2010-2019, il 28% di tutte le nuove infezioni HIV segnalate in IDU ha eseguito il test a seguito di comportamenti a rischio non specificati, il 24% per sintomatologia HIV-correlata e il 20% su proposta dei Servizi per le Dipendenze.

Nel 2019, tra le maggiori motivazioni relative all'effettuazione del test tra i soggetti IDU emergono: sospetta patologia o presenza di sintomi HIV-correlati (25%), esperienza di comportamenti a rischio non specificati (22%), proposta da parte del carcere o della comunità (20%) e, infine, proposta da parte dei Servizi per le Dipendenze (16%). Inoltre, il 9% degli IDU ha effettuato il test per ricovero ospedaliero e/o accertamenti clinici per altra patologia e il 4% a seguito di controlli di routine.

Il Sistema di sorveglianza HIV si basa sulla notifica delle nuove diagnosi di infezione da HIV e non sulle infezioni recenti, includendo quindi persone infettate sia recentemente sia da lungo tempo come coloro che, alla diagnosi, riportano un numero di linfociti CD4 inferiore a 350. Alla prima infezione da HIV, dai dati relativi al numero di linfociti CD4 è possibile ricavare informazioni importanti circa il sistema immunitario e lo stadio clinico dell'infezione; un valore basso di CD4 nel sangue indica uno stato di immunodepressione e un avanzamento della malattia.

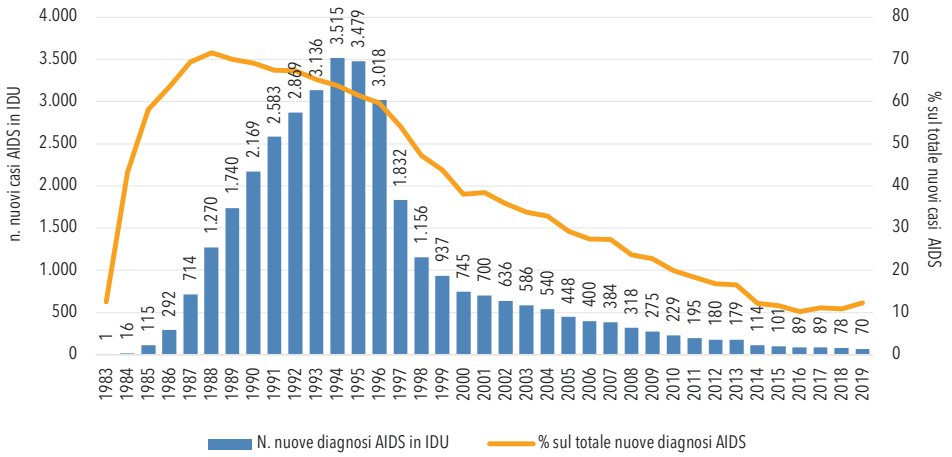
Nel 2019, il 44% degli IDU HIV positivi riporta alla prima di diagnosi un numero di linfociti CD4 inferiore a 200 cell/µL e per il 60%, invece, un numero di CD4 inferiore a 350 cell/µL.

NUOVE DIAGNOSI DI INFEZIONE DA AIDS

Per quanto riguarda le nuove diagnosi di AIDS, è possibile osservare nel tempo una diminuzione costante dell'incidenza della patologia. Dal 1982 al 2019, il Sistema di sorveglianza ha segnalato un totale di 71.204 nuove diagnosi di AIDS, 35.267 (50%) delle quali riguardano soggetti IDU.

Nel 2019, al Sistema di sorveglianza sono pervenute 571 nuove diagnosi di AIDS (con un'incidenza pari a 0,9 nuovi casi per 100.000 residenti), 70 delle quali riferite a soggetti IDU, pari al 12% delle diagnosi totali (contro il 70% circa degli anni 1987-1990).

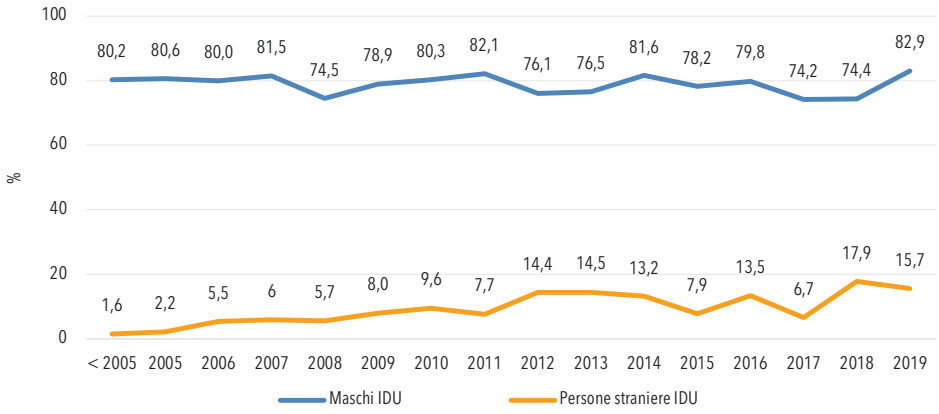
Figura 7.4.4 - Distribuzione assoluta delle nuove diagnosi AIDS in IDU e percentuale sul totale delle nuove diagnosi AIDS notificate nell'anno



Fonte: Istituto Superiore di Sanità - Anni 1983-2019

Dei 70 casi IDU segnalati nel 2019, l'83% si riferisce a maschi e il 16% a soggetti di nazionalità straniera. Dal 2011 al 2018 si osserva una diminuzione della percentuale dei casi di AIDS in IDU maschi con un lieve aumento nell'ultimo anno; l'andamento della percentuale dei casi stranieri risulta invece crescente fino al 2014, seguito da ampie oscillazioni.

Figura 7.4.5 - Distribuzione percentuale per genere maschile e nazionalità straniera delle nuove diagnosi di AIDS in IDU



Fonte: Istituto Superiore di Sanità - Anni prima del 2005-2019

Tabella 7.4.3 - Numero assoluto di nuove diagnosi AIDS in IDU secondo le regioni/PA di residenza per anno di diagnosi

	<2000	2000-2002	2003-2005	2006-2008	2009-2011	2012-2014	2015-2017	2018	2019	Totale	
										n.	%
Piemonte	1.850	143	96	71	60	26	21	5	3	2.275	6,5
Valle d'Aosta	32	2	2	0	2	0	0	0	0	38	0,1
Lombardia	9.210	649	523	272	173	137	78	19	24	11.085	31,4
Liguria	1.738	114	86	71	52	26	23	8	6	2.124	6,0
Nord-occidentale	*12.830*	*908*	*707*	*414*	*287*	*189*	*122*	*32*	*33*	*15.522*	*44,0*
PA Bolzano	96	12	7	13	6	0	0	1	0	135	0,4
PA Trento	173	7	6	8	0	1	0	0	0	195	0,6
Veneto	1.672	75	49	47	26	21	12	4	2	1.908	5,4
Friuli Venezia Giulia	183	7	13	5	3	1	1	0	0	213	0,6
Emilia Romagna	2.828	191	138	123	60	40	29	5	9	3.423	9,7
Nord-orientale	*4.952*	*292*	*213*	*196*	*95*	*63*	*42*	*10*	*11*	*5.874*	*16,7*
Toscana	1.495	94	68	69	47	18	27	3	6	1.827	5,2
Umbria	191	20	9	9	2	5	2	0	0	238	0,7
Marche	412	36	23	17	9	11	3	1	0	512	1,5
Lazio	3.471	263	215	153	86	68	33	16	9	4.314	12,2
Centrale	*5.569*	*413*	*315*	*248*	*144*	*102*	*65*	*20*	*15*	*6.891*	*19,5*
Abruzzo	173	13	16	10	5	8	3	1	0	229	0,6
Molise	19	1	2	0	0	3	2	0	0	27	0,1
Campania	1.004	104	72	58	59	37	16	3	0	1.353	3,8
Puglia	1.245	114	87	42	25	23	4	1	2	1.543	4,4
Basilicata	84	6	8	4	4	1	3	1	0	111	0,3
Calabria	288	23	18	8	13	1	0	0	1	352	1,0
Meridionale	*2.813*	*261*	*203*	*122*	*106*	*73*	*28*	*6*	*3*	*3.615*	*10,3*
Sicilia	1.156	86	56	39	24	19	11	2	3	1.396	4,0
Sardegna	1.147	81	54	44	25	12	5	2	2	1.372	3,9
Insulare	*2.303*	*167*	*110*	*83*	*49*	*31*	*16*	*4*	*5*	*2.768*	*7,8*
Estero	74	8	9	10	5	2	1	1	2	112	0,3
Non noto	340	55	24	29	13	13	5	5	1	485	1,4
TOTALE	**28.881**	**2.104**	**1.581**	**1.102**	**699**	**473**	**279**	**78**	**70**	**35.267**	**100,0**

Fonte: Istituto Superiore di Sanità - Anni prima del 2000-2019

Nel 2019, il 27% dei nuovi casi di AIDS in IDU si riferisce a soggetti di età compresa tra i 40-49 anni e il 50% tra i 50 e i 59 anni: nel tempo le diagnosi riferite a questa ultima classe di età risultano in progressivo aumento, passando dallo 0,6% degli anni prima del 2005 a circa il 50% nell'ultimo biennio

Tabella 7.4.4 - Distribuzione percentuale delle diagnosi AIDS in IDU per classi di età

	Distribuzione percentuale (%)							
	< 2005	2007	2009	2011	2013	2015	2017	2019
15-19 anni	0,1	0,0	0,4	0,0	0,6	0,0	0,0	0,0
20-24 anni	5,0	1,0	0,4	0,5	1,7	0,0	0,0	0,0
25-29 anni	25,1	3,4	2,5	2,1	3,9	1,0	2,2	2,9
30-34 anni	36,1	6,5	7,6	5,1	3,9	6,9	4,5	2,9
35-39 anni	22,4	17,2	15,3	13,8	11,7	9,9	5,6	11,4
40-49 anni	10,6	62,2	59,6	57,4	49,2	41,6	36,0	27,1
50-59 anni	0,6	9,1	13,5	19,5	29,1	35,6	47,2	50,0
>59 anni	0,0	0,5	0,7	1,5	0,0	5,0	4,5	5,7
Età mediana (anni)	**32**	**42**	**43**	**45**	**46**	**48**	**50**	**51**

Fonte: Istituto Superiore di Sanità - Anni prima del 2005-2019

Per quanto riguarda le patologie indicative di AIDS tra gli IDU (per un massimo di 6 patologie), facenti riferimento esclusivamente ai quadri clinici osservati nei primi 6 mesi dalla diagnosi e non a tutte le patologie diagnosticate nel corso della malattia, per il 21% hanno riguardato le infezioni fungine (candidosi polmonare ed esofagea, criptococcosi extrapolmonare, coccidioidomicosi disseminata, istoplasmosi disseminata), per il 18% le infezioni parassitarie (criptosporidiosi intestinale cronica, isosporidiosi intestinale cronica, polmonite da *Pneumocystis carinii* e toxoplasmosi cerebrale) e per il 12% le infezioni virali (malattia sistemica da Cytomegalovirus inclusa retinite, infezione grave da Herpes simplex, leucoencefalopatia multifocale progressiva e polmonite interstiziale linfoide).

Inoltre, l'11% delle patologie indicative di AIDS sono state attribuite a infezioni batteriche (micobatteriosi disseminata o extrapolmonare, sepsi da salmonella ricorrente, tubercolosi polmonare e infezioni batteriche ricorrenti) e il 10% a patologie tumorali (linfomi Burkitt, immunoblastico e cerebrale, sarcoma di Kaposi e carcinoma cervicale invasivo).

Tabella 7.4.5 - Distribuzione percentuale dei gruppi di patologie indicative di AIDS in soggetti IDU

	Distribuzione percentuale (%)							
	< 2005	2007	2009	2011	2013	2015	2017	2019
Tumori	5,3	9,5	9,4	8,8	6,8	12,7	8,3	10,1
Infezioni batteriche	9,9	11,4	7,2	8,8	13,6	8,7	2,8	11,2
Infezioni parassitarie	29,2	19,8	25,1	24,7	25,3	27,0	29,4	18,0
Infezioni virali	7,8	7,7	10,0	10,9	8,1	9,5	13,8	12,4
Infezioni fungine	28,9	24,5	25,4	20,5	19,9	13,5	15,6	21,3
Altro	18,9	27,0	22,9	26,4	26,2	28,6	30,3	27,0

Fonte: Istituto Superiore di Sanità - Anni prima del 2005-2019

Nel corso del 2019, le principali patologie indicative di AIDS tra gli IDU sono state la candidosi (polmonare ed esofagea) e la polmonite da *Pneumocystis carinii,* in percentuali rispettivamente pari al 20% e al 16%. Nell'ultimo anno si osserva un aumento della percentuale di diagnosi riferite ai linfomi e alla tubercolosi polmonare, che dal 3% passano rispettivamente al 10% e al 7%.

Tabella 7.4.6 - Distribuzione percentuale delle patologie indicative di AIDS più frequenti in IDU

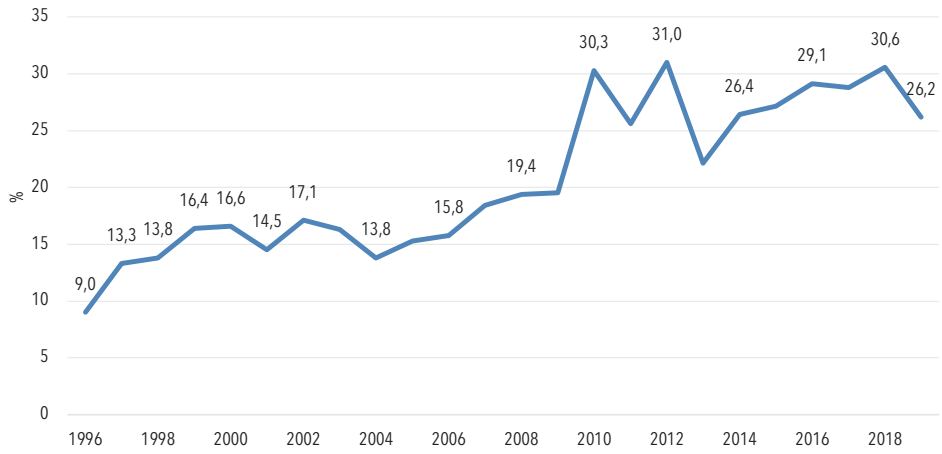
	Distribuzione percentuale (%)							
	< 2005	2007	2009	2011	2013	2015	2017	2019
Candidosi (polmonare ed esofagea)	25,6	22,3	21,6	19,7	17,2	11,1	11,9	20,2
Polmonite da *Pneumocystis Carinii*	19,1	15,9	18,2	18,4	19,5	22,2	21,1	15,7
Toxoplasmosi cerebrale	8,4	3,6	6,3	5,9	4,1	4,8	6,4	2,2
Micobatteriosi	6,5	5,9	4,4	4,2	7,2	4,8	0,9	4,5
Altre infezioni opportunistiche**	13,6	10,7	14,4	12,1	13,1	11,9	20,2	13,5
Sarcoma di Kaposi	2,0	1,8	1,9	2,5	2,3	3,2	0,9	0,0
Linfomi	2,9	7,3	7,5	5,9	3,6	8,7	7,3	10,1
Encefalopatia da HIV	8,0	9,5	9,4	9,6	9,5	7,1	8,3	10,1
Wasting syndrome	8,2	11,6	9,7	13,8	14,9	18,3	16,5	13,5
Carcinoma cervice uterina	0,4	0,5	0,0	0,4	0,9	0,8	0,0	0,0
Polmonite ricorrente	2,7	5,9	3,8	2,9	1,8	3,2	5,5	3,4
Tubercolosi polmonare	2,6	5,0	2,8	4,6	5,9	4,0	0,9	6,7

** Include: criptococcosi, criptosporidiosi, infezione da Cytomegalovirus, infezione da Herpes simplex, isosporidiosi, leucoencefalopatia multifocale progressiva, salmonellosi, coccidioidomicosi, istoplasmosi

Fonte: Istituto Superiore di Sanità - Anni prima del 2005-2019

Per il 26% dei nuovi casi di AIDS in IDU la diagnosi di AIDS è avvenuta a 6 mesi o meno dal primo test HIV positivo, indicativo della diagnosi di sieropositività, mettendo in evidenza che molti soggetti IDU raggiungono uno stadio di AIDS manifesto senza essere a conoscenza della propria sieropositività. In relazione alla quota di diagnosi tardive si osserva un aumento costante passando dal 9% del 1996 al 31% degli anni 2012 e 2018.

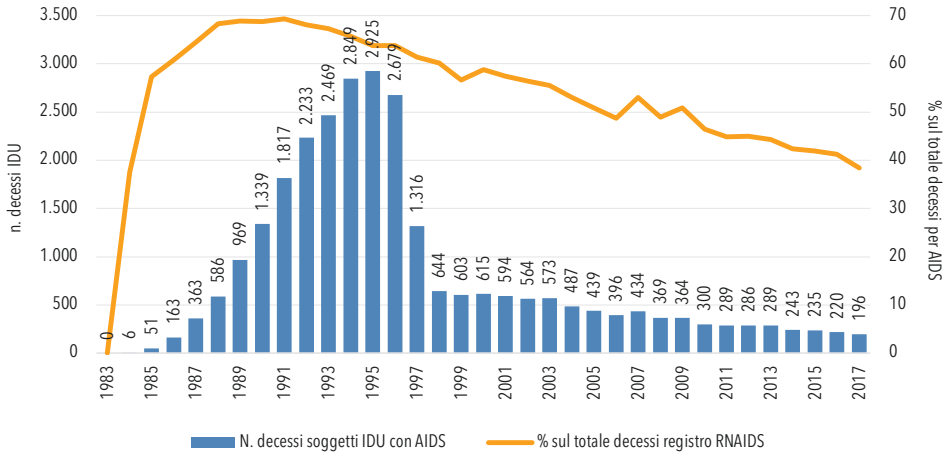
Figura 7.4.6 - Distribuzione percentuale dei casi di AIDS in IDU diagnosticati fino a 6 mesi prima dal 1° test HIV positivo



Fonte: Istituto Superiore di Sanità - Anni 1996-2019

Nel 2017 sono stati registrati 511 decessi per AIDS (casi inseriti in RNAIDS), 196 dei quali (38% del totale) riferiti a soggetti IDU, mostrando un andamento percentuale in costante diminuzione dal 1991, anno durante il quale è stato raggiunto il valore massimo, pari al 69%.

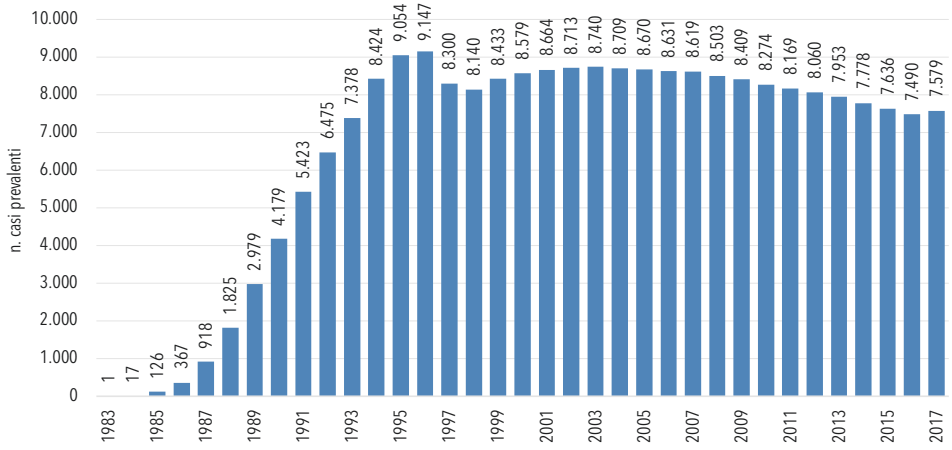
Figura 7.4.7 - Numero di decessi di IDU inclusi in RNAIDS e percentuale sul totale dei decessi per AIDS avvenuti nell'anno



Fonte: Istituto Superiore di Sanità - Anni 1983-2017

Nel 2017 sono stati registrati 7.579 casi prevalenti di AIDS in IDU (casi diagnosticati negli anni precedenti e vivi, sommati a quelli dell'anno in esame).

Figura 7.4.8 - Numero assoluto di casi prevalenti di AIDS in soggetti IDU per anno



Fonte: Istituto Superiore di Sanità - Anni 1983-2017

PAGINA BIANCA

CAPITOLO 8

VIOLAZIONI DEL CODICE STRADALE, RICOVERI OSPEDALIERI E MORTALITÀ DROGA-CORRELATA

8.1 VIOLAZIONI E INCIDENTI STRADALI DROGA-CORRELATI

Fonte: ISTAT - Direzione Centrale per le statistiche sociali e il welfare- Servizio Sistema integrato salute, assistenza e previdenza. I dati si riferiscono al 2019, ultima annualità disponibile

L'Istat, in collaborazione con l'Automobile Club d'Italia (ACI) e le Regioni aderenti al relativo Protocollo di intesa, conduce la rilevazione degli incidenti stradali occorsi su base annuale. Tale rilevazione raccoglie anche l'informazione sulla circostanza presunta di incidente, limitatamente ai conducenti dei primi due veicoli coinvolti, che rappresentano circa il 90% dei casi totali.

Gli incidenti stradali sono categorizzati in tre diversi gruppi in relazione alle circostanze di occorrenza: inconvenienti di circolazione, difetti o avarie dei veicoli e condizioni legate allo stato psico-fisico del conducente o del pedone. Queste ultime comprendono lo stato di ebbrezza alcolica e l'assunzione di sostanze stupefacenti o psicotrope.

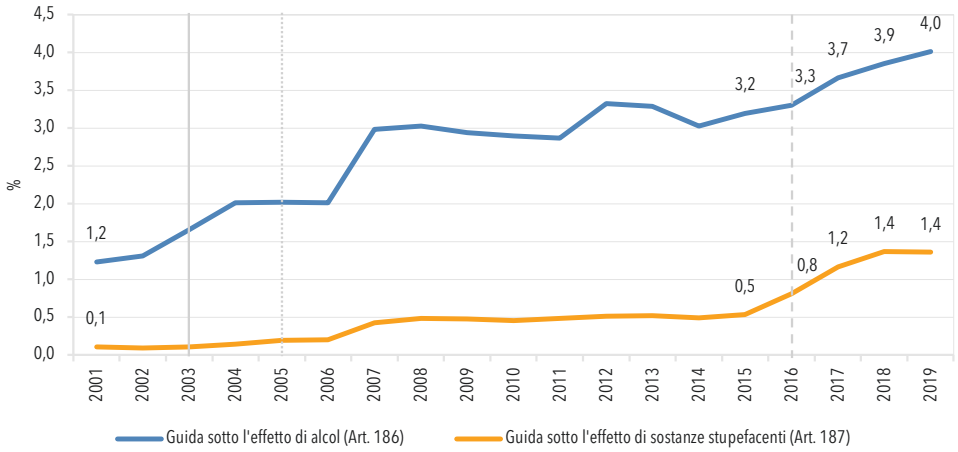
Tuttavia, seppure le informazioni sulle circostanze di incidente stradale rappresentino un bacino di dati ricco e prezioso, occorre segnalare che la comunicazione delle informazioni per le cause legate allo stato psicofisico alterato dei conducenti non avviene sempre, per cause di forza maggiore, in maniera tempestiva e completa da parte delle Forze dell'Ordine all'Istat. Per tale motivo il numero di incidenti legati allo stato di alterazione psicofisica comunicati dagli Organi di rilevazione appare spesso sottostimato. A seguito di tali verifiche nel 2010 l'Istat ha scelto, in maniera cautelativa, di sospendere la diffusione dei dati puntuali su tali circostanze. Da segnalare, inoltre, che il Codice della Strada (D.L 285/1992) prevede la possibilità di rifiuto, da parte dei conducenti coinvolti, di sottoporsi agli accertamenti e, in questo caso, salvo che il fatto costituisca più grave reato, vengono applicate le sanzioni di cui al comma 2 dell'art.186 e comma 2 bis e 3 dell'art. 187 del Codice della Strada (CdS), ma non viene inviata all'Istat l'informazione sulla sanzione.

Lo stato di ebbrezza o l'abuso di stupefacenti può, infine, non essere rilevato nel caso di incidenti a veicolo isolato nei quali il conducente sia deceduto, poiché non sempre disposto il riscontro autoptico sulle vittime. Per fornire elementi di valutazione alternativi sono state considerate anche altre fonti ufficiali di dati ed esaminati i contenuti e le potenzialità informative. In particolare, sono state analizzate le informazioni sulle violazioni al CdS fornite dalle Forze di Polizia di Stato, da quelle Locali e dai Carabinieri.

Nel corso del 2019 le circostanze alla base degli incidenti stradali con lesioni a persone, presunte o accertate dagli organi di rilevazione, sono state 223.400, in numero sostanzialmente invariato rispetto all'anno precedente, per il 38% legate alla guida distratta, al mancato rispetto delle regole di precedenza o dei semafori e alla velocità troppo elevata (rispettivamente 15%, 14% e 9,3% delle cause totali).

L'analisi temporale delle sole circostanze di incidente stradale legate allo stato psico-fisico alterato dei conducenti coinvolti, evidenzia un aumento dei casi per la guida sotto l'effetto di droghe ogni 100 incidenti stradali, che passano da 0,1% del 2001 a 1,4% del 2019, mentre passano da 1,2% a 4,0% quelli legati alla guida in stato di ebbrezza alcolica.

Figura 8.1.1 – Percentuale di incidenti stradali[a] per guida sotto effetto di alcol o di sostanze stupefacenti sul totale degli incidenti con soli due veicoli coinvolti[b] per anno



(a) Sono incluse tutte le circostanze per stato psico-fisico alterato registrate per i primi due veicoli coinvolti. Per ogni veicolo possono essere indicate fino a tre tipologie di circostanze.

(b) Sono stati considerati i soli incidenti stradali che coinvolgono uno o due veicoli poiché note solo le circostanze per i primi due veicoli.

___ Introduzione della patente a punti

..... Introduzione del Tutor sulle autostrade a partire dal 23 dicembre 2005

_ _ _ Legge sull'omicidio stradale - Legge 41 del 23 marzo 2016

Fonte: Istat, Rilevazione degli incidenti stradali con lesioni a persone – Anni 2001-2019

Questi dati possono essere analizzati in relazione all'entrata in vigore di nuove normative e strumenti sulla circolazione stradale, nonché all'effetto prodotto dalla sensibilizzazione rivolta agli organi rilevatori per una più corretta compilazione e per l'abbandono graduale della modalità cartacea, con la conseguente adozione di strumenti informatizzati. A ogni modo, per le circostanze droga-correlate si tratta di numeri contenuti e quindi più sensibili alle oscillazioni.

LE CONTRAVVENZIONI ELEVATE DALLE FORZE DELL'ORDINE

Per completezza di informazione sulle cause di incidente, anche per il 2019 sono state rese disponibili le informazioni sulle violazioni agli articoli del CdS contestate da Polizia Stradale e Arma dei Carabinieri, oltre a quelle rilevate dall'Automobile Club d'Italia presso Comandi di Polizia municipale o locale dei Comuni capoluogo di provincia. Di particolare interesse per lo studio dell'incidentalità stradale sono le infrazioni al Titolo V del CdS sulle norme di comportamento.

La valutazione effettuata sul totale delle contravvenzioni[2] elevate da Polizia Stradale, Arma dei Carabinieri e Polizie Locali dei Comuni capoluogo di provincia[3], mostra che nel 2019 le sanzioni per comportamenti scorretti alla guida sono aumentate del 6,7%.

La velocità rimane il comportamento scorretto più frequentemente sanzionato, sia dentro sia fuori i centri abitati, anche grazie all'uso di strumentazione automatica messa in campo, come autovelox e *Tutor* o *Vergilius*.

Da diversi anni la Polizia Stradale ha intensificato l'attività di controllo sul trasporto delle merci, soprattutto in alcuni periodi dell'anno, con apposite Campagne coordinate dalla Rete delle Polizie di 27 Paesi in Europa[4]. Tale attività ha dato i suoi frutti in termini sia sanzionatori sia educativi.

Aumentano le sanzioni per guida in stato di ebbrezza alcolica (Artt. 186 e 186 bis) e diminuiscono quelle per guida sotto l'influenza di sostanze stupefacenti (Art. 187). Nel 2019, Polizia Stradale, Carabinieri e Polizie Locali dei Comuni capoluogo hanno contestato 42.485 infrazioni per guida in stato di ebbrezza (+8,4% rispetto al 2018) e 5.340 violazioni per guida sotto effetto di stupefacenti (-1,2%). Per quanto riguarda le Polizie Municipali, nel 38% dei casi il conducente multato per stato psicofisico alterato era coinvolto in incidente stradale.

Tabella 8.1.1 – Contravvenzioni elevate (n°) dalle Forze dell'Ordine per violazione degli Art. 186 e 187 del Codice della Strada

		N. contravvenzioni		
		2017	2018	2019
Violazione Art. 186 – Guida in stato di ebbrezza alcolica [1]	Polizia Stradale [a]	20.710	20.249	19.904
	Carabinieri [b]	15.825	14.399	16.961
	Polizie Locali [c]	4.941	4.560	5.620
	Totale	**41.476**	**39.208**	**42.485**
Violazione Art. 187 – Guida sotto effetto di sostanze stupefacenti [1]	Polizia Stradale [a]	1.892	1.837	1.804
	Carabinieri [b]	2.544	2.688	2.699
	Polizie Locali [c]	853	879	837
	Totale	**5.289**	**5.404**	**5.340**
Totale violazioni Titolo V CdS – Norme di comportamento *(% violazioni Art. 186 e 187)*	Polizia Stradale [a]	1.671.841 *(1,4%)*	1.241.606 *(1,8%)*	1.445.875 *(1,5%)*
	Carabinieri [b]	439.443 *(4,2%)*	432.951 *(3,9%)*	497.546 *(4,0%)*
	Polizie Locali [c]	6.006.681 *(0,1%)*	6.089.848 *(0,1%)*	6.340.120 *(0,1%)*
	TOTALE	**8.117.965** ***(0,6%)***	**7.764.405** ***(0,6%)***	**8.283.541** ***(0,6%)***

a: Ministero dell'Interno - Servizio di Polizia Stradale

b: Comando generale Arma dei Carabinieri - Statistiche operative – Registro cronologico violazioni contestate

c: Rilevazione ACI presso i Comandi di Polizia municipale o locale dei SOLI Comuni capoluogo di provincia

Fonte: Elaborazioni ISTAT su dati Ministero dell'Interno, Arma dei Carabinieri, Rilevazione ACI - Anni 2017- 2019

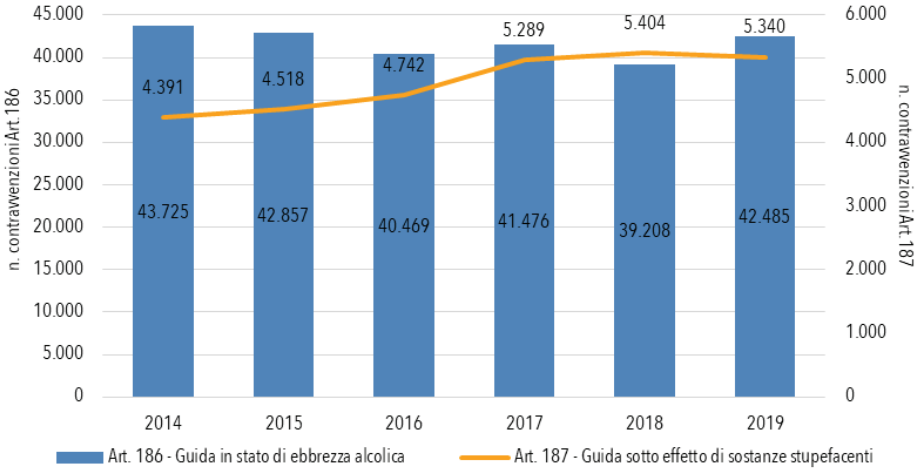
[2] Al netto del mancato possesso di documenti validi per la circolazione e della disciplina di fermata e sosta, che può comunque costituire intralcio alla circolazione e causare incidenti.

[3] Rilevazione ACI presso i Comandi di Polizia locale dei Comuni capoluogo di provincia, informazioni da Archivio Polizia di Stato (https://www.poliziadistato.it/pds/stradale/archivio/), dati forniti a Istat dal Servizio di Polizia Stradale e dall'Arma dei Carabinieri

[4] Sito ufficiale: https://www.roadpol.eu/

Dal 2014[5] al 2019 il numero di conducenti sanzionati per violazione dell'Art. 187 del CdS, guida sotto effetto di sostanze stupefacenti, mostra un netto aumento (+22%), mentre sono lievemente diminuite le sanzioni per guida in stato di ebbrezza alcolica (Artt. 186 e 186 bis) (-2,8%); nel complesso la quota di contravvenzioni per guida in stato di alterazione psicofisica rimane invariata, pari allo 0,6% del totale delle sanzioni emesse per violazione delle norme di comportamento (Titolo V – CdS).

Figura 8.1.2 – Numero di contravvenzioni elevate dalle Forze dell'Ordine per violazione Art. 186 e 187 del Codice della Strada



Fonte: Elaborazioni ISTAT su dati Ministero dell'Interno, Arma dei Carabinieri, Rilevazione ACI – Anni 2014-2019

Dai dati della Polizia Stradale, che forniscono il dettaglio per classe di età e fascia oraria, emerge che a essere sanzionati per guida in stato di ebbrezza o sotto effetto di stupefacenti, nel 2019, sono in larga percentuale i giovani conducenti: tra i 18 e i 32 anni è concentrato infatti, rispettivamente, il 45% e il 50% delle contravvenzioni per Art. 186 e Art. 187. Il 77% delle sanzioni per guida in stato di ebbrezza e il 48% sotto effetto di stupefacenti è stato elevato nella fascia oraria notturna, tra le 22 e le 6 del mattino.

[5] Il 2014 è il primo anno per il quale ISTAT ha pubblicato le contravvenzioni per Polizia Stradale, Arma dei Carabinieri e Polizie Locale o municipali

Tabella 8.1.2 – Distribuzione percentuale delle contravvenzioni elevate dalla Polizia Stradale per violazione Art. 186 e 187 CdS

		Distribuzione percentuale (%)	
		Art. 186 – Guida in stato di ebbrezza alcolica	Art. 187 – Guida sotto effetto di sostanze stupefacenti
Classe di età del conducente	≤ 17 anni	0,2	0,8
	18-24 anni	19,0	22,9
	25-32 anni	26,4	26,9
	≥ 33 anni	54,4	49,2
	Età imprecisata	0	0,2
Fascia oraria	22.00-06.00	77,5	48,0
	07.00-14.00	15,4	27,9
	15.00-21.00	7,2	24,1
Tipo veicolo	Autovetture	89,7	83,5
	Autocarri	4,5	3,6
	Motocicli	2,6	8,1
	Ciclomotori	1,1	2,4
	Altri veicoli	2,2	2,3
Tipologia di strada	Autostrada	22,3	23,8
	Extraurbana	27,8	31,0
	Urbana	49,9	45,2
TOTALE (n.)		**19.904**	**1.804**

Fonte: Elaborazioni ISTAT su dati Ministero dell'Interno - Servizio di Polizia Stradale – Anno 2019

Nel corso del 2019, il Comando Generale dell'Arma dei Carabinieri e il Servizio della Polizia Stradale del Ministero dell'Interno, organi che rilevano circa un terzo del totale degli incidenti stradali con lesioni, hanno rilevato 1.905 incidenti stradali per i quali almeno uno dei conducenti dei veicoli coinvolti era sotto l'effetto di stupefacenti e 5.117 in stato di ebbrezza, su un totale di 58.872 incidenti. Il 3,4% e l'8,7% degli incidenti rilevati da Carabinieri e Polizia Stradale è correlato dunque, rispettivamente al consumo di sostanze stupefacenti e al consumo di alcol, percentuali pressoché stabili rispetto al dato del 2018, quando erano pari al 3,2% e all'8,7%. Tali valori sono, comunque, in aumento rispetto al 2017, anno nel quale erano pari rispettivamente al 2,9% e 7,8% (nel 2015 corrispondevano rispettivamente al 2,3% e 7,6%).

Tali quote approssimano per difetto la reale portata del fenomeno, in quanto i Carabinieri e la Polizia Stradale nel complesso intervengono per circa il 70% degli incidenti su strade extraurbane e solo in circa il 20% dei casi 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. Per un conteggio esaustivo degli incidenti stradali legati alla guida sotto l'effetto di stupefacenti e di alcol, occorre quindi proseguire nella collaborazione anche con le Polizie Locali, i cui dati sono indispensabili al fine di completare il quadro informativo sul fenomeno.

Nello specifico degli incidenti con lesioni rilevati dai Carabinieri, nel 2019 il 3,6% di tali incidenti e il 3,1% delle vittime è risultato correlato alla guida sotto effetto di sostanze stupefacenti. Nel 2018 le percentuali per incidenti stradali e vittime erano rispettivamente pari al 3,7% e 2,8%.

Tabella 8.1.3 – Numero di incidenti stradali con lesioni rilevati dai Carabinieri, per anno

		2015	2016	2017	2018	2019
Violazione Art. 187 – Guida sotto effetto di sostanze stupefacenti [1]	Incidenti stradali con lesioni a persone [2]	748	831	1.048	1.253	1.261
	Vittime [2]	33	26	40	35	38
	Feriti	1.331	1.447	1.893	2.304	2.286
Totale *(% incidenti droga-correlati)*	Incidenti stradali con lesioni a persone [2]	30.852 (2,4%)	31.832 (2,6%)	32,533 (3,2%)	33.793 (3,7%)	34.749 (3,6%)
	Vittime [2]	1.268 (2,6%)	1.257 (2,1%)	1.327 (3,0%)	1.263 (2,8%)	1.232 (3,1%)
	Feriti	48.050 (2,8%)	49.756 (2,9%)	50.999 (3,7%)	52.595 (4,4%)	53.838 (4,2%)

1: Totale incidenti stradali, morti e feriti rilevati dall'Arma dei Carabinieri negli anni 2015-2019

2: Nel conteggio degli incidenti stradali droga-correlati sono inclusi i soli incidenti per i quali almeno un conducente coinvolto, non deceduto, era sotto l'effetto di stupefacenti. Non viene effettuato di routine riscontro autoptico sui conducenti deceduti, pertanto non esiste, a oggi, la possibilità di verificarne l'eventuale stato psicofisico alterato al momento dell'incidente

Fonte: Elaborazione Istat su dati forniti dal Comando Generale dell'Arma dei Carabinieri - Ufficio Operazioni – Sala Operativa 2^ Sezione Statistica – Anni 2015-2019

Con riferimento alle informazioni fornite dalla Polizia Stradale, emerge che, nel 2019, il 2,7% (644) degli incidenti stradali con lesioni è risultato droga-correlato.

Le percentuali rappresentano in realtà un'approssimazione, da ritenersi comunque plausibile. Nel calcolo, infatti, si ipotizza che ciascuna violazione per guida sotto l'effetto di stupefacenti, attribuita a un singolo conducente, rappresenti un incidente stradale correlato a queste circostanze. Del resto non sono, comunque, molto frequenti i casi per i quali sono più di uno i conducenti coinvolti per i quali si verifica lo stato psicofisico alterato.

Tabella 8.1.4 – Numero di incidenti stradali rilevati dalla Polizia Stradale per anno

		2015	2017 [2]	2018	2019
Violazione Art. 187 – Guida sotto effetto di sostanze stupefacenti [1]	Incidenti stradali con lesioni a persone	607	642	629	644
	Incidenti stradali senza lesioni	43	69	63	91
	Totale incidenti droga-correlati *(senza indicazione dei casi di sanzione con rifiuto)*	**650**	**711**	**692**	**735**
Totale incidenti stradali con lesioni a persone		**28.129**	**26.050**	**24.893**	**24.048**
(% incidenti con lesioni droga-correlati sul totale incidenti con lesioni)		*(2,2%)*	*(2,5%)*	*(2,5%)*	*(2,7%)*

1: Nel conteggio degli incidenti stradali droga-correlati, sono inclusi i soli incidenti per i quali almeno un conducente coinvolto, non deceduto, era sotto l'effetto di stupefacenti. Non viene effettuato di routine riscontro autoptico sui conducenti deceduti, pertanto non esiste, a oggi, la possibilità di verificarne l'eventuale stato psicofisico alterato al momento dell'incidente

2: Per l'anno 2016 i dati non sono disponibili

Fonte: Elaborazione Istat su dati forniti dal Ministero dell'Interno – Servizio di Polizia Stradale – Anni 2015, 2017-2019

Anche le Polizie locali di alcuni Comuni capoluogo[6] (nei cui territori risiedono oltre 17 milioni di abitanti) hanno reso disponibile il numero di sanzioni elevate in caso di incidente per guida in stato di alterazione per uso di sostanze stupefacenti: nel 2019 sono stati 420 gli incidenti droga-correlati, pari al 50% delle sanzioni elevate

[6] Fonte: Rilevazione ACI presso i Comandi di Polizia locale dei Comuni capoluogo di provincia per l'anno 2019 (Capoluoghi al 1/1/2018; la ripartizione per art. per il Comune di Monza è stimata sulla base del triennio precedente).

per infrazioni dell'Art.187, in diminuzione rispetto al 2018. I controlli effettuati dalle Polizie Locali per alterazione da uso di sostanze stupefacenti hanno dato esito positivo nel 6,9% dei casi.

I PROCEDIMENTI PENALI PER VIOLAZIONE DEL CODICE DELLA STRADA

Le Procure della Repubblica, forniscono dati su reati e autori di reato per i quali ha avuto inizio un procedimento penale. La rilevazione, basata su dati estratti dagli archivi informatici delle Procure della Repubblica e riferiti agli adulti, consente di elaborare statistiche sui procedimenti penali, sulle persone indagate (età, genere, luogo di nascita) e sulla tipologia dei reati (delitti o contravvenzioni e luogo del reato), secondo una classificazione analitica o sintetica.

Nel 2017, ultima annualità disponibile, si contavano tra i reati ascritti a seguito della decisione del Pubblico Ministero quasi 4.400 casi di violazione al CdS, valore pressoché costante nel tempo, a fronte di circa 1.300.000 reati ascritti totali. Per gli anni successivi i dati non sono disponibili a causa di un blocco temporaneo da parte del garante per la pubblicazione di tali dati.

A partire dal 2017 è inoltre possibile disporre del numero di casi di reato sia per omicidio stradale sia per lesioni stradali (Legge 41 del 23 marzo 2016) che nel 2018 ammontano rispettivamente a 1.756 (erano 1.788 nel 2017) e 2.583.

Tabella 8.1.5 - Delitti di autori noti (18 anni e oltre) per tipologia di delitto e tipo di definizione da parte dell'autorità giudiziaria

	Delitti per cui è iniziata l'azione penale						
	Totale	Citazione diretta a giudizio	Decreto penale di condanna	Giudizio direttissimo	Rinvio a giudizio da udienza preliminare	Giudizio immediato	Applicazione della pena su richiesta
	N.	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)
Omicidio stradale [a]	1.756	0,3	0,3	-	87,4	3,6	8,4
Lesioni stradali [b]	2.583	62,7	27,6	-	6,5	0,2	2,9
TOTALE Anno 2018[c]	**544.681**	**53,9**	**9,7**	**7,7**	**22,2**	**5,4**	**1,1**

a) L'omicidio stradale è previsto dall'art. CP 589 BIS. Precedentemente alla sua introduzione, avvenuta con Legge n. 41 del Legge 23 marzo 2016, tale delitto era compreso nelle fattispecie previste dall'omicidio colposo (art. CP 589).

b) Le lesioni stradali sono previste dall'art. CP 590 BIS. Precedentemente alla sua introduzione, avvenuta con Legge n. 41 del Legge 23 marzo 2016, tale delitto era compreso nelle fattispecie previste dalle lesioni colpose (art. CP 590).

c) Si fa riferimento a tutti i delitti di autori noti adulti e non solo a quelli elencati in dettaglio nella presente tavola.

Fonte: Istat, Delitti denunciati per i quali l'autorità giudiziaria ha iniziato l'azione penale - Atlante Statistico Italiano 2020 – Anno 2018

8.2 RICOVERI OSPEDALIERI

Fonte: Elaborazioni Istituto nazionale di Statistica (ISTAT) - Direzione centrale per le statistiche sociali e il welfare - Servizio Sistema integrato salute, assistenza e previdenza su dati Ministero della Salute. I dati sono riferiti al 2019, ultima annualità disponibile.

L'analisi delle schede di dimissione ospedaliera che riportano una o più diagnosi droga-correlate permette di rilevare la risposta assistenziale alle problematiche acute connesse al consumo di sostanze stupefacenti e manifestate dalla popolazione generale.

Nel 2019, ultima annualità disponibile, le dimissioni ospedaliere con diagnosi principale droga-correlata sono state 7.329 (pari a 0,9 ogni 1.000 ricoveri avvenuti in Italia nell'anno): per il 67% hanno riguardato pazienti di genere maschile (M=4.918; F=2.411), per il 61% soggetti residenti nelle regioni settentrionali e per il 2% all'estero (Tabella 8.2.1).

Il tasso standardizzato[7] di ospedalizzazione droga-correlata nel 2019 non evidenzia particolari variazioni rispetto al biennio precedente e corrisponde a 12,5 ricoveri ogni 100.000 residenti. A partire dal 2014, i tassi di ospedalizzazione sono progressivamente aumentati, soprattutto quelli maschili (Figura 8.2.1).

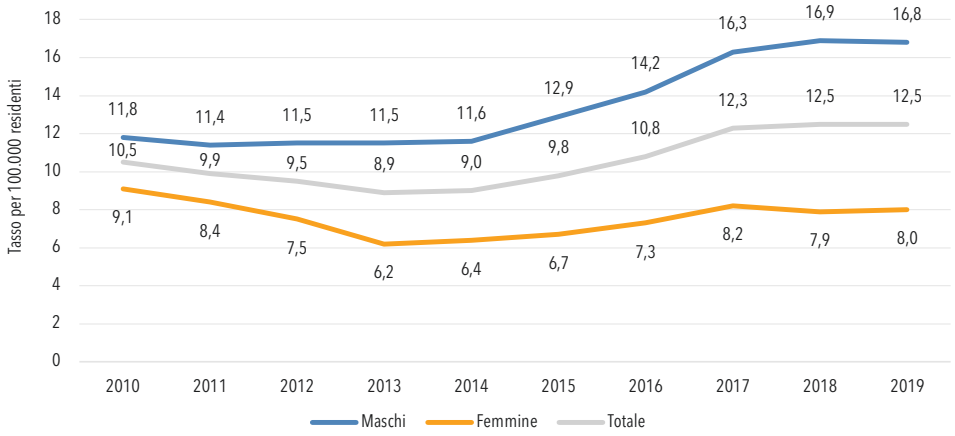
[7] I tassi standardizzati sono stati calcolati con il metodo diretto utilizzando classi di età quinquennali (0, 1-5, 5-9,..., 95+); la popolazione standard utilizzata è quella europea, revisione del 2013 (https://ec.europa.eu/eurostat/documents/3859598/5926869/KS-RA-13-028-EN.PDF/e713fa79-1add-44e8-b23d-5e8fa09b3f8f).

Tabella 8.2.1 - Numero e percentuale dei ricoveri con diagnosi principale droga-correlata per regione/PA di residenza

	2015		2016		2017		2018		2019	
	n.	%	n.	%	n.	%	n.	%	n.	%
Piemonte	515	8,5	412	6,3	656	8,8	677	9,1	665	9,1
Valle d'Aosta	23	0,4	32	0,5	29	0,4	18	0,2	22	0,3
Lombardia	1.366	22,5	1.727	26,3	1.849	24,8	1.806	24,1	1.814	24,7
Liguria	318	5,2	311	4,7	402	5,4	359	4,8	360	4,9
Nord-occidentale	*2.222*	*36,5*	*2.482*	*37,7*	*2.936*	*39,4*	*2.860*	*38,2*	*2.861*	*39,0*
PA Bolzano	72	1,2	110	1,7	97	1,3	103	1,4	102	1,4
PA Trento	32	0,5	36	0,5	55	0,7	48	0,6	55	0,8
Veneto	551	9,1	568	8,6	639	8,6	699	9,3	693	9,5
Friuli Venezia Giulia	123	2,0	165	2,5	154	2,1	123	1,6	124	1,7
Emilia Romagna	569	9,4	562	8,5	647	8,7	693	9,3	609	8,3
Nord-orientale	*1.347*	*22,1*	*1.441*	*21,9*	*1.592*	*21,4*	*1.666*	*22,3*	*1.583*	*21,6*
Toscana	465	7,6	526	8,0	540	7,2	522	7,0	507	6,9
Umbria	131	2,2	107	1,6	93	1,2	117	1,6	128	1,7
Marche	266	4,4	282	4,3	310	4,2	322	4,3	322	4,4
Lazio	352	5,8	364	5,5	395	5,3	369	4,9	348	4,7
Centrale	*1.214*	*20,0*	*1.279*	*19,5*	*1.338*	*18,0*	*1.330*	*17,8*	*1.305*	*17,8*
Abruzzo	136	2,2	135	2,1	146	2,0	208	2,8	184	2,5
Molise	21	0,3	25	0,4	32	0,4	32	0,4	49	0,7
Campania	238	3,9	295	4,5	309	4,1	311	4,2	307	4,2
Puglia	266	4,4	301	4,6	334	4,5	356	4,8	335	4,6
Basilicata	19	0,3	31	0,5	25	0,3	18	0,2	19	0,3
Calabria	74	1,2	85	1,3	137	1,8	97	1,3	84	1,1
Meridionale	*754*	*12,4*	*872*	*13,3*	*983*	*13,2*	*1.022*	*13,7*	*978*	*13,3*
Sicilia	196	3,2	199	3,0	238	3,2	232	3,1	234	3,2
Sardegna	243	4,0	187	2,8	201	2,7	216	2,9	220	3,0
Insulare	*439*	*7,2*	*386*	*5,9*	*439*	*5,9*	*448*	*6*	*454*	*6,2*
Estero	107	1,8	115	1,7	164	2,2	151	2,0	146	2,0
TOTALE	**6.083**	**100**	**6.575**	**100**	**7.452**	**100**	**7.480**	**100**	**7.329**	**100**

Fonte: Elaborazioni ISTAT su dati del Ministero della Salute - Anni 2015 – 2019

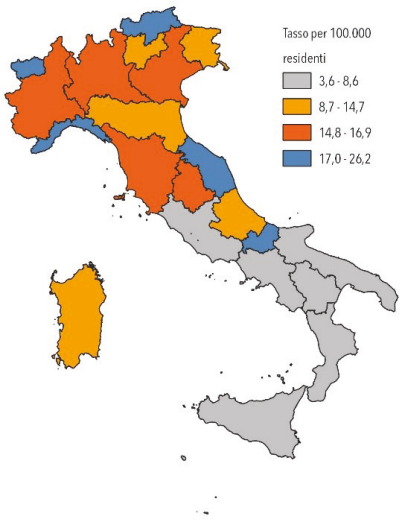
Figura 8.2.1 - Tassi standardizzati di ospedalizzazione droga-correlata per genere per 100.000 residenti



Fonte: Elaborazioni ISTAT su dati del Ministero della Salute - Anni 2010 – 2019

Tassi superiori a quello nazionale si rilevano nelle regioni Valle d'Aosta, Marche e nella PA di Bolzano, mentre Sicilia, Lazio e la maggior parte delle regioni meridionali si caratterizzano per tassi inferiori.

Figura 8.2.2 - Numero di ricoveri e tasso standardizzato di ospedalizzazione droga-correlata per regione/PA per 100.000 residenti

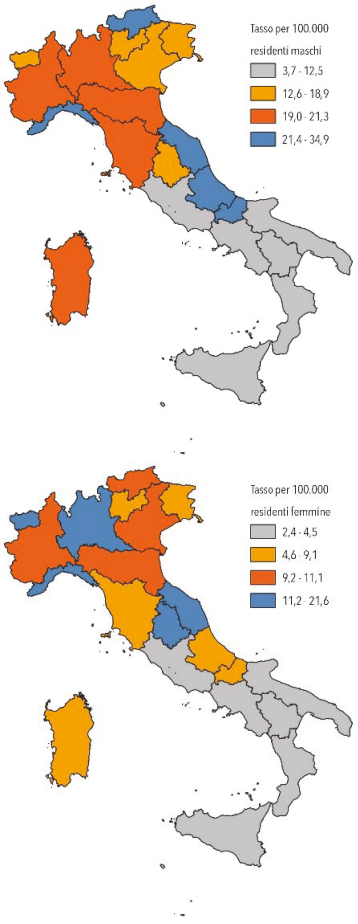


	N. ricoveri	Tasso per 100.000 residenti
Piemonte	665	16,3
Valle d'Aosta	22	20,1
Lombardia	1.814	16,9
Liguria	360	26,2
Nord-occidentale	*2.861*	*18,8*
PA Bolzano	102	19,7
PA Trento	55	10,6
Veneto	693	14,9
Friuli Venezia Giulia	124	11,3
Emilia Romagna	609	14,7
Nord-orientale	*1.583*	*14,5*
Toscana	507	14,9
Umbria	128	15,3
Marche	322	23,4
Lazio	348	6,3
Centrale	*1.305*	*11,7*
Abruzzo	184	14,5
Molise	49	17,8
Campania	307	5,2
Puglia	335	8,6
Basilicata	19	3,6
Calabria	84	4,4
Meridionale	*978*	*7,2*
Sicilia	234	4,9
Sardegna	220	14,2
Insulare	*454*	*7,1*
ITALIA	**7.181**	**12,5**

Fonte: Elaborazioni ISTAT su dati del Ministero della Salute - Anno 2019

A livello regionale, i tassi standardizzati di ospedalizzazione risultano generalmente più elevati nella popolazione maschile, fatta eccezione per Valle d'Aosta. Le regioni Liguria, Emilia Romagna, Marche, Molise e nella PA di Bolzano si distinguono per i tassi maschili superiori, mentre Campania, Basilicata, Calabria e Sicilia per quelli inferiori. Per quanto riguarda il genere femminile, il gradiente geografico mostra tassi superiori a quello nazionale nelle regioni nord-occidentali, in Veneto, Umbria, Marche e nella PA di Bolzano; i tassi minori si registrano in Campania, Basilicata, Calabria e Sicilia.

Figura 8.2.3 - Tasso standardizzato di ospedalizzazione droga-correlata per genere e regione/PA per 100.000 residenti

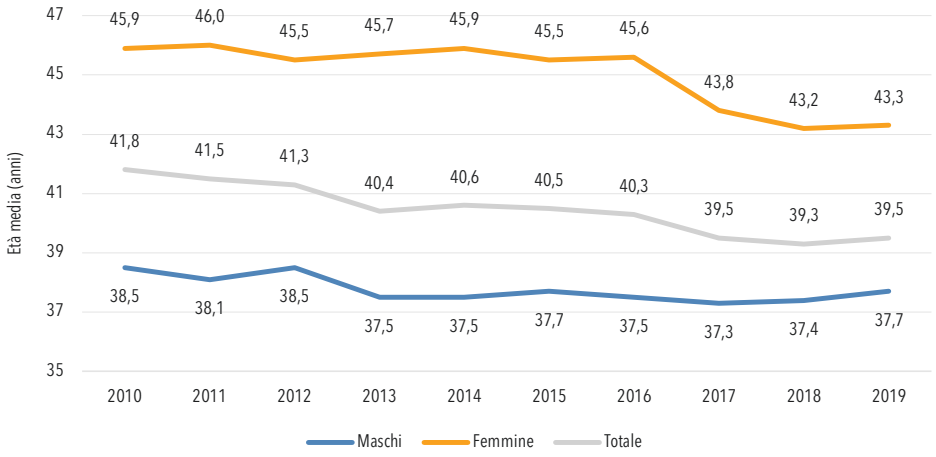


	N. ricoveri		Tasso per 100.000 residenti	
	Maschi	Femmine	Maschi	Femmine
Piemonte	430	235	21,3	11,1
Valle d'Aosta	10	12	18,9	21,6
Lombardia	1.139	675	21,3	12,3
Liguria	231	129	33,7	18,6
Nord-occidentale	*1.810*	*1.051*	*23,9*	*13,4*
PA Bolzano	76	26	29,0	10,1
PA Trento	35	20	13,7	7,3
Veneto	431	262	18,8	10,8
Friuli Venezia Giulia	78	46	14,5	8,0
Emilia Romagna	409	200	19,9	9,2
Nord-orientale	*1.029*	*554*	*19,1*	*9,7*
Toscana	348	159	20,8	8,8
Umbria	70	58	17,0	13,6
Marche	242	80	34,9	11,6
Lazio	273	75	10,0	2,6
Centrale	*933*	*372*	*16,9*	*6,4*
Abruzzo	136	48	21,6	7,3
Molise	37	12	25,8	9,1
Campania	236	71	8,0	2,4
Puglia	241	94	12,5	4,5
Basilicata	10	9	3,7	3,3
Calabria	49	35	5,2	3,6
Meridionale	*709*	*269*	*10,6*	*3,8*
Sicilia	167	67	7,0	2,8
Sardegna	148	72	19,1	9,1
Insulare	*315*	*139*	*10,0*	*4,3*
ITALIA	**4.796**	**2.385**	**16,8**	**8,0**

Fonte: Elaborazioni ISTAT su dati del Ministero della Salute - Anno 2019

L'età media dei soggetti ricoverati per problematiche droga-correlate è 39 anni, ma tra le pazienti risulta superiore di quasi 6 anni rispetto a quella maschile (43 vs 38 anni). Nell'ultimo decennio, l'età media dei ricoverati si è lievemente abbassata, soprattutto tra i pazienti maschi, per stabilizzarsi nel corso dell'ultimo triennio.

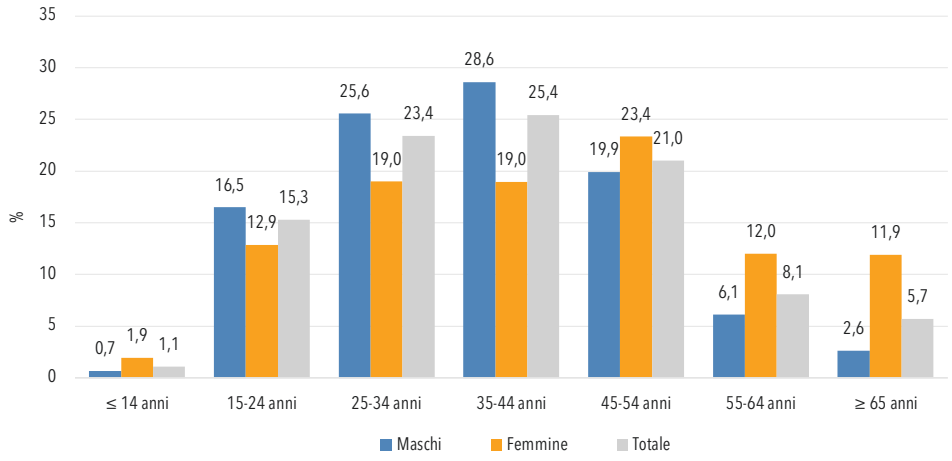
Figura 8.2.4 - Età media per genere dei ricoveri con diagnosi principale droga-correlata



Fonte: Elaborazioni ISTAT su dati del Ministero della Salute – Anni 2010 – 2019

Quasi la metà dei ricoveri (49%) riguarda pazienti di età compresa tra 25 e 44 anni e il 21% tra i 45 e i 54 anni: la classe modale dei ricoveri maschili è quella dei 35-44 anni e dei 45-54 anni per quelli femminili. Le differenze di genere più rilevanti si osservano tra gli over 45enni, con le percentuali femminili che risultano più elevate di quelle maschili (47% contro 29%): la percentuale delle pazienti ultra 64enni ricoverate per patologie direttamente droga-correlate risulta 4,5 volte superiore a quella dei coetanei.

Figura 8.2.5 - Distribuzione percentuale per genere e classe di età dei ricoverati con diagnosi principale droga-correlata



Fonte: Elaborazioni ISTAT su dati del Ministero della Salute - Anno 2019

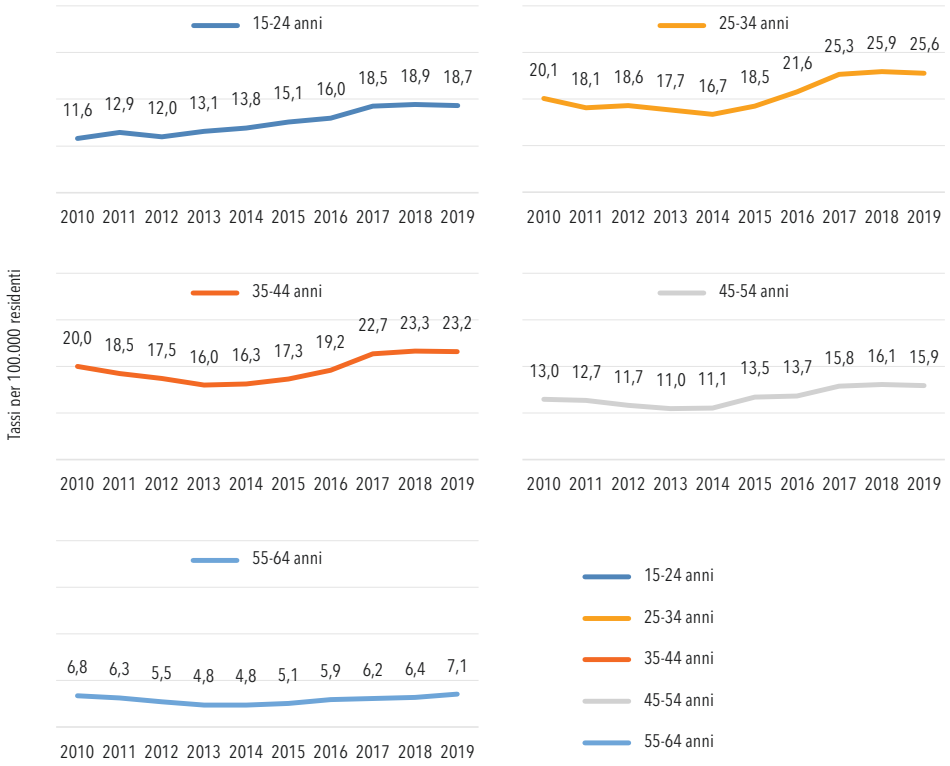
Tabella 8.2.2 - Numero di ricoveri con diagnosi principale droga-correlata per regione/PA di residenza e classe di età

	Numero ricoveri droga-correlati						
	≤14 anni	15-24 anni	25-34 anni	35-44 anni	45-54 anni	55-64 anni	≥65 anni
Piemonte	7	61	154	158	172	86	27
Valle d'Aosta	2	2	6	5	4	1	2
Lombardia	14	248	392	501	398	161	100
Liguria	2	51	71	87	108	29	12
Nord-occidentale	*25*	*362*	*623*	*751*	*682*	*277*	*141*
PA Bolzano	0	25	29	22	18	4	4
PA Trento	1	11	12	14	9	4	4
Veneto	6	121	136	173	134	76	47
Friuli Venezia Giulia	2	34	26	17	22	11	12
Emilia Romagna	4	94	165	164	110	37	35
Nord-orientale	*13*	*285*	*368*	*390*	*293*	*132*	*102*
Toscana	5	80	127	125	103	33	34
Umbria	6	17	20	34	24	8	19
Marche	2	59	95	79	50	25	12
Lazio	5	64	91	71	61	31	25
Centrale	*18*	*220*	*333*	*309*	*238*	*97*	*90*
Abruzzo	1	14	35	67	50	7	10
Molise	0	16	9	11	12	1	0
Campania	7	51	79	82	61	10	17
Puglia	2	57	65	94	71	24	22
Basilicata	0	4	5	4	0	2	4
Calabria	1	6	21	26	18	11	1
Meridionale	*11*	*148*	*214*	*284*	*212*	*55*	*54*
Sicilia	6	38	65	56	50	9	10
Sardegna	5	38	46	44	57	17	13
Insulare	*11*	*76*	*111*	*100*	*107*	*26*	*23*
Estero	3	30	66	29	8	4	6
TOTALE	**81**	**1.121**	**1.716**	**1.863**	**1.541**	**591**	**416**

Fonte: Elaborazioni ISTAT su dati del Ministero della Salute – Anno 2019

Le classi di età con i tassi di ospedalizzazione più elevati sono quelle dei 25-34 e 35-44 anni, seguite da quelle dei 15-24 e 45-54 anni; nel corso dell'ultimo decennio, per tutte le classi di età si osserva un aumento dei tassi di ospedalizzazione, in particolar modo tra i 55-64enni.

Figura 8.2.6 - Tassi di ospedalizzazione droga-correlata per classe di età per 100.000 residenti



Fonte: Elaborazioni ISTAT su dati del Ministero della Salute - Anni 2010 - 2019

Le regioni nord-occidentali si distinguono per i tassi di ospedalizzazione droga-correlata più elevati per tutte le classi di età, fatta eccezione per i ricoveri riferiti ai giovani di 15-24 anni che risultano più consistenti nelle regioni nord-orientali.

Tabella 8.2.3 - Tassi di ospedalizzazione droga-correlata specifici per classe di età per regione/PA per 100.000 residenti

	Tassi per 100.000 residenti				
	15-24 anni	25-34 anni	35-44 anni	45-54 anni	55-64 anni
Piemonte	15,7	35,9	29,2	24,5	14,0
Valle d'Aosta	17,0	48,6	32,0	18,9	5,5
Lombardia	26,2	37,0	36,9	23,9	11,9
Liguria	39,0	50,1	50,3	43,1	12,8
Nord-occidentale	*24,5*	*38,0*	*36,0*	*25,8*	*12,5*
PA Bolzano	42,0	47,6	32,4	21,1	5,8
PA Trento	19,5	20,4	20,4	10,4	5,3
Veneto	25,8	27,3	27,3	16,3	11,0
Friuli Venezia Giulia	32,1	22,4	11,3	11,0	6,3
Emilia Romagna	23,5	36,3	27,4	14,9	6,0
Nord-orientale	*26,1*	*30,9*	*25,7*	*15,2*	*8,1*
Toscana	24,4	34,6	26,2	17,0	6,4
Umbria	21,8	22,6	30,0	17,5	6,5
Marche	41,9	61,4	39,9	20,8	11,7
Lazio	11,9	14,7	8,9	6,3	3,8
Centrale	*20,3*	*27,1*	*19,4*	*12,2*	*5,8*
Abruzzo	11,6	24,6	39,2	24,2	3,8
Molise	54,4	26,3	28,6	25,8	2,3
Campania	7,6	11,1	10,6	6,9	1,3
Puglia	13,4	14,4	17,8	11,6	4,4
Basilicata	7,0	7,7	5,6	0,0	2,5
Calabria	3,0	9,0	10,3	6,4	4,1
Meridionale	*9,9*	*13,1*	*15,5*	*10,0*	*2,9*
Sicilia	7,1	11,1	8,7	6,7	1,3
Sardegna	26,7	27,1	19,9	21,2	6,9
Insulare	*11,2*	*14,7*	*11,6*	*10,6*	*2,8*
ITALIA	**18,7**	**25,6**	**23,2**	**15,9**	**7,1**

Fonte: Elaborazioni ISTAT su dati del Ministero della Salute – Anno 2019

L'analisi dei ricoveri sulla base della sostanza riportata in diagnosi principale risulta fortemente influenzata dalla elevata percentuale di casi riferiti al consumo di "sostanze miste o non specificate", pari al 51% nel complesso dei ricoveri e al 66% nei ricoveri femminili.

Il 23% e il 20% dei ricoveri risultano direttamente correlati al consumo rispettivamente di cocaina e di oppiacei.

Dal 2010, sul totale dei ricoveri direttamente droga-correlati, quelli dovuti al consumo di cocaina e di cannabinoidi sono progressivamente aumentati, mentre quelli per consumo di oppiacei mostrano un andamento decrescente, pur rimanendo la prima sostanza riportata nei casi di ospedalizzazione droga-correlati femminili (a fronte di una progressiva diminuzione di quelli maschili).

Tabella 8.2.4 - Distribuzione percentuale per sostanza stupefacente e genere dei ricoveri con diagnosi principale droga-correlata

		Percentuale (%) ricoveri droga-correlati									
		2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Oppioidi	Maschi	29,1	29,7	26,5	26,0	26,4	24,6	20,3	22,8	22,6	21,8
	Femmine	13,9	13,9	17,3	19,2	18,8	16,8	15,9	17,8	18,4	16,0
	Totale	**22,4**	**22,9**	**22,8**	**23,6**	**23,6**	**21,8**	**18,8**	**21,1**	**21,2**	**19,9**
Cocaina	Maschi	15,9	16,0	16,7	15,6	15,4	17,7	21,4	24,2	26,9	27,7
	Femmine	4,3	4,3	5,3	5,7	6,1	6,8	7,1	11,8	13,6	14,1
	Totale	**10,8**	**10,9**	**12,1**	**12,0**	**12,0**	**13,9**	**16,4**	**20,0**	**22,6**	**23,2**
Cannabinoidi	Maschi	3,8	4,1	4,7	6,5	7,5	6,1	6,4	6,8	6,8	6,5
	Femmine	1,4	1,5	2,1	1,8	2,3	3,3	2,2	2,6	3,3	2,9
	Totale	**2,8**	**3,0**	**3,6**	**4,8**	**5,6**	**5,1**	**4,9**	**5,4**	**5,7**	**5,3**
Stimolanti o allucinogeni	Maschi	2,0	1,6	2,0	2,3	1,8	1,8	1,4	1,1	1,2	0,9
	Femmine	1,5	1,1	1,4	1,5	2,1	1,4	1,3	1,1	1,1	1,2
	Totale	**1,8**	**1,4**	**1,8**	**2,0**	**1,9**	**1,6**	**1,4**	**1,1**	**1,1**	**1,0**
Sostanze miste o non specificate	Maschi	49,1	48,7	50,1	49,5	48,8	49,7	50,5	45,0	42,5	43,1
	Femmine	78,9	79,2	73,9	71,8	70,7	71,7	73,5	66,7	63,6	65,9
	Totale	**62,3**	**61,8**	**59,7**	**57,6**	**56,8**	**57,5**	**58,5**	**52,4**	**49,4**	**50,6**

Fonte: Elaborazioni ISTAT su dati del Ministero della Salute – Anni 2010 – 2019

Tabella 8.2.5 - Distribuzione percentuale per regione/PA di residenza e sostanza stupefacente dei ricoveri con diagnosi principale droga-correlata

	Oppioidi	Cocaina	Cannabinoidi	Stimolanti o allucinogeni	Sostanze miste o non specificate	N. TOTALE
Piemonte	29,3	25,4	3,8	0,9	40,6	665
Valle d'Aosta	31,8	18,2	4,5	0,0	45,5	22
Lombardia	15,0	28,0	4,9	0,5	51,6	1.814
Liguria	36,7	18,1	1,7	0,3	43,3	360
Nord-occidentale	*21,2*	*26,1*	*4,2*	*0,6*	*48,0*	*2.861*
PA Bolzano	21,6	28,4	5,9	2,0	42,2	102
PA Trento	25,5	7,3	0,0	3,6	63,6	55
Veneto	20,6	14,0	6,2	1,4	57,7	693
Friuli Venezia Giulia	37,1	4,0	2,4	2,4	54,0	124
Emilia Romagna	21,3	30,7	9,5	0,5	37,9	609
Nord-orientale	*22,4*	*20,3*	*6,9*	*1,3*	*49,0*	*1.583*
Toscana	25,4	24,9	6,3	0,4	43,0	507
Umbria	13,3	27,3	0,8	2,3	56,3	128
Marche	22,0	25,2	7,5	0,0	45,3	322
Lazio	12,1	27,6	4,0	0,6	55,7	348
Centrale	*19,8*	*25,9*	*5,4*	*0,5*	*48,3*	*1.305*
Abruzzo	29,3	32,6	2,7	1,6	33,7	184
Molise	22,4	26,5	4,1	0,0	46,9	49
Campania	13,0	20,8	6,5	1,6	58,0	307
Puglia	11,6	15,5	5,7	2,4	64,8	335
Basilicata	15,8	15,8	0,0	5,3	63,2	19
Calabria	7,1	15,5	4,8	1,2	71,4	84
Meridionale	*15,6*	*21,0*	*5,1*	*1,8*	*56,4*	*978*
Sicilia	6,0	12,0	3,4	1,3	77,4	234
Sardegna	24,1	13,6	4,5	1,4	56,4	220
Insulare	*14,8*	*12,8*	*4,0*	*1,3*	*67,2*	*454*
Estero	11,6	23,3	14,4	2,1	48,6	146
TOTALE	**19,9**	**23,2**	**5,3**	**1,0**	**50,6**	**7.329**
(n. ricoveri Maschi)	**1.072**	**1.363**	**321**	**42**	**2.120**	**4.918**
(n. ricoveri Femmine)	**385**	**340**	**70**	**27**	**1.588**	**2.411**

Fonte: Elaborazioni ISTAT su dati del Ministero della Salute – Anno 2019

Analizzando il rapporto tra ospedalizzazioni direttamente droga-correlate e popolazione residente, in entrambi i generi si osserva un aumento dei ricoveri correlati al consumo di cocaina, soprattutto nel genere maschile e una sostanziale invariabilità per quelli riferiti al consumo delle altre sostanze stupefacenti.

Tabella 8.2.6 - Tassi di ospedalizzazione droga-correlata per sostanza stupefacente e genere per 100.000 residenti

		Tassi di ospedalizzazione droga-correlati per 100.000 residenti									
		2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Oppioidi	Maschi	3,6	3,6	3,2	3,2	3,2	3,3	3,0	3,8	3,9	3,7
	Femmine	1,3	1,2	1,3	1,2	1,2	1,2	1,2	1,5	1,4	1,3
	Totale	2,4	2,3	2,2	2,2	2,2	2,2	2,0	2,6	2,6	2,4
Cocaina	Maschi	2,0	1,9	2,0	1,9	1,9	2,4	3,1	4,0	4,6	4,7
	Femmine	0,4	0,4	0,4	0,4	0,4	0,5	0,5	1,0	1,1	1,1
	Totale	1,2	1,1	1,2	1,1	1,1	1,4	1,8	2,5	2,8	2,9
Cannabinoidi	Maschi	0,5	0,5	0,6	0,8	0,9	0,8	0,9	1,1	1,2	1,1
	Femmine	0,1	0,1	0,2	0,1	0,2	0,2	0,2	0,2	0,3	0,2
	Totale	0,3	0,3	0,4	0,4	0,5	0,5	0,5	0,7	0,7	0,7
Stimolanti o allucinogeni	Maschi	0,3	0,2	0,2	0,3	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,1
	Femmine	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1
	Totale	0,2	0,1	0,2	0,2	0,2	0,2	0,1	0,1	0,1	0,1
Sostanze miste o non specificate	Maschi	6,1	5,8	6,1	6,0	5,9	6,6	7,3	7,5	7,3	7,3
	Femmine	7,3	6,7	5,7	4,6	4,7	4,9	5,4	5,4	5,0	5,2
	Totale	6,7	6,3	5,9	5,3	5,3	5,8	6,3	6,4	6,1	6,2
TOTALE (n.)	**Maschi**	**3.626**	**3.523**	**3.497**	**3.524**	**3.567**	**3.935**	**4.283**	**4.915**	**5.047**	**4.981**
	Femmine	**2.873**	**2.657**	**2.360**	**1.989**	**2.065**	**2.148**	**2.292**	**2.537**	**2.433**	**2.411**
	Totale	**6.499**	**6.180**	**5.857**	**5.513**	**5.632**	**6.083**	**6.575**	**7.452**	**7.480**	**7.329**

Fonte: Elaborazioni ISTAT su dati del Ministero della Salute – Anni 2010 – 2019

ANALISI PER DIAGNOSI MULTIPLE

Il numero delle dimissioni droga-correlate in regime ordinario aumenta in modo considerevole se si fa riferimento a tutte le diagnosi riportate nelle schede di dimissione ospedaliera (fino a 5 diagnosi secondarie oltre alla principale): nel 2019 sono state 21.677, pari a 2,7 ogni 1.000 ricoveri per acuti avvenuti in regime ordinario a livello nazionale nell'anno.

Tabella 8.2.7 - Numero di ricoveri con diagnosi principale o secondarie droga-correlate per regione di residenza

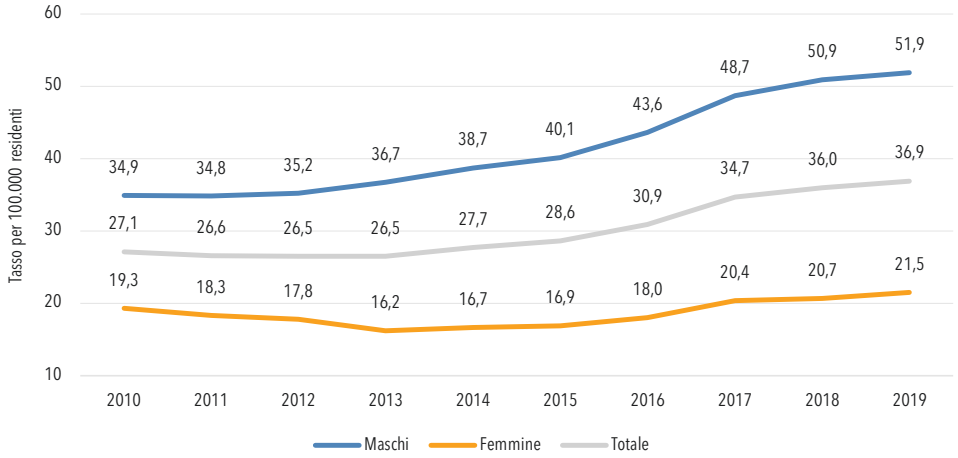
	2015		2016		2017		2018		2019	
	n.	%	n.	%	n.	%	n.	%	n.	%
Piemonte	1.481	8,3	1.510	8,0	1.845	8,7	1.854	8,6	1.896	8,7
Valle d'Aosta	71	0,4	79	0,4	85	0,4	70	0,3	73	0,3
Lombardia	3.464	19,4	3.845	20,3	4.456	21,1	4.490	20,7	4.795	22,1
Liguria	977	5,5	1.058	5,6	1.090	5,2	1.002	4,6	1.032	4,8
Nord-occidentale	*5.993*	*33,6*	*6.492*	*34,3*	*7.476*	*35,5*	*7.416*	*34,2*	*7.796*	*36,0*
PA Bolzano	221	1,2	328	1,7	335	1,6	307	1,4	336	1,6
PA Trento	116	0,7	121	0,6	145	0,7	183	0,8	168	0,8
Veneto	1.315	7,4	1.414	7,5	1.619	7,7	1.749	8,1	1.763	8,1
Friuli Venezia Giulia	259	1,5	326	1,7	305	1,4	321	1,5	308	1,4
Emilia Romagna	1.576	8,8	1.699	9,0	1.907	9,0	2.057	9,5	1.943	9,0
Nord-orientale	*3.487*	*19,6*	*3.888*	*20,5*	*4.311*	*20,4*	*4.617*	*21,3*	*4.518*	*20,8*
Toscana	1.430	8,0	1.420	7,5	1.572	7,5	1.505	6,9	1.457	6,7
Umbria	328	1,8	311	1,6	328	1,6	347	1,6	345	1,6
Marche	632	3,5	672	3,5	726	3,4	799	3,7	794	3,7
Lazio	1.410	7,9	1.370	7,2	1.429	6,8	1.557	7,2	1.521	7,0
Centrale	*3.800*	*21,3*	*3.773*	*19,9*	*4.055*	*19,2*	*4.208*	*19,4*	*4.117*	*19,0*
Abruzzo	488	2,7	544	2,9	560	2,7	688	3,2	579	2,7
Molise	64	0,4	70	0,4	94	0,4	82	0,4	97	0,4
Campania	860	4,8	923	4,9	944	4,5	880	4,1	877	4,0
Puglia	973	5,5	1.033	5,5	1.110	5,3	1.238	5,7	1.186	5,5
Basilicata	83	0,5	98	0,5	89	0,4	114	0,5	105	0,5
Calabria	259	1,5	297	1,6	415	2,0	344	1,6	332	1,5
Meridionale	*2.727*	*15,3*	*2.965*	*15,8*	*3.212*	*15,2*	*3.346*	*15,4*	*3.176*	*14,7*
Sicilia	744	4,2	778	4,1	869	4,1	866	4,0	964	4,5
Sardegna	661	3,7	672	3,5	678	3,2	718	3,3	665	3,1
Insulare	*1.405*	*7,9*	*1.450*	*7,7*	*1.547*	*7,3*	*1.584*	*7,3*	*1.629*	*7,5*
Estero	421	2,4	366	1,9	486	2,3	498	2,3	437	2,0
TOTALE	**17.836**	**100**	**18.934**	**100**	**21.087**	**100**	**21.669**	**100**	**21.677**	**100**

Nel 2018 e nel 2019 non è stata indicata la residenza per 8 e 4 pazienti rispettivamente

Fonte: Elaborazioni ISTAT su dati del Ministero della Salute - Anni 2015 - 2019

Nel 2019, il tasso standardizzato di ospedalizzazione droga-correlata per diagnosi multiple corrisponde a 37 ricoveri ogni 100.000 residenti (M=52; F=22), mostrando un progressivo aumento nel corso degli anni, soprattutto nel genere maschile.

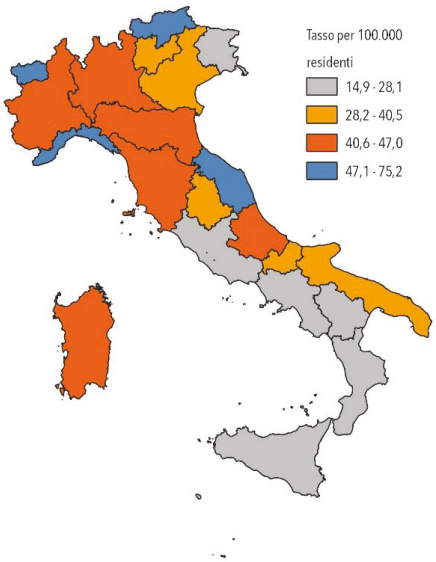
Figura 8.2.7 - Tassi standardizzati di ospedalizzazione con diagnosi principale o secondarie droga-correlate per genere per 100.000 residenti



Fonte: Elaborazioni ISTAT su dati del Ministero della Salute - Anni 2010 - 2019

In tutte le regioni nord-occidentali, in Emilia Romagna e Abruzzo nella PA di Bolzano si osservano tassi di ospedalizzazione superiori a quello nazionale, mentre in Campania, Basilicata, Calabria e Sicilia si osservano quelli inferiori.

Figura 8.2.8 - Numero e tasso standardizzato di ospedalizzazione con diagnosi principale o secondarie droga-correlate per regione/PA per 100.000 residenti

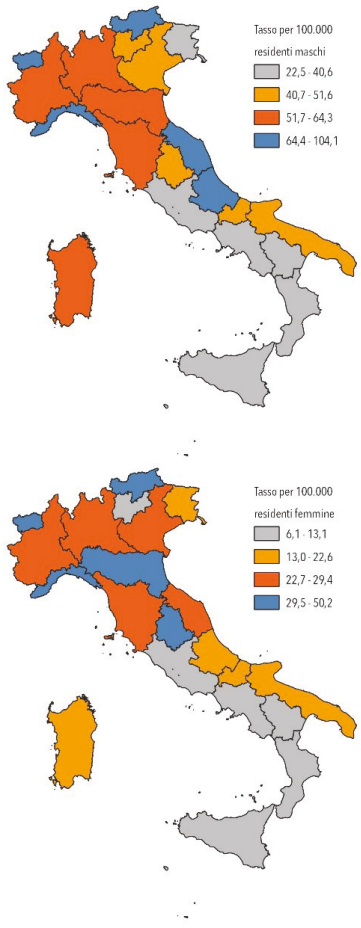


	Numero ricoveri	Tasso per 100.000 residenti
Piemonte	1.896	47,0
Valle d'Aosta	73	64,3
Lombardia	4.795	45,0
Liguria	1.032	75,2
Nord-occidentale	*7.796*	*51,5*
PA Bolzano	336	64,2
PA Trento	168	32,2
Veneto	1.763	38,3
Friuli Venezia Giulia	308	28,1
Emilia Romagna	1.943	47,0
Nord-orientale	*4.518*	*41,6*
Toscana	1.457	42,2
Umbria	345	40,5
Marche	794	57,3
Lazio	1.521	26,8
Centrale	*4.117*	*36,3*
Abruzzo	579	46,0
Molise	97	34,0
Campania	877	14,9
Puglia	1.186	30,5
Basilicata	105	19,3
Calabria	332	17,5
Meridionale	*3.176*	*23,2*
Sicilia	964	20,3
Sardegna	665	42,7
Insulare	*1.629*	*25,7*
ITALIA	**21.236**	**36,9**

Fonte: Elaborazioni ISTAT su dati del Ministero della Salute - Anno 2019

I tassi standardizzati di ospedalizzazione mostrano un'ampia variabilità interregionale: i ricoveri maschili passano da 23 a 104 ricoveri ogni 100.000 uomini residenti rispettivamente in Calabria e Liguria, quelli femminili mostrano un *range* di valori compresi tra 6 e 50 rilevati rispettivamente in Campania e Valle d'Aosta.

Figura 8.2.9 - Numero e tasso standardizzato di ospedalizzazione con diagnosi principale o secondarie droga-correlate per genere per 100.000 residenti

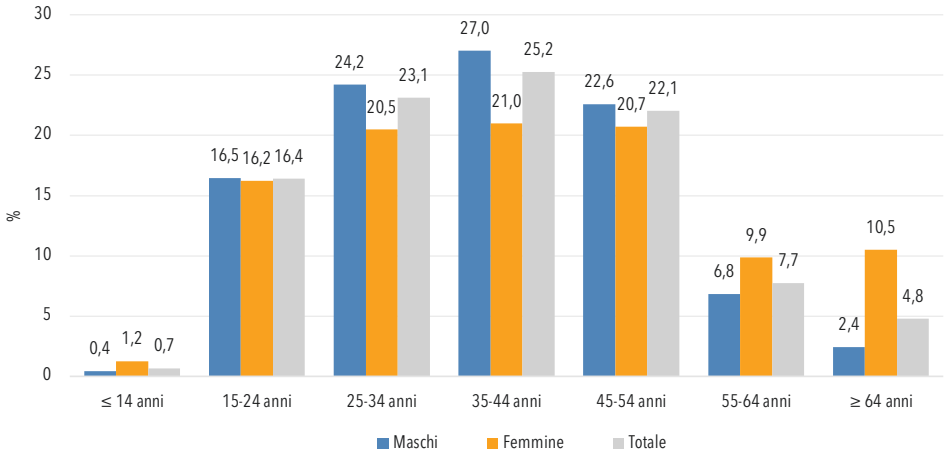


	Numero ricoveri		Tasso per 100.000 residenti	
	Maschi	Femmine	Maschi	Femmine
Piemonte	1.291	605	64,3	29,1
Valle d'Aosta	45	28	78,3	50,2
Lombardia	3.212	1.583	59,8	29,4
Liguria	720	312	104,1	46,0
Nord-occidentale	*5.268*	*2.528*	*69,3*	*33,0*
PA Bolzano	249	87	93,7	33,4
PA Trento	134	34	51,6	13,0
Veneto	1.158	605	50,4	25,9
Friuli Venezia Giulia	191	117	35,2	20,6
Emilia Romagna	1.329	614	63,9	29,7
Nord-orientale	*3.061*	*1.457*	*56,2*	*26,6*
Toscana	1.024	433	59,8	24,3
Umbria	186	159	44,9	36,0
Marche	603	191	86,8	27,1
Lazio	1.142	379	40,6	12,9
Centrale	*2.955*	*1.162*	*52,6*	*19,9*
Abruzzo	455	124	71,9	19,7
Molise	67	30	46,1	21,0
Campania	696	181	23,7	6,1
Puglia	912	274	47,2	13,7
Basilicata	74	31	27,2	10,8
Calabria	213	119	22,5	12,4
Meridionale	*2.417*	*759*	*35,5*	*10,9*
Sicilia	762	202	32,0	8,4
Sardegna	487	178	61,7	22,6
Insulare	*1.249*	*380*	*39,2*	*11,9*
ITALIA	**14.950**	**6.286**	**52,0**	**21,5**

Fonte: Elaborazioni ISTAT su dati del Ministero della Salute - Anno 2019

L'analisi dei ricoveri per classe di età delinea un quadro del tutto simile a quello osservato per la diagnosi principale: un quarto dei ricoveri si concentra tra i 35-44 anni e le medesime quote si rilevano tra i 25-34 e i 45-54 anni. Anche in questo caso, la percentuale dei ricoveri femminili risulta superiore a quelli maschili nelle classi di età più mature (over 55).

Figura 8.2.10 - Distribuzione percentuale dei ricoveri con diagnosi principale o secondarie droga-correlate per genere e classe di età



Fonte: Elaborazioni ISTAT su dati del Ministero della Salute - Anno 2019

A partire dal 2010 i tassi di ricovero droga-correlati per diagnosi multiple sono aumentati per tutte le classi di età, soprattutto quelli riferiti alle classi di età più giovani dei 15-24enni e dei 25-34 anni.

Tabella 8.2.8 - Tassi di ospedalizzazione con diagnosi principale o secondarie droga-correlate specifici per classe di età per 100.000 residenti

	Tassi specifici per 100.000 residenti									
	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
15-24 anni	27,3	30,4	31,1	34,9	39,7	41,3	48,6	54,4	55,7	59,3
25-34 anni	52,4	48,9	51,5	51,1	53,1	53,5	60,7	71,1	73,7	74,9
35-44 anni	56,3	54,7	52,8	51,8	53,0	53,5	56,6	63,4	65,6	68,1
45-54 anni	38,3	37,6	36,8	37,0	38,2	41,8	43,8	47,6	49,9	49,0
55-64 anni	14,2	14,8	14,2	14,4	14,8	15,5	15,5	17,3	18,4	20,0

Fonte: Elaborazioni ISTAT su dati del Ministero della Salute – Anni 2010 – 2019

Le regioni settentrionali mostrano tassi di ospedalizzazione superiori a quelli nazionali per tutte le classi di età: per le regioni nord-orientali si distinguono i ricoveri riferiti ai più giovani, per quelle occidentali quelli degli over 35.

Tabella 8.2.9 - Tassi di ospedalizzazione specifici per classe di età con diagnosi principale o secondarie droga-correlate per regione/PA per 100.000 residenti

	Tassi per 100.000 residenti				
	15-24 anni	25-34 anni	35-44 anni	45-54 anni	55-64 anni
Piemonte	64,7	97,3	86,8	66,6	30,6
Valle d'Aosta	93,5	161,9	89,6	75,7	27,7
Lombardia	86,6	98,1	94,2	63,7	26,2
Liguria	143,2	135,5	125,5	123,1	37,5
Nord-occidentale	*85,9*	*101,6*	*94,9*	*70,2*	*28,6*
PA Bolzano	144,4	119,9	86,8	86,6	40,4
PA Trento	54,9	71,4	55,3	40,6	13,2
Veneto	66,6	79,8	70,5	42,2	20,2
Friuli Venezia Giulia	69,9	62,8	32,0	27,0	16,2
Emilia Romagna	78,3	115,4	86,0	50,3	19,0
Nord-orientale	*74,9*	*93,4*	*72,8*	*45,6*	*19,8*
Toscana	66,6	89,4	72,8	55,5	25,6
Umbria	56,5	46,2	85,5	60,5	27,0
Marche	88,8	149,2	110,2	59,6	26,2
Lazio	44,3	50,5	44,8	36,0	19,2
Centrale	*57,7*	*74,3*	*64,2*	*46,6*	*22,7*
Abruzzo	57,1	82,3	104,3	75,5	22,7
Molise	74,8	49,7	75,4	43,0	11,3
Campania	15,2	28,8	31,1	24,2	8,3
Puglia	48,0	60,2	59,2	45,2	13,4
Basilicata	26,3	55,2	33,7	19,8	3,7
Calabria	18,0	32,1	37,3	25,4	13,8
Meridionale	*29,8*	*44,0*	*47,9*	*35,7*	*11,8*
Sicilia	31,9	50,5	41,4	21,7	6,1
Sardegna	89,3	74,7	58,0	64,2	25,3
Insulare	*43,9*	*56,0*	*45,6*	*33,1*	*11,2*
ITALIA	**55,7**	**73,7**	**65,6**	**49,9**	**18,4**

Fonte: Elaborazioni ISTAT su dati del Ministero della Salute – Anno 2019

Il 31% e il 25% dei ricoveri droga-correlati riportano almeno una diagnosi, fra le 6 considerate, correlata rispettivamente al consumo di cocaina e di cannabis, mentre il 38% riporta "sostanze miste o sconosciute", soprattutto in riferimento ai ricoveri femminili (47% contro 34%).

Tabella 8.2.10 - Distribuzione percentuale dei ricoveri con diagnosi principale o secondarie droga-correlate per regione/PA di residenza e sostanze stupefacenti

	Distribuzione percentuale (%)					N. TOTALE
	Oppioidi	Cocaina	Cannabinoidi	Stimolanti e/o allucinogeni	Sostanze miste o non specificate	
Piemonte	28,7	31,2	23,3	1,2	40,1	1.896
Valle d'Aosta	35,6	30,1	35,6	1,4	27,4	73
Lombardia	15,8	39,3	28,2	0,7	0,5	4.795
Liguria	34,9	30,4	21,7	1,4	0,1	1.032
Nord-occidentale	*21,7*	*36,1*	*26,2*	*1,2*	*38,8*	*7.796*
PA Bolzano	27,4	24,7	30,4	2,4	33,0	336
PA Trento	33,3	15,5	17,3	3,6	50,0	168
Veneto	22,7	24,5	21,7	2,2	41,5	1.763
Friuli Venezia Giulia	42,5	16,9	14,6	2,9	42,5	308
Emilia Romagna	25,3	35,6	24,8	1,4	28,9	1.943
Nord-orientale	*25,9*	*28,4*	*23,0*	*2,0*	*35,8*	*4.518*
Toscana	32,7	30,8	19,5	1,8	35,7	1.457
Umbria	15,4	24,9	14,2	1,4	56,5	345
Marche	29,5	33,0	23,6	1,0	36,1	794
Lazio	20,2	30,0	22,0	1,0	39,0	1.521
Centrale	*26,0*	*30,4*	*20,7*	*1,3*	*38,7*	*4.117*
Abruzzo	30,7	31,8	16,4	1,9	40,6	579
Molise	32,0	22,7	18,6	0,0	44,3	97
Campania	29,4	23,4	18,8	1,7	39,3	877
Puglia	17,4	30,8	36,8	1,6	35,8	1.186
Basilicata	24,8	20,0	24,8	2,9	38,1	105
Calabria	13,9	21,4	21,4	1,2	50,6	332
Meridionale	*23,5*	*27,3*	*25,6*	*1,6*	*39,5*	*3.176*
Sicilia	13,5	29,0	39,5	1,1	33,3	964
Sardegna	28,0	18,9	29,8	1,1	38,8	665
Insulare	*19,4*	*24,9*	*35,5*	*1,1*	*35,5*	*1.629*
Estero	23,3	23,6	35,0	3,7	32,0	437
TOTALE	**23,5**	**31,0**	**25,3**	**1,5**	**37,9**	**21.677**
(n. ricoveri Maschi)	**3.691**	**5.126**	**4.324**	**238**	**5.198**	**15.314**
(n. ricoveri Femmine)	**1.400**	**1.602**	**1.158**	**85**	**3.022**	**6.363**

Fonte: Elaborazioni ISTAT su dati del Ministero della Salute – Anno 2019

Per le ospedalizzazioni che riportano almeno una diagnosi correlata al consumo di cocaina e per quelle con menzione di cannabis si osserva una tendenza all'aumento in entrambi i generi, mentre risultano in diminuzione quelle oppioidi-correlate, soprattutto in riferimento al genere maschile.

Tabella 8.2.11 - Distribuzione percentuale dei ricoveri con diagnosi principale o secondarie droga-correlate per sostanze stupefacenti e genere

		Distribuzione percentuale (%)									
		2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Oppioidi	Maschi	38,6	37,0	35,8	33,4	31,1	30,3	27,5	26,3	24,6	24,1
	Femmine	23,3	22,8	24,0	25,4	23,7	22,7	22,8	22,9	23,0	22,0
	Totale	33,1	32,0	31,8	30,9	28,8	28,0	26,1	25,3	24,1	23,5
Cocaina	Maschi	19,4	20,0	20,0	20,5	20,5	22,6	25,3	29,6	31,9	33,5
	Femmine	9,4	8,7	10,7	11,2	11,0	12,8	15,6	19,9	22,9	25,2
	Totale	15,8	16,1	16,8	17,6	17,6	19,6	22,4	26,7	29,3	31,0
Cannabinoidi	Maschi	12,2	14,5	16,1	20,2	24,8	23,3	25,4	27,7	28,6	28,2
	Femmine	5,0	5,3	7,2	8,9	11,3	12,9	14,2	15,0	16,7	18,2
	Totale	9,6	11,3	13,0	16,7	20,7	20,2	22,0	23,9	25,2	25,3
Stimolanti e/o allucinogeni	Maschi	2,0	1,9	2,0	1,9	2,0	2,0	1,8	1,6	1,5	1,6
	Femmine	1,2	1,2	1,4	1,6	1,8	1,7	1,4	1,3	1,5	1,3
	Totale	1,7	1,7	1,8	1,8	2,0	1,9	1,7	1,5	1,5	1,5
TOTALE (n.)	**Maschi**	**10.886**	**10.836**	**10.825**	**11.385**	**12.065**	**12.446**	**13.306**	**14.798**	**15.356**	**15.314**
	Femmine	**6.189**	**5.839**	**5.661**	**5.168**	**5.328**	**5.390**	**5.628**	**6.289**	**6.321**	**6.363**
	Totale	**17.075**	**16.675**	**16.486**	**16.553**	**17.393**	**17.836**	**18.934**	**21.087**	**21.677**	**21.677**

Fonte: Elaborazioni ISTAT su dati del Ministero della Salute – Anni 2010 - 2019

8.3 MORTALITÀ PER INTOSSICAZIONE ACUTA

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

I dati relativi agli episodi luttuosi per overdose da sostanze stupefacenti vengono raccolti dal Registro Speciale (RS) di mortalità della Direzione Centrale per i Servizi Antidroga (DCSA) del Ministero dell'Interno. Queste informazioni rappresentano uno dei cinque indicatori chiave rilevati dall'Osservatorio Europeo di Lisbona e vengono utilizzati ai fini della formulazione, dell'implementazione e della successiva valutazione delle linee politiche in materia di tossicodipendenze. Tuttavia, nelle statistiche sono inclusi soltanto gli episodi rilevati su base indiziaria e non risultano quindi incluse le overdose fatali per le quali non siano state coinvolte le Forze di Polizia ma che potrebbero indirettamente essere riconducibili all'uso di stupefacenti. Ne sono degli esempi i decessi dovuti a incidenti stradali per guida in stato di alterazione psicofisica, oppure dovute a complicanze patologiche fra i consumatori di droghe.

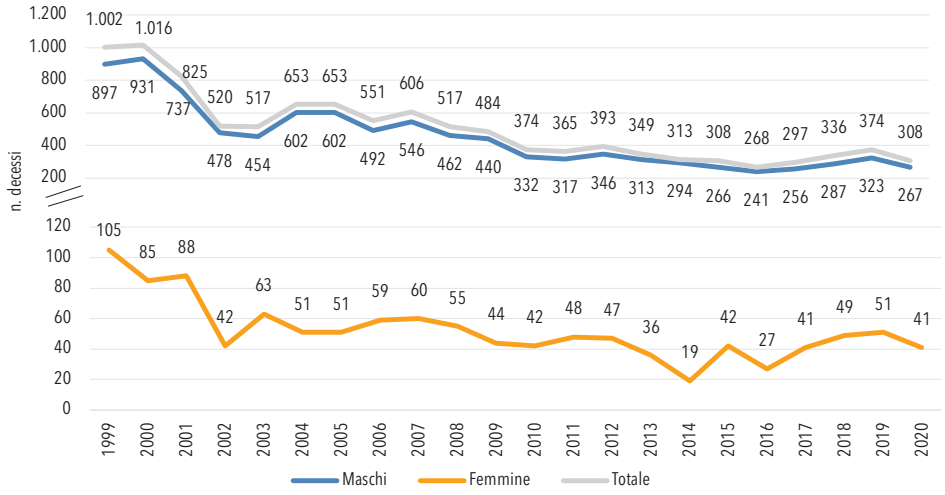
Nel corso del 2020[8], i decessi riconducibili all'abuso di sostanze stupefacenti rilevati dalle Forze di Polizia o segnalati dalle Prefetture hanno raggiunto i 308 casi (M=267; F=41), con un decremento del 18% rispetto al 2019 (n. 374). I deceduti di origine straniera sono stati 35 e hanno rappresentato l'11% del totale.

La rilevazione sui decessi droga-correlati ha avuto inizio in Italia nel 1973 con l'unico caso segnalato in quell'anno; nei successivi 47 anni, complessivamente, i decessi sono stati 26.154: il crescente andamento iniziale, soprattutto negli anni settanta e ottanta, può trovare spiegazione nell'espansione dell'uso di eroina, sostanza che ancora oggi figura come causa principale di eventi letali connessi al consumo di sostanze stupefacenti.

Il *trend* per genere conferma, nel corso degli anni, un'incidenza minore del numero di decessi femminili per intossicazione acuta da stupefacenti rispetto a quelli maschili: nel 2020, i decessi maschili hanno costituito l'87% del totale.

[8] Il dato si riferisce alle morti attribuite in via diretta alle assunzioni di droghe e ai casi per i quali sono state interessate le Forze di Polizia. Mancano quelli indirettamente riconducibili all'uso di stupefacenti, quali i decessi conseguenti a incidenti stradali per guida in stato di alterazione psico-fisica, oppure le morti di assuntori di droghe dovute a complicazioni e/o interazioni connesse a patologie preesistenti. Va anche chiarito che non tutte le segnalazioni di decessi per droga che pervengono alla DCSA dalle Forze di Polizia sono poi corredate da copia degli esami autoptici e tossicologici.

Figura 8.3.1 - Numero di decessi direttamente droga-correlati



Fonte: Ministero dell'Interno - DCSA - Anni 1999 - 2020

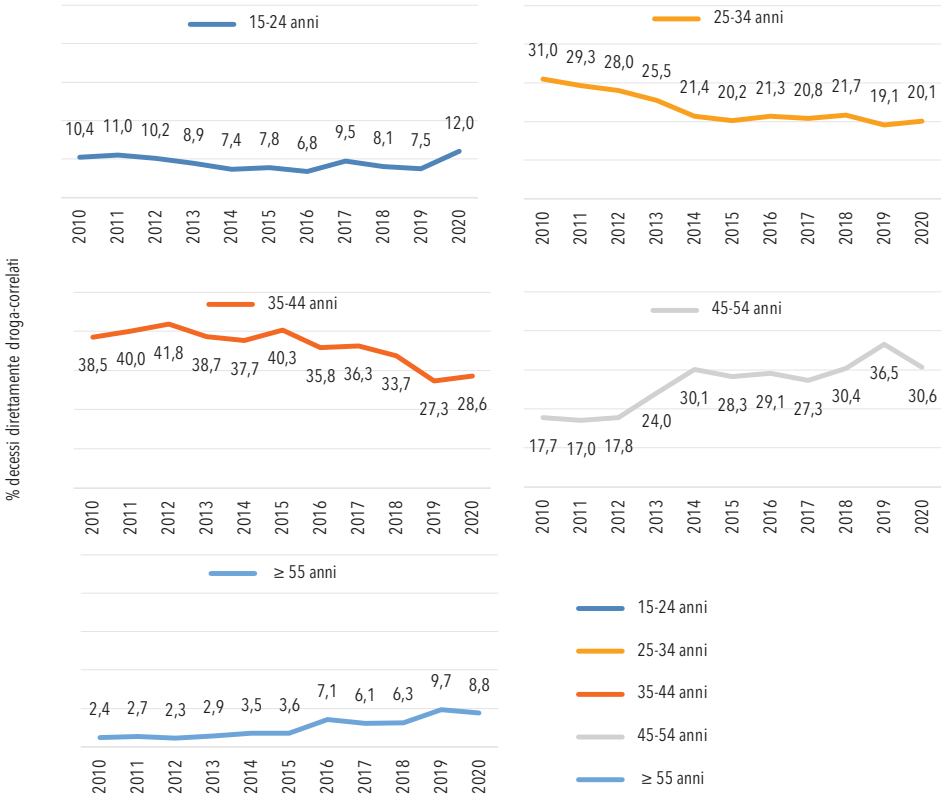
La maggior parte dei decessi (55%) ha riguardato persone di 40 anni o più, seguono quelli relativi ai 35-39enni (13%); dal 2014 si osserva un aumento della mortalità droga-correlata nelle classi di età più giovani e dal 2010 in quelle di 50 50 anni e più.

Tabella 8.3.1 – Distribuzione percentuale di decessi droga-correlati per classi di età

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
15-19 anni	1,6	3,3	3,3	2,3	1,3	2,3	1,9	3,4	2,1	2,1	3,6
20-24 anni	8,8	7,7	6,9	6,6	6,1	5,5	4,9	6,1	6,0	5,4	8,4
25-29 anni	15,2	11,5	11,7	12,9	8,3	7,5	6,7	9,4	7,4	9,7	7,1
30-34 anni	15,8	17,8	16,3	12,6	13,1	12,7	14,6	11,4	14,3	9,4	13,0
35-39 anni	22,7	17,5	21,4	16,6	15,7	23,4	19,8	17,8	18,2	13,9	13,0
40-44 anni	15,8	22,5	20,4	22,1	22,0	16,9	16,0	18,5	15,5	13,4	15,6
45-49 anni	13,4	12,6	13,2	16,6	19,2	16,6	20,9	16,5	18,2	18,8	17,9
50-54 anni	4,3	4,4	4,6	7,4	10,9	11,7	8,2	10,8	12,2	17,7	12,7
55-59 anni	2,1	1,6	2,0	2,0	2,9	2,3	4,5	5,1	3,6	6,4	5,2
≥ 60 anni	0,3	1,1	0,3	0,9	0,6	1,3	2,6	1,0	2,7	3,3	3,6
Età media	**36,6**	**36,2**	**36,8**	**36,8**	**38,2**	**39,7**	**40,2**	**39,4**	**40,1**	**41,7**	**40,1**
TOTALE (n.)	**374**	**365**	**393**	**349**	**313**	**308**	**268**	**297**	**336**	**374**	**308**

Fonte: Ministero dell'Interno - DCSA - Anni 2010-2020

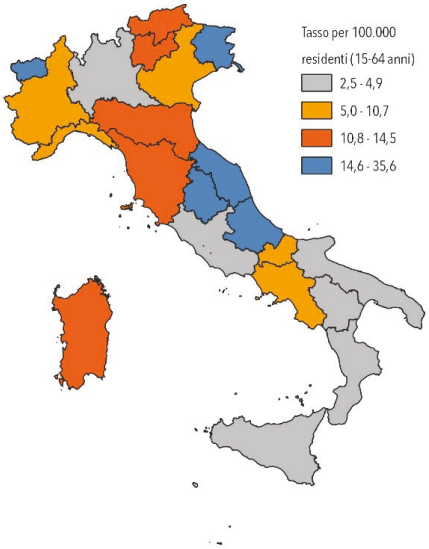
Figura 8.3.2 - Percentuale di decessi direttamente droga-correlati per classi di età



Fonte: Ministero dell'Interno - DCSA - Anni 2014-2020

In Umbria si osserva il tasso di mortalità[9] per overdose più elevato, con quasi 36 decessi ogni 1.000.000 di residenti di 15-64 anni, seguono Valle d'Aosta, con quasi 26 decessi ogni 1.000.000 di residenti, Friuli Venezia Giulia, Marche e Abruzzo, con valori superiori a 15 ogni milione di abitanti.

Figura 8.3.3 - Distribuzione per genere dei decessi direttamente droga-correlati e tasso per 1.000.000 di residenti di 15-64 anni



	N. decessi		Tasso per 1.000.000 residenti (15-64 anni)
	Maschi	Femmine	
Piemonte	17	1	6,8
Valle d'Aosta	2	---	25,6
Lombardia	21	5	4,1
Liguria	7	1	8,8
PA Bolzano	3	2	14,4
PA Trento	5		14,5
Veneto	27	6	10,7
Friuli Venezia Giulia	11	2	19,0
Emilia Romagna	30	2	11,4
Toscana	26	4	13,2
Umbria	13	6	35,6
Marche	17		18,2
Lazio	17	1	4,9
Abruzzo	12	1	16,0
Molise	---	1	5,3
Campania	24	2	7,2
Puglia	7	3	3,2
Basilicata	---	1	2,8
Calabria	3	---	2,5
Sicilia	13	2	4,8
Sardegna	12	1	12,7
ITALIA	**267**	**41**	**8,2**

Fonte: Ministero dell'Interno - DCSA - Anno 2020

In valore assoluto, nel 2020 le regioni più colpite sono Veneto, Emilia-Romagna e Toscana. Negli ultimi dieci anni, la regione più colpita è stata Emilia Romagna con 363 decessi, seguita da Lazio (n.356), Toscana (n.348), Campania (n.329), Piemonte (n.297), Veneto (n.279) e Lombardia (n.233), mentre, fra quelle meno colpite, si confermano Molise (n.10), Valle d'Aosta (n.14) e Basilicata (n.19).

[9] Popolazione residente al 01/01/2021 (stima) - Estrazione 15/05/2021 – www.demo.istat.it

Tabella 8.3.2 - Numero assoluto di decessi direttamente droga-correlati per regione

	N. decessi										
	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Piemonte	21	39	23	27	33	32	36	25	36	28	18
Valle d'Aosta	2	1	0	2	3	0	3	2	1	0	2
Lombardia	33	20	24	18	16	25	21	14	32	37	26
Liguria	8	9	7	18	17	9	11	7	9	12	8
PA Bolzano	2	1	0	3	2	1	1	4	5	6	5
PA Trento	0	4	3	3	2	3	5	1	3	3	5
Veneto	15	27	25	20	26	15	24	36	36	37	33
Friuli Venezia Giulia	9	12	7	1	5	6	4	8	8	11	13
Emilia Romagna	20	33	38	34	37	43	25	34	34	53	32
Toscana	22	28	43	32	37	33	28	43	35	39	30
Umbria	28	27	25	19	17	9	9	11	11	9	19
Marche	23	13	26	24	19	19	17	13	13	17	17
Lazio	72	41	51	57	35	33	20	37	29	35	18
Abruzzo	8	7	6	10	8	3	3	11	15	14	13
Molise	4	2	1	0	1	0	0	2	3	0	1
Campania	51	61	69	31	17	37	19	22	21	26	26
Puglia	8	5	3	5	7	2	3	9	6	7	10
Basilicata	1	3	1	1	1	3	3	1	3	2	1
Calabria	7	5	2	1	3	4	4	3	3	4	3
Sicilia	25	12	18	19	6	12	17	4	18	9	15
Sardegna	15	13	20	23	21	19	15	10	15	25	13
TOTALE	**374**	**365**	**393**	**349**	**313**	**308**	**268**	**297**	**336**	**374**	**308**

Fonte: Ministero dell'Interno - DCSA - Anni 2010-2020

L'eroina si conferma la sostanza prevalentemente associata ai decessi per overdose.

Nel 2020 il 56% dei decessi è dovuto al consumo di oppiacei: 136 sono stati i casi eroina-correlati e 35 quelli per overdose di metadone. Per questi ultimi si osserva un aumento considerevole che da 2,4% del 2010 passano a 11% nell'ultimo anno.

I decessi correlati all'uso di cocaina/crack sono stati 69, mostrando un aumento progressivo nel corso del decennio, per amfetamina e barbiturici sono stati 2 casi rispettivamente, per ketamina, mefedrone (4MMC) e metamfetamina 1 caso ciascuno, mentre in 61 casi la sostanza non è stata indicata.

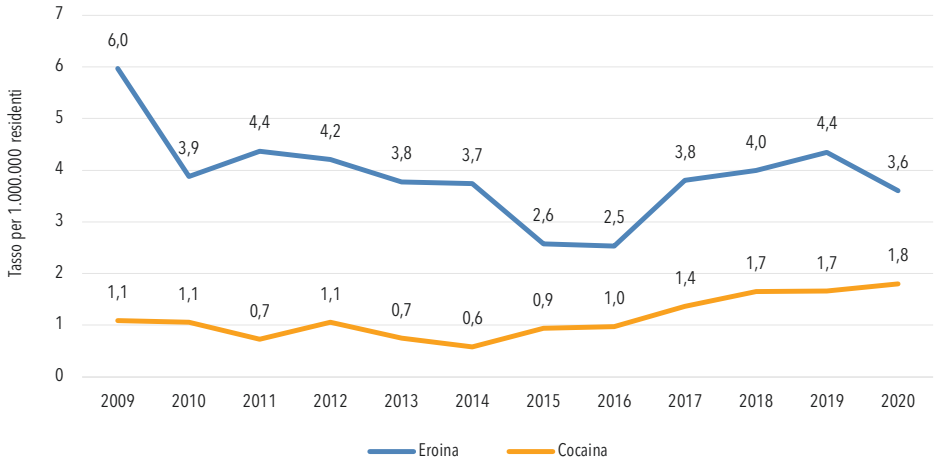
Tabella 8.3.4 - Percentuale dei decessi direttamente droga-correlati per tipologia di sostanza

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Oppioidi	43,6	52,1	43,8	46,1	50,2	34,4	40,7	54,5	51,5	49,2	55,5
Eroina	*41,2*	*47,9*	*41,7*	*42,4*	*47,0*	*33,4*	*37,3*	*50,2*	*46,4*	*44,9*	*44,2*
Metadone	*2,4*	*4,1*	*2,0*	*3,7*	*3,2*	*1,0*	*3,4*	*4,4*	*5,1*	*4,3*	*11,4*
Cocaina	11,2	8,2	10,4	8,6	7,3	12,3	14,6	17,8	19,0	17,4	22,4
Stimolanti	0,3	0,5	0,5	1,4	0,3	1,0	0,4	1,3	0,9	1,1	1,6
Barbiturici	0,3	0,5	0,3	0,3	0,0	0,6	0,4	0,3	0,0	0,3	0,6
Altro	0,3	0,3	0,0	0,6	0,0	0,3	0,7	1,0	0,9	1,1	0,0
Sostanze non specificate	44,4	38,4	45,0	43,0	42,2	51,3	43,3	24,9	27,7	31,0	19,8
TOTALE	**374**	**365**	**393**	**349**	**313**	**308**	**268**	**297**	**336**	**374**	**308**

Fonte: Ministero dell'Interno - DCSA - Anni 2010-2020

Nell'ultimo anno il tasso dei decessi direttamente correlati al consumo di eroina è leggermente diminuito, passando da 4,4 del 2019 a 3,6 decessi ogni 1.000.000 di residenti 15-64enni[10]; nell'ultimo, invece, risulta stabile il tasso di mortalità cocaina-correlata.

Figura 8.3.4 - Tassi dei decessi direttamente correlati al consumo di eroina e di cocaina ogni 1.000.000 di residenti di 15-64 anni



Fonte: Ministero dell'Interno - DCSA - Anni 2010-2020

[10] Popolazione residente al 01/01/2021 (stima) - Estrazione 15/05/2021 – www.demo.istat.it

8.4 MORTALITÀ DROGA-INDOTTA

Fonte: Istituto nazionale di Statistica (ISTAT) - Direzione centrale per le statistiche sociali e il welfare - Servizio Sistema integrato salute, assistenza e previdenza. I dati sono riferiti al 2018, annualità più recente disponibile.

Le statistiche annuali sulle cause di morte rappresentano la principale fonte esaustiva delle informazioni epidemiologiche in Italia: l'indagine ha una copertura totale e il campo di osservazione è costituito dall'insieme di tutti i decessi che si verificano sul territorio nazionale (popolazione presente) in un anno di calendario, per i quali vengono rilevate informazioni demosociali e di carattere sanitario.

Le statistiche di mortalità per causa derivano dalla "Indagine su decessi e cause di morte" e si basano sulle certificazioni delle cause di morte effettuate dai medici, che devono essere fatte pervenire agli Uffici di Stato Civile dei Comuni. L'unità di rilevazione è il singolo individuo deceduto.

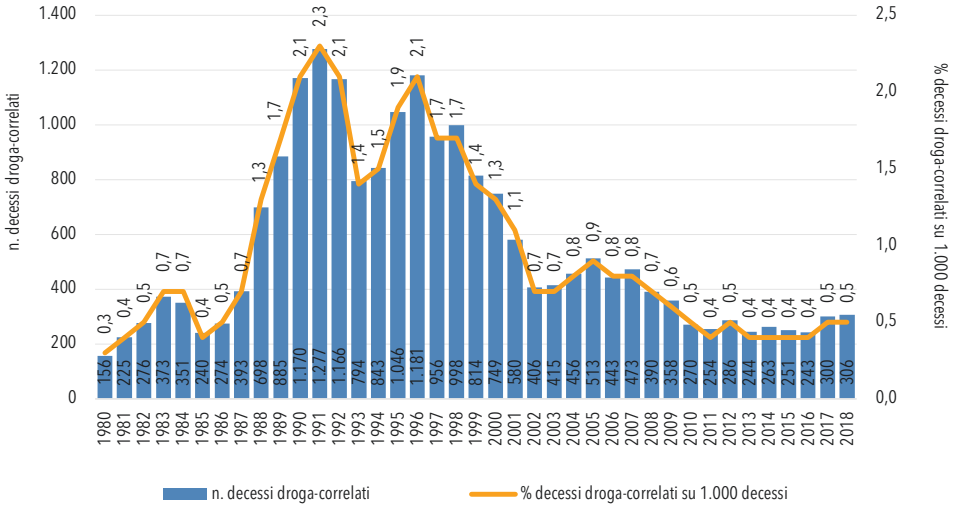
Il Registro Generale di Mortalità dell'ISTAT, quindi, rileva dati che risultano molto utili per l'analisi sulla mortalità droga-correlata: contiene informazioni relative alla causa iniziale del decesso, alle condizioni patologiche e ad altre condizioni di interesse, ricavando tali dati dai singoli certificati di morte. Le informazioni mediche contenute nei certificati di morte vengono codificate in base alla *International Statistical Classification of Diseases and Related health Problems, X Revision* (ICD-10) stabilita dall'Organizzazione Mondiale della Sanità. In accordo con i criteri definiti dall'*European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction* - EMCDDA, i codici ICD-10 utilizzati per la selezione dei decessi droga-correlati sono:

- Disturbi mentali e comportamentali da uso di:
    - oppioidi (F11)
    - cannabinoidi (F12)
    - cocaina (F14)
    - altri stimolanti (F15)
    - allucinogeni (F16)
    - sostanze psicoattive multiple e altre sostanze psicoattive (F19);

- Avvelenamento accidentale:
  - da narcotici e psicodislettici [allucinogeni], non classificati altrove (X42)[11]
  - da antiepilettici, sedativi-ipnotici, farmaci antiparkinsoniani e psicotropi, non classificati altrove (X41)[12];
- Auto-avvelenamento intenzionale:
  - da narcotici e psicodislettici [allucinogeni], non classificati altrove (X62)[11]
  - da antiepilettici, sedativi-ipnotici, farmaci antiparkinsoniani e psicotropi, non classificati altrove (X61)[12];
- Evento con intenzionalità non determinata:
  - da narcotici e psicodislettici [allucinogeni], non classificati altrove (Y12)[11]
  - da antiepilettici, sedativi-ipnotici, farmaci antiparkinsoniani e psicotropi, non classificati altrove (Y11)12.

In Italia nel corso del 2018 si sono verificati 306 decessi (M=256; F=50) con causa iniziale droga-correlata senza alcuna variazione rispetto al 2017. Nel corso degli anni la mortalità droga-correlata risulta essersi ridotta notevolmente: rispetto al totale dei decessi annui, passa da meno di 1 decesso ogni mille dei primi anni '80 al 2 per mille degli anni '90 allo 0,5 degli ultimi anni.

Figura 8.4.1 - Numero assoluto di decessi per causa iniziale droga-correlata



Fonte: ISTAT Indagine sui decessi e le cause di morte - Anni 1980-2018

[11] In combinazione con Avvelenamento da narcotici e psicodislettici [allucinogeni] (T40.0 – 9).
[12] In combinazione con Avvelenamento da farmaci psicotropi non classificati altrove (T43.6).

Dalla distribuzione regionale si evidenzia un considerevole aumento del numero di decessi droga-correlati nelle regioni Piemonte, Lombardia ed Emilia Romagna, a fronte del decremento registrato in Toscana, Lazio e Puglia.

Tabella 8.4.1 – Numero decessi per causa iniziale droga-correlata per regione/PA di residenza e distribuzione percentuale

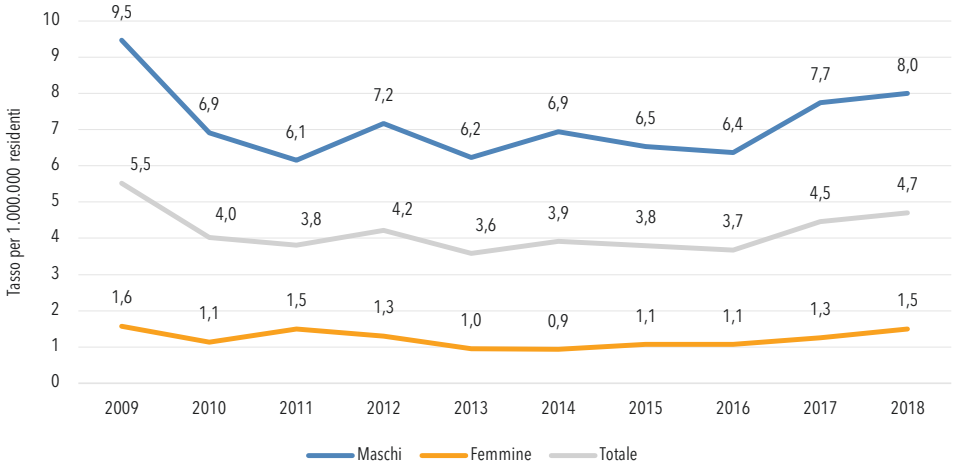
	2014		2015		2016		2017		2018	
	n.	%	n.	%	n.	%	n.	%	n.	%
Piemonte	34	12,9	35	13,9	37	15,2	34	11,3	53	17,3
Valle d'Aosta	1	0,4	1	0,4	1	0,4	0	0	2	0,7
Lombardia	24	9,1	22	8,8	20	8,2	25	8,3	44	14,4
Liguria	5	1,9	1	0,4	2	0,8	5	1,7	5	1,6
Nord-occidentale	*64*	*24,3*	*59*	*23,5*	*60*	*24,6*	*64*	*21,3*	*104*	*34,0*
PA Bolzano	4	1,5	2	0,8	6	2,5	5	1,7	6	2,0
PA Trento	3	1,1	3	1,2	4	1,6	5	1,7	2	0,7
Veneto	13	4,9	20	8	22	9,1	26	8,7	22	7,2
Friuli Venezia Giulia	5	1,9	6	2,4	7	2,9	12	4	9	2,9
Emilia Romagna	17	6,5	22	8,8	17	7	23	7,7	30	9,8
Nord-orientale	*42*	*15,9*	*53*	*21,2*	*56*	*23,1*	*71*	*23,8*	*69*	*22,6*
Toscana	42	16	28	11,2	22	9,1	35	11,7	25	8,2
Umbria	9	3,4	9	3,6	7	2,9	11	3,7	8	2,6
Marche	17	6,5	12	4,8	7	2,9	11	3,7	12	3,9
Lazio	27	10,3	21	8,4	21	8,6	27	9	10	3,3
Centrale	*95*	*36,2*	*70*	*28,0*	*57*	*23,5*	*84*	*28,1*	*55*	*18,0*
Abruzzo	6	2,3	5	2	9	3,7	12	4	13	4,2
Molise	2	0,8	0	0	0	0	0	0	2	0,7
Campania	6	2,3	15	6	9	3,7	8	2,7	8	2,6
Puglia	7	2,7	9	3,6	9	3,7	16	5,3	9	2,9
Basilicata	1	0,4	3	1,2	4	1,6	1	0,3	3	1,0
Calabria	2	0,8	2	0,8	3	1,2	0	0	3	1,0
Meridionale	*24*	*9,3*	*34*	*13,6*	*34*	*13,9*	*37*	*12,3*	*38*	*12,4*
Sicilia	9	3,4	5	2	8	3,3	7	2,3	9	2,9
Sardegna	18	6,8	18	7,2	15	6,2	16	5,3	15	4,9
Insulare	*27*	*10,2*	*23*	*9,2*	*23*	*9,5*	*23*	*7,6*	*24*	*7,8*
Estero	11	4,2	12	4,8	13	5,3	21	7,0	16	5,2
ITALIA	**263**	**100,0**	**251**	**100,0**	**243**	**100,0**	**300**	**100,0**	**306**	**100,0**

Fonte: ISTAT - Indagine sui decessi e le cause di morte - Anni 2014-2018

Il tasso di mortalità droga-correlata, standardizzato per età e genere[13], dal 2013 al 2016 si è mantenuto intorno a 3,6/3,9 decessi ogni 1.000.000 di residenti, per aumentare nel biennio successivo e mantenere un valore intorno a 4,5/4,7 decessi ogni milione di abitanti. Nel genere maschile la mortalità per causa iniziale droga-correlata risulta costantemente più elevata e nel 2018 risulta 5 volte superiore a quello femminile.

[13] I tassi standardizzati di mortalità sono stati calcolati con il metodo diretto utilizzando classi di età quinquennali (0, 1-5, 5-9,... , 95+); la popolazione standard utilizzata è quella europea, revisione del 2013 (https://ec.europa.eu/eurostat/documents/3859598/5926869/KS-RA-13-028-EN.PDF/e713fa79-1add-44e8-b23d-5e8fa09b3f8f).

Figura 8.4.2 - Tassi standardizzati di mortalità per causa iniziale droga-correlata per genere per 1.000.000 residenti



Fonte: ISTAT - Indagine sui decessi e le cause di morte - Anni 2009-2018

Il 65% dei deceduti ha un'età compresa tra 35 e 54 anni e il 12% ha 55 anni o più; è tra le persone di 45 anni e oltre che si registra un aumento considerevole dei decessi droga-correlati, a fronte di una diminuzione tra i giovani e i giovani adulti.

L'età media dei deceduti è 43 anni, con un aumento di circa 5 anni nel corso dell'ultimo decennio, aumento che risulta particolarmente sostenuto nei decessi femminili.

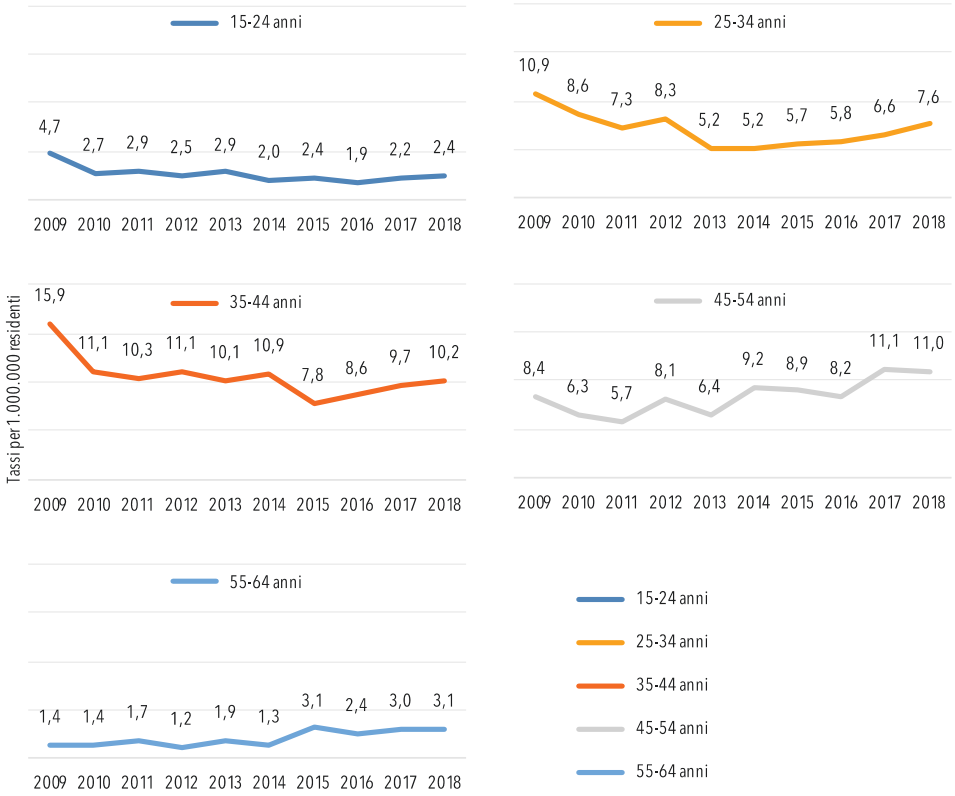
Tabella 8.4.2 - Distribuzione percentuale per classe di età dei decessi per causa inziale droga-correlata ed età media

	Distribuzione percentuale (%)									
	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
15-24 anni	8,7	7,0	7,5	5,9	7,4	5,7	6,4	4,9	4,7	4,9
25-34 anni	24,4	25,6	23,6	24,8	19,3	14,8	17,9	18,5	17,7	18,0
35-44 anni	43,7	40,7	39,8	38,5	40,6	39,2	28,7	31,7	30,3	29,7
45-54 anni	19,9	21,5	20,5	25,5	24,6	34,2	35,0	34,6	36,6	35,3
55-64 anni	2,8	4,1	5,1	3,5	6,1	3,8	9,6	7,8	8,0	8,5
≥ 65 anni	0,5	1,1	3,5	2,1	2,0	2,3	2,4	2,5	2,7	3,6
	Età media (anni)									
Maschi	38	38	39	39	40	42	43	43	43	42
Femmine	39	39	44	45	42	45	46	39	42	48
Totale	38	39	40	40	40	42	43	43	43	43

Fonte: ISTAT - Indagine sui decessi e le cause di morte - Anni 2009-2018

Nell'ultimo biennio i tassi di mortalità droga-correlata più elevati si rilevano tra i 45-54enni; fino all'anno 2014 risultavano, invece, tra i 35-44enni.

Figura 8.4.3 - Tassi di mortalità per causa iniziale droga-correlata specifici per età per 1.000.000 di residenti



Fonte: ISTAT - Indagine sui decessi e le cause di morte – Anni 2009-2018

I tassi di mortalità per ripartizione geografica risultano compresi tra 2,7 e 6,4 decessi per 1.000.000 di residenti nelle regioni del Sud e del Nord-Ovest, rispettivamente. Le aree nord-orientali si distinguono per valori più elevati tra i giovani di 15-24 anni, mentre le regioni nord-occidentali per quelli riferiti alle classi di età più elevate.

Tabella 8.4.3 - Tassi standardizzati di mortalità per causa iniziale droga-correlata per genere e specifici per classe di età per 1.000.000 di residenti

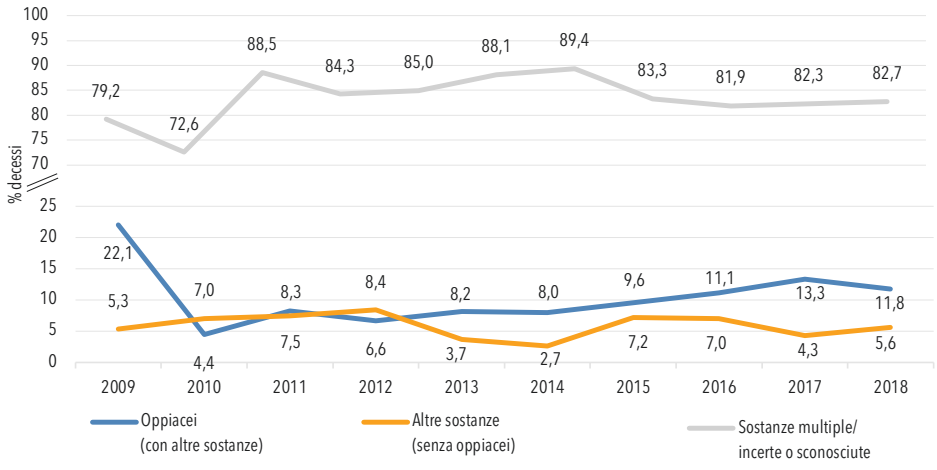
		Tassi per 1.000.000 residenti					
		Nord-occidentale	Nord-orientale	Centrale	Meridionale	Insulare	ITALIA
Genere	Maschi	10,7	8,9	7,0	5,1	7,0	8,0
	Femmine	1,9	2,6	1,7	0,3	0,3	1,5
	Totale	**6,4**	**5,8**	**4,3**	**2,7**	**3,7**	**4,7**
Classi di età	15-24 anni	1,4	5,5	1,8	1,3	2,9	2,4
	25-34 anni	12,1	8,4	5,5	4,1	7,6	7,6
	35-44 anni	11,5	12,7	10,2	6,3	11,0	10,2
	45-54 anni	16,5	11,9	11,1	6,0	4,9	11,0
	55-64 anni	4,6	3,8	2,4	2,1	1,1	3,1

Fonte: ISTAT - Indagine sui decessi e le cause di morte – Anno 2018

Per l'83% dei decessi droga-correlati avvenuti nel 2018, senza sostanziali variazioni nel corso dell'ultimo decennio, la causa iniziale è stata attribuita all'uso e/o misuso di due o più sostanze psicoattive per le quali non è possibile stabilire quale abbia contribuito maggiormente al decesso, o di altre sostanze per le quali l'identità è incerta o sconosciuta. Per quanto riguarda i decessi correlati all'uso di oppiacei, nel 2018 hanno rappresentato il 12% del totale: dopo il valore massimo rilevato nel 2009 (22%), passano al 4,4% nel 2010 per aumentare gradualmente nel corso degli anni successivi e raggiungere il 13% nel 2017.

I decessi correlati al consumo di altre sostanze psicoattive note diverse da oppiacei corrispondono al 5,6% e nel tempo mostrano una ampia variabilità (da 2,7% del 2014 a 8,4% del 2012).

Figura 8.4.4 - Distribuzione percentuale per tipo di sostanza dei decessi per causa iniziale droga-correlata



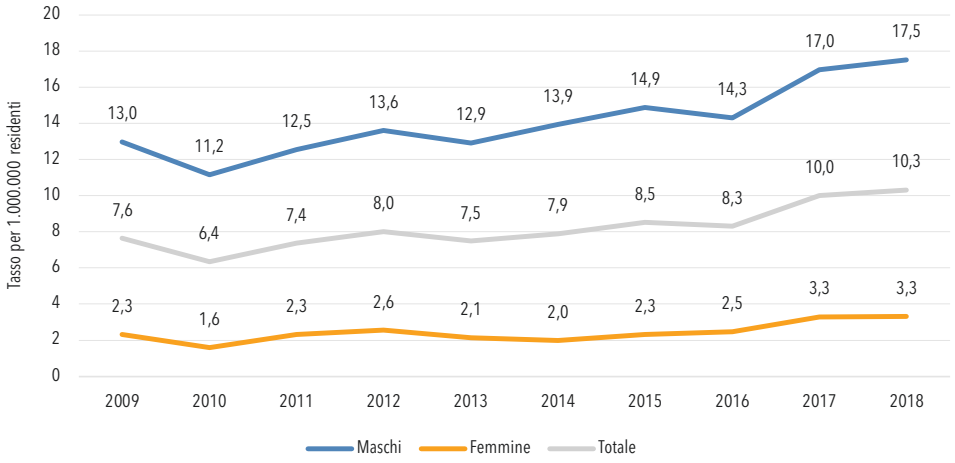
Fonte: ISTAT - Indagine sui decessi e le cause di morte - Anni 2009-2018

ANALISI PER DIAGNOSI MULTIPLE

L'analisi della mortalità sulla base di tutte le condizioni patologiche, riportate nelle schede di morte, consente di individuare anche quei decessi per i quali le condizioni droga-correlate, pur avendo contribuito al decesso, non ne rappresentano le cause scatenanti. Su tale base, nel corso del 2018 i decessi droga-correlati sono stati 682, oltre il doppio di quelli rilevati considerando esclusivamente la causa iniziale (n. 306): l'83% è riferito a soggetti di genere maschile (M=568; F=114) e il 3,2% a residenti all'estero. Anche in questo caso, i decessi maschili risultano quasi 5 volte superiori a quelli femminili.

In linea con quanto rilevato nel 2017, il tasso di mortalità (standardizzato per età e genere) si mantiene intorno a 10 decessi ogni 1.000.000 di residenti, mostrando un andamento crescente, soprattutto nel genere maschile, dal 2009.

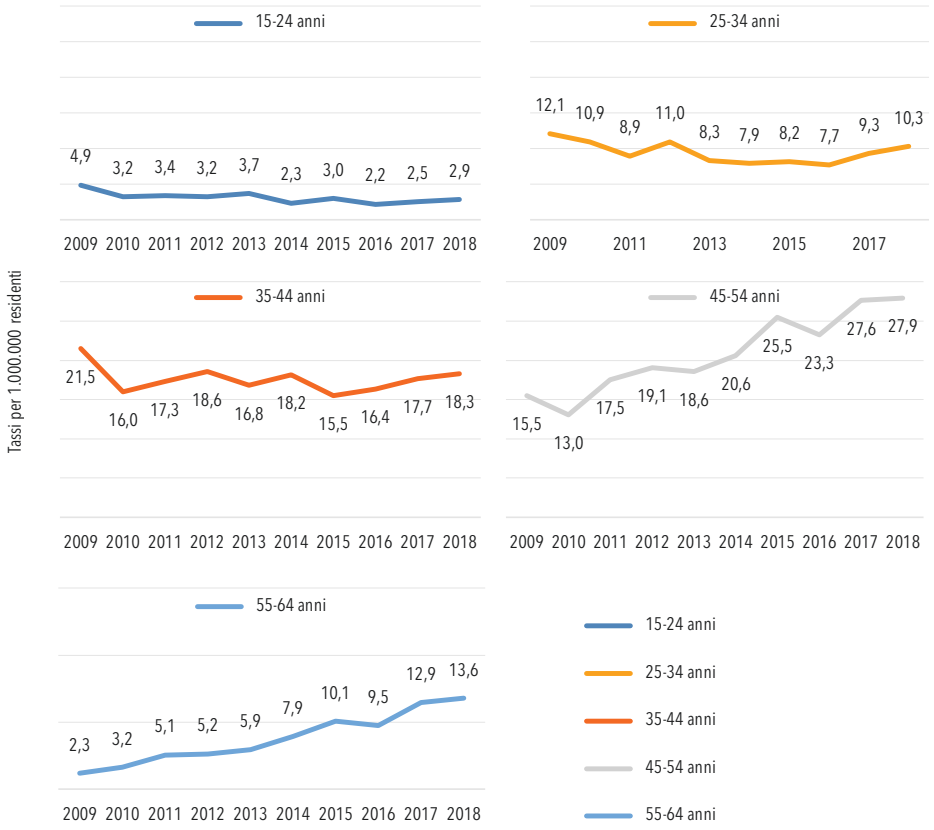
Figura 8.4.5 - Tassi standardizzati di mortalità per cause multiple droga-correlate per genere per 1.000.000 di residenti



Fonte: ISTAT - Indagine sui decessi e le cause di morte - Anni 2009-2018

L'analisi per età mostra un considerevole aumento dei tassi di mortalità droga-correlata tra le persone over 45: tra i 45-54enni si passa da 13 decessi ogni 1.000.000 di residenti del 2010 a 28 nel 2018 e, tra i 55-64enni, da 2,3 a 14 dal 2009 al 2018.

Figura 8.4.6 - Tassi specifici di mortalità per cause multiple droga-correlate per classe di età per 1.000.000 di residenti



Fonte: ISTAT - Indagine sui decessi e le cause di morte - Anni 2009-2018

Nel 2018 i tassi standardizzati di mortalità per cause multiple droga-correlate risultano compresi tra 7,7 decessi ogni 1.000.000 di residenti riscontrato nelle Isole e 14 del Nord-est, dove i tassi risultano i più elevati per entrambi i generi e per tutte le classi di età, fatta eccezione per i 45-54enni, per i quali i valori superiori si rilevano nelle regioni nord-occidentali.

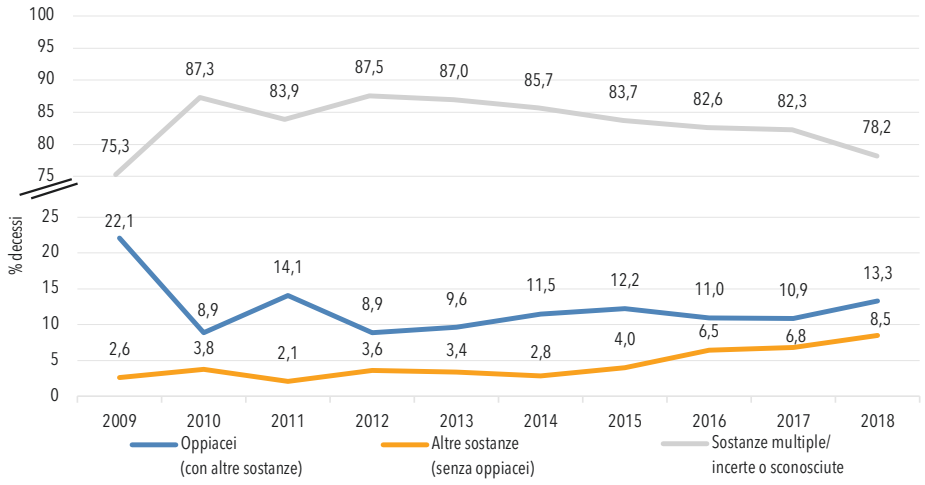
Tabella 8.4.4 - Tassi standardizzati di mortalità per cause multiple droga-correlate per genere e specifici per classe di età per 1.000.000 di residenti

		Tassi per 1.000.000 residenti					
		Nord-ovest	Nord-est	Centro	Sud	Isole	ITALIA
Genere	Maschi	18,9	21,9	15,5	14,5	16,0	17,5
	Femmine	4,2	5,1	3,9	1,1	1,7	3,3
	Totale	**11,6**	**13,5**	**9,6**	**7,7**	**8,7**	**10,3**
Classi di età	15-24 anni	1,4	7,4	2,7	1,3	2,9	2,9
	25-34 anni	13,9	14,2	8,6	6,5	7,6	10,3
	35-44 anni	18,4	22,1	16,1	16,8	18,8	18,3
	45-54 anni	33,8	32,0	23,7	23,2	23,3	27,9
	55-64 anni	13,8	21,5	14,7	7,5	9,9	13,6

Fonte: ISTAT - Indagine sui decessi e le cause di morte – Anno 2018

Nel 2018 il 78% dei decessi droga-correlati per cause multiple è dovuto all'uso e/o misuso di più sostanze psicoattive o di origine incerta o sconosciuta, mostrando un graduale e costante decremento dal 2012, mentre il 13% è dovuto all'uso di oppiacei (con o senza altre sostanze), con ampie variazioni nel corso degli anni. Infine l'8,5% dei decessi droga-correlati sono attribuiti all'uso di altre sostanze psicoattive note senza menzione di oppiacei, quota che nell'ultimo triennio si è mantenuta tra 6,5% e 8,5%.

Figura 8.4.7 - Distribuzione percentuale per tipo di sostanza dei decessi per cause multiple droga-correlate



Fonte: ISTAT - Indagine sui decessi e le cause di morte – Anni 2009-2018

Nel triennio 2016-2018 i certificati di decesso con riportate diagnosi correlate al consumo di sostanze stupefacenti e riferiti alle persone di 15-64 anni sono stati 1.795, contro 824 casi registrati considerando la sola causa iniziale di decesso.

Il rapporto tra cause multiple e iniziale nel complesso non differisce per genere, bensì per età: nella classe di età 55-64 anni i valori risultano ampiamente più elevati, soprattutto per i decessi femminili.

Tabella 8.4.5 - Numero e tassi dei decessi per causa iniziale e per cause multiple droga-correlate per genere e classe di età per 1.000.000 di residenti. Triennio 2016-2018

		Causa iniziale		Cause multiple		Rapporto cause multiple/iniziale
		N.	Tasso per 1.000.000 residenti	N.	Tasso per 1.000.000 residenti	
Maschi	15-24 anni	28	3,3	33	3,9	1,2
	25-34 anni	131	13,5	177	18,2	1,4
	35-44 anni	228	20,1	402	35,4	1,8
	45-54 anni	260	17,7	670	45,6	2,6
	55-64 anni	62	5,0	241	19,4	3,9
	15-64 anni	**709**	**12,5**	**1.523**	**26,9**	**2,1**
Femmine	15-24 anni	13	1,4	15	1,6	1,2
	25-34 anni	22	2,2	31	3,1	1,4
	35-44 anni	31	2,7	64	5,7	2,1
	45-54 anni	42	2,9	111	7,7	2,6
	55-64 anni	7	0,6	51	4,4	7,3
	15-64 anni	**115**	**2,0**	**272**	**4,8**	**2,4**
Totale	15-24 anni	41	2,3	48	2,7	1,2
	25-34 anni	153	7,8	208	10,6	1,4
	35-44 anni	259	10,4	466	18,8	1,8
	45-54 anni	302	10,4	781	26,9	2,6
	55-64 anni	69	2,9	292	12,1	4,2
	15-64 anni	**824**	**7,2**	**1.795**	**15,6**	**2,2**

Fonte: ISTAT - Indagine sui decessi e le cause di morte - Triennio 2016-2018

Sempre con riferimento al triennio 2016-2018, per quanto riguarda i decessi correlati all'uso di sostanze miste o non identificabili il rapporto cause multiple su iniziale aumenta al crescere dell'età. Analizzando i decessi oppiacei-correlati o dovuti all'utilizzo di altre sostanze note senza menzione di oppiacei, si osserva una maggiore variabilità, nonostante la classe di età 55-64 anni riporti sempre il rapporto maggiore.

Tabella 8.4.6 - Numero e tasso (ogni 1.000.000 di residenti) dei decessi con causa iniziale e per cause multiple droga-correlate per sostanza e classe di età - Triennio 2016-2018

		Causa iniziale		Cause multiple		Rapporto cause multiple/iniziale
		N.	Tasso per 1.000.000 residenti	N.	Tasso per 1.000.000 residenti	
Oppiacei (con menzione di altre sostanze)	15-24 anni	4	0,2	7	0,4	2,0
	25-34 anni	26	1,3	34	1,7	1,3
	35-44 anni	22	0,9	44	1,8	2,0
	45-54 anni	28	1,0	77	2,7	2,7
	55-64 anni	10	0,4	28	1,2	3,0
	15-64 anni	**90**	**0,8**	**190**	**1,7**	**2,1**
Altre sostanze (senza menzione di oppiacei)	15-24 anni	3	0,2	9	0,5	2,5
	25-34 anni	7	0,4	22	1,1	2,8
	35-44 anni	18	0,7	46	1,9	2,7
	45-54 anni	27	0,9	68	2,3	2,6
	55-64 anni	2	0,1	16	0,7	7,0
	15-64 anni	**57**	**0,5**	**161**	**1,4**	**2,8**
Sostanze multiple o incerte/ sconosciute	15-24 anni	34	1,9	32	1,8	0,9
	25-34 anni	120	6,1	152	7,7	1,3
	35-44 anni	219	8,8	376	15,2	1,7
	45-54 anni	247	8,5	636	21,9	2,6
	55-64 anni	57	2,4	256	10,6	4,4
	15-64 anni	**677**	**5,9**	**1.452**	**12,6**	**2,1**

Fonte: ISTAT - Indagine sui decessi e le cause di morte - Triennio 2016-2018

PARTE V
STATUS QUO E PROSPETTIVE FUTURE

PAGINA BIANCA

CAPITOLO 9

LO STATUS QUO DELLE REGIONI: OBIETTIVI DI CONVERGENZA

9.1 Obiettivi di convergenza nel panorama Regionale delle Dipendenze

Fonte: Gruppo tecnico interregionale Dipendenze costituito presso la Commissione Salute della Conferenza delle Regioni e delle Province Autonome.
Elaborazioni: Consiglio Nazionale delle Ricerche - Istituto di Fisiologia Clinica

Il Progetto STATUS QUO, voluto dal Dipartimento Politiche Antidroga e coordinato dall'IFC-CNR, è stato possibile grazie alla stretta collaborazione di tutte le Regioni e Province Autonome. Il lavoro di ricerca ha permesso di acquisire un quadro conoscitivo degli aspetti normativo-legislativi, strategico-organizzativi ed economico-finanziari, presenti nel territorio nazionale e ha avuto il valore aggiunto di rilevare, attraverso delle interviste semi-strutturate proposte ai referenti Regionali un quadro sistematico delle maggiori innovazioni adottate nei territori, dei bisogni espressi e delle indicazioni per il futuro.

I lavoro di analisi ha permesso di evidenziare le difficoltà strutturali che i Servizi sulle dipendenze vivono quotidianamente, le attività innovative messe in campo e alcune proposte operative orientate a ridurre l'attuale differenziazione dei Servizi che sembrerebbe risultare eccessivamente elevata in relazione all'intero territorio nazionale.

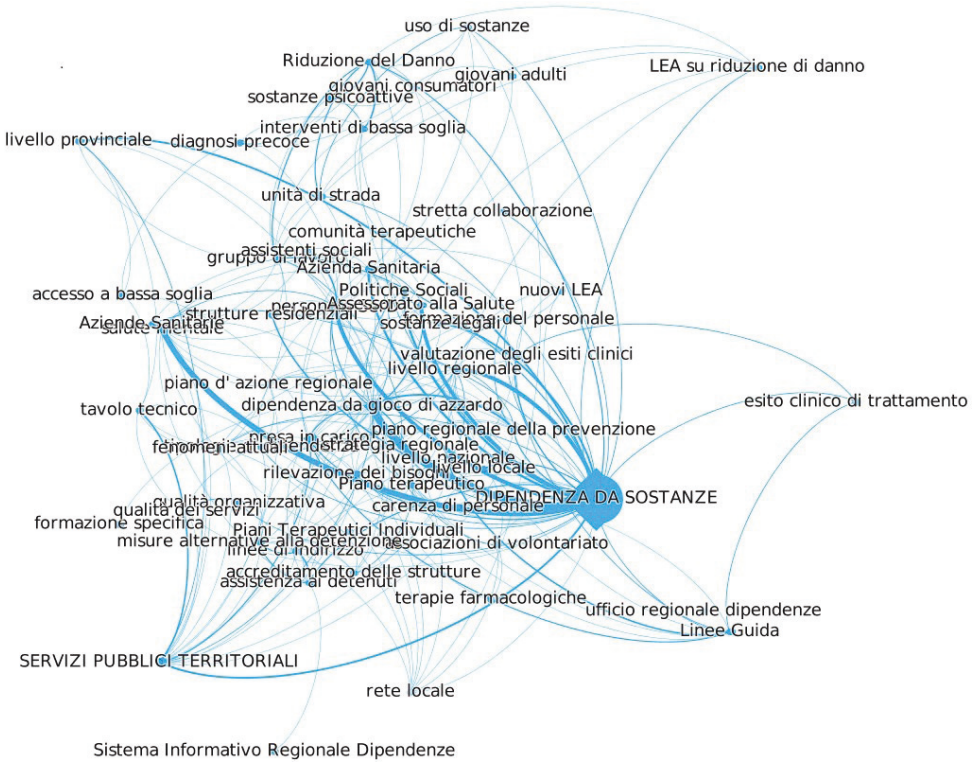
Le analisi testuali sono state coadiuvate tramite l'utilizzo di una tecnica innovativa che ha permesso di compiere un'analisi semantica profonda dei testi. Al fine di creare un'ontologia specifica per il dominio del fenomeno delle Tossicodipendenze, le fonti testuali messe a disposizione nel progetto (interviste referenti regionali) sono state analizzate tramite il sistema *Text-To-Knowledge* (T2K). Per facilitare la lettura delle immagini è necessario tenere conto che il grafo si compone di nodi e di archi di connessione fra in nodi stessi. I nodi rappresentano le entità, ovvero gli elementi semantici più significativi estratti dalle interviste; gli archi rappresentano le relazioni, ovvero le connessioni fra gli elementi semantici.

La chiave di lettura del grafo è basata su una metrica tale per cui:

- l'ampiezza dei nodi è proporzionale alla frequenza delle entità corrispondenti, quindi "DIPENDENZA DA SOSTANZE" è l'elemento semantico più frequente, seguito da "SERVIZI PUBBLICI TERITORIALI", seguito da "AZIENDA SANITARIA" e così via;
- l'ampiezza degli archi è proporzionale a misure di peso semantico calcolato in base alle co-occorrenze delle entità e alle similitudini tra loro, ad esempio le connessioni tra "DIPENDENZA DA SOSTANZE",

"DIPENDENZA DA GIOCO D'AZZARDO" e "SALUTE MENTALE" sono evidenziate da archi di spessore più grande rispetto agli altri.

Figura 9.1 - Grafo della conoscenza riferito a tutti gli elementi semantici rilevati nelle interviste strutturate



Come si evince intuitivamente dal grafo, che rappresenta l'estrema sintesi delle interviste fatte ai referenti regionali, le principali indicazioni emerse sono relative alla necessità di integrazione delle fragilità che compongono il mondo delle dipendenze. Un tema questo fortemente sottolineato da tutti gli operatori che si occupano di cura-prevenzione-riduzione dei rischi e dei danni.

La dipendenza da sostanze viene percepita dalle istituzioni periferiche, così come dagli operatori attivi sul territorio, come un *continuum* con la dipendenza da gioco d'azzardo e con le fragilità legate alla salute mentale. Emergono poi forti le interconnessioni fra i Servizi territoriali, il sistema di assistenza sanitaria e gli uffici regionali che in sinergia operano per la presa in carico e la cura. Se le parole prevenzione e riabilitazione non compaiono come temi preponderanti, è interessante delineare come invece si dedichi molta attenzione alla necessità di strategie di valutazione degli esiti clinici.

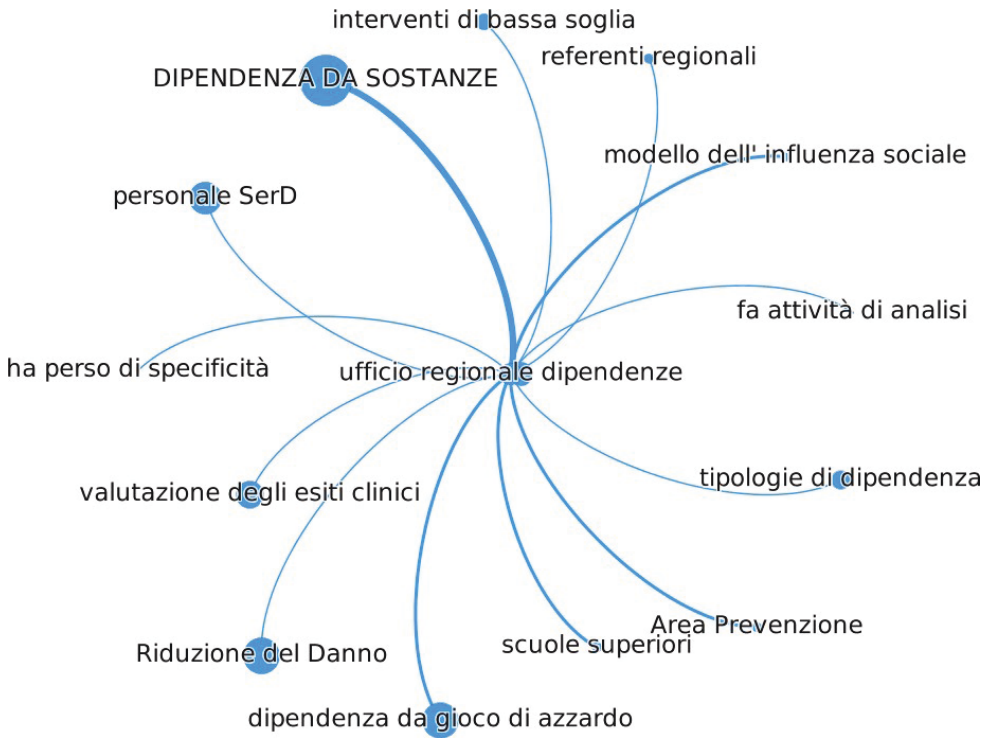
Il quadro che emerge attraverso lo scambio con i referenti Regionali delle dipendenze e tutti gli operatori che a vario titolo hanno partecipato alla rilevazione del Progetto STATUS QUO è estremamente complesso, molto disomogeneo sul territorio nazionale, ricco di idee innovative e di grande passione.

I temi maggiormente ricorrenti sottolineano la grande resilienza degli operatori del settore, che davanti a molte difficoltà legate principalmente a carenze organizzative e strutturali, cercano di restare innovativi e a sviluppare strategie di integrazione.

La Figura 9.2 mostra un sottografo del grafo principale, ottenuto filtrando le entità semantiche riferite alle strutture regionali. Una chiave di lettura importante da tenere in considerazione in questo caso, è rappresentata dalla disposizione dei nodi. Il nodo "UFFICIO REGIONALE DELLE DIPENDENZE", pur non essendo quello con ampiezza maggiore, è disposto centralmente rispetto a tutti gli altri, perché è collegato semanticamente a tutti e il peso delle diverse connessioni è confrontabile nei diversi collegamenti.

I nodi periferici, ad esempio "PERSONALE SERD", "MODELLO DELL'INFLUENZA SOCIALE", "SCUOLE SUPERIORI" e così via rappresentano comparti fondamentali quali quello sanitario, sociale e dell'istruzione. Tali nodi non risultano tuttavia connessi tra loro, a indicare scollamento fra strutture e funzioni.

Figura 9.2 - Grafo della conoscenza riferito alla semantica sulle strutture Regionali



I cambiamenti politico-amministrativi intervenuti al livello regionale, che in alcuni casi hanno previsto lo spostamento della delega di competenza a un Assessorato nuovo, non sono stati seguiti da cambiamenti organizzativi lasciando in una sorta di limbo le strutture regionali sia sul fronte della gestione quotidiana che delle possibili innovazioni del settore.

Il blocco del *turn over*, i pensionamenti, gli spostamenti interni di personale hanno portato in alcuni casi a un cambio dei funzionari spesso non sostenuto da una fase di accompagnamento. Oltre a creare un sentimento di incertezza, questo tipo di processi ha fortemente indebolito le competenze apprese sul settore delle dipendenze,

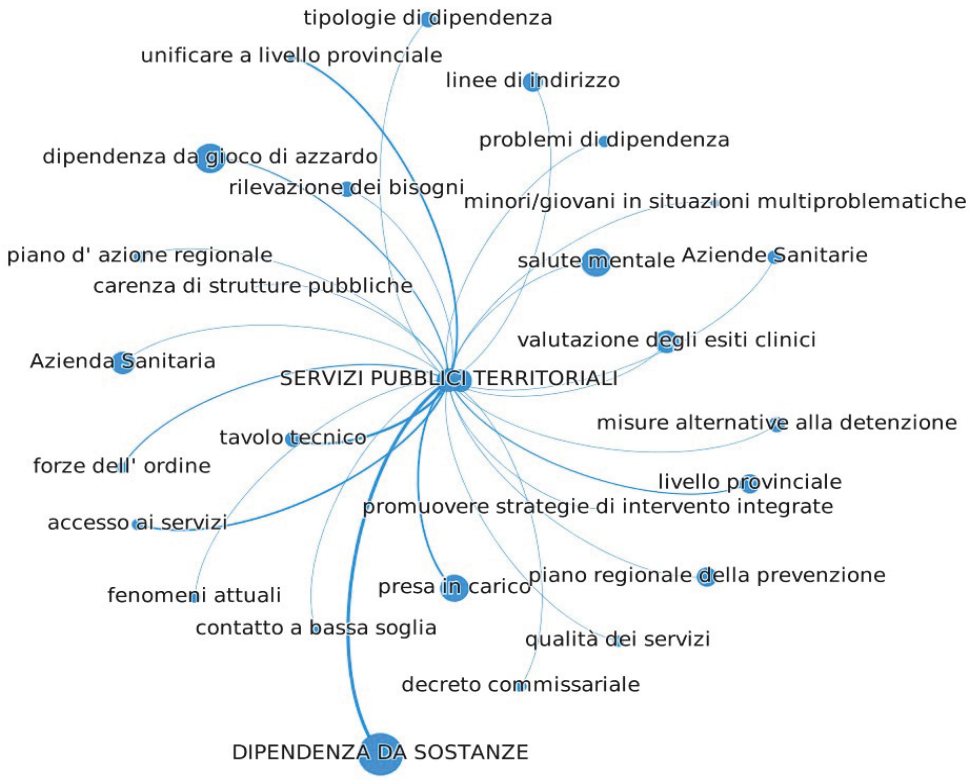
sottraendo tempo e continuità a quello che avrebbe potuto essere l'investimento sul miglioramento delle prassi già esistenti. Emerge con forza la necessità di rivedere l'organizzazione dei Servizi territoriali per le dipendenze affinché siano orientati verso la poli-dipendenza e non più per settori specifici (alcol, gioco, illegali, ecc.).

La principale criticità emersa è proprio relativa allo stigma sociale che il SerD rappresenta, che di fatto viene considerato un ambulatorio per tossicodipendenti. Le soluzioni sperimentate sono varie: in alcuni casi è stata ridotta la visibilità degli ingressi e dove possibile sono stati differenziati per tipologia di accesso, in altri casi sono stati individuati percorsi dove l'accoglienza non viene fatta presso il SerD ma presso strutture di altro tipo, come ad esempio i consultori o i Servizi sociali dei Comuni. Sono inoltre stati segnalati progetti sperimentali riguardanti l'assistenza domiciliare, in un'ottica di cura di prossimità, per evitare l'abbandono terapeutico da parte dell'utenza.

Il sottografo relativo ai Servizi pubblici territoriali mette in evidenza il ruolo chiave di alcune entità, rappresentato non solo dall'ampiezza dei nodi, ma anche dalla vicinanza degli stessi al nodo centrale. La vicinanza permette, infatti, di giudicare la rilevanza/criticità di nodi (o aree del grafo), attribuire una misura di distanza fra nodi e identificare il grado di coesione di un'area del grafo.

Ad esempio "SALUTE MENTALE", "VALUTAZIONE DEGLI ESITI CLINICI", "TAVOLO TECNICO", e "PRESA IN CARICO" sono contenuti nel settore circolare più vicino al nodo centrale, a indicare un interesse tematico importante da parte dei Servizi pubblici territoriali che coinvolge principalmente tutte queste entità.

Figura 9.3 - Grafo della conoscenza riferito alla semantica sui Servizi pubblici territoriali



Le indicazioni primarie che emergono per un adeguamento dei Servizi alle effettive e attuali necessità dell'utenza sono relative alla disponibilità temporale: "La domanda viene intercettata principalmente dai Servizi ambulatoriali, ma il fatto che i SerD siano aperti 5 giorni alla settimana e, per la maggior parte dei casi, negli orari mattutini essenzialmente per la distribuzione dei farmaci, limita la possibilità di captare la domanda"; oppure si riferiscono all'invecchiamento del personale: "Il personale SerD, non essendoci stato un *turn over* adeguato, è invecchiato con i pazienti: il modello di cura non si è sufficientemente evoluto negli ultimi 20 anni iniziando a mostrare qualche difficoltà nell'intercettare la domanda". Oltre al naturale invecchiamento, anche la carenza di risorse umane incide in termini di innovazione delle procedure: se, ad esempio, l'istituzione di un numero verde sulle dipendenze ha dato ottimi risultati in termini di ricezione di richieste e successivi invii sul territorio, la difficoltà di poter attivare un'adeguata e immediata presa in carico rischia di diventare un boomerang per tutti i Servizi.

Al fine di facilitare la gestione dell'utenza giovane da parte di operatori anziani, sono stati creati *setting* innovativi dedicati ai giovani oppure è stato redatto un Piano regionale pluriennale per l'adolescenza, costruito con i Servizi locali, Comuni e ASL, per realizzare interventi specifici per queste fasce d'età.

Si è rilevata inoltre la necessità di strutturare percorsi complessi per l'utenza over 65 con comorbilità, sia psichiatriche ma anche per diabete o disturbi cardiaci, per la quale sono ancora più complessi gli strumenti organizzativi necessari e i conseguenti stimoli al cambiamento. Per questo si insiste sulla costruzione di percorsi di cura orientati verso modelli centrati sempre più sul paziente.

Una criticità particolarmente sentita relativamente alla gestione degli utenti in trattamento è quella della sicurezza degli operatori, vengono infatti riportati episodi di aggressioni da parte di utenti. Le Regioni si sono date l'obiettivo di predisporre delle linee guida per la gestione di queste occorrenze e il trattamento di soggetti a rischio.

Come per le normative in generale, anche quelle che regolano la tariffazione dei Servizi e le risorse necessarie per la presa in carico dei soggetti dipendenti da uso di sostanze illegali nelle diverse tipologie di struttura sono indice di attenzione all'innovazione e all'adeguamento dei Servizi alle nuove necessità dovute al cambiamento delle tipologie di utenza. Infatti sono numerose le delibere in materia di accreditamento e tariffe che rendono ragione di un lavoro accurato sulle nuove necessità in tema di dipendenze.

Risulta inoltre evidente, proprio in relazione al Privato Sociale Accreditato, la disomogeneità che si è creata in alcune Regioni tra la forte attenzione agli standard per l'accreditamento delle strutture gestite dal Terzo settore (nelle quali l'organico è sempre a regime proprio per essere in regola con i requisiti richiesti) e quanto accade invece nei Servizi pubblici per le dipendenze dove l'organico è sottodimensionato.

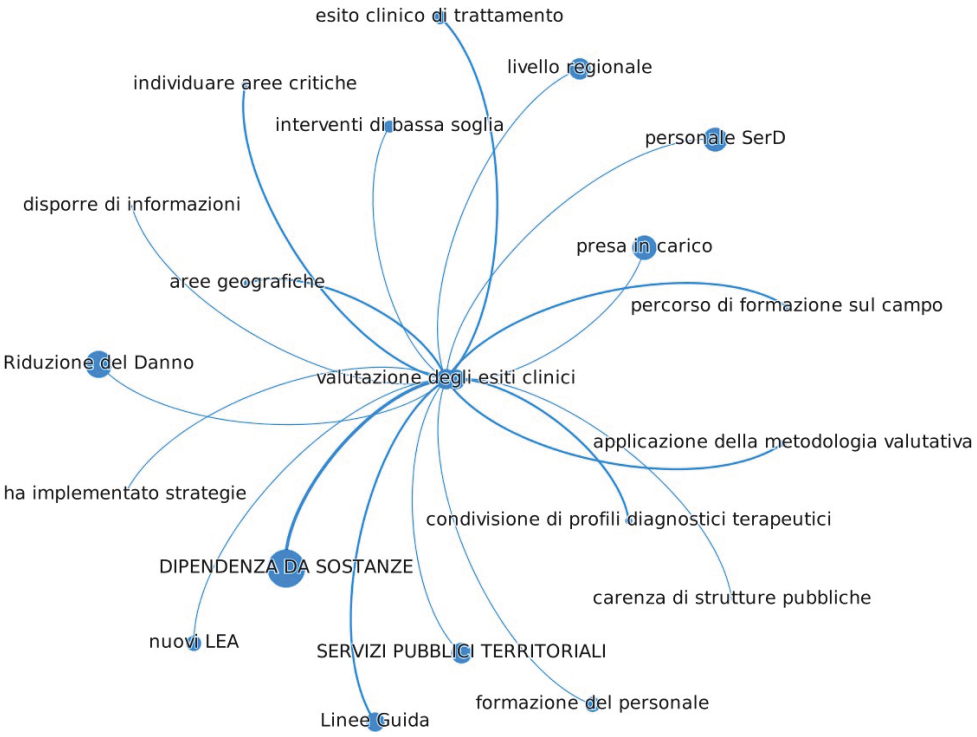
PROCESSO DI VALUTAZIONE DEGLI ESITI DEI TRATTAMENTI E DELLA QUALITÀ ORGANIZZATIVA

Il tema della valutazione dei percorsi cura è molto presente nella maggior parte delle Regioni. Le motivazioni sono riassumibili in spinte legate al miglioramento raggiungibile attraverso:

- maggiore attenzione all'organizzazione strutturale delle risorse esistenti;
- sperimentazione di nuove tipologie di percorsi trattamentali;
- integrazione con altre strutture di cura, riabilitazione e re-inserimento.

La Figura 9.4 mostra il sottografo relativo alle valutazioni degli esiti clinici. In questo caso l'ampiezza dei nodi sottolinea quanto siano semanticamente legati il tema e il "PERSONALE" operante nei Servizi, i percorsi di "PRESA IN CARICO", ma anche le politiche e le pratiche di "RIDUZIONE DEL RISCHIO E DEL DANNO". L'ampiezza degli archi, invece, denota l'importanza sentita relativamente alla "FORMAZIONE DEL PERSONALE" e all'esigenza di "LINEE GUIDA" condivise, rafforzata anche dalla "APPLICAZIONE DELLA METODOLOGIA VALUTATIVA". Questi ultimi risultano nell'area più periferica del grafo evidenziandone le criticità.

Figura 9.4 - Grafo della conoscenza riferito alla semantica sulla valutazione degli esiti



La necessità di ottimizzare i processi di valutazione attraverso i percorsi di cura è resa ancora più urgente da una domanda di trattamento sempre maggiore e sempre più variegata, che ha interessato molta parte dell'offerta di Servizi pubblici nel Paese.

In questo scenario ci si muove in varie direzioni: la revisione del sistema informativo per poter disporre di informazioni e dati attendibili al fine di valutare i percorsi trattamentali intrapresi e gli esiti conseguiti; la revisione degli indicatori di valutazione degli esiti, anche con una formazione del personale sull'applicazione del "ICF-Dipendenze" per la valutazione dei trattamenti (oltre ai giorni di astinenza si introduce un indicatore sul miglioramento della qualità della vita); progetti in comune con strutture universitarie per la valutazione degli esiti trattamentali attraverso la compilazione da parte degli utenti di questionari di valutazione sul miglioramento del benessere, sulla qualità della vita, sui pattern di uso delle sostanze. In alcune Regioni la raccolta delle informazioni attraverso questionari è stata posta come obiettivo di *budget* e quindi accolto dagli operatori come uno strumento di lavoro in ambito clinico-valutativo, oltre che per il miglioramento della qualità organizzativa.

L'aggiornamento e la messa a regime della raccolta delle informazioni necessarie per rispondere al debito informativo nazionale SIND sono ancora in itinere in alcune Regioni. Le difficoltà riscontrate riguardano essenzialmente i flussi SIND e, nel dettaglio, la gestione dei filtri di validazione dei *record* che rendono complesso l'inserimento degli utenti in carico presso i Servizi.

Emerge inoltre la necessità di implementare una vera e propria cartella informatizzata che consentirebbe una gestione più agevole dei pazienti spesso affetti da multicronicità e, quindi, in carico presso differenti Servizi. Le infrastrutture informatiche dovrebbero essere garantite e potenziate in tutti i Servizi.

Da molte Regioni è stato espresso il bisogno di centralizzare le fonti informative strutturando, dove non esistono, degli Osservatori dedicati al tema delle dipendenze. Così come è emersa la necessità di strutturare una reportistica standard e omogenea nei territori.

Nella maggior parte delle Regioni non esiste un piano formativo definito e generalizzato sul tema delle dipendenze, la formazione molto spesso è oggetto di iniziativa individuale. In alcuni casi i fondi arrivati per contrastare il gioco d'azzardo hanno dato la possibilità di avviare la formazione mirata del personale dei SerD, realizzata attraverso l'attuazione del Piano Regionale Gioco d'Azzardo o la costituzione di *team* di professionisti con l'obiettivo di andare poi a formare gli operatori dei SerD. Su queste tematiche si evidenzia una carenza di strategie e di investimenti a livello regionale.

RETI PUBBLICO-PRIVATO E ASSOCIAZIONISMO

La rete strutturata e consolidata con il Privato Sociale accreditato è di fondamentale importanza per la gestione dei percorsi di cura. In alcuni casi si tratta di una gestione mista, con personale medico dei SerD che si occupa delle terapie farmacologiche e personale del Privato che si occupa del trattamento psicosociale.

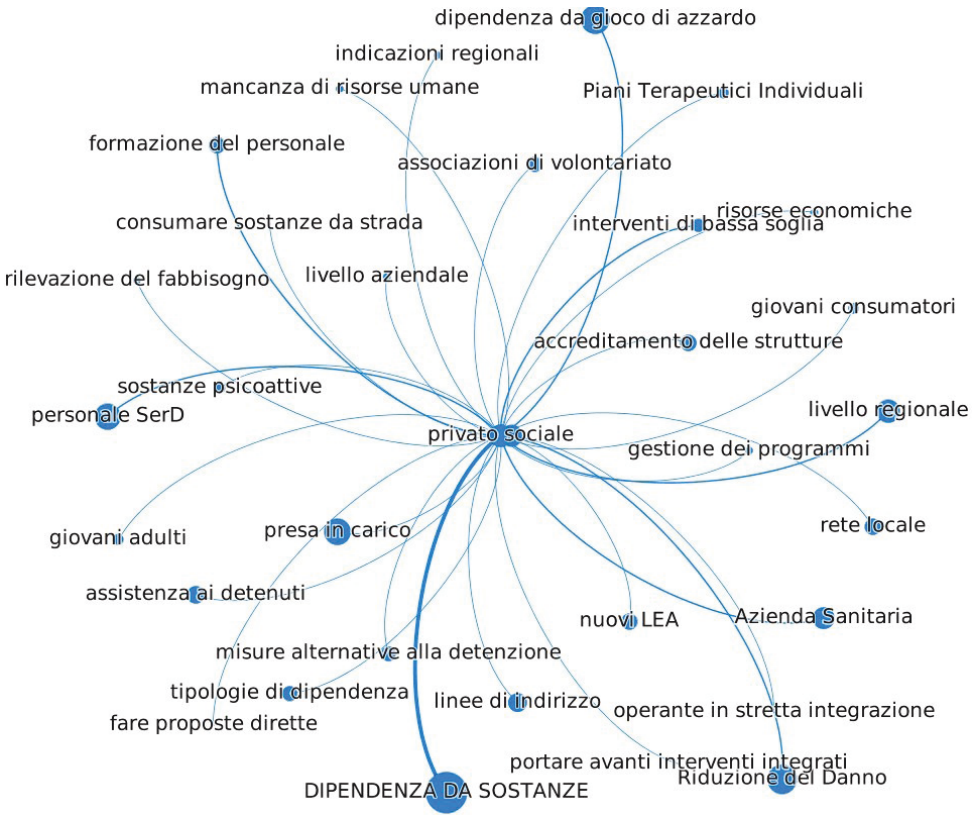
In quelle Regioni dove il Privato Sociale si è organizzato come "soggetto unico" l'organizzazione e la gestione della domanda di trattamento è risultata molto più efficace ed efficiente.

Nelle Regioni in cui il tema dell'Associazionismo è più forte, esiste una tendenza a sollecitare anche i familiari degli utenti dei SerD a organizzarsi in associazioni, così da facilitare le relazioni con i Servizi.

Anche il sottografo relativo al "PRIVATO SOCIALE" mette in evidenza il ruolo chiave di alcune entità non solo attraverso l'ampiezza dei nodi, ma anche la vicinanza degli stessi al nodo centrale. Infatti la vicinanza di "PRESA IN CARICO" e di "GESTIONE DEI PROGRAMMI" sottolinea la rilevanza e il grado di coesione tra i nodi, ma anche "ACCREDITAMENTO DELLE STRUTTURE" rimane nel settore circolare più vicino al nodo centrale, indicando un interesse tematico importante da parte dei referenti regionali nei confronti degli standard delle strutture gestite dal Terzo settore.

L'ampiezza invece dei nodi relativi alla "DIPENDENZA DA GIOCO D'AZZARDO" e alla "RIDUZIONE DEL DANNO" sottolinea come anche il Privato Sociale sia riconosciuto attore fondamentale, nell'affrontare queste tematiche, da parte dell'istituzione pubblica.

Figura 9.5 - Grafo della conoscenza riferito alla semantica sul Privato Sociale



Gli accordi interistituzionali maggiormente diffusi sono quelli con gli Uffici Scolastici Regionali, che a loro volta hanno collaborazioni in atto con le Prefetture o le Forze dell'Ordine per avviare corsi di formazione volti a informare/formare sia gli insegnanti sia i ragazzi. Alcune Regioni hanno inoltre attivato accordi con gli Istituti Penitenziari.

In molte Regioni si registrano forme di collaborazione al livello locale/comunale sia sul fronte dell'istituzione di Tavoli tecnici tra i Servizi locali coinvolti su alcune campagne di sensibilizzazione, sia sulle Unità di strada che si impegnano sul fronte dell'informazione e della sensibilizzazione, integrando quelle "sanitarie" che si occupano di riduzione del rischio e del danno.

RIDUZIONE DEI RISCHI E DEL DANNO E NUOVI LEA

Le Unità di strada sono lo strumento citato più frequentemente rispetto alla riduzione dei rischi e dei danni. Anche in questo caso si ripropone come centrale il tema dell'integrazione tra "sociale" e "sanitario", materie spesso afferenti ad Assessorati diversi. Si tratta di una condizione necessaria per trovare azioni comuni, ad esempio attraverso l'istituzione di Tavoli tecnici socio-sanitari, in modo da intervenire in maniera sinergica con Unità di strada sanitarie che fanno riduzione del rischio e del danno e Unità di strada sociali che fanno promozione di corretti stili di vita e prevenzione dell'uso di sostanze. Da non sottovalutare un ulteriore aspetto fondamentale dovuto al fatto che questi strumenti di integrazione consentono ai professionisti dei Servizi di

rimanere costantemente aggiornati sui mutamenti della domanda, delle nuove sostanze, dei comportamenti dei giovani, etc.

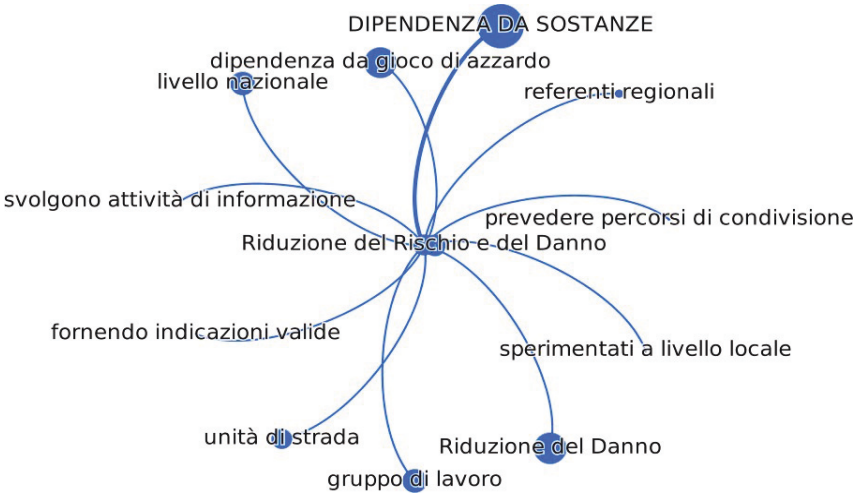
La costante evoluzione del mercato e dei consumi di sostanze psicoattive illegali è avvalorata anche da esempi riferiti ai *rave party* che si sono spostati negli appartamenti privati e non più quindi in luoghi raggiungibili dalle Unità mobili, rendendo difficile qualunque intervento, come quello della distribuzione di siringhe, profilattici, etc.

Positiva risulta, sempre nell'ambito della Riduzione del rischio e del danno, un'esperienza di collaborazione tra Unità di riduzione del rischio e del danno e quelle di Pronto Soccorso al fine di individuare specifiche modalità di assunzione delle sostanze, di supportare i clinici e di orientare gli assistiti verso specifici Servizi.

Nel sottografo relativo alla riduzione del rischio e del danno, la vicinanza al nodo centrale delle "ATTIVITÀ DI INFORMAZIONE" e delle "INDICAZIONI VALIDE" permette di sottolineare la rilevanza delle attività svolte soprattutto dalle "UNITÀ DI STRADA"; queste ultime graficamente rappresentate da un nodo con un'ampiezza importante che ne sottolinea infatti l'alta frequenza riscontrata nell'analisi semantica.

Da non sottovalutare però la frequenza anche di "LIVELLO NAZIONALE" che sembra voler sottolineare nuovamente la necessità di un confronto e una condivisione "sovraregionale".

Fig. 9.6. Grafo della conoscenza riferito alla semantica sulla Riduzione del Rischio e del Danno



Variegata è la definizione delle prestazioni di riduzione del rischio e del danno da inserire nei LEA regionali. In alcune realtà sono stati costituiti Tavoli e Gruppi di lavoro per discutere i criteri dell'applicazione dei nuovi LEA nell'ambito delle dipendenze, provando ad adattare quanto indicato nei LEA con quanto già attivo nelle Regioni e avviando delle sperimentazioni al riguardo, oppure adattando strumenti abituali come le Unità mobili e i Servizi a Bassa Soglia. In altre si lavora su una definizione di una scheda tecnica per la definizione dei requisiti relativi ai Servizi di riduzione del rischio e del danno in favore di persone tossico/alcoldipendenti a forte marginalità sociale: lo strumento tende a identificare e mettere a sistema l'insieme dei fattori che connotano i diversi interventi di bassa soglia e di riduzione dei rischi e del danno attualmente attivi, individuando i contesti dove operano, le tipologie e le caratteristiche, le diverse prestazioni e gli indicatori per un'efficace valutazione.

Emerge da questa analisi una forte richiesta di scambio, organizzazione e coordinamento a livello nazionale.

CARCERE E DIPENDENZE

I percorsi di cura delle dipendenze nelle carceri rappresentano un punto nevralgico del sistema di trattamento. Se da una parte le strutture carcerarie non riescono a garantire il necessario sostegno sanitario e psico-sociale ai detenuti, dall'altra l'invio diretto da parte delle Autorità Giudiziarie alle strutture terapeutiche presenti sul territorio mette in difficoltà la gestione dell'utenza.

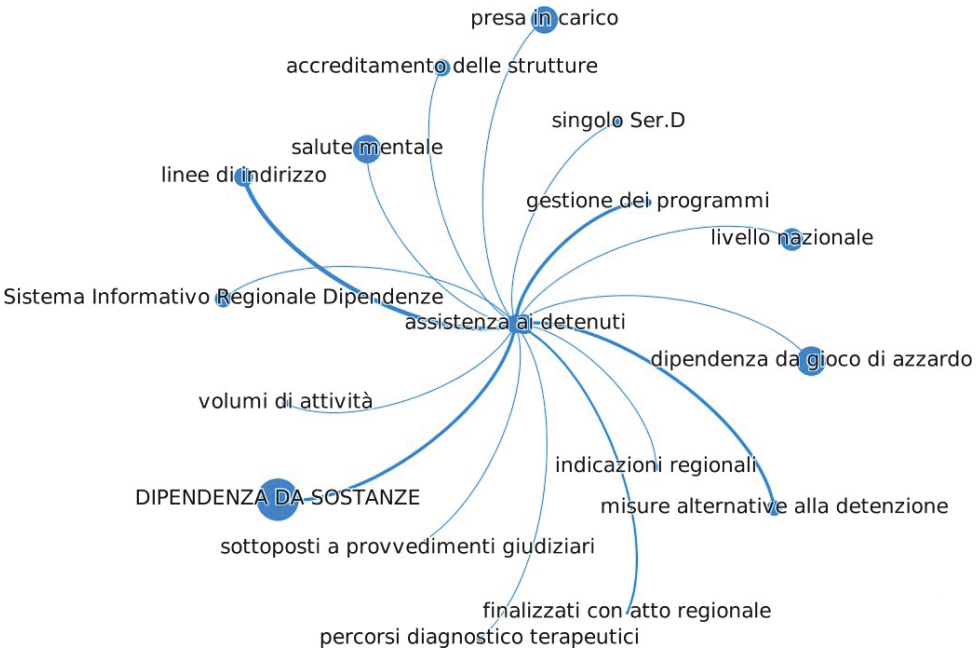
Il sottografo, ottenuto filtrando le entità semantiche riferite all'assistenza ai detenuti, ha tra i nodi maggiormente vicini, pur non essendo quello con ampiezza maggiore, quello relativi ai "VOLUMI DI ATTIVITÀ" sottolineandone immediatamente la criticità della mole di lavoro rapportata al personale dedicato.

Altrettanto vicini ma con archi decisamente più ampi invece si pongono le tematiche della "GESTIONE DEI PROGRAMMI" e delle "LINEE DI INDIRIZZO", denotandone l'importanza in un *setting* così particolare quale quello delle case circondariali, delle carceri, etc.

I nodi più periferici, come "PRESA IN CARICO" e "DIPENDENZA DA GIOCO D'AZZARDO" sono rappresentati da nodi tra i più ampi, rappresentando quindi comparti fondamentali. Tali invii, oltre a gravare sui *budget* aziendali destinati agli inserimenti nelle strutture residenziali, possono essere alla base di problematiche legate alla gestione della sicurezza all'interno delle Comunità. Le persone inviate direttamente dalle Autorità Giudiziarie, infatti, non sempre sono motivate a intraprendere un percorso terapeutico riabilitativo e in questi casi hanno un alto rischio di reiterare i comportamenti illeciti.

La richiesta che emerge forte anche in questo ambito è quella relativa alla strutturazione di tavoli di lavoro nazionali interistituzionali e all'individuazione di buone prassi per i percorsi trattamentali e di reinserimento di questi soggetti.

Figura 9.7 - Grafo della conoscenza riferito alla semantica sulla assistenza ai detenuti



INDICAZIONI PER IL FUTURO

Di seguito sono elencate le principali proposte avanzate dai referenti regionali per il potenziamento e il miglioramento del sistema dipendenze suddivisi in tre macroaree: la programmazione, il sistema d'offerta e l'importanza della rete.

Come già sottolineato in apertura, l'ampiezza degli archi di spessore più grande rispetto agli altri denota le connessioni tra "DIPENDENZA DA SOSTANZE", "DIPENDENZA DA GIOCO D'AZZARDO" e "SALUTE MENTALE". Si può quindi ipotizzare, dopo l'analisi di tutte le interviste, delle tematiche affrontate e quelle emerse, che la "SALUTE MENTALE" possa avere una duplice lettura: da una parte quella della fragilità che ad esempio i soggetti in doppia diagnosi portano con sé e all'interno delle sempre più complesse prese in carico, caratterizzate da percorsi terapeutici sempre più specializzati e multidisciplinari e, dall'altra, la parte più organizzativa e strutturale dove i Dipartimenti per le Dipendenze vengono assorbiti, talvolta anche diventandone completamente dipendenti, dall'area della Salute Mentale perdendo in parte la loro identità.

Rispetto al nodo della "DIPENDENZA DA GIOCO D'AZZARDO", alla luce di quanto valutato sinora, l'ampiezza pone l'attenzione sull'approccio alle dipendenze per le quali è emersa l'esigenza di un orientamento non più univoco e diretto alle sostanze illegali, o a quelle legali o, ancora separatamente, ai comportamenti come il gioco d'azzardo, ma tendente alla "multidipendenza", considerando i soggetti nell'insieme della loro complessità.

Figura 9.8 - Grafo della conoscenza riferito ai principali concetti rilevati nelle interviste strutturate

COOPERARE PER LA PROGRAMMAZIONE MULTILIVELLO

Regolamentazione nazionale e Linee Guida

È sentita la necessità di linee guida e di indicazioni a livello nazionale su aree quali: la presa in carico dell'utenza, la gestione del Piano terapeutico riabilitativo individualizzato, l'applicazione dei LEA sulla riduzione del rischio e del danno e lo sviluppo dei Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali (PDTA). I PDTA, in particolare, necessitano di essere adattati alle singole realtà, sarebbero tuttavia importanti delle indicazioni e degli standard di trattamento clinico.

Nuovo Piano di Azione per le Dipendenze

È richiesto l'aggiornamento e/o la produzione di un nuovo Piano di Azione per le Dipendenze, non più diretto unicamente alle sostanze illegali ma orientato verso la multidipendenza.

Tavolo di lavoro interistituzionale

Strutturazione di un tavolo di lavoro interistituzionale e soprattutto la riattivazione di un percorso nazionale che coinvolga il Dipartimento Politiche Antidroga, i livelli centrali quali il Ministero della Giustizia, dell'Interno, della Salute, etc. e quelli Regionali e/o Dipartimentali, agevolerebbero la ridefinizione e la riorganizzazione dei Servizi. Attraverso la formulazione di intese e accordi Stato/Regioni potrebbero essere definiti punti comuni validi a livello nazionale, pur salvaguardando l'autonomia delle singole Regioni.

EVOLVERE I SISTEMI DI OFFERTA

Omogeneizzazione dell'offerta

È percepita in maniera forte la necessità di un'offerta dei Servizi più omogenea sul territorio nazionale, non solo per quanto riguarda i percorsi terapeutici ma anche dal punto di vista dello standard di personale nei Servizi pubblici.

Risorse professionali all'interno dei SerD

In questi anni si è assistito a una forte riduzione del personale dovuto principalmente al pensionamento degli operatori, che ha inciso sull'organizzazione delle risorse. Il mancato ricambio e l'invecchiamento del personale SerD incide anche in termini di resistenza al cambiamento e alla riorganizzazione dei Servizi.

Indicazioni organizzative

Esiste una forte necessità di sviluppare e acquisire competenze di *management* organizzativo. Anche perché questo permetterebbe di garantire l'equità della cura a livello nazionale, senza che la qualità dell'assistenza dipenda dall'ubicazione del Servizio che eroga le prestazioni.

Accreditamento e requisiti essenziali

È sentita la necessità di attivare percorsi di condivisione e confronto sul sistema dell'accreditamento, sui requisiti essenziali e gli standard minimi di personale e strutturali, da applicare anche nei Servizi pubblici, al fine di uniformare il sistema garantendo l'autonomia dell'applicazione sulla base dei bisogni territoriali. Definire e riordinare a livello nazionale la tipologia di strutture dedicate alle dipendenze diventa necessario, così da garantire un'uniformità trattamentale.

Applicazione dei LEA sulla riduzione del rischio e del danno

La definizione delle prestazioni e dei requisiti essenziali per l'applicazione dei LEA sulla riduzione del rischio e del danno, fornirebbero indicazioni importanti a livello nazionale o sovraregionale. Si ritiene necessario aprire un confronto anche su esperienze presenti in altri Paesi europei ma non in Italia.

CAPACITÀ DI COMPRENDERE E DI AGIRE IN UN SETTORE IN FORTE CAMBIAMENTO

Rete degli Osservatori

La creazione di una rete degli Osservatori permetterebbe di analizzare l'esistente per rispondere adeguatamente ai bisogni rilevati: implementare un coordinamento, un *network* degli Osservatori Regionali capace di analizzare i problemi, indirizzare interventi omogenei e capitalizzare le risorse.

Formazione

Torna spesso e con forza la necessità di organizzare e programmare occasioni di formazione, di condivisione e di confronto a livello nazionale (convegni tematici, seminari etc.), non più solo legate a organizzazioni e società specifiche o a case farmaceutiche.

CAPITOLO 10

LA PANDEMIA DA COVID-19 E IL SUO RIFLESSO SULL'AREA DELLE DIPENDENZE

10.1 L'IMPATTO SUL SISTEMA DI CURA

Fonte: Gruppo tecnico interregionale Dipendenze costituito presso la Commissione Salute della Conferenza delle Regioni e delle Province Autonome.
Elaborazioni: Consiglio Nazionale delle Ricerche - Istituto di Fisiologia Clinica

L'anno della pandemia da COVID-19 ha rappresentato per il sistema socio sanitario del nostro Paese una delle maggiori sfide mai affrontate. In un primo momento tutte le risorse si sono concentrate a sostenere la rete di cura su cui incideva più direttamente la pandemia. I servizi territoriali dedicati alle cronicità sociali si sono dovuti organizzare per sviluppare una rete di supporto per tutte quelle persone fragili su cui maggiormente ha impattato l'isolamento causato dalle misure restrittive. La rete dei servizi attraverso il Gruppo tecnico interregionale Dipendenze ha continuato a interagire organizzando, attraverso la condivisione di esperienze e di informazioni, una serie di indicazioni operative preziose per affrontare l'emergenza. Al fine di documentare, analizzare e diffondere questa preziosa esperienza, in collaborazione con Il Dipartimento Politiche Antidroga e il Gruppo tecnico interregionale Dipendenze, è stato costruito un breve percorso partecipativo che si è concluso con lo svolgimento di un *Focus Group*. Le evidenze raccolte permettono di integrare con elementi di conoscenza strutturati le informazioni quantitative non presenti nelle banche dati usuali.

Vista la totale novità dei temi trattati, il *focus* di discussione è stato preceduto da una raccolta di informazioni specifiche che ha coinvolto direttamente il Gruppo tecnico interregionale Dipendenze costituito presso la Commissione Salute della Conferenza delle Regioni e delle Province Autonome. Sulla base di questa prima ricognizione tematica si è poi svolta la discussione a più voci che ha fatto emergere i temi qualitativi di maggiore rilievo.

Al fine di descrivere il fenomeno dell'impatto pandemico sul sistema delle dipendenze si è proceduto alla raccolta delle informazioni tramite un questionario aperto ai referenti del Gruppo tecnico interregionale Dipendenze e l'attivazione di un *Focus Group* sul tema specifico.

Il questionario aperto è stato strutturato, ispirandosi ai questionari *Trendspotter* EMCDDA, con domande volte a evidenziare i provvedimenti e le strategie adottati dalle Regioni in specifiche aree che caratterizzano i servizi per le dipendenze (accesso e permanenza nei SerD, trattamenti carcerali, criticità), conseguenti al necessario adeguamento alle restrizioni e alle limitazioni determinate dalla fase pandemica. Grazie alla collaborazione e alla disponibilità dei referenti regionali intervenuti sono state acquisite informazioni, di seguito descritte, che vanno ad arricchire lo studio del fenomeno.

Le domande mirano a evidenziare i provvedimenti e i processi operativi adottati dalle Regioni nell'ambito dell'area delle dipendenze durante la fase pandemica da COVID-19. Se con riferimento ai provvedimenti si rileva un generale adattamento delle Regioni/PA alla normativa nazionale e regionale alle disposizioni di sicurezza,

riguardo le strategie operative si evidenziano specifici interventi diretti a garantire l'assistenza ambulatoriale e le nuove prese in carico presso i SerD, le modalità di accesso e di permanenza nelle strutture residenziali, i trattamenti in carcere, a cui si aggiunge un riferimento alle criticità evidenziate durante l'emergenza e alle attività in tema di riduzione del rischio e del danno.

L'emergenza sanitaria e le conseguenti restrizioni hanno inevitabilmente mutato la procedura e il processo di assistenza ambulatoriale delle persone in carico ai SerD, attivando percorsi adeguati allo svolgimento dei colloqui, le modalità di comunicazione, distribuzione di metadone e tempi di affidamento domiciliare, trattamenti farmacologici, prestazioni socio-assistenziali, riorganizzazione dei servizi. Da un punto di vista operativo è risultato evidente come le Regioni/PA abbiano attivato un processo ri-organizzativo, con alcune differenze tra il primo e il secondo *lockdown*, che si è concretizzato in attività dirette ad assicurare la continuità dei servizi offerti pianificando azioni a tutela degli utenti e degli operatori. Si è evidenziato un aumento delle visite domiciliari e dei colloqui in remoto; visite su appuntamento, allungamento dei tempi di affidamento della terapia sostitutiva, consegna dei farmaci a domicilio e adozione di nuove forme di articolazione del lavoro all'interno delle strutture tramite l'attività in *smart working*, con conseguente programmazione del lavoro di equipe e delle attività formative.

Con riferimento ai primi accessi e alla presa in carico dei SerD di nuovi utenti le informazioni rilevate dal questionario hanno evidenziato l'adozione dello strumento della telemedicina per il primo *screening* e l'introduzione di un sistema di appuntamenti per rafforzare la programmazione delle attività all'interno delle strutture.

Le restrizioni prodotte dall'emergenza sanitaria hanno impattato anche sulle modalità di accesso e di permanenza degli utenti nelle strutture terapeutiche residenziali, che hanno adottato strategie al fine di garantire il periodo di isolamento precauzionale preceduto dall'esecuzione di tampone al momento dell'ingresso. Soluzioni che hanno evidenziato un prolungamento dei tempi di accesso, anche a fronte della maggiore richiesta di ricoveri e inserimenti in struttura a scopo di contenimento di situazioni di disagio e di sollievo del carico familiare. Per gli utenti già in trattamento presso la struttura, sono state adottate procedure volte a ridurre le visite familiari e a limitare o sospendere le uscite e i rientri in famiglia. Nello svolgimento delle attività all'interno delle strutture di accoglienza, si è registrata una riduzione delle attività di gruppo se non quelle essenziali e indifferibili: in quest'ultimo caso le attività si sono svolte in piccoli gruppi con mantenimento scrupoloso della distanza di sicurezza tra le persone (almeno 1 metro), arieggiamento dei locali e ogni altra idonea misura di prevenzione. Si segnala, infine, la diversa modalità di svolgimento delle attività tra le comunità residenziali e semi-residenziali, queste ultime sospese e sostituite, ove possibile, con programmi alternativi e compatibili con le norme e le precauzioni stabilite per l'emergenza. In ogni caso sono state garantite le attività di monitoraggio dei programmi terapeutici e di supporto psicologico agli utenti e ai familiari tramite colloqui telefonici o altre modalità telematiche.

Un ulteriore profilo di studio ha riguardato le modalità trattamentali negli istituti penitenziari ospitanti una comunità ad alto rischio di contagio, caratterizzata da una popolazione con condizioni di salute spesso fragili e con patologie croniche in elevata percentuale. In tale contesto si evidenziano:

- un generale adeguamento alla disciplina nazionale e regionale in tema di sicurezza: distanziamento sociale, rilevazione della temperatura, uso dei dispositivi di protezione individuale, dei disinfettanti e, più in generale, l'adozione delle misure di protezione per i detenuti e per il personale penitenziario;
- il mantenimento dell'assistenza ambulatoriale (solo in rari casi si è assistito a una sospensione o una limitazione), facilitata per le situazioni di routine dall'assistenza da remoto attraverso il contatto

telefonico tra i medici dei SerD e il personale infermieristico degli istituti penitenziari con valutazione, in casi specifici, del ricorso alla telemedicina;

- un sostegno per l'accesso alle misure alternative alla detenzione, in presenza dei requisiti di Legge.

Lo studio ha interessato, inoltre, le situazioni di maggior criticità che si sono evidenziate durante l'emergenza legata alla pandemia da COVID-19 verso l'aumento dei consumi di sostanze psicoattive, crisi di astinenza, overdosi, condotte suicidarie. Le informazioni fornite dalle Regioni/PA evidenziano un generale aumento delle ricadute legate all'isolamento forzoso, anche in pazienti che si trovavano in situazioni di buona stabilità, facilitando l'uso di alcol e di psicofarmaci con una diminuzione dell'uso di sostanze illegali.

Si aggiunge inoltre l'impatto sull'utenza con problematiche alcol-correlate dalla sospensione/chiusura dei centri di auto-aiuto territoriali o dallo svolgimento del lavoro di gruppo tramite modalità telematica alternata (quando possibile) con l'attività di gruppo in presenza.

In ultimo, le informazioni ricavate dal questionario hanno riguardato le misure adottate dalle Regioni/PA durante la fase pandemica per le attività di riduzione del rischio e del danno. Si assiste a un generale adeguamento alle normative di sicurezza previste dalle leggi nazionali e dai decreti e provvedimenti regionali, all'utilizzo di dispositivi di protezione individuale (DPI), allo svolgimento di attività informativa legata al COVID-19 e ai servizi correlati e, infine, all'adozione di strumenti di contatto da remoto.

10.2 La pandemia da COVID-19 e il suo riflesso sull'area delle dipendenze: il Focus Group

Fonte: Gruppo tecnico interregionale Dipendenze costituito presso la Commissione Salute della Conferenza delle Regioni e delle Province Autonome.
Elaborazioni: Federsanità Toscana; Consiglio Nazionale delle Ricerche - Istituto di Fisiologia Clinica

L'incontro con i referenti regionali, registrato integralmente grazie al consenso di tutti i partecipanti, si è svolto all'interno di una cornice strutturata in modalità online dove sono stati affrontati i punti di discussione emersi dal questionario preliminare.

I partecipanti sono stati suddivisi in 2 tavoli di lavoro e, a ciascun partecipante, sono stati assegnati 5 minuti per riferire le proprie considerazioni rispetto a ogni singolo punto, per un totale di tre giri completi di tavolo. Alla fine i due gruppi sono nuovamente stati riuniti in plenaria ed è stata condivisa la restituzione dei temi principali emersi. La discussione è stata condotta con l'ausilio di una lavagna virtuale che ha permesso l'organizzazione visiva dei contenuti e la raccolta delle parole chiave anche in remoto.

La raccolta del Focus Group[1] è stata organizzata secondo le tematiche di maggiore rilievo emerse:

A. La risposta allo stato emergenziale improvviso

B. La riorganizzazione degli spazi e del lavoro

C. La riorganizzazione delle prestazioni

D. L'innovazione tecnologica

E. La riposta degli utenti

F. La prevenzione

A. La risposta allo stato emergenziale improvviso

Lo stato emergenziale, legato al primo manifestarsi della pandemia da COVID-19 e decretato dai provvedimenti di contenimento del contagio, ha colto di sorpresa il mondo dei servizi regionali delle dipendenze che

[1] I *Focus Group* sono stati moderati in collaborazione con i colleghi di Federsanità Toscana

nell'immediatezza si sono dovuti confrontare con problematiche contingenti legate all'approvvigionamento di DPI in attesa di Linee guida e procedure centralizzate.

L'emergenza ha messo in luce alcuni problemi radicati nel sistema dell'Area delle Dipendenze, come la carenza di personale, di risorse dedicate, un eccessivo frazionamento dei servizi e una progressiva disgregazione dei sistemi territoriali.

La reazione positiva, però, si è manifestata e si è basata su alcuni elementi chiave: la creatività, intesa come capacità di utilizzare al meglio gli strumenti a disposizione; la responsabilità, fondata sulla coscienza degli operatori di svolgere un ruolo importante; la deontologia, legata alla consapevolezza della necessità di affrontare uno sforzo collettivo per un obiettivo comune; il ruolo del Gruppo tecnico interregionale sulle Dipendenze che è diventato un laboratorio di confronto e di buone pratiche condivise.

La seconda ondata, in alcune regioni risultata ancora più problematica in termini di contagio, ha trovato i servizi e gli utenti maggiormente preparati ed è stata affrontata con maggiore consapevolezza e con una risposta maggiormente programmata. La riorganizzazione dei servizi è diventata un processo obbligato ed è stata applicata in ambiti differenti.

B. La riorganizzazione degli spazi e del lavoro

Le regole di contenimento del contagio presenti nelle normative nazionali e regionali hanno obbligato a ripensare l'organizzazione degli spazi, sia negli ambulatori sia all'interno delle comunità terapeutiche residenziali. Sono state create sale di attesa, individuate soluzioni per l'accesso ai bagni (fondamentali per la possibilità di raccogliere i campioni di urina per gli esami tossicologici), gestiti gli spazi all'esterno delle strutture e individuati spazi da dedicare alla gestione delle quarantene preventive.

La riorganizzazione del lavoro ha dovuto tener conto di una dotazione organica carente e che è stata erosa ulteriormente dai casi di contagio degli operatori e dagli spostamenti di personale in reparti COVID-19.

Le limitazioni alla mobilità e all'accesso agli uffici pubblici ha accelerato il ricorso allo strumento dello *smart working*, che ad inizio pandemia è stato introdotto nei servizi secondo criteri costruiti su ogni singola situazione superando spesso le difficoltà legate agli apparati tecnologici. Solo in una fase più avanzata dell'emergenza e non in tutte le regioni/PA, il lavoro a distanza è stato strutturato su basi più solide e l'esperienza di sperimentazione legata alla risposta al COVID-19 è iniziata a diventare un laboratorio su cui costruire futuri modelli di lavoro agile più efficaci.

C. La riorganizzazione delle prestazioni

Anche l'accesso alle prestazioni erogate dai servizi, sia quelle ambulatoriali sia quelle residenziali e semi-residenziali, è stato travolto dall'emergenza.

I servizi, seppur tra molte difficoltà, non si sono "chiusi" ma si è fatto ricorso al prolungamento delle terapie farmacologiche e sono state inserite forme di prenotazione, di gestione degli appuntamenti e di *pre-triage* che hanno limitato l'accesso in presenza solo ai casi ritenuti gravi e urgenti. Queste nuove modalità di gestione sono state tendenzialmente ritenute positive dagli operatori e, in molti casi, continueranno a essere attuate anche nel post-pandemia.

Il mondo della residenzialità ha risposto in modo differenziato a seconda della tipologia. Le comunità semi-residenziali e i centri diurni hanno dovuto sottostare a chiusure forzate e limitare la loro operatività a interventi a distanza. Le comunità residenziali sono state costrette a ridurre le attività di gruppo e a sospendere le uscite e le visite dei familiari, sostituite dalle telechiamate.

Anche gli utenti in carico ai servizi presenti all'interno degli istituti detentivi sono stati seguiti attraverso percorsi a distanza.

Le attività di riduzione del danno, i servizi di bassa soglia, di pronta accoglienza e le unità di strada hanno modificato la propria azione indirizzandosi maggiormente su attività di risposta all'emergenza pandemica attraverso la distribuzione di DPI alle fasce più marginali della popolazione e ponendosi come primi interlocutori per informazioni sulle procedure di contenimento del contagio. In alcuni casi, soprattutto laddove si è sviluppata maggiormente la comunicazione intersettoriale, è stato rilevato un incremento nell'accesso ai servizi di soggetti intercettati attraverso questa tipologia di attività.

D. L'innovazione tecnologica

Il tema dell'innovazione tecnologica è legato a doppio filo alla riorganizzazione del lavoro e a quella dell'accesso ai servizi.

Le principali problematicità, emerse nel corso della pandemia, sono state evidenziate, con differenti sfumature di intensità a seconda delle regioni/PA, nelle dotazioni informatiche disponibili, nella difficoltà ad accedere a connessioni stabili e in una generalizzata mancanza di formazione nell'utilizzo di piattaforme per la gestione delle videoconferenze.

La progressiva riduzione di questo *gap*, facilitata anche dalla disponibilità di colleghi maggiormente esperti che hanno assunto il ruolo di formatori di emergenza all'interno dei gruppi di lavoro, ha consentito di sperimentare nuovi approcci sul fronte sia dell'organizzazione interna sia dei servizi erogati all'utenza.

La semplicità organizzativa delle riunioni a distanza, che non prevedono tempi per gli spostamenti e riducono i costi di trasferta, ha moltiplicato i momenti di confronto tra colleghi e rafforzato i rapporti intersettoriali.

L'attivazione di strumenti di teleassistenza e telemedicina ha consentito, in particolare con gli utenti più giovani maggiormente abituati allo strumento digitale, di mantenere un contatto e di ridurre anche la sensazione di stigma sociale. La possibilità di entrare, anche virtualmente, nelle case degli assistiti ha consentito di aprire una finestra sul contesto abitativo e su alcune abitudini domestiche, elementi che hanno avuto un ruolo importante nella definizione di una più precisa risposta terapeutica da parte degli operatori.

Sebbene si siano riscontrati anche elementi di problematicità legati, sul fronte interno ai servizi, al rischio di un eccessivo moltiplicarsi delle riunioni e, sul versante operativo, a una refrattarietà allo strumento digitale da parte di alcune categorie di utenti, l'innovazione tecnologica è stata vissuta come un'accelerazione positiva di processi organizzativi che, dosata e bilanciata nelle forme corrette, potrà essere sviluppata in prospettiva futura in un'ottica di miglioramento generale dell'offerta erogata.

E. La riposta degli utenti

In generale si è riscontrata una risposta positiva da parte degli utenti in carico, che hanno reagito con disciplina all'emergenza adeguandosi alle nuove forme di organizzazione dell'assistenza ed è stato riscontrato un basso livello di contagio degli assistiti sia nei SerD sia all'interno delle comunità terapeutiche.

Il numero dei nuovi accessi ai servizi è stato variabile ma non si è assistito a un crollo sostanziale.

Il blocco degli inserimenti nelle comunità terapeutiche e le limitazioni all'accesso di molti reparti ospedalieri, riconvertiti in reparti COVID-19, hanno in alcuni casi aumentato la pressione sui servizi territoriali.

Sono invece state riscontrate alcune variazioni fenomenologiche: si è assistito a una sostanziale riduzione dell'utilizzo di sostanze illegali a fronte di un aumento dell'utilizzo di alcolici e di psicofarmaci.

Anche sul fronte delle dipendenze comportamentali è stato possibile verificare uno spostamento verso il gioco online e, in particolare nella fascia di popolazione più giovane, l'aumento di problematiche legate alla dipendenza da internet e al *gaming*.

La permanenza forzata all'interno delle mura domestiche ha inoltre evidenziato una maggior incidenza di episodi di violenza familiare e su questo fenomeno si è cercato di intervenire attraverso l'estensione ai familiari di attività a distanza di supporto psicologico.

La crisi pandemica ha messo in risalto alcune peculiarità relative a una categoria di utenza per dipendenze che si trova in età più avanzata ed è interessata spesso da comorbidità, le cui caratteristiche necessiterebbero di individuare strutture intermedie tra le residenze sanitarie assistenziali (RSA) e le comunità terapeutiche.

F. La prevenzione

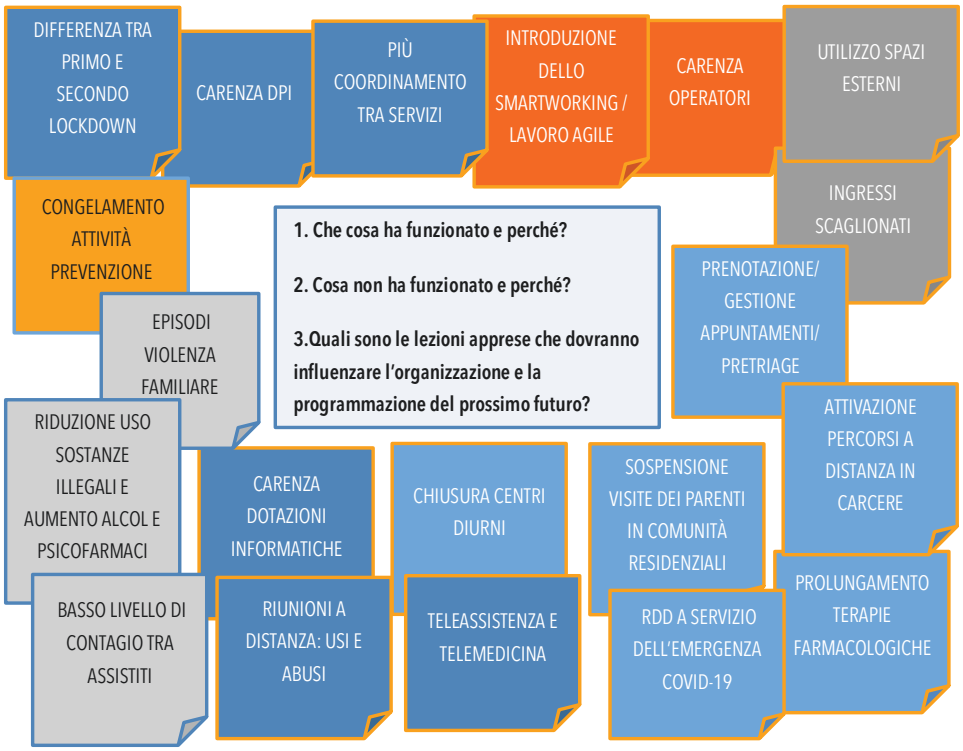
Le attività di prevenzione sono state inizialmente annullate o congelate. Solo in un secondo momento c'è stata una parziale ripresa utilizzando i canali digitali, ma i segni della sospensione sono stati molto evidenti. In particolare, l'ambito delle attività di prevenzione rivolte alle scuole e la rielaborazione di un piano strategico sono state percepite come una delle priorità della ripartenza post pandemica, anche ricalibrandole sulle modificazioni dei comportamenti indotte dai prolungati *lockdown*.

Indicazioni generali per il futuro

Come viene ben rappresentato dalla lavagna virtuale del *Focus Group*, rispetto ai temi generali posti in discussione è emerso un nutrito insieme di tematiche di varia entità che tutti i soggetti coinvolti hanno individuato come punti importanti per il futuro.

Questa spinta a misurarsi in modo deciso con le innovazioni richieste dalle nuove condizioni assistenziali si è rivelata in modo netto anche in risposta alle tre domande principali legate alle dinamiche prodotte dalla pandemia COVID-19: cosa ha funzionato, cosa è stato di maggiore impedimento, cosa sta accadendo ora.

Figura 10.2.1 - Estratto lavagna virtuale *Focus Group*



Gli elementi ricorrenti nel *Focus Group*, sentiti come una forte esigenza di prospettiva per il futuro, riguardano in particolare:

- la necessità di riportare attenzione sull'Area delle Dipendenze con un supporto deciso da parte delle Regioni/PA sia nell'ottica di una riorganizzazione dei servizi, sia nella direzione di un'assegnazione più adeguata di risorse specifiche;
- l'esigenza di lavorare sull'apprendimento organizzativo. La pandemia ha messo in luce molte carenze ma ha evidenziato come l'aspetto organizzativo sia centrale rispetto all'efficacia dei servizi e alla loro risposta ai cambiamenti. Per realizzare questo cambio di marcia è necessario però che il percorso sia accompagnato da un'adeguata formazione del personale dedicato, che dovrà avere specifiche competenze anche nell'ambito della progettazione e della programmazione strategica;
- lo sviluppo del livello di coordinamento tra i servizi e tra le Regioni/PA e le Amministrazioni Centrali, individuando procedure standardizzate e semplificando gli strumenti di comunicazione;
- la necessità di rimettere al centro il ruolo dell'assistenza territoriale e di figure professionali, la cui importanza è emersa in modo forte durante la pandemia, come gli infermieri o gli operatori domiciliari, che potrebbero unire a un ruolo assistenziale anche una funzione di controllo e di prevenzione;
- la scelta di ripartire dalla prevenzione, in particolare quella precoce, come azione prioritaria che veda uniti in uno sforzo corale e aggiornato tutti gli attori coinvolti.

10.3 Indicazioni operative per i Servizi delle Dipendenze

Fonte: Gruppo tecnico interregionale Dipendenze costituito presso la Commissione Salute della Conferenza delle Regioni e delle Province Autonome.
Elaborazioni: Consiglio Nazionale delle Ricerche - Istituto di Fisiologia Clinica

Nel corso della pandemia COVID-19 il Gruppo tecnico interregionale Dipendenze costituito presso la Commissione Salute della Conferenza delle Regioni e delle Province Autonome ha prodotto un elaborato documento recante le "Indicazioni per la prosecuzione di attività e misure di contrasto e contenimento del virus Sars-cov-2 nei servizi per le dipendenze (SerD) - Misure per la fase 2".

A. Considerazioni Generali

Sulla base del citato elaborato si esprimono le seguenti considerazioni generali. Le prestazioni dei Servizi delle Dipendenze sono definite essenziali da Ministero della Salute e Regioni; i servizi devono essere messi nella condizione di garantire la loro erogazione nella massima sicurezza per i professionisti e per i pazienti e, attraverso ciò, per l'intera popolazione.

L'avvio della Fase 2 non può prescindere dal mantenimento delle misure di precauzione a tutela della sicurezza dei lavoratori e dei pazienti: al di là delle indicazioni generali sopracitate è fondamentale una valutazione specifica del contesto lavorativo delle sedi SerD/SMI e delle Strutture residenziali e semi-residenziali.

Ciascuna struttura (ambulatoriale, semi-residenziale o residenziale) dovrà predisporre e/o aggiornare un piano organizzativo di emergenza che tenga conto della necessità di:

- formare e periodicamente aggiornare gli operatori sull'evolvere della pandemia, sulle precauzioni igieniche da adottare per le attività in presenza, sull'uso corretto dei DPI, sulla psicoeducazione a utenti e familiari, sulle modalità ottimali per effettuare attività in telemedicina e teleriabilitazione;
- riorganizzare gli spazi dei servizi, gli orari degli operatori e i tempi e modi delle attività per garantire l'effettuazione di interventi in presenza in adeguata sicurezza (*triage*, distanziamento fisico, sanificazione e areazione degli ambienti, ecc.);
- definire linee di priorità per l'accesso agli interventi e per il relativo *mix* sia in presenza sia in telemedicina e, più in generale, per la rimodulazione degli interventi sulla base delle risorse disponibili e della riduzione di tempi e spazi;

- porre particolare attenzione al possibile incremento dei contagi e alle sue conseguenze negative sull' organizzazione delle attività, che dovranno poter essere rapidamente riorganizzate secondo le linee di priorità definite;
- garantire efficaci comunicazioni tra tutti gli operatori e relazioni coordinate tra i diversi livelli e funzioni;
- attivare e implementare la trasversalità tra i diversi servizi per garantire il continuo confronto e formazione rispetto alle nuove modalità di intervento, ma anche supporto reciproco con l'utenza ove si rendesse necessario.

Al di là dell'utilizzo degli specifici DPI, va data ampia diffusione sulla necessità di adottare in qualunque contesto le misure preventive generali adattate alla specifica operatività:

- il distanziamento individuale;
- l'igiene delle mani;
- la protezione delle vie aeree;
- la distinzione fra aree "sporche" e aree "pulite";
- la disinfezione delle superfici potenzialmente contagiate.

D'altra parte ogni misura va commisurata con la sede operativa, il numero di operatori, gli spazi a disposizione e la tipologia delle attività:

1. Attività ambulatoriali

    1.1. *Front Office*/Accoglienza

    1.2 *Triage*

    1.3 Attività clinica programmata:

    - Attività ambulatoriale medica, infermieristica, psicologica, sociale ed educativa
    - Attività di monitoraggio tossicologico (prelievo della matrice cheratinica/campioni urinari)
    - Attività di prelievo ematico (per i servizi in cui è prevista tale funzione)
    - Ambulatorio delle terapie farmacologiche
    - Attività di monitoraggio tossicologico
    - *Screening* e *Follow up* HIV – HCV – MTS

    1.4 Gruppi terapeutici

    1.5 Visite domiciliari

    1.6 Prestazioni riabilitative e di supporto sociale

    1.7 Attività di prevenzione

    1.8 Riunioni d'équipe, riunioni tra servizi e valutazioni multidisciplinari

    1.9 Attività di riduzione del danno

1.10 Carcere

1.11 Monitoraggio dei pazienti in strutture residenziali

2. Misure igienico sanitarie

2.1 Disponibilità generale dei dispositivi e dei materiali

2.2 Sala d'attesa

2.3 Accesso agli ambulatori/studi

2.4 Attività in ambulatorio

2.5 DPI da prevedere per singole attività e istruzioni operative

2.6 *Smart working*

3. Linee guida per Centri diurni / Semi-resindenzialità

4. Linee guida per Strutture Residenziali

5. Linee guida per servizi *drop-in*

6. Linee guida per Unità Mobili

7. Misure per la progressiva delle attività nella fase 3

7.1 Assistenza semi-residenziale e residenziale

7.2 Assistenza semi-residenziale e residenziale dipendenze

7.3 Servizi Ambulatoriali – SerD

7.4 Servizi Residenziali

7.5 Servizi Semi-residenziali

7.6 Servizi Sociosanitari di Prossimità

Oltre alle considerazioni generali, la struttura del documento rende l'ampiezza e la profondità del lavoro affrontato per offrire ai servizi operativi delle linee guida e delle istruzioni di riferimento proprio durante il periodo più difficile da affrontare.

CAPITOLO 11

RETI SOCIALI DI PROSSIMITÀ: HOUSING E LAVORO

11.1 RETI SOCIALI DI PROSSIMITÀ: HOUSING E LAVORO

Fonte: Focus Group Gruppo Esperti.
Elaborazioni: Federsanità Toscana; Consiglio Nazionale delle Ricerche - Istituto di Fisiologia Clinica

Con l'obiettivo di integrare le informazioni quantitative con elementi di conoscenza non immediatamente presenti nelle banche dati usuali, durante la costruzione di questa Relazione è stata organizzata una raccolta di dati di tipo qualitativo, finalizzata ad arricchire la lettura di un fenomeno fluido e in forte cambiamento come quello delle dipendenze.

Nell'anno in cui le interconnessioni digitali sono entrate a far parte integrante del nostro tempo di vita e delle nostre relazioni lavorative, è stato aperto uno spazio virtuale in cui provare a svolgere un *Focus Group* sul rapporto tra "Marginalità e Lavoro".

Il *Focus Group* ha avuto successo grazie alla collaborazione attiva di molte organizzazioni pubbliche e private: Direzione generale UEPE- Ministero della Giustizia, CNCA, FICT, INTERCEAR, FeDerSerD, SIDTt, Confcooperative Federsolidarietà e Legacoopsociali.

LO SVOLGIMENTO DEL FOCUS GROUP

Sono stati individuati otto "esperti di dominio" all'interno delle reti dei Ministeri direttamente interessati, dei Servizi Pubblici per le Dipendenze e del Privato Sociale attivo nel settore.

L'incontro online, registrato integralmente grazie al consenso di tutti i partecipanti, si è svolto all'interno di una cornice sviluppata attraverso quattro possibili percorsi di inclusione sociale e lavorativa che hanno fatto da contenitore alla tematica principale affrontata dal *Focus Group*.

Tali percorsi sono stati così predeterminati:

- Inserimenti nell'ambito di percorsi *Drug-Free* attivati alla fine dei percorsi terapeutici residenziali e semi-residenziali.
- Inserimenti di persone in terapia farmacologica da mantenimento.
- Inserimenti legati alle misure di uscita dal carcere e gestiti dagli Uffici di Esecuzione Penale Esterna (UEPE)
- Inserimenti nell'ambito di progetti di riduzione del danno/bassa soglia

La raccolta del *Focus Group*[2] è stata organizzata secondo le tematiche di maggiore rilievo emerse:

A. Il lavoro come strumento di integrazione e valutazione

B. La necessità di strutturare percorsi di reinserimento innovativi

C. La mancanza di una visione di insieme

D. L'importanza della formazione

E. L'impatto della pandemia da COVID 19 sui percorsi di inclusione lavorativa e *housing*

In sintesi gli esiti dell'incontro:

A. Il lavoro come strumento di integrazione

I percorsi di inserimento lavorativo sono stati classificati nelle loro diverse funzioni: di strumento, di obiettivo e di indicatore di efficacia in un'ottica di *care*, non solo di *cure*, assumendo una prospettiva che vede il lavoro come un contenitore di relazioni capace di mettere al centro la motivazione e la ricostruzione di una rete vitale di rapporti.

Il lavoro in molti casi rappresenta infatti la chiave di aggancio per il percorso terapeutico ed è, inoltre, la condizione essenziale per attivare percorsi di *housing* sociale. Da un punto di vista operativo è risultato evidente come le cooperative sociali di tipo 'B' siano le maggiori destinatarie degli inserimenti lavorativi: la loro struttura organizzativa rappresenta una risposta adatta all'andamento tipicamente sinusoidale delle prestazioni lavorative delle persone fragili. A questo proposito, esistono norme, come l'Art. 112 del Codice degli appalti, che rappresentano strumenti per incrementare percorsi di cittadinanza attraverso il lavoro e che devono ancora essere conosciuti a fondo e applicati in maniera diffusa.

Nei capitoli di bilancio del Ministero della Giustizia, inoltre, sono allocate risorse dedicate appositamente al reinserimento lavorativo e a borse lavoro. Una significativa parte della popolazione carceraria avrebbe infatti i requisiti necessari per iniziare un percorso di reinserimento sociale e lavorativo. È tuttavia necessario incrementare le interlocuzioni con le comunità esterne e con i servizi per le dipendenze per avviare percorsi di questo genere. Nel 2020 i soggetti affidati in prova sono stati 3.404 che, con una variazione negativa legata alla pandemia, rappresentano solamente il 12% del totale delle misure alternative al carcere.

B. La necessità di strutturare percorsi di reinserimento innovativi

Partendo dall'assunto che i modelli di consumo di droghe sono sempre più dinamici, complessi e che i soggetti che fanno domanda di trattamento oggi hanno caratteristiche estremamente eterogenee, risulta essenziale definire nuove strategie per i percorsi di inserimento sociale e lavorativo. Per far ciò e adeguarsi alla modifica del contesto sociale, le interconnessioni e il confronto fra i vari attori del sistema sono elementi indispensabili. È inoltre necessario definire in maniera più precisa gli obiettivi legati al reinserimento per adattarsi alla nuova popolazione dei servizi.

Risulta quindi evidente l'importanza della corresponsabilità tra i vari soggetti ed enti coinvolti nel processo di reinserimento, una modalità di azione cooperativa che deve essere considerata come fortemente alternativa alla semplice delega di competenze. I processi di reinserimento sociale obbligano gli *stakeholder* a confrontarsi

[2] Ai partecipanti sono stati assegnati 5 minuti per riassumere le proprie considerazioni rispetto a ogni singolo punto, per un totale di tre giri completi di tavolo. La discussione ha avuto una durata complessiva di 2 ore e 15 minuti ed è stata supportata con l'ausilio di una lavagna virtuale che ha permesso l'organizzazione visiva dei contenuti e la raccolta delle parole chiave anche in remoto. Difatti, al termine di ogni giro di interventi, i moderatori hanno ricostruito i punti salienti della discussione avvalendosi della lavagna condivisa e degli altri strumenti virtuali della dashboard.

nella ricerca di soluzioni, ridimensionando gli aspetti di stigmatizzazione delle dipendenze anche grazie all'allargamento del contesto operativo di riferimento.

Inoltre, i percorsi di inserimento lavorativo e/o di *housing* sociale, se considerati all'interno di progettazioni personalizzate, costituiscono parti fondamentali per la vita delle persone sulle quali attivare e indirizzare risorse secondo un approccio per obiettivi come propone il *Budget* di Salute.

Per quanto riguarda il tema della recidiva, comunità e servizi devono migliorare nella consapevolezza che la ricaduta non è un fallimento ma fa parte di un percorso complesso in cui bisogna focalizzare l'attenzione sulla sua riduzione senza darne tuttavia una lettura troppo rigida. Inoltre viene segnalato che la maggior parte delle revoche delle misure alternative al carcere non sono legate alla recidiva/commissione di nuovi reati, ma sono principalmente dovute ad un andamento negativo del complessivo percorso di reinserimento.

C. La mancanza di una visione di insieme

La mancanza di una visione di insieme e di prospettiva risulta essere uno dei principali ostacoli per aumentare l'efficacia dei percorsi di inserimento sociale. La frammentazione delle procedure, delegata alle Regioni e alle aziende sanitarie e la trasversalità organizzativa all'interno dei servizi stessi possono distrarre l'attenzione dall'utente. L'eccessiva settorialità dei singoli interventi non favorisce l'efficacia dei processi di inserimento sociale che rimangono spesso episodi troppo isolati all'interno di un percorso generale.

Un altro ostacolo riscontrato è la mancanza di una rete organizzativa e operativa solida con i Centri per l'Impiego e con altri soggetti istituzionali preposti all'attuazione sui territori di politiche attive del lavoro. Al contrario la loro funzione sarebbe ancora più rilevante e d'impatto in un mercato del lavoro che, negli ultimi anni, ha subito cambiamenti strutturali e forti trasformazioni; la flessibilizzazione, la precarizzazione, la parcellizzazione dei tempi e dei modi del lavoro sono elementi che richiedono infatti risposte diverse e adeguate.

Nel mondo del lavoro si è inoltre ridotto lo spazio di comunità, di comprensione e di accoglienza, rendendo così necessario individuare nuovi strumenti di inserimento, integrati in un percorso di cittadinanza strettamente collegato alle comunità territoriali di riferimento e supportato da un'adeguata e diffusa attività di informazione. È necessario infatti lavorare all'interno delle comunità territoriali al fine di avviare percorsi che guardino all'inclusione in senso ampio.

Relativamente ai percorsi in uscita dal carcere si riscontra come elemento di problematicità una rigidità di fondo da parte dei magistrati e dei tribunali di sorveglianza, insieme alla mancanza di percorsi personalizzati costruiti sull'inserimento lavorativo, che potrebbero diventare uno strumento importante di reinserimento sociale se basati su una maggiore collaborazione con la comunità e i servizi.

D. L' importanza della formazione

Nel processo di adeguamento alle trasformazioni in corso assume una particolare importanza la formazione, sia quella dedicata ai soggetti da inserire nel mondo del lavoro sia quella, non secondaria, rivolta agli operatori dei servizi e delle comunità terapeutiche.

All'interno delle reti delle comunità terapeutiche è infatti evidente la necessità di un aggiornamento relativo agli strumenti disponibili per i percorsi di inclusione sociale.

Nell'ambito della giustizia e del sistema giudiziario viene infine evidenziata l'attenzione verso la specializzazione dei funzionari sul tema del reinserimento e il bisogno di ulteriore formazione per acquisire maggiori competenze specifiche.

E. L'impatto della pandemia da COVID-19 sui percorsi di inclusione lavorativa e *housing*

Il quadro emergenziale legato alla pandemia ha visto gli operatori confrontarsi con nuovi protocolli e procedure che hanno congelato, per ragioni di sicurezza sanitaria, tutti i percorsi di reinserimento. Sono tuttavia emersi alcuni elementi positivi indotti dalla risposta all'emergenza e legati, in particolare, all'accelerazione dell'adozione di alcuni strumenti tecnologici prima non utilizzati, come i video-colloqui e all'ideazione e realizzazione di progetti che hanno visto il coinvolgimento delle reti territoriali e hanno sbloccato risorse preziose, come nel caso di una serie di interventi di inclusione sociale per senza fissa dimora in uscita dal carcere.

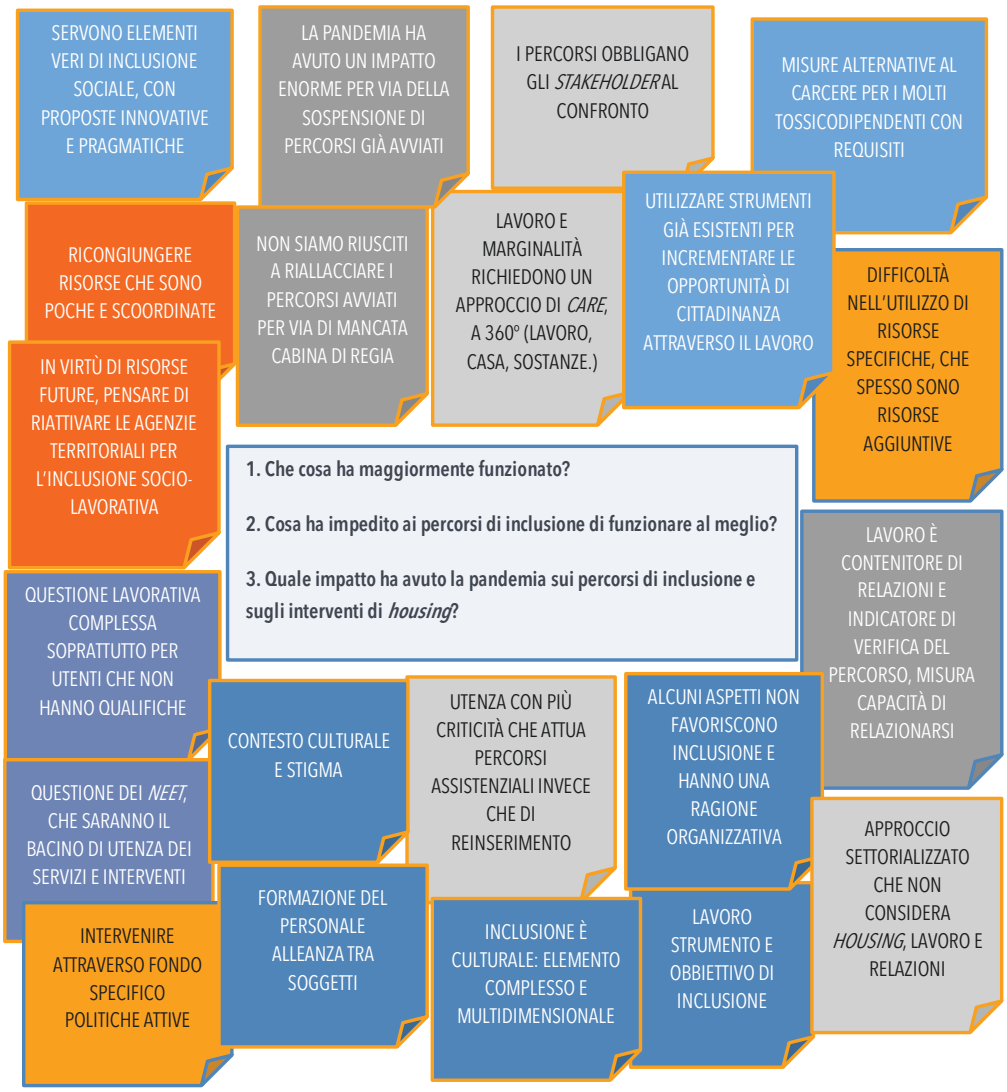
Lo stop forzato è stato letto come un'occasione di riflessione e di ripensamento che ha messo in luce la necessità di ripartire con maggiore coraggio, con più programmazione e con una visione di lungo periodo. L'attivazione di agenzie territoriali per l'inserimento socio-lavorativo che sviluppino percorsi individualizzati legati alle comunità locali, è stata evidenziata come uno degli obiettivi di primaria importanza.

Sul fronte delle azioni di sostegno all'abitare, è stato invece rilevato come la variazione nelle modalità di organizzazione del lavoro delle grandi aziende renderà probabilmente disponibile, con prezzi più accessibili, consistenti superfici di patrimonio immobiliare che potrebbero essere dedicate a progetti avanzati di *housing* sociale.

Indicazioni generali per il futuro

Rispetto ai temi generali posti in discussione, riportati nella figura seguente, è emerso un largo spettro di indicazioni utili ad alimentare il percorso di innovazione e trasformazione che tutti i soggetti coinvolti hanno individuato come inevitabile per il futuro.

Figura 11.1.1 - Estratto lavagna virtuale *Focus Group* "Marginalità e lavoro"



Questa spinta a misurarsi in modo concreto e aperto con la complessità dei rapporti si è rivelata in modo netto anche in risposta alle tre domande principali: cosa ha funzionato negli ultimi 10 anni, cosa è stato di maggiore impedimento, cosa sta accadendo ora a fronte della pandemia Covid-19.

Gli elementi ricorrenti nel *Focus Group*, sentiti come una forte esigenza di prospettiva per il futuro, riguardano in particolare:

- dedicare specifiche risorse al reinserimento sociale, prendendo in considerazione la possibilità di ripristinare il Fondo per le Dipendenze;
- costruire una cabina di regia nazionale sul tema, che metta insieme tutte le forze in campo in un generale ripensamento degli obiettivi e delle modalità per raggiungerli;
- individuare uno strumento, che potrebbe essere il *Budget* di Salute, per gestire in un'ottica allargata le esigenze di cura e sostegno dei soggetti fragili.

Come sempre accade in queste occasioni di discussione approfondita a più voci, il vero campo di interesse diventa la complessità e, più precisamente, la capacità di agire nella complessità delle interazioni richieste dai processi di cambiamento legati ai bisogni delle persone assistite e ai bisogni delle comunità di riferimento.

PAGINA BIANCA

PARTE VI
ATTIVITÀ PROMOSSE DAL DIPARTIMENTO POLITICHE ANTIDROGA

PAGINA BIANCA

CAPITOLO 12

PRINCIPALI ATTIVITÀ DEL DIPARTIMENTO POLITICHE ANTIDROGA

12.1 Accordi Interistituzionali e Protocolli promossi

Il Dipartimento Politiche Antidroga (DPA) ha promosso e supportato, nel corso del 2020, diverse attività progettuali negli ambiti sia della prevenzione e del contrasto alla diffusione delle sostanze stupefacenti sia del trattamento delle persone consumatrici di sostanze. Tali attività hanno consentito di coinvolgere e mettere in rete numerose istituzioni pubbliche e del Privato Sociale (ministeri, atenei universitari, associazioni "*no profit*", altre agenzie e istituzioni altamente competenti e presenti sull'intero territorio nazionale) che, in stretta collaborazione con il DPA, hanno configurato l'opportunità di sviluppare azioni efficaci ed efficienti in questo ambito di intervento.

Tutte le attività progettuali gestite dal DPA, di seguito descritte, sono fortemente orientate:

- al potenziamento delle attività dell'Osservatorio nazionale permanente sulle tossicodipendenze;
- alla prevenzione e contrasto dell'uso di sostanze stupefacenti e psicotrope, nonché dell'abuso di alcol da parte dei conducenti dei veicoli;
- alla prevenzione della diffusione delle sostanze stupefacenti e delle nuove e pericolose sostanze psicoattive, nella società, con particolare riferimento alle famiglie ed alle giovani generazioni;
- alla prevenzione e contrasto della diffusione, anche "ON LINE", delle sostanze stupefacenti e delle nuove sostanze psicoattive (NPS), tramite il costante monitoraggio del web e del dark web, nonché dei flussi finanziari in criptovalute utilizzati per i traffici illegali di tali sostanze;
- alla ricerca e analisi delle informazioni provenienti dal territorio e dalle forze di polizia e monitoraggio e mappatura del fenomeno per orientare la prevenzione;
- prevenzione e contrasto al disagio giovanile.

Inoltre, la maggior parte delle azioni intraprese concorrono, in particolare, al rafforzamento del Sistema Nazionale di Allerta Precoce (SNAP) e di quello europeo, strumenti fondamentali per una rapida risposta preventiva alla diffusione delle sostanze stupefacenti sul territorio nazionale.

Le azioni progettuali realizzate nel corso dell'anno 2020 sono state:

ACCORDO DI COLLABORAZIONE INTERISTITUZIONALE TRA DIPARTIMENTO POLITICHE ANTIDROGA E ISTITUTO SUPERIORE DI SANITÀ PER LA REALIZZAZIONE DEL PROGETTO ESECUTIVO FINALIZZATO ALLA ORGANIZZAZIONE E GESTIONE EVOLUTA DI UN SISTEMA NAZIONALE DI ALLERTA PRECOCE – SNAP[1]

Nel marzo 2017 è stato siglato un accordo di collaborazione interistituzionale che ha affidato al Centro Nazionale Dipendenze e Doping (CNDD) dell'Istituto Superiore di Sanità (ISS) il coordinamento del Sistema Nazionale di Allerta Precoce (SNAP-ISS), sulle Nuove Sostanze Psicoattive. In questo ambito è nata la nuova piattaforma (https://snap.iss.it) che rappresenta un sistema informatico strategico per una capillare adesione allo SNAP, in quanto semplifica la raccolta delle informazioni sul territorio nazionale, ottimizzando le segnalazioni in entrata/uscita e facilitando la partecipazione al network da parte dei singoli centri collaborativi.

In tale quadro si inserisce il Progetto "Help Snap", siglato nel 2020, affinché i Centri Collaborativi coinvolti nel network e che contengono al loro interno un laboratorio analitico per l'identificazione delle NPS possano migliorare la propria performance analitica sia su materiali non biologici, oggetto di sequestri, sia su matrici biologiche convenzionali e non convenzionali provenienti da soggetti consumatori, eventualmente intossicati o da casi di morte droga-correlata. Il progetto ha l'obiettivo generale di implementare l'attività dello SNAP, attraverso il miglioramento delle performance analitiche dei laboratori afferenti ai Centri Collaborativi e delle analisi biotossicologiche dei laboratori dei centri collaborativi e clinico-tossicologiche dei servizi clinici.

ACCORDO DI COLLABORAZIONE INTERISTITUZIONALE TRA DIPARTIMENTO POLITICHE ANTIDROGA E POLIZIA DI STATO, ARMA DEI CARABINIERI E GUARDIA DI FINANZA DENOMINATO "AZIONI CONGIUNTE PER L'ATTUAZIONE DELLE POLITICHE DI PREVENZIONE E CONTRASTO DELL'USO DI SOSTANZE STUPEFACENTI E PSICOTROPE, NONCHÉ DELL'ABUSO DI ALCOL DA PARTE DEI CONDUCENTI DEI VEICOLI"[2]

L'accordo congiunto ha l'obiettivo di rafforzare e fronteggiare in modo sempre più incisivo il fenomeno della guida in stato di alterazione psico-fisica dovuta all'assunzione di sostanze stupefacenti e all'abuso di alcol.

Il protocollo operativo relativo all'accertamento dell'assunzione di sostanze stupefacenti è basato sulla effettuazione – direttamente su strada – di *test di screening* sulla saliva e, in caso di positività, sul successivo prelievo di campioni salivari per l'esecuzione delle analisi di laboratorio presso il Centro Ricerche di Laboratorio e Tossicologia Forense della Polizia di Stato di Roma.

ACCORDO DI COLLABORAZIONE INTERISTITUZIONALE TRA DIPARTIMENTO POLITICHE ANTIDROGA E ISTITUTO DI RICERCHE FARMACOLOGICHE MARIO NEGRI IRCCS PER IL PROGETTO "ACQUE REFLUE - MISURA DEL CONSUMO DI NUOVE SOSTANZE PSICOATTIVE E ALTRE SOSTANZE

[1] Per approfondimento si veda paragrafo 1.5
[2] Per approfondimento si veda paragrafo 4.2

STUPEFACENTI MAGGIORI NELLA POPOLAZIONE MEDIANTE ANALISI DELLE ACQUE REFLUE E L'ISTITUZIONE DI UNA RETE DI RILEVAMENTO NAZIONALE"[3]

L'obiettivo primario del progetto "ACQUE REFLUE" è quello di istituire una rete di rilevamento nazionale dei consumi di sostanze psicoattive, costituita dalle principali città italiane (capoluoghi di regione e/o aree metropolitane) e da altre città, minori ma significative per peculiarità territoriali e sociali, per monitorare i trend di consumo delle sostanze psicoattive "maggiori" (cocaina, amfetamina, ecstasy, metamfetamina, eroina e cannabis), identificare la presenza di NSP (in particolare oppioidi sintetici, inclusi i fentanili, catinoni sintetici, cannabinoidi sintetici e fenetilamine) e valutare la loro effettiva diffusione nella popolazione italiana.

Mediante l'applicazione del metodo di stima dei consumi di sostanze psicoattive nella popolazione basato sull'analisi delle acque reflue (*epidemiologia delle acque reflue*, o *wastewater-based epidemiology*) è invece possibile misurare quali e quante sostanze vengono complessivamente consumate dalla popolazione oggetto di monitoraggio. Il metodo utilizza una caratteristica nota di queste sostanze: una sostanza psicoattiva, dopo essere stata consumata, viene in parte escreta come tale o come metaboliti con le urine del consumatore. Le urine, assieme alle acque fognarie, raggiungono i depuratori urbani dove le acque possono venire campionate e i residui delle sostanze psicoattive venire misurati. Le concentrazioni ottenute consentono di risalire al consumo cumulativo di sostanze da parte della popolazione servita dal depuratore.

Nella prima fase del progetto è stato istituito il network sperimentale, comprendente i depuratori (punti di prelievo delle acque reflue) delle 34 città Italiane selezionate ed è stata effettuata la formazione dei responsabili dei depuratori. Sui 34 responsabili contattati, 33 hanno aderito e hanno garantito la collaborazione per tutti i due anni di durata del progetto. La società di gestione del trentaquattresimo depuratore (depuratore di Catanzaro) non ha invece aderito. Per non lasciare scoperta la regione Calabria, è stata selezionata una seconda città Calabrese, Reggio Calabria, ma anche in questo caso la dirigenza del depuratore, una volta contattata, ha deciso di non aderire al nostro studio. I risultati che saranno mostrati riguardano quindi 33 depuratori relativi ad altrettante città Italiane.

Nella seconda fase è stata effettuata la selezione delle sostanze psicoattive da analizzare (avvenuta considerando quelle più frequentemente e recentemente identificate e citate nei report e nei sistemi di allerta precoce a livello nazionale ed internazionale) e sono stati messi a punto i metodi analitici per la loro rilevazione nelle acque reflue.

In complesso sono state selezionate 87 differenti sostanze psicoattive, tra cui 21 sostanze d'abuso "maggiori" (tetraidrocannabinolo e metaboliti, oppiacei e metaboliti, cocaina e metaboliti, amfetamine), 3 ketamine (ketamina e i suoi metaboliti norketamina e deidronorketamina.), 43 NSP (del gruppo delle fenetilamine, catinoni sintetici, triptamine, arilcicloesamine, derivati dell'aminorex e cannabinoidi sintetici) e 20 fentanili. Successivamente a queste fasi preliminari, è stata organizzata una campagna di campionamento nei mesi di ottobre e novembre 2020. Nel corso di una settimana, in ciascun depuratore sono stati raccolti sette campioni giornalieri consecutivi di acque reflue non trattate, ciascuno rappresentativo delle 24 ore. I campioni raccolti sono stati congelati in loco e conservati a -20°C fino alla successiva spedizione presso i laboratori dell'Istituto Mario Negri, dove sono stati analizzati mediante metodi analitici. Complessivamente sono stati raccolti 231 campioni e in ciascuno analizzate e quantificate le 73 differenti sostanze psicoattive selezionate nelle precedenti fasi del progetto.

[3] Per approfondimento si veda paragrafo 3.3

Dopo indagini preliminari che mostravano concentrazioni molto basse, per NSP e fentanili la procedura è stata modificata e sono stati costituiti dei pool per l'ottimizzazione delle analisi. I sette campioni settimanali di ciascun depuratore venivano quindi riuniti in due pool, uno relativo al week-end (sabato, domenica e lunedì) e uno relativo agli altri giorni della settimana e analizzati per NSP e fentanili.

ACCORDO DI COLLABORAZIONE TRA DIPARTIMENTO POLITICHE ANTIDROGA E MULTICENTRICA DI RICERCA, FORMATA DA QUATTRO ATENEI UNIVERSITARI ITALIANI E DAL LABORATORIO ANTIDOPING FMSI, CON IL COORDINAMENTO DELL'UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI FERRARA - DIPARTIMENTO DI MORFOLOGIA, CHIRURGIA E MEDICINA SPERIMENTALE PER LA REALIZZAZIONE DEL PROGETTO "EFFETTI DELLE NPS: SVILUPPO DI UNA MULTICENTRICA DI RICERCA PER IL POTENZIAMENTO INFORMATIVO DEL SISTEMA DI ALLERTA PRECOCE"

L'obiettivo primario dell'Accordo consistite nell'attivazione di percorsi, ricerche e osservazioni sulle caratteristiche farmaco-tossicologiche, sul metabolismo e sugli effetti delle NPS (sia in fase preclinica sia sull'umano) al fine di ottenere informazioni tempestive e utili per gestire al meglio gli interventi di emergenza, nonché gli interventi di prevenzione concreta sui possibili utilizzatori, concorrendo così a rafforzare il Sistema Nazionale di Allerta sulle nuove sostanze.

In particolare, l'Accordo ha per oggetto le seguenti attività:

- attivazione di una linea di ricerca comune sugli effetti farmaco-tossicologici, clinici e psico-comportamentali delle NPS, con trasferimento delle informazioni alle strutture cliniche e preventive per scopi pratici (confezionamento delle allerte, studio di possibili antidoti o trattamenti farmacologici per contrastare i danni acuti e cronici delle NPS);
- produzione di studi per l'identificazione dei fattori di vulnerabilità e protezione nei giovani, al fine di comprendere gli indicatori predittivi del rischio di uso precoce e continuativo di queste sostanze, per identificare gli interventi protettivi più efficaci, attivabili in via preventiva e sostenibili ed evitare l'uso delle sostanze stupefacenti;
- studio delle differenze di genere, con particolare attenzione alle conseguenze negative dell'uso di NPS per il genere femminile, in relazione anche al rischio di abuso e violenza sessuale in stato di incoscienza dopo l'assunzione di NPS;
- realizzazione di un corso di secondo livello per la formazione scientifica di formatori operanti nel settore su tali ambiti;
- creazione di una "*Web Addiction Scientific Comunity*" sui temi di interesse per la promozione di collaborazioni nazionali e internazionali, con aggiornamenti, forum online e newsletter, anche mediante la condivisione di un database scientifico specifico per la ricerca sulle NPS, utile anche a sostenere e promuovere le attività sanitarie del sistema di allerta;
- attivazione e mantenimento di punti informativi web per la prevenzione, la formazione e l'aggiornamento scientifico degli operatori del settore;
- trasferimento al Dipartimento Politiche Antidroga di notizie scientifiche già in forma divulgativa per l'inserimento nel sito del Dipartimento stesso.

Gli obiettivi perseguiti nel 2020 si sono concentrati sullo studio degli effetti farmaco-tossicologici e del metabolismo di NPS selezionate all'interno di categorie di molecole segnalate dallo SNAP e/o dall'*European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction* (EMCDDA) in base alla pericolosità dimostrata in intossicazioni nell'uomo e/o alla potenziale tossicità in base allo loro struttura chimica.

Sono stati caratterizzati e sono in corso di studio gli effetti farmaco-tossicologici (compresi quelli citotossici e mutageni) e il profilo metabolico delle seguenti NPS:

1) Cannabinoidi sintetici: JWH-175, AKB48, 5F-AKB48, AM-2201, MAM-2201, STS-135, 5F-PB22, BB-22, CUMYL-THPINACA, ADB-CHMICA, APP-FUBINACA, APP-CHMINACA;

2) *Catinoni e stimolanti sintetici*: Metiopropammina (MPA), cis-4-4'DMAR e trans-4-4'DMAR, MDPV, NM2AI, alfa-PHP, alfa- PVP; 4F-alfa-PVP, 3,4-MDPHP, MTTA, mexedrone, nuovi catinoni;

3) *Oppioidi sintetici*: MT-45, Fentanile, Acrilofentanile, Ocfentanile, Furanilfentanile ed altri fentanili modificati come 5-fluoro MDMB-PICA, 4-Fluoro-Furanilfentanile, isobutirrilfentanile;

4) *Fenetilammine allucinogene*: 25I-NBOMe e congeneri, 2C-X e congeneri, DOB, 4,5-Cl-MDMA;

6) *Dissociativi allucinogeni*: PCP, ketamina/metossietamina, difenidina e congeneri, metossipropammina, 5-Fluoro-descloroketamina, descloroketamina (le ultime tre recentemente identificate dalla multicentrica in un decesso);

5) *Sedativi ipnotici utilizzati per rapine e violenza sessuale*: GHB, GVL, NMP (identificato dal RIS in due azioni criminali nel nostro territorio);

6) *Nuove Sostanze Psicoattive "atipiche"* non ancora classificate con struttura simile a PCP e tramadolo: 1-cicloesil-X-metossibenzene derivati.

Inoltre:

- sono stati individuati in diverse matrici biologiche metaboliti di NPS da utilizzare come potenziali *marker* di utilizzo e intossicazione nell'uomo;
- sviluppo e validazione del metodo di *screening* veloce UHPLC-MS / MS per 87 NPS e 32 altre droghe d'abuso su capelli e unghie: applicazione a casi reali;
- sviluppo e validazione di metodiche analitiche per l'individuazione di fentanili, in particolare sequestrati sul territorio italiano (Ocfentanile, Furanilfentanile, 4-Fluoro-Furanilfentanile, Isobutirrilfentanile) in matrici biologiche, al fine di rispondere alle esigenze poste dal tavolo Tecnico Interistituzionale su sostanze oppioidi e derivati del Fentanile;
- formazione tecnico-scientifica di oltre 250 operatori sanitari a livello Nazionale durante i corsi effettuati nell'ambito del progetto;
- formazione tecnico-scientifica di operatori delle Forze dell'Ordine (DCSA, RIS);
- studio di comportamenti di *addiction* negli adolescenti, focalizzato sull'assunzione di NPS e condotto in vari Istituti scolastici italiani. Lo studio ha effettuato:
    - analisi di potenziali fattori di vulnerabilità, circoscrivendo l'ambito di interesse ad alcune dimensioni (attitudine al rischio, ansia, depressione, deficit di attenzione);

- rilevazione del consumo di sostanze stupefacenti, e in particolare le NPS, nell'anno precedente lo studio.

Le prospettive future comprendono:

- valutazione degli effetti di genere causati da NPS;
- valutazione degli effetti citotossici, mutageni sul DNA e potenzialmente cancerogeni di NPS;
- studi epigenetici per la valutazione del potenziale effetto mutageno su mRNA causato dalle NPS;
- studi di approfondimento sui meccanismi molecolari di tossicità degli oppioidi sintetici (Fentanili);
- valutazione degli effetti di NPS sulla fisiopatologia della coagulazione del sangue;
- studio di terapie antidotali per le intossicazioni acute da NPS;
- messa a punto di modelli animali alternativi per lo studio preclinico di NPS (larve di zebrafish);
- formazione di operatori sanitari e di Forze dell'Ordine sul territorio nazionale;
- prosecuzione della valutazione dei fattori di rischio nell'uso di NPS nella popolazione studentesca;
- attivazione e mantenimento di punti informativi web di supporto allo SNAP per la prevenzione dell'uso di NPS;
- trasferimento delle informazioni ottenute dalla Multicentrica di Ricerca alla popolazione, in particolare giovanile e alle scuole (formazione di studenti e insegnanti) per un'azione di informazione chiara e di prevenzione.

ACCORDO DI COLLABORAZIONE INTERISTITUZIONALE TRA DIPARTIMENTO POLITICHE ANTIDROGA E COMANDO GENERALE DELL'ARMA DEI CARABINIERI PER LA REALIZZAZIONE DEL PROGETTO "NPS ON-LINE"

Il Raggruppamento Investigazioni Scientifiche (Ra.C.I.S.) e il Comando Tutela della Salute dell'Arma dei Carabinieri nel corso del 2020 hanno proseguito nello sviluppo delle attività del progetto "NPS ON-LINE" previsto dall'Accordo interistituzionale sottoscritto il 25 settembre 2017 per il contrasto alla diffusione delle Nuove Sostanze Psicoattive (NPS) tramite il *web*.

Nel 2020 l'accordo ha visto il Ra.C.I.S. impegnato nelle seguenti attività:

- monitoraggio della partecipazione dei Laboratori dell'Arma al Sistema Nazionale di Allerta Precoce del DPA. Durante l'anno sono state inoltrate allo SNAP (Sistema Nazionale di Allerta Precoce) circa 60 segnalazioni da parte dei Laboratori per l'Analisi di Sostanze Stupefacenti (LASS) e dei Reparti Investigazioni Scientifiche (RIS)[4], tra le quali quelle inerenti all'individuazione, a cura del RIS di Roma, di 35 Nuove Sostanze Psicoattive [5] – gran parte delle quali segnalate per la prima volta in Italia[6] – in campioni sequestrati dal Reparto Operativo del Comando Carabinieri per la Tutela della Salute;

[4] Dall'avvio del progetto NPS ON-LINE (dicembre 2017), sono circa 200 le segnalazioni inoltrate allo SNAP dai laboratori dell'Arma
[5] Arilcicloesilamine, catinoni sintetici, cannabinoidi sintetici, fenetilamine e triptamine
[6] Tra cui le seguenti sostanze: 2C-B-Fly (arilalchilammina), MDMB-4en-PINACA e 4F-MDMB-BICA (cannabinoidi), 2FEA (fenetilammina), 1Cp-LSD (derivato dell'LSD – classificato da EMCDDA come "Others")

- sviluppo della piattaforma informatica (*hardware* e *software*) per la gestione ed elaborazione dei dati inerenti alle sostanze stupefacenti analizzate dai RIS e dai LASS;
- potenziamento delle capacità di risposta dei RIS/LASS per una rapida individuazione delle NPS grazie all'adeguamento delle dotazioni tecniche dei laboratori dell'Arma e all'acquisito degli standard analitici delle sostanze psicoattive[7];
- aggiornamento tecnico-scientifico dei militari dei LASS, nel rispetto delle misure volte a contenere la diffusione del COVID-19 e assicurato nella modalità "a distanza", sulle metodologie analitiche per la caratterizzazione chimica delle sostanze stupefacenti e delle NPS.

Nell'ambito dell'accordo, il Comando Carabinieri per la Tutela Salute ha:

- condotto analisi mirate del *web* (inclusi *dark* e *deep web*) grazie all'impiego e alla continua implementazione di innovativi sistemi informatici, *software* e *hardware*, in grado di individuare le nuove sostanze psicoattive in circolazione su *internet*, nonché le "rotte" dei traffici internazionali, nel cui ambito sono state:
    - eseguite decine di acquisizioni e sequestri di stupefacenti consistenti in variegate tipologie di NPS, appartenenti a diversi gruppi strutturali;
    - individuate, tra queste, 25 molecole che al momento del sequestro non risultavano ancora inserite, perché mai rinvenute prima in Italia, sulla banca dati dell'Osservatorio Europeo delle droghe e delle tossicodipendenze (EMCDDA);
    - alimentate le correlate segnalazioni allo SNAP, a cura del Ra.C.I.S. che ha svolto i connessi esami analitici;
    - avviate per alcune tra le nuove molecole individuate, a cura degli organi competenti, le procedure di aggiornamento delle tabelle di cui al DPR n. 309/1990, nelle quali è stato inserito il concetto di "analogia strutturale" anche riguardo alla vasta categoria dei *fentanili*, sostanze responsabili di numerosi decessi e intossicazioni acute segnalate dallo SNAP;
    - monitorato, dall'inizio del progetto, circa 1.800 tra siti/forum/social network e piattaforme di vendita on line:
        - avviando i conseguenti approfondimenti info-investigativi;
        - avanzando al Ministero della Salute circa 340 proposte di "oscuramento" in via amministrativa di altrettanti siti web, 290 delle quali già accolte ed eseguite, in relazione alla rilevata illecita offerta in vendita e promozione di medicinali e di sostanze potenzialmente pericolose per la salute;
- sviluppato attività nel settore delle sostanze dopanti a effetto stupefacente, individuando in Roma un centro nevralgico di stoccaggio in grado di alimentare il traffico illecito sull'intero territorio nazionale;

[7] Per la validazione dei protocolli di analisi impiegati dai Laboratori dell'Arma e l'aggiornamento delle librerie degli spettri di massa

- scoperto, nell'ambito di un'operazione che ha permesso d'individuare e sequestrare una stamperia clandestina di banconote in euro false, un laboratorio con stupefacenti di varia tipologia, parimenti sottoposti a sequestro;
- consolidato, nel contesto delle attività info-investigative condotte, il proprio ruolo di primario interlocutore di EUROPOL e INTERPOL nell'area della cooperazione internazionale di polizia sui fenomeni criminali d'interesse;
- partecipato con proprio personale, intervenuto quale relatore, ad attività di formazione nel settore delle Nuove Sostanze Psicoattive rivolte ad appartenenti alle Forze di Polizia nazionali.

ACCORDO DI COLLABORAZIONE INTERISTITUZIONALE TRA DIPARTIMENTO POLITICHE ANTIDROGA E COMANDO GENERALE DELLA GUARDIA DI FINANZA PER LA CREAZIONE DI UN SISTEMA DI MONITORAGGIO DEI FLUSSI FINANZIARI DERIVANTI DAL NARCOTRAFFICO ANCHE ATTRAVERSO CRIPTOVALUTE E DELLE DINAMICHE CHE CARATTERIZZANO I TRAFFICI DI DROGA IN INGRESSO SUL TERRITORIO NAZIONALE E LA REALIZZAZIONE DEL PROGETTO "KRIPTOVAL"

Il progetto "KRIPTOVAL", sottoscritto nel novembre 2019, è finalizzato all'analisi delle transazioni e dei flussi finanziari connessi al narcotraffico, anche attraverso l'utilizzo di criptovalute o altri strumenti di pagamento elettronico, nonché all'individuazione delle dinamiche che caratterizzano i traffici di droga in ingresso sul territorio nazionale.

Gli obiettivi del progetto prevedono:

- l'individuazione dei flussi finanziari connessi al narcotraffico, realizzati anche attraverso criptovalute o altri strumenti di pagamento elettronico, al fine di caratterizzare le forme di pagamento, l'origine e la destinazione delle transazioni ed i relativi importi;
- il monitoraggio delle dinamiche generali di introduzione delle sostanze stupefacenti provenienti dall'estero in ingresso o in transito sul territorio italiano, attraverso i porti e gli aeroporti nazionali;
- l'avvio della sperimentazione di innovative piattaforme tecnologiche e sistemi ovvero dispositivi tecnici e dotazioni particolari di rilevazione delle sostanze stupefacenti.

Per l'attuazione del progetto il DPA ha previsto l'erogazione di un finanziamento di importo complessivo pari a € 300.000,00[8] con il quale sono stati acquisiti e distribuiti ai Comandi del Corpo 62 duplicatori forensi e indetti 7 corsi per la formazione nell'utilizzo di tali apparecchiature.

La Guardia di Finanza ha assicurato, compatibilmente con il segreto investigativo posto dall'A.G., un flusso comunicativo mensile di dati riferiti all'attività dei Reparti nello specifico settore, con particolare riguardo:

- all'esistenza di flussi finanziari connessi al narcotraffico realizzati anche attraverso *criptovalute* o altri strumenti di pagamento elettronico;
- alle dinamiche generali dell'introduzione di sostanze stupefacenti provenienti dall'estero in ingresso o in transito sul territorio italiano attraverso i porti e gli aeroporti nazionali.

[8] Cap. 786 – CdR 14 – bilancio di previsione della Presidenza del Consiglio dei Ministri – E. F. 2019

Gli obiettivi trimestrali previsti nell'accordo, nonostante la crisi epidemiologica tuttora in corso, sono stati sino ad ora ampiamente raggiunti.

I flussi finanziari intercettati variano da 43 nel trimestre dicembre 2019-marzo 2020 a 7 nel trimestre settembre-dicembre 2020), realizzati massimamente in contanti (2 flussi in *bit coin* sono stati individuati in due differenti trimestri).

ACCORDO DI COLLABORAZIONE INTERISTITUZIONALE TRA DIPARTIMENTO POLITICHE ANTIDROGA E MINISTERO DELL'INTERNO - DIREZIONE CENTRALE PER I SERVIZI ANTIDROGA (DCSA) PER LA REALIZZAZIONE DEL PROGETTO "HERMES"

L'Accordo di collaborazione interistituzionale per la realizzazione del progetto "HERMES" è stato sottoscritto nel 2019 allo scopo di individuare interventi condivisi per il potenziamento sia delle attività di prevenzione e contrasto della diffusione delle sostanze stupefacenti, sia della tutela della salute pubblica, della sicurezza e dell'ordine pubblico.

Il Progetto, in particolare, è finalizzato all'incremento, anche in termini di efficacia ed efficienza, delle attività di contrasto all'introduzione illegale delle droghe di sintesi e delle Nuove Sostanze Psicoattive, occultate nelle spedizioni postali e nei pacchi a mezzo corriere, attraverso capillari e mirati controlli effettuati direttamente negli hub di smistamento.

Gli obiettivi specifici del progetto consistono nel:

- dotare le Forze di Polizia di tecnologie innovative per la ricerca di stupefacenti occultati nelle spedizioni;
- fornire un'adeguata preparazione tecnico-pratica degli operatori sulle droghe sintetiche e sulle Nuove Sostanze Psicoattive presenti sul mercato illegale, nonché sull'uso degli apparati acquisiti;
- predisporre un piano comune di contrasto delle Forze di Polizia, anche mediante l'uso di appositi software in grado di monitorare il fenomeno e indirizzare i controlli, che preveda il coinvolgimento e la collaborazione delle imprese che svolgono attività di consegna posta e corriere espresso;
- trasmettere tempestivamente al Sistema Nazionale di Allerta Precoce le segnalazioni sulla comparsa di nuove droghe per la salvaguardia della salute dei consumatori.

Nel 2020, nonostante l'emergenza pandemica, è iniziata la fase addestrativa con il primo corso sulle droghe sintetiche e NPS, nonché sono state avviate le attività propedeutiche all'individuazione di innovatavi sistemi tecnologici volti a migliorare l'attività di contrasto da parte delle Forze di Polizia.

ACCORDO DI COLLABORAZIONE INTERISTITUZIONALE TRA DIPARTIMENTO POLITICHE ANTIDROGA E MINISTERO DELL'INTERNO - DIREZIONE CENTRALE PER I SERVIZI ANTIDROGA (DCSA) PER LA REALIZZAZIONE DEL PROGETTO "ICARUS"

Il progetto esecutivo, avviato il 13 febbraio 2019, di durata triennale ma prorogato fino al 13 febbraio 2023, trova fondamento nella possibilità di accrescere esponenzialmente l'efficacia delle proiezioni del DPA e della DCSA, in uno scenario operativo costituito dagli ambiti di contiguità delle rispettive competenze istituzionali.

Gli interventi progettuali, tesi a un complessivo potenziamento delle politiche e del dispositivo antidroga, sono articolate in tre specifiche aree tematiche:

a) il supporto informativo;

b) l'attività di prevenzione a favore della popolazione giovanile;

c) le iniziative di carattere divulgativo e le attività di collaborazione nel settore normativo, di ricerca e di formazione.

In merito alla prima tematica, nel corso dell'anno 2020 si è provveduto al potenziamento e all'aggiornamento dei sistemi informatici e dei software in dotazione alla DCSA, per accrescere la capacità di acquisizione e trasferimento dei dati e delle informazioni relative ai sequestri e all'insistenza sul territorio di fenomeni criminali connessi alle sostanze oggetto di informativa o allerta. In linea con il cronoprogramma, è stata completata la procedura volta al potenziamento della sala server della DCSA. Un'importante novità è rappresentata dall'applicativo di protocollazione informatica e gestione del flusso documentale denominato MIPGWEB (Modello di Indagine di Polizia Giudiziaria – WEB), utilizzato già da altre articolazioni del Ministero dell'Interno. Allo stato attuale, si sta provvedendo alla migrazione dei dati dal sistema ad ora in uso denominato GIADA (Gestione Informatizzata Archivio Direzione Antidroga) a quello nuovo (MIPGWEB).

Nel 2020, nell'ambito dell'area tematica "attività di prevenzione a favore della popolazione giovanile" è stato portato avanti lo studio di iniziative di prevenzione dell'uso delle sostanze in favore degli studenti delle scuole secondarie di primo e secondo grado, allo scopo di offrire ai ragazzi e ai loro insegnanti un'informazione corretta e autorevole sulla pericolosità delle sostanze stupefacenti e sulle conseguenze riconducibili al loro utilizzo, contribuendo a diffondere la cultura della legalità nella popolazione giovanile.

Infine, per l'area tematica c), il 20 e 21 febbraio 2020, è stato organizzato il Convegno internazionale: "Politiche Antidroga: prevenzione e contrasto dei fenomeni e delle rotte internazionali. Strategie di cooperazione nella lotta al narcotraffico"[9], con un notevole impatto positivo, anche mediatico. L'evento, svoltosi a Roma e organizzato in sinergia fra DCSA e DPA della Presidenza del Consiglio dei Ministri, ha riunito i responsabili di vertice delle Agenzie Antidroga dei Paesi maggiormente interessati al contrasto al narcotraffico, alla produzione di droghe e alle principali rotte di trasporto, oltre a magistrati italiani e stranieri e rappresentanti di vertice delle principali organizzazioni internazionali. L'evento si è articolato in due sessioni di lavoro:

- "Traffici e dinamiche associative criminali: le attività di contrasto": i relatori stranieri di Colombia, Macedonia del Nord (i Capi della Polizia di ciascun Paese), Messico, Spagna (*Unidades de Droga y Crimen Organizado* - UDYCO), USA (*Drug Enforcement Administration* - DEA) e quelli italiani, Comandante del Servizio centrale di investigazione sulla criminalità (SCICO) della Guardia di Finanza e Comandante del Raggruppamento Operativo Speciale (ROS) dei Carabinieri, si sono confrontati sulle modalità di contrasto alle organizzazioni dedite al narcotraffico;
- "Flussi informativi per la promozione delle attività antidroga in ambito internazionali": sono intervenuti i delegati di Albania, Francia, Nigeria, Russia, Spagna (*Guardia Civil*), Turchia e il Direttore del III Servizio "Operazioni antidroga" della DCSA.

Dalle giornate di lavoro, che hanno permesso il confronto diretto fra i partecipanti e facilitato l'analisi aperta e costruttiva delle molteplici difficoltà operative e la condivisione di buone prassi nell'attività di prevenzione e

[9] https://antidroga.interno.gov.it/wp-content/uploads/2020/10/atti-convegno.pdf

contrasto antidroga, sono scaturite le linee programmatiche di impegno comune, enunciate nella Dichiarazione conclusiva sugli esiti condivisa da tutti i delegati dei Paesi e delle Agenzie Internazionali presenti all'evento.

ACCORDO DI COLLABORAZIONE INTERISTITUZIONALE TRA DIPARTIMENTO POLITICHE ANTIDROGA E MINISTERO DELL'ISTRUZIONE – DIPARTIMENTO PER IL SISTEMA EDUCATIVO DI ISTRUZIONE E FORMAZIONE PER LA REALIZZAZIONE DEL PROGETTO "CUORA IL FUTURO"

Il progetto triennale "Cuora il futuro" nasce nel 2017 con l'obiettivo di realizzare, attraverso un'azione congiunta, piani, programmi educativi e iniziative ad hoc, mirate alla prevenzione delle dipendenze da droghe in ambito scolastico, per prevenire e contrastare la diffusione dei comportamenti a rischio.

Tra gli obiettivi degli interventi:

- informare studenti, famiglie e docenti sui rischi legati all'uso/abuso di droghe, alcol, fumo, assunzione di farmaci senza prescrizione;
- fornire strumenti e supporti alle famiglie su come "leggere" i segnali che si manifestano in caso di assunzione di droghe e alcol da parte dei figli, quali comportamenti adottare e come promuovere in famiglia il tema della prevenzione e dei corretti stili di vita;
- fornire ai docenti una formazione adeguata al fine di inserire nella scuola una figura di sistema che possa operare da punto di riferimento e collante tra la scuola, la famiglia e il territorio e che promuova iniziative sulla salute e sui corretti stili di vita;
- rafforzare negli studenti, sin dalla scuola dell'infanzia, assertività e resilienza, ovvero la capacità di affermare le proprie opinioni e scelte nel rispetto di quelle degli altri, e l'attitudine ad affrontare in maniera positiva eventi traumatici ed essere in grado di riorganizzare in modo costruttivo la propria vita;
- valorizzare la rete tra famiglie-scuola-territorio e, a livello nazionale, creare un tavolo di lavoro dove siano coordinate tutte le azioni da intraprendere di concerto tra le Pubbliche Amministrazioni.

Tra le azioni programmate nel piano di prevenzione, è prevista l'erogazione di un percorso di informazione/formazione online, indirizzato a un nucleo di docenti individuati su tutto il territorio nazionale e realizzato con il supporto scientifico dell'Istituto Superiore di Sanità, della Direzione Centrale per i Servizi Antidroga del Ministero dell'Interno, della Polizia Stradale e, per la parte in presenza, del Consiglio Nazionale dell'Ordine degli Psicologi. Gli Istituti scolastici coinvolti nel progetto sono stati 3.228 e i docenti inizialmente iscritti alla formazione sono stati 6.049. Tra questi, 3.579 hanno completato il corso e sono stati formati in qualità di referenti nella scuola per la prevenzione dell'uso di droghe. La formazione ha previsto una parte asincrona, tramite piattaforma, e una parte in presenza a cura degli psicologi, da svolgersi nelle scuole polo per la formazione di tutto il territorio nazionale, individuate per Regione. In conseguenza dell'emergenza sanitaria da Covid-19, quest'ultima parte della formazione è stata rimodulata in modalità sincrona. I 160 incontri programmati, tenuti da 44 psicologi, sono stati avviati a giugno 2020 e si sono conclusi il 31 luglio 2020.

Nelle prime due settimane di ottobre 2020, si sono organizzati ulteriori 15 corsi di recupero per i docenti che, per impegni scolastici, non avevano potuto concludere la formazione il 31 luglio 2020, per un totale di 175 corsi svolti.

Per l'anno scolastico 2020/2021, alla luce di quanto sopra e al fine di ampliare la partecipazione dei docenti referenti e il numero delle scuole coinvolte, è stato riproposto agli insegnanti il corso di formazione nelle due modalità: sincrona e asincrona. I docenti che si sono registrati sulla piattaforma per effettuare la prima parte della formazione sono stati 3.257. Si prevede di concludere la formazione con la parte sincrona entro ottobre 2021. Le ulteriori azioni previste nell'Accordo di programma e relative al coinvolgimento degli alunni e dei genitori, nonché all'apertura del sito dedicato e all'avvio della campagna di comunicazione, sono state rimodulate e aggiornate a causa dell'emergenza sanitaria e alla luce della proroga di un anno dell'Accordo di programma precedentemente siglato.

ACCORDO DI COLLABORAZIONE TRA DIPARTIMENTO POLITICHE ANTIDROGA E ISTITUTO SUPERIORE DI SANITÀ PER LA REALIZZAZIONE DEL PROGETTO "PREVENZIONE DELLE PATOLOGIE INFETTIVE E DIFFUSIVE NEI TOSSICODIPENDENTI: LA PREVENZIONE E CONTROLLO DELLE INFEZIONI COVID-19 NEL CONTESTO EMERGENZIALE"

Durante la pandemia da SARS-CoV-2 in Italia, le nuove norme e le raccomandazioni sanitarie per l'implementazione di misure di prevenzione e restrizione hanno rappresentato un pilastro nel contenimento del rischio di contagio sia per i pazienti, che per gli operatori sanitari. Gli operatori delle risorse territoriali per le dipendenze hanno dovuto adattare le proprie procedure assistenziali per i pazienti/utenti con disturbo da uso di sostanze, accentuato dalle comorbilità e dalle diverse complicanze che incidono sullo stile di vita. Il SARS-CoV-2, ha imposto una rapida riorganizzazione delle risorse territoriali, per garantire il mantenimento delle cure di primaria importanza, all'interno della messa in atto delle varie procedure che vanno dalla sanificazione alla protezione individuale, passando per una comunicazione efficace fra professionista della salute e paziente/utente.

Tra le altre misure il personale ha dovuto usare i dispositivi di protezione individuale (DPI), affrontare la riorganizzazione degli spazi dell'area di somministrazione, le modalità di accesso ai servizi e le stesse modalità di somministrazione dei farmaci. La messa in atto di tali cambiamenti, da recepire e adattare alle mutate esigenze con straordinaria rapidità, non è stato un processo scontato ma ha richiesto un forte sforzo di adattamento e partecipazione attiva da parte di tutto il personale e di chi è stato in trattamento.

L'obiettivo generale del progetto, siglato nel 2020, è contenere la diffusione dell'infezione da coronavirus tra gli utenti che accedono ai servizi pubblici e del privato sociale accreditato e tra gli operatori. Per realizzarlo sono state stabilite le seguenti priorità:

- mettere a punto delle indicazioni - per prevenzione e controllo delle infezioni da SARS-Cov-2 per gli operatori dei servizi pubblici e del privato sociale accreditato delle tossicodipendenze;
- formare gli operatori dei servizi pubblici e del privato sociale accreditato delle tossicodipendenze attraverso metodologia di formazione a distanza;
- studiare l'applicazione delle indicazioni nei diversi contesti finalizzati ad aggiornamenti delle indicazioni stesse;
- divulgare le corrette informazioni tra gli utenti e tra i professionisti delle risorse territoriali deputate alla presa in carico e trattamento delle tossicodipendenze;

- fornire formazione e informazione agli operatori dei servizi pubblici e afferenti al privato sociale accreditato delle tossicodipendenze attraverso canali alternativi alla documentazione.

Per raggiungere gli obiettivi sopra descritti, nel corso del 2020, sono stati costituiti 2 Tavoli Tecnici con i rappresentanti di: Istituto Superiore di Sanità, Ministero della Salute, Osservatorio nazionale permanente sull'andamento del fenomeno delle tossicodipendenze e Ministero dell'Interno e, per rilevare criticità collegate alla pandemia, con gli operatori del Servizio Sanitario Nazionale e del Privato Sociale Accreditato.

Sono state inoltre realizzate azioni strategiche di coinvolgimento degli *stakeholder* in gruppi di lavoro interdisciplinari per la realizzazione di un documento di indicazioni per la prevenzione e controllo delle infezioni da SARS-CoV-2 nel contesto emergenziale della pandemia COVID-19, che sarà distribuito capillarmente a circa 1.000 risorse territoriali per le dipendenze. Il documento, che è nella fase finale di approvazione, è stato sviluppato basandosi sulle esperienze pregresse sullo sviluppo di indicazioni per altre tipologie di comunità, adattando però le tecniche di prevenzione alla tematica e alle specifiche esigenze del trattamento delle dipendenze.

Sullo stesso tema, sono state implementate azioni per la realizzazione di materiali divulgativi e informativi che hanno portato alla realizzazione di una pagina *web*, di un cortometraggio, di poster e brochure.

Il gruppo di lavoro dedicato alle attività formative ha prodotto materiali didattici destinati alla creazione di 6 *webinar* articolati in sei diversi appuntamenti, da realizzarsi con cadenza settimanale, i cui primi 4 si terranno tra aprile e maggio 2021 (per un numero massimo di 1000 partecipanti ciascuno) e gli ultimi due nel secondo anno del progetto (o prima in caso di necessità di aggiornamento massivo); all'interno delle attività formative definite nel progetto è prevista la realizzazione di due corsi FAD, il primo destinato agli operatori sanitari e il secondo alle altre figure professionali non sanitarie o comunque personale operante nei servizi pubblici e del privato sociale accreditato delle tossicodipendenze.

Infine, sono state intraprese azioni con il gruppo di lavoro interdisciplinare dedicato alla costruzione di un questionario destinato a rilevare i cambiamenti percepiti dagli operatori nella presa in carico e gestione degli utenti alla luce dell'epidemia COVID-19 alla quale hanno aderito 566 risorse territoriali del pubblico e afferenti al privato sociale accreditato.

ACCORDO DI COLLABORAZIONE INTERISTITUZIONALE TRA DIPARTIMENTO PER LE POLITICHE ANTIDROGA E CONSIGLIO NAZIONALE DELLE RICERCHE - ISTITUTO DI FISIOLOGIA CLINICA (CNR-IFC) IN MATERIA DI ATTIVITÀ TECNICO-SCIENTIFICHE, STATISTICHE ED EPIDEMIOLOGICHE SUL FENOMENO DELLE TOSSICODIPENDENZE - PROGETTO "EPI - MONITORING 3.0"

Il progetto EPIMONITORING 3.0, che si pone in continuità con gli accordi di cooperazione sottoscritti negli anni 2016, 2018 e 2019, persegue la finalità strategica di potenziare il sistema di monitoraggio del fenomeno "droghe e tossicodipendenze in Italia", attraverso sia l'ampliamento della disponibilità di fonti informative già esistenti sia lo svolgimento di studi epidemiologici specifici sui consumi di sostanze psicoattive e stupefacenti, così come sui comportamenti a rischio.

Il monitoraggio continuo e sistematico degli indicatori epidemiologici descrittivi del fenomeno, inteso come azione di ricerca, oltre a permettere di osservarne l'andamento e l'evolversi nel tempo e nello spazio, consente di delineare un quadro dello stato attuale del fenomeno nel suo complesso e delle dimensioni costituenti il fenomeno stesso, dal punto di vista sia epidemiologico sia della *governance* della struttura organizzativa,

permettendo quindi di rispondere agli obblighi di reporting a livello nazionale e internazionale e di fornire evidenze utili all'orientamento del processo decisionale dei *policy maker*.

Il progetto si articola nelle seguenti azioni:

- Monitoraggio epidemiologico degli indicatori chiave per lo studio del fenomeno delle tossicodipendenze, con gli obiettivi specifici di:
    - svolgere attività di ricerca epidemiologica per la produzione di informazioni e statistiche sul fenomeno attraverso l'acquisizione, elaborazione e standardizzazione dei dati e/o delle evidenze prodotte da più fonti amministrative centrali e locali;
    - assolvere agli obblighi informativi nazionali, europei e internazionali;
    - inserire i descrittori raccolti nella banca dati DPA.
- Rilevazione conoscitiva degli utenti in trattamento presso un campione di Servizi per le dipendenze del Privato Sociale e Rilevazione delle attività svolte nell'ambito della Riduzione del Rischio e del Danno, con gli obiettivi specifici di:
    - migliorare e ampliare il quadro conoscitivo su un campione di Servizi per le dipendenze del Privato Sociale, sulle attività svolte e sulle caratteristiche dell'utenza trattata;
    - rilevare e analizzare la domanda di trattamento pervenuta ad un campione di Servizi del Privato-Sociale per le dipendenze;
    - approfondire il quadro informativo sulle attività realizzate nell'ambito della riduzione del rischio e del danno.
- Standardizzazione della raccolta degli elementi normativo-legislativi, strategico-organizzativi ed economico-finanziari in materia di dipendenze vigenti nelle Regioni/PA, con gli obiettivi specifici di:
    - aggiornare e, ove possibile, ampliare gli elementi conoscitivi e informativi riguardanti i sistemi organizzativi esistenti a livello nazionale nell'ambito della prevenzione, cura, trattamento e riabilitazione delle tossicodipendenze;
    - mantenere e potenziare il percorso strutturato di confronto e condivisione avviato con le Regioni/PA finalizzato ad aumentare la conoscenza del sistema delle dipendenze e a standardizzare le informazioni rilevate.
- Implementazione nella Banca Dati Web dei flussi informativi acquisiti con gli obiettivi specifici di:
    - aggiornare la Banca Dati già implementata, interrogabile dal sito ufficiale del DPA, con i flussi di dati forniti dagli *stakeholders* di interesse, nella quale depositare i descrittori del fenomeno, offrendo funzionalità di ricerca e selezione sui dati di interesse mediante navigazione libera dell'albero dei flussi e dei descrittori del fenomeno delle dipendenze a livello nazionale e regionale;
    - mettere a disposizione degli operatori DPA e di altri possibili portatori di interesse uno strumento informatico dinamico ed interrogabile via *web* dagli utenti abilitati all'accesso, al fine di ottenere dati e informazioni relative all'oggetto di analisi.

12.2 Avvisi Pubblici

Nel corso del 2020 il Dipartimento per le Politiche Antidroga ha pubblicato tre avvisi pubblici per la selezione e il finanziamento di progetti volti a:

- favorire il recupero, il reinserimento sociale e lavorativo delle persone tossicodipendenti;
- promuovere progetti sperimentali in ambito nazionale in materia di prevenzione delle tossicodipendenze;
- promuovere progetti per la promozione, il coordinamento e il monitoraggio sul territorio nazionale di attività di prevenzione, sperimentazione e contrasto all'incidentalità stradale alcol e droga correlata.

AVVISO PUBBLICO PER LA SELEZIONE DI PROGETTI PER LA PROMOZIONE DI INTERVENTI VOLTI A FAVORIRE IL RECUPERO, IL REINSERIMENTO SOCIALE E LAVORATIVO DELLE PERSONE TOSSICODIPENDENTI (GU N. 181 DEL 03/08/2019)

Il procedimento è stato avviato con la pubblicazione dell'Avviso pubblico sul sito istituzionale del Dipartimento Politiche Antidroga avvenuta in data 24 luglio 2019. La finalità dell'Avviso è la promozione di progetti per l'attivazione di interventi che favoriscano il recupero integrale e il reinserimento sociale e lavorativo delle persone tossicodipendenti che hanno seguito un percorso riabilitativo nelle Comunità terapeutiche. Le risorse programmate per il finanziamento dei progetti ammontano a Euro 2.400.000,00.

A seguito delle determinazioni della Commissione appositamente nominata per esaminare le proposte inoltrate, in data 6 giugno 2020, è stato firmato e pubblicato il decreto di approvazione della graduatoria che consta di n. 13 progetti, presentati da altrettante Comunità terapeutiche, ammessi a finanziamento per un totale di Euro 2.329.000,010.

AVVISO PUBBLICO PER LA SELEZIONE DI PROGETTI SPERIMENTALI IN AMBITO NAZIONALE IN MATERIA DI PREVENZIONE DELLE TOSSICODIPENDENZE DI CUI AL FONDO PER LA PREVENZIONE DELLA DIPENDENZA DA STUPEFACENTI (LEGGE N. 145/2018, ART. 1, COMMI 460,461,462,463 E 464) (GU N. 141 DEL 04/06/2020)

In data 20 maggio 2020 è stato pubblicato sul sito istituzionale del Dipartimento l'Avviso pubblico per la selezione di progetti sperimentali in ambito nazionale in materia di prevenzione delle tossicodipendenze di cui

al Fondo per la prevenzione della dipendenza da stupefacenti (Legge n. 145/2018, art. 1, commi 460,461,462,463 e 464) al fine di promuovere la realizzazione di progetti sperimentali in ambito nazionale in materia di prevenzione delle tossicodipendenze. L'Avviso è stato emanato in attuazione a quanto disposto dal Dpcm del 13 febbraio 2020, recante criteri e modalità per l'utilizzazione del citato Fondo.

Le proposte progettuali presentate nell'ambito dell'Avviso sono suddivise in tre settori di intervento, individuati sulla base delle prescrizioni del citato Dpcm e cioè:

a) attivazione di specifici interventi nelle scuole secondarie di primo e secondo grado;

b) identificazione precoce delle condizioni di vulnerabilità e dell'uso occasionale di sostanze con la finalità di ridurre i tempi di accesso alle cure;

c) supporto educativo e formativo in favore delle famiglie e del personale scolastico.

Destinatari dell'Avviso sono i Servizi pubblici per le dipendenze (SerD), gli enti del Privato Sociale e le associazioni senza scopo di lucro di cui agli art. 114, 115 e 116 del DPR n. 309/1990. Le risorse finanziarie complessive programmate ammontano a Euro 4.000.000,00 a valere sul "Fondo per la prevenzione della dipendenza da stupefacenti".

La Commissione per la valutazione di merito delle proposte progettuali presentate ha ammesso al finanziamento 11 progetti, per complessivi 3.245.729,96 Euro così suddivisi: 5 per il settore a) (Euro 1.281.624,44), 2 per il settore b) (Euro 880.945,85) e 4 per il settore c) (Euro 1.083.159,67).

AVVISO PUBBLICO PER LA SELEZIONE DI PROGETTI PER LA PROMOZIONE, IL COORDINAMENTO E IL MONITORAGGIO SUL TERRITORIO NAZIONALE DI ATTIVITÀ DI PREVENZIONE, SPERIMENTAZIONE E CONTRASTO ALL'INCIDENTALITÀ STRADALE ALCOL E DROGA CORRELATA. (GU N. 239 DEL 26/09/2020)

In data 14 settembre 2020 è stato pubblicato l'Avviso pubblico per la selezione di progetti per la promozione, il coordinamento e il monitoraggio sul territorio nazionale di attività di prevenzione, sperimentazione e contrasto all'incidentalità stradale alcol e droga correlata allo scopo di promuovere la realizzazione di progetti innovativi e sperimentali in ambito nazionale, finalizzati a prevenire e contrastare ogni forma di incidentalità stradale causata dalla guida in stato di ebbrezza o dopo aver assunto sostanze stupefacenti e a potenziare l'attività di controllo su strada, l'attività di deterrenza e informativa, con particolare attenzione ai giovani. Hanno potuto presentare le proposte progettuali i Comuni capoluogo di Regione, Provincia o Provincia Autonoma, facoltativamente anche in collaborazione con le rispettive Prefetture/Commissariati di Governo o in partenariato con ospedali, enti di ricerca, Asl, Università o altri enti pubblici.

Le risorse messe a disposizione per il finanziamento dei progetti, a valere sul capitolo denominato "Fondo per l'Incidentalità notturna" della Presidenza del Consiglio dei Ministri, ammontano a Euro 10.559.407,00.

12.3 ATTIVITÀ INTERNAZIONALI

Le attività svolte in ambito internazionale dal Dipartimento Politiche Antidroga (DPA), stabilite dal Dpcm del 20 novembre 2012, sono finalizzate:

- ad assicurare la presenza del Governo negli organismi comunitari e internazionali competenti in materia di droga, fornendo il supporto per le relazioni con gli altri paesi europei ed extraeuropei e con gli organismi comunitari e internazionali, d'intesa con il Ministero degli Affari Esteri e della Cooperazione Internazionale;
- a mantenere, coordinare e gestire il flusso delle informazioni in entrata e in uscita verso gli organismi internazionali coinvolti ivi compreso l'Osservatorio Europeo sulle Droghe e Tossicodipendenze (EMCDDA) e il punto focale Reitox;
- a promuovere e gestire le attività internazionali in materia di politiche antidroga e gli accordi di collaborazione con stati esteri, anche mediante la realizzazione di progettualità europee e internazionali comuni.

In aggiunta al costante lavoro di coordinamento dei Ministeri competenti in materia di droga, l'attività internazionale si è esplicata attraverso la produzione delle indicazioni di settore che sono state inserite nei documenti internazionali (*Cordrogue*, risoluzioni, *guidelines*, piano di azione, strategia europea, direttive, regolamenti).

Per l'esecuzione di tali attività, il Dipartimento Politiche Antidroga si rapporta costantemente con le seguenti Istituzioni e Agenzie europee e internazionali:

EUROPEAN MONITORING CENTRE FOR DRUGS AND DRUG ADDICTION (EMCDDA) – OSSERVATORIO EUROPEO DELLE DROGHE E TOSSICODIPENDENZE E RETE REITOX

L'Osservatorio Europeo delle Droghe e delle Tossicodipendenze di Lisbona, istituito nel 1993, è l'Agenzia Tecnica della Commissione Europea in materia di droga. L'obiettivo principale dell'EMCDDA è quello di fornire un supporto informativo obiettivo, affidabile e comparabile a livello europeo sul fenomeno delle droghe e delle tossicodipendenze e sulle loro conseguenze alla Comunità europea e agli Stati membri.

L'Osservatorio ha costituito la rete "Reitox" dei punti focali nazionali, struttura creata al fine di raccogliere i dati relativi alla droga in ogni Paese dell'Unione Europea e permettere la rappresentazione del fenomeno droga in Europa in modo standardizzato. Il punto focale italiano è parte integrante del Dipartimento Politiche Antidroga.

Tra i destinatari delle attività dell'Osservatorio Europeo figurano i responsabili politici degli Stati Membri che usano queste informazioni per formulare strategie coerenti in materia di droga a livello nazionale ed europeo, i professionisti e i ricercatori che lavorano nel settore delle droghe e, più in generale, i mezzi di comunicazione e l'opinione pubblica.

L'obiettivo principale dell'Osservatorio è quello di migliorare la comparabilità delle informazioni sulla droga in tutta Europa ed elaborare metodi e strumenti necessari a tal fine. Gli sforzi compiuti finora hanno permesso ai Paesi partecipanti di collocarsi nel più ampio panorama europeo e analizzare problemi e obiettivi comuni.

Nel 2020 l'Osservatorio Europeo ha costantemente monitorato il fenomeno delle problematiche connesse alle sostanze stupefacenti/nuove sostanze psicoattive e COVID-19.

Il Dipartimento Politiche Antidroga, stipula ogni anno un contratto con l'EMCDDA attraverso il punto focale italiano che ha come obiettivo principale la raccolta di determinati indicatori standardizzati a livello europeo per la produzione dei debiti informativi nazionali. Nello specifico, anche nel 2020, oltre a rispondere alle richieste di informazioni per la raccolta e implementazione dei dati a livello europeo dall'EMCDDA e su specifici adempimenti, il DPA, in collaborazione con le Amministrazioni Centrali e periferiche e con il supporto di IFC-CNR, ha prodotto i report statistici contenuti nelle *Tabelle Standard* europee e i relativi *Workbooks* su tematiche prefissate dall'Osservatorio Europeo.

In particolare, le tematiche trattate nei *Workbooks*, utili strumenti di lavoro per uno scambio informativo tra gli Stati Membri, hanno riguardato gli eventuali aggiornamenti dal punto di vista normativo intercorsi nell'anno in considerazione nell'ambito dei Paesi dell'Ue; la condivisione delle "buone prassi"; la ricerca; la riduzione del rischio e del danno; il trattamento e il mercato delle sostanze stupefacenti anche a opera delle organizzazioni criminali.

Particolarmente importante è stata anche la costante attività di raccolta e analisi dei dati confluiti nell'*Europen Drug Report 2020* (la Relazione europea sulla droga 2020 redatta dall'EMCDDA) contenente i dati provenienti da tutti i Paesi UE.

Di particolare rilievo è stata l'attività di inoltro al Sistema di Allerta europeo - *Early Warning System* delle informative/allerte sulle nuove sostanze psicoattive e delle segnalazioni, raccolte dal Sistema Nazionale di Allerta Precoce – SNAP, in merito all'individuazione sul territorio italiano di nuove sostanze stupefacenti.

CONSIGLIO D'EUROPA – GRUPPO POMPIDOU

Il Gruppo Pompidou di Cooperazione per la lotta all'abuso e al traffico illecito di droga è un organismo intergovernativo istituito nel 1971 su iniziativa del Presidente della Repubblica Francese Georges Pompidou. Nel 1980 è stato inserito nel quadro istituzionale del Consiglio d'Europa. Al momento comprende 40 Stati europei ed extraeuropei e vi partecipa anche la Commissione Europea.

Il Gruppo Pompidou è a oggi la piattaforma di cooperazione del Consiglio d'Europa per lo sviluppo di politiche e prassi in materia di droghe e tossicodipendenze. Il gruppo si fonda pertanto sugli stessi principi del Consiglio d'Europa di rispetto di diritti umani e democrazia e mira a offrire un approccio integrato e trasversale sia al tema della riduzione della domanda che dell'offerta di sostanze.

Nel corso del 2020 il Dipartimento Politiche Antidroga ha, in particolare, partecipato attivamente all'86ª e all'87ª sessione della riunione dei Corrispondenti Permanenti del Gruppo Pompidou. Tali riunioni si tengono con

cadenza semestrale e la loro funzione è quella di garantire lo scambio di informazioni tra gli Stati membri e di garantire il coordinamento delle attività del Gruppo.

Le ricadute della pandemia sulle condizioni di vita delle persone che fanno uso di sostanze hanno ovviamente assunto un posto importante nel dibattito e nei lavori del Gruppo, che già ad aprile 2020 ha lanciato la piattaforma online "*Save Lives - Protect People*", per lo scambio di esperienze e buone pratiche.

Nel 2020 è stato anche avviato il processo di consultazione per la revisione statutaria del Gruppo Pompidou, che nel 2021 celebrerà i 50 anni dalla sua fondazione.

Il Dipartimento Politiche Antidroga ha partecipato attivamente alle riunioni di esperti convocate dal gruppo di cooperazione e focalizzate, per l'anno 2020, sui traffici internazionali dei precursori delle sostanze stupefacenti.

RETE "MEDNET"

La Rete Mediterranea "MedNET" di cooperazione sulle droghe e sulle dipendenze è stata istituita nel 2006 al fine di promuovere la cooperazione, lo scambio e il trasferimento reciproco di conoscenze tra i Paesi del bacino del Mediterraneo e i Paesi europei membri del Gruppo Pompidou. Ne fanno parte 17 Paesi: Cipro, Croazia, Francia, Grecia, Italia, Malta, Morocco, Portogallo, Spagna, Svizzera, Turchia, Algeria, Egitto, Giordania, Libano, Palestina, Tunisia.

Alle riunioni semestrali partecipano tutti i Paesi membri, rappresentati dai rispettivi esperti che apportano la loro competenza ed esperienza.

La principale *mission* della Rete "MedNET" consiste nel migliorare la qualità e la capacità di attuazione delle politiche in materia di droga in tutti i Paesi partecipanti, stimolando la sensibilizzazione dei fattori culturali sulle politiche d'intervento. Tale obiettivo viene perseguito non solo attraverso l'organizzazione di corsi di formazione, seminari e "tavole rotonde" tra i Paesi europei membri e quelli del bacino del Mediterraneo, per uno scambio di conoscenze, esperienze e "buone prassi", ma anche con la creazione di osservatori nazionali sulle droghe e lo sviluppo di vari progetti finalizzati alla cooperazione e al trasferimento della conoscenza tra i Paesi.

Il Dipartimento Politiche Antidroga, oltre a svolgere un ruolo di primo piano nello sviluppo delle attività della Rete "MedNET", finanzia la realizzazione di attività di formazione in svariati Paesi tra cui Algeria, Libano, Egitto e Marocco.

Nel 2020, l'Egitto ha avviato le procedure necessarie per il lancio di un sondaggio a livello nazionale, nell'ambito del progetto MedSPAD, finalizzato a rilevare la prevalenza dell'uso di tabacco, alcol, droghe e della dipendenza da gioco su Internet tra le giovani generazioni, in un campione di studio esteso alle scuole primarie, preparatorie e secondarie, pubbliche e private. L'Italia partecipa al comitato MedSPAD e attraverso IFC-CNR.

Il 2020 ha anche visto la pubblicazione del manuale "*Human Rights and People Who Use Drugs in the Mediterranean Region: Current situation in 17 MedNet Countries*", al cui sviluppo ha partecipato anche l'Italia, fornendo dati e informazioni relativi alle politiche implementate in materia di dipendenze.

Per il 2020 erano state programmate diverse attività trasversali tra gli Stati aderenti alla Rete "MedNET", finalizzate all'implementazione dell'assistenza e al supporto delle famiglie con genitori che fanno uso di droghe, delle attività di prevenzione e sensibilizzazione rivolta ai giovani e dell'analisi delle acque reflue per una mappatura dell'uso delle sostanze stupefacenti sul territorio, consentendo, così, un migliore orientamento delle attività preventive. A causa dell'emergenza pandemica tali attività non sono state ancora realizzate.

UNIONE EUROPEA – GRUPPO ORIZZONTALE DROGA (HORIZONTAL DRUGS GROUP – HDG)

Il Gruppo Orizzontale Droga -HDG - è un gruppo di lavoro interdisciplinare del Consiglio dell'Unione istituito nel febbraio del 1997 durante la Presidenza olandese. Differisce dagli altri gruppi di lavoro poiché è di natura "orizzontale", dal momento che riunisce esperti che provengono da diversi settori e include una dimensione "esterna", essendo previste riunioni con Paesi terzi. Il Gruppo Orizzontale Droga esamina le proposte e i progetti presentati dagli Stati membri o dagli organismi comunitari relativi a iniziative, misure e provvedimenti normativi ispirati dalla Strategia e dal Piano d'azione dell'Unione in materia di droga e approva risoluzioni, riferendo poi al Comitato dei rappresentanti permanenti dei governi degli Stati membri dell'Unione europea (COREPER). Il COREPER si riunisce in sedute mensili a Bruxelles, integrate da riunioni tenute con Paesi terzi con i quali sono in discussione tematiche di interesse. Alle riunioni partecipano gli Stati membri dell'Unione, l'EMCDDA, la Commissione Europea e il Segretariato del Consiglio dell'Unione.

Ogni semestre la Presidenza viene assunta a turno dai Coordinatori Nazionali in materia di droga dell'Unione Europea, in linea con quanto stabilito dal Piano d'Azione dell'Unione Europea.

L'attività del Dipartimento Politiche Antidroga è sempre stata caratterizzata da una proattiva e costante partecipazione alle riunioni del Gruppo. Nel 2020 di particolare rilievo è stato, tra gli altri, il contributo apportato dal Dipartimento nel giungere all'assunzione di una posizione comune di tutti gli Stati membri dell'Unione Europea da presentare alla Commissione Stupefacenti delle Nazioni Unite, con riferimento alle raccomandazioni emesse dall'Organizzazione Mondiale della Sanità tendenti a una rimodulazione della collocazione della cannabis e di alcuni suoi derivati nelle tabelle allegate alle Convenzioni Internazionali sugli Stupefacenti di New York del 1961 e sulle Sostanze Psicotrope del 1971.

Inoltre, il DPA, in costante coordinamento con i Ministeri e le Amministrazioni nazionali competenti, ha partecipato attivamente ai lavori preparatori ambito HDG, ed alla stesura definitiva della "Strategia dell'UE in materia di droghe per il periodo 2021-2025", documento fondamentale dell'Unione Europea per delineare le priorità dei Paesi Membri nell'ambito della riduzione dell'offerta, riduzione della domanda (servizi di prevenzione, trattamento e assistenza), dei danni connessi alle droghe, della cooperazione internazionale, della ricerca e dell'innovazione.

COMMISSIONE STUPEFACENTI (COMMISSION ON NARCOTICS DRUGS – CND) DELLE NAZIONI UNITE

Istituita dal Consiglio Economico e Sociale delle Nazioni Unite (ECOSOC) con la risoluzione 9 (I) del 16 febbraio 1946, quale sua commissione funzionale, in forza dell'ampliamento del suo mandato, avvenuto nel 1991, la Commissione Stupefacenti delle Nazioni Unite agisce in qualità di organismo di governo dell'Ufficio delle Nazioni Unite sulla droga e il crimine (UNODC).

La Commissione si riunisce una volta all'anno, nel mese di marzo, presso le Nazioni Unite con sede a Vienna. La partecipazione a tali riunioni è di natura obbligatoria per gli Stati membri poiché producono atti vincolanti a livello nazionale e internazionale. Esamina e analizza la situazione globale relativa al controllo delle droghe, considerando le questioni correlate alla prevenzione e alla riabilitazione dei tossicodipendenti e all'offerta e al traffico di droghe illecite.

La Commissione adotta decisioni e risoluzioni tramite *consensus*, eccetto per la classificazione delle sostanze, per cui è obbligatorio il voto della maggioranza semplice (Convenzione unica sugli stupefacenti del 1961) e della maggioranza dei due terzi (Convenzione sulle Sostanze psicotrope del 1971).

Le risoluzioni hanno lo scopo di promuovere strategie d'intervento che valorizzino in maniera prioritaria il concetto di recupero totale della persona; incoraggiare gli Stati membri a sviluppare linee guida e ad attuare le azioni necessarie per rispondere efficacemente alle esigenze specifiche delle donne in tutti gli aspetti del trattamento e di promuovere strategie e interventi orientati al genere, per le donne a rischio per i disturbi causati dall'uso di droga e di promuovere strategie d'intervento, programmi di prevenzione e misure volte ad accrescere la consapevolezza tra le famiglie, nelle scuole e in altri contesti sociali pertinenti per la tutela dei bambini e dei giovani in merito alla vendita e all'acquisto illeciti di sostanze controllate a livello internazionale o nazionale e di nuove sostanze psicoattive via Internet.

Nell'ambito della 63ª sessione della CND tenutasi nel mese di marzo 2020 presso la sede delle Nazioni Unite di Vienna, il Dipartimento Politiche Antidroga è intervenuto attivamente, sia nelle riunioni "in plenaria", sia negli incontri "a latere", rappresentando la posizione dell'Italia, in linea con le decisioni assunte dagli Stati membri nell'ambito del Gruppo Orizzontale Droghe, con particolare riferimento ai lavori connessi alle raccomandazioni emesse dall'Organizzazione Mondiale della Sanità tendenti a una rimodulazione della collocazione della cannabis e di alcuni suoi derivati nelle tabelle allegate alle Convenzioni Internazionali sugli Stupefacenti di New York del 1961 e sulle Sostanze Psicotrope del 1971.

Nello specifico, l'Italia ha preso parte al processo di emendamento, revisione e votazione delle 5 risoluzioni approvate nel corso della 63ª sessione della CND, sui temi del coinvolgimento della gioventù negli sforzi di prevenzione, della sistematizzazione dei metodi di raccolta, comparazione e analisi di dati, della promozione di partnership col settore privato per il contrasto dell'offerta di sostanze, della promozione di forme di sviluppo alternative e infine della promozione di consapevolezza, educazione e formazione come parte di un approccio razionale alle sostanze controllate, per fini medici e scientifici.

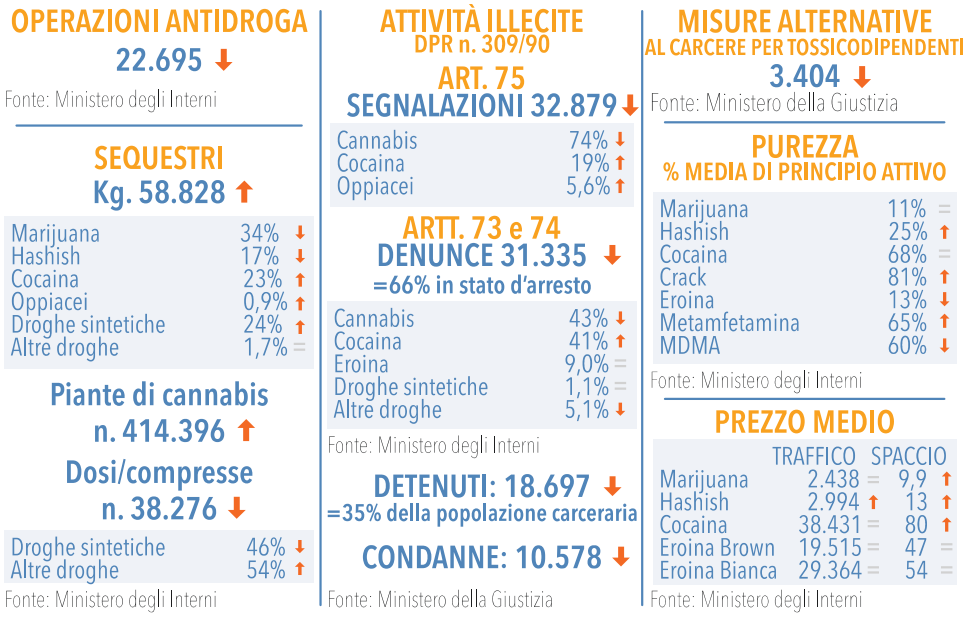
Inoltre, il Governo italiano ha cosponsorizzato tre eventi informativi "a latere", sulla prevalenza dell'HCV tra detenuti e persone che fanno uso di sostanze per via iniettiva e sull'impegno per l'eradicazione dell'HCV in Italia, sul processo di coinvolgimento e valorizzazione dei giovani rispetto alle politiche di prevenzione e sul manifesto del *Rome Consensus 2.0* per la promozione di una politica umanitaria in materia di dipendenze.

PARTE VII
SINTESI CONCLUSIVA

Il sistema complesso delle tossicodipendenze, delle dipendenze patologiche e dei servizi di cura ha subito gli effetti dell'emergenza pandemica, soprattutto nella fase iniziale. Le restrizioni legate al Covid-19 hanno influito sulle procedure di assistenza delle persone prese in carico presso i SerD, nelle strutture residenziali e nelle carceri che sono state riorganizzate al fine di garantire cure ed assistenza nel rispetto delle disposizioni di sicurezza.

Anche le dinamiche del mercato illegale degli stupefacenti, dove la criminalità organizzata si è adattata al cambiamento radicale causato dal COVID-19, si sono adattate. Si ipotizza che questo sia avvenuto potenziando la digitalizzazione dell'offerta e dell'acquisto.

Il principale obiettivo di questa Relazione è quello di favorire una facile comprensione di questi complessi sviluppi. La schematizzazione seguente offre una sintesi dei dati di particolare interesse.



L'infografica riassume i principali dati contenuti nella Relazione al Parlamento contiene dei simboli (dato in aumento: "freccia in su"; dato in diminuzione: "freccia in giù"; dato stabile: "uguale") e, per ciascuna variabile rappresentata, confrontano il dato più recente con quello dell'anno prima (generalmente 2020 rispetto al 2019)

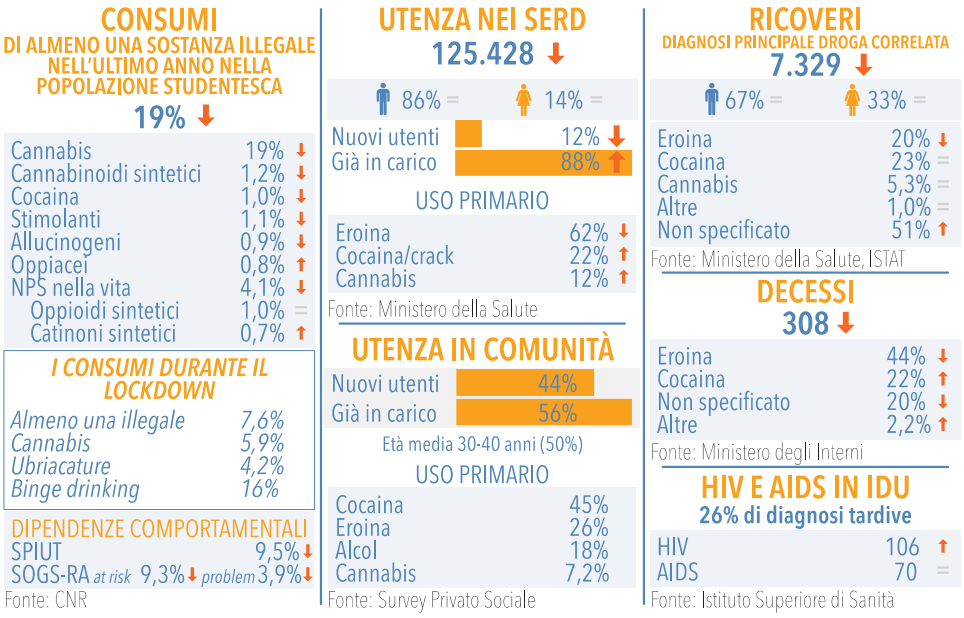
IL PANORAMA NAZIONALE IN MATERIA DI TOSSICODIPENDENZE NELL'ANNO DELLA PANDEMIA COVID-19

Nel 2020 è aumentato il quantitativo di sostanze sequestrate nel territorio nazionale (+7,4%), a fronte di un numero inferiore di operazioni antidroga svolte dalle Forze di Polizia (-13%). Contestualmente risultano incrementati i sequestri di sostanze psicoattive storicamente meno diffuse nel nostro Paese, come il khat, i bulbi di papavero e le dosi/compresse di ossicodone e quelli di droghe sintetiche.

Durante il periodo pandemico il Sistema di Allerta Rapido delle segnalazioni ha registrato un aumento dei sequestri di NPS da parte delle Forze dell'Ordine, quantificato in circa il 200% e nel nostro Paese sono state identificate 44 nuove sostanze.

L'impatto del COVID-19 è stato avvertito nell'organizzazione dei Servizi di cura che, dopo un primo momento di disorientamento, hanno comunque saputo riorganizzare l'offerta di trattamento adottando strategie a distanza per ridurre al minimo le ricadute; nel sistema giudiziario dove il dirottamento delle FFOO verso i controlli legati al COVID-19, la chiusura dei tribunali e le difficoltà di registrazione degli atti, hanno portato a un rallentamento delle procedure. In correlazione con una plausibile riduzione dei reati da imputare alle restrizioni della mobilità, si evidenzia un minor numero di segnalazioni per possesso, di denunce, procedimenti, condanne e affidamenti in esecuzione penale esterna.

Gli effetti della pandemia sono stati avvertiti anche nelle attività di prevenzione e della riduzione del rischio e del danno ma, come nel caso dei SerD e delle Comunità terapeutiche, dopo un primo momento di sospensione, legato all'eccezionalità delle misure restrittive, il sistema si è riorganizzato e ha cercato di sfruttare tutte le tecnologie a disposizione per garantire la continuità dei servizi.



L'infografica riassume i principali dati contenuti nella Relazione al Parlamento contiene dei simboli (dato in aumento: "freccia in su"; dato in diminuzione: "freccia in giù"; dato stabile: "uguale") e, per ciascuna variabile rappresentata, confrontano il dato più recente con quello dell'anno prima (generalmente 2020 rispetto al 2019)

DIFFUSIONE DELLE SOSTANZE SINTETICHE E DELLE NUOVE SOSTANZE PSICOATTIVE

Le sempre più diffuse "Nuove Sostanze Psicoattive" (NPS), per la loro natura esclusivamente sintetica e per le tecniche di produzione, consentono di variare la struttura chimica di partenza in modo mirato, producendo un'altra molecola con gli stessi effetti della molecola di partenza. Ciò comporta la creazione di un gruppo molto ampio e continuamente rinnovato di sostanze psicotrope di difficile individuazione e, quindi, non ancora inserite nelle tabelle di sostanze vietate previste dalla legge e dalle convenzioni internazionali, con conseguente non perseguibilità di produttori e venditori.

La categoria stessa delle NPS rappresenta una cornice di definizione ampiamente variabile, comprendendo sostanze con effetti psicoattivi legali. Si tratta, nella maggioranza dei casi, di nuove molecole che, al momento dell'uscita sul mercato, non erano inserite nelle tabelle delle convenzioni internazionali e delle leggi nazionali: sostanze chimiche di nuova ideazione che imitano l'effetto di droghe illegali e sostanze già note, utilizzate in maniera nuova, come ketamina o ketamina-simili e farmaci psicoattivi.

Nel 2020 sono state registrate 207 segnalazioni al Sistema di Allerta Rapido (SNAP), riguardanti un totale di 128 sostanze. Il Sistema ha quindi presentato 44 pareri per l'aggiornamento delle tabelle previste dal DPR 309/90.

Una lettura del fenomeno dal punto di vista legislativo e, quindi, prettamente tabellare, evidenzia la presenza di 44 nuove sostanze sul territorio nazionale, la maggior parte riconducibile alla categoria dei catinoni sintetici, a seguito di sequestri e/o casi di intossicazione acuta e/o decessi; si annovera, inoltre, l'emanazione di otto decreti del Ministero della Salute con l'aggiunta di 74 nuove sostanze nelle tabelle dei composti e preparati da porre sotto controllo.

Da un più ampio punto di vista, invece, la immissione sul mercato di sostanze psicoattive di origine prettamente sintetica, è segnalata dall'esito dei i sequestri effettuati da parte delle Forze dell'Ordine che, come si è detto, nel 2020, nonostante un calo generalizzato delle operazioni (-13%), hanno riguardato droghe sintetiche nel 24% dei casi, con sensibile aumento dei quantitativi sequestrati.

A guidare tale incremento è stato principalmente il sequestro record delle Forze di Polizia che hanno intercettato 14.005 kg di amfetamina. È inoltre degno di menzione il fatto che, nel primo semestre *post-lockdown*, lo SNAP abbia rilevato un aumento delle segnalazioni per i sequestri di NPS da parte delle Forze dell'Ordine di circa il 200% rispetto allo stesso periodo del 2019.

Nel 2020, le operazioni antidroga confermano il mercato olandese tra le principali aree di approvvigionamento delle droghe sintetiche, seguito da Siria, Brasile, Perù e Cina.

Nella maggioranza dei casi i sequestri di queste sostanze hanno riguardato pacchi o lettere postali, suggerendo una proliferazione della rete di vendita online.

Per una lettura del fenomeno in termini di effetti tossicologici e rischi per la salute e sociali, non si può prescindere dai dati di consumo, che rilevano un aumento dei casi di intossicazione e, tra i giovanissimi, una larga diffusione del consumo di NPS, in particolare dei cannabinoidi sintetici, al secondo posto dopo la cannabis tra le sostanze di più frequente assunzione.

Anche nell'ambito della prevenzione si è fatta strada l'importanza di prevenire l'approccio dei più giovani alle NPS, con un numero crescente di iniziative sulla conoscenza, l'uso e i pericoli associati al reperimento via *web*. In termini di riduzione dei rischi correlati all'assunzione di sostanze stupefacenti di natura "incerta o sconosciuta", sono in via di espansione le attività di *pill testing/drug checking*.

COCAINA: UN MERCATO CHE CRESCE ANCORA

Nel 2020 è stato registrato un importante incremento dei quantitativi di cocaina sequestrata a fronte di un numero inferiore di operazioni antidroga: in termini assoluti risultano quasi duplicati (oltre 13 quintali), con un aumento del 62% in un anno.

La frontiera marittima si conferma lo scenario operativo dove sono state intercettate le maggiori quantità: i porti interessati, da sempre la principale via di ingresso della sostanza in Italia, negli ultimi anni si sono moltiplicati confermando la posizione strategica che il nostro Paese riveste per le rotte del narcotraffico.

Se nel complesso la percentuale di purezza della sostanza sequestrata si mantiene intorno all'80%, a variare è il prezzo medio al mercato che in 10 anni è passato da 68 euro al grammo a 80 euro.

La diffusa circolazione della sostanza nel nostro Paese è confermata, oltre che da un incremento del 30% rilevato nelle acque reflue, anche dall'aumento sia delle segnalazioni per detenzione a uso personale di cocaina, che raggiungono un quinto di tutte le segnalazioni avvenute nell'anno per violazione dell'articolo Art. 75 del DPR n. 309/1990, sia delle denunce penali per reati correlati al traffico e alla detenzione illecita della sostanza e/o all'associazione finalizzata al traffico di stupefacenti (rispettivamente Art. 73 e 74 DPR n. 309/1990).

In linea con le tendenze esposte risulta anche l'analisi della pressione esercitata dall'utenza in trattamento per uso di cocaina sia presso i Servizi pubblici, che nel complesso rappresenta il 39% degli utenti in carico, sia presso le Comunità terapeutiche, nelle quali il 35% delle persone è in cura per uso primario di cocaina.

Aumentano inoltre le ospedalizzazioni direttamente attribuibili all'uso di cocaina che, dal 10% del 2010, passano a rappresentare il 23% nel 2019, così come i decessi per overdose che dal 10% circa degli anni 2010-2012 passano a rappresentare, con 69 casi nell'ultimo anno, il 22%.

Un segnale positivo deriva, invece, dai dati riguardanti la diffusione della sostanza tra gli studenti: rispetto agli anni precedenti, infatti, la prevalenza degli utilizzatori è in netta diminuzione (1%).

DIFFUSIONE DELLA CANNABIS E I SUOI DERIVATI: UN FENOMENO IN CONTRAZIONE

La diffusione della cannabis e dei suoi derivati ha registrato nel corso del 2020 una contrazione. Gli indicatori di presenza delle sostanze sul territorio mostrano una cospicua flessione rispetto all'anno precedente in termini di quantitativi sequestrati, diminuiti del 54% per quanto riguarda l'hashish, del 16% relativamente alla Marijuana, ma aumentati dell'85% relativamente alle piante.

Un ulteriore dato è riferibile alla percentuale di principio attivo all'interno dei quantitativi di hashish sequestrati e analizzati che evidenzia un aumento del 25% rispetto al 2019 e, nel contempo, si registra un aumento delle partite di hashish con tenore elevato di THC (tra il 60% e il 78%) che si presenta sia in forma di polvere che di gel pastoso.

Nelle fasce più alte di età si è registrato un calo del 12% delle denunce all'Autorità Giudiziaria per reati cannabinoidi-correlati (Artt. 73 e 74 DPR n. 309/1990) e del 34% delle segnalazioni per possesso a fini di uso personale, pur rimanendo la sostanza oggetto della maggior parte delle segnalazioni (74%).

Al netto di una flessione dei sequestri, dei consumi fra i giovani e delle denunce cannabinoidi-correlate, i derivati della cannabis continuano comunque a essere le sostanze maggiormente consumate come messo in evidenza dalle analisi effettuate sulle acque reflue.

Infine, relativamente agli aspetti di presa in carico e trattamento associati al consumo di cannabis, nel corso del 2020, è aumentata la quota di utenti all'interno dei servizi per tossicodipendenze in trattamento per uso primario di cannabis e suoi derivati e sono rimasti stabili i ricoveri ospedalieri direttamente correlati all'uso di cannabinoidi. Quest'ultimo dato risulta in crescita da alcuni anni e potrebbe essere correlato all'aumento dei quantitativi di principio attivo contenuti nelle sostanze.

PREVENZIONE E RIDUZIONE DEL RISCHIO E DEL DANNO: FRENATA E RIPARTENZA AL TEMPO DELLA PANDEMIA

L'emergenza pandemica ha portato le istituzioni scolastiche, le famiglie, la collettività così come i servizi sanitari e sociali, le organizzazioni di volontariato e l'associazionismo a trovare sistemi alternativi e soluzioni per facilitare le relazioni interpersonali e garantire il sostegno delle persone più fragili.

In questo contesto si inseriscono anche le attività di prevenzione dei comportamenti a rischio che, nella maggior parte dei casi, sono proseguite con l'obiettivo, oltre di promuovere l'adozione di stili di vita corretti, anche di supportare i giovani adolescenti nell'affrontare la nuova situazione di vita attraverso l'applicazione di tecniche di *coping* e di fronteggiamento dei problemi.

Anche le attività di prevenzione selettiva e indicata hanno subito durante l'emergenza sanitaria una modificazione e, a seguito di un adattamento alla nuova realtà, hanno assunto anche la funzione di "primo soccorso" e di vera e propria "riduzione del rischio e del danno".

In alcune realtà regionali, soprattutto in quelle più colpite dalla pandemia, i servizi di riduzione del danno, definiti essenziali, non hanno subito chiusure e, a seguito di riconversioni e adattamenti, hanno risposto in modo efficace ed efficiente alle primarie necessità delle persone fragili e in condizioni di marginalità.

In questo contesto, i servizi di RDD, oltre a continuare ad "agganciare" sia i consumatori occasionali sia quelli cronici che sfuggono ai più tradizionali servizi per le dipendenze, hanno fornito supporto e prima assistenza distribuendo, oltre al consueto materiale sanitario (es. profilattici, siringhe, aghi) anche dispositivi di protezione individuale e generi di prima necessità, garantendo i servizi primari (quali docce, lavaggio indumenti, kit per l'igiene personale) e, in accordo con i SerD locali e nei periodi di massima emergenza, hanno distribuito terapie sostitutive anche a domicilio.

Sono state attivate inoltre, nuove strategie di intervento con la finalità di mantenere i contatti con gli utenti già noti e di raggiungere quelli nuovi, utilizzando forme di comunicazione come *videochat*, *call* individuali e di gruppo, colloqui telefonici, eventi virtuali e *social network*.

Le strutture hanno attinto alle proprie risorse strutturali e organizzative per attivare nuove procedure adeguate a garantire la continuità delle attività a sostegno delle fragilità.

GIOVANI UNDER 35: TRA VECCHIE E NUOVE SFIDE

Nel 2020, così come ogni anno, è stato fatto un campionamento di scuole rappresentativo della popolazione studentesca. Tuttavia, l'insorgere dell'emergenza sanitaria per la pandemia da COVID-19 e le conseguenti restrizioni per contenerla, hanno reso più complessa la partecipazione allo studio. Tale raccolta è avvenuta nei mesi di aprile e maggio 2020, dunque, i 30 giorni precedenti alla compilazione del questionario hanno coinciso con il *lockdown* totale. Il questionario ESPAD#iorestoacasa2020 ha comunque permesso di raccogliere importanti informazioni sulle abitudini e i consumi dei ragazzi in un periodo estremamente delicato.

Dalla rilevazione condotta nel 2020, è emerso che il 26% degli studenti, di età compresa fra 15 e 19 anni, ha utilizzato almeno una sostanza illegale (oppiacei, cocaina, stimolanti, allucinogeni o cannabis) nel corso della propria vita. In particolare, sono soprattutto gli studenti di genere maschile a utilizzarle (M=28%; F=24%). Analizzando nel dettaglio i consumi di cannabis nel corso del 2020, si è osservato che la percentuale di utilizzatori tende a crescere all'aumentare dell'età passando da una percentuale totale del 4,9% tra i 15enni al 29% tra i 19enni. Gli studenti di genere maschile consumano più delle ragazze, soprattutto nelle fasce che corrispondono alla maggiore età (18-19enni).

Il 4,1% degli studenti di età compresa fra 15 e 19 anni, ha utilizzato almeno una volta nel corso della vita una o più NPS, con percentuali più elevate fra i ragazzi (M=4,3%; F=3,9%). La categoria maggiormente diffusa è quella dei cannabinoidi sintetici (conosciuti anche come "*spice*"), provati almeno una volta dal 2,0% dei rispondenti. Seguono la Salvia Divinorum, gli oppioidi sintetici, la ketamina e, infine, i catinoni sintetici. Il consumo di queste sostanze, effettuato almeno una volta nella vita, è in diminuzione nel corso degli anni, a eccezione di una stabilizzazione tra il 2015 e il 2017. Per tutte le sostanze, a eccezione dei cannabinoidi sintetici, si osservano percentuali maggiori di utilizzo fra gli studenti di genere maschile.

In merito all'assunzione di alcol, l'82% degli studenti di età compresa fra i 15 e i 19 anni ha consumato almeno una bevanda alcolica nella vita senza alcuna differenza di genere, il 76% ha utilizzato alcol nei 12 mesi precedenti la ricerca (M=75%; F=76%) e il 43% lo ha fatto nel corso dell'ultimo mese (M=46%; F=39%). Una quota più ridotta di studenti (2,1%) consuma bevande alcoliche 20 volte o più in un mese, con un rapporto più che doppio in favore dei ragazzi (M=2,8%; F=1,2%).

Durante i primi mesi del primo *lockdown* il 16% degli studenti riferisce di avere fatto *binge drinking* (assunzione smodata di alcol) e più di un terzo di loro lo ha fatto ripetutamente. Anche per l'alcol i consumi più frequenti sono stati riportati nella fascia di età under 35 con conseguente probabile maggior prevalenza delle conseguenze sociali legate all'uso.

A riprova di ciò si rileva come il 45% delle contravvenzioni per guida in stato di ebrezza e quasi la metà di quelle per guida sotto effetto di stupefacenti hanno riguardato soggetti tra i 18 e i 32 anni.

La cannabis si conferma la sostanza illegale maggiormente rilevata fra i giovani di età compresa tra 18 e 27 anni e, il 62% delle persone segnalate per detenzione di sostanze stupefacenti o psicotrope per uso personale, fa parte di questa fascia di età.

Rispetto alle conseguenze penali, nonostante negli anni più recenti si sia osservato un lieve calo, il 60% delle persone denunciate all'Autorità Giudiziaria per violazioni del DPR 309/1990 (reati connessi a produzione, traffico e detenzione illecita di sostanze stupefacenti o psicotrope) ha meno di 35 anni e la maggioranza ha commesso reati di produzione, traffico e detenzione illecita di sostanze stupefacenti o psicotrope.

Tra i soggetti condannati, le fasce più giovani sono particolarmente rappresentate: un terzo sono 25-34enni e più di un quarto 18-24enni. Si abbassa anche l'età media dei ricoveri con diagnosi principale droga-correlata e, tra le classi di età con i tassi di ospedalizzazione più elevati dell'ultimo anno, vi è proprio quella dei 25-34enni.

Inoltre, nonostante a partire dal 2010 i tassi di ricovero droga-correlati per diagnosi multiple siano aumentati per tutte le classi di età, tale incremento ha riguardato soprattutto quelli riferiti alle classi di età più giovani (comprese tra i 15 e i 34 anni). Nella metà dei casi si è trattato di sostanze miste o non specificate, seguite da cocaina e oppiacei.

IL FENOMENO DELLE DIPENDENZE AL FEMMINILE: DIFFERENZE E CONVERGENZE

La lettura trasversale dei dati suggerisce che il consumo di sostanze stupefacenti e psicotrope, i danni sanitari, i decessi correlati e i comportamenti illegali che ne derivano sono un problema prevalentemente maschile. Tuttavia gli stessi suggeriscono anche che pur mantenendosi forti differenziazioni nella frequenza e nella entità dei consumi e dei conseguenti danni, siano in atto alcuni processi di convergenza tra i comportamenti maschili e femminili. Il dato è più evidente tra i giovanissimi relativamente alla frequenza di assunzione di nuove sostanze (come le cosiddette NPS) o di alcolici, comprese le ubriacature o i consumi "a rischio" di cannabis: queste tipologie di consumo risulterebbero infatti equamente distribuite tra i generi.

Resta comunque l'eroina la sostanza che spinge la maggior parte delle giovani utilizzatrici a chiedere aiuto. A conferma di ciò, la quota delle utenti in trattamento per uso primario di oppiacei nelle Comunità che hanno partecipato alla survey condotta su un campione di Enti per le Dipendenze del Privato Sociale, risulta superiore a quella maschile (33% vs 26%), così come quella per uso primario di alcol (23% vs 18%) e, in particolare, per uso concomitante di più sostanze psicoattive (63% vs 43%)

Anche se gli indicatori continuano a descrivere una tendenza precoce delle utilizzatrici di sostanze a rivolgersi alle strutture preposte per la cura e il trattamento delle dipendenze, nel corso del tempo è emersa la tendenza a ritardare sempre di più la richiesta. Presso i SerD, infatti, negli ultimi 10 anni l'età media delle nuove utenti è gradualmente aumentata passando da 27 a 32 anni, così come l'età media di primo trattamento che dai 26 anni del 2014 ha raggiunto i 28 anni nell'ultimo biennio, complicando in questo modo la situazione clinica.

Un quadro simile si delinea anche nelle Comunità terapeutiche: il 40% delle utenti in carico presso le comunità residenziali (pari al 17% dell'utenza complessivamente trattata dai Servizi per le dipendenze del Privato Sociale) ha meno di 30 anni, percentuale che tra gli utenti maschi risulta pari al 27%, così come nei Servizi di riduzione del rischio e del danno il 26% delle donne in carico ha meno di 30 anni (contro il 20% dei coetanei maschi).

Per il genere femminile si osserva, infine, un aumento delle ospedalizzazioni per patologie e/o problematiche correlate al consumo di oppiacei o di cocaina e soprattutto per incidenti dovuti a mix o cocktail di sostanze psicoattive, anche nuove o sconosciute.

In riferimento a fenomeni sociali ad alto rischio, come le cosiddette *challenge*, sfide e/o prove da affrontare per potersi inserire all'interno di gruppi e/o *community*, nel 2020 le ragazze riferiscono di aver sentito parlare o di essere entrate in contatto con eventi di challenge online con percentuali più alte rispetto ai coetanei (M=9%, F=14%).

L'IMPATTO DELLA PANDEMIA SULLE DIPENDENZE DIGITALI TRA I GIOVANI

Il traffico internet ha registrato una considerevole impennata e il mondo virtuale ha giocato un ruolo importante nella vita di tutti, in particolare in quella degli studenti. La quasi totalità dei giovani intervistati ha riferito di possedere un *device* e di utilizzarlo per connettersi al *web*. Nel periodo di maggiori restrizioni anti-COVID-19 questo ha rappresentato un'importante risorsa per mantenere i contatti con amici e cari, oltre che per la prosecuzione degli studi attraverso la didattica a distanza. Grazie alla loro innata fruizione delle tecnologie, nonostante lo stress causato dalla pandemia e dal restringimento delle libertà, gli studenti hanno mostrato buone capacità di adattamento. Tuttavia, un eventuale utilizzo della rete privo di controlli potrebbe rappresentare un pericolo e associarsi anche ad altri comportamenti a rischio.

Le indagini epidemiologiche hanno evidenziato un *trend* in crescita, tra il 2017 e il 2019, delle fragilità correlate all'uso di internet in base al test di *screening Short Problematic Internet Use Test* (SPIUT), secondo cui sono

passati dal 9,6% all'11,4% gli studenti con un profilo di utilizzo "a rischio". Nel 2020 tale percentuale è del 9,5%.

Nel 2020, oltre un terzo degli studenti (34%) ha riferito di essere stato vittima di *cyberbullismo* e il 21% di esserne stato autore: dati in lieve crescita nell'ultimo triennio. Il 12% dei giovanissimi ha poi sentito parlare delle cosiddette *challenge*, ovvero le sfide online per entrare a far parte di un gruppo, il 6% conosce qualcuno che vi ha partecipato e sono quasi il 3% coloro ai quali è stato direttamente proposto di prendervi parte personalmente. La pratica delle *challenge* è più nota tra chi evidenzia un uso problematico di internet: a circa un quarto è stato proposto di parteciparvi.

Anche se in calo nell'ultimo anno, la quota di studenti che gioca ai videogame, rappresenta il 60% del campione.

Durante il *lockdown*, nei giorni non di scuola, circa un terzo ha giocato a sessioni di gioco continuative per almeno 2 ore (30% degli studenti).

Infine, la tendenza dei comportamenti a rischio, a presentarsi insieme, rimane valida anche in considerazione del gioco d'azzardo, sia online sia presso luoghi fisici.

PAGINA BIANCA

PAGINA BIANCA

180300149780